LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARIS

IMPRIMERIE F. LEVÉ

17, RUE CASSETTE, 17

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

SOIXANTE-SIXIÈME ANNÉE

1893

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : RUE DE L'ODÉON, 4

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1893

N° 1. — MARDI 3 JANVIER 1893. 66e ANNÉE. MARDI 3 JANVIER 1893. — N° 1.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 2 janvier 1893.

Dans le premier numéro de nos années 1890 et 1891, nous avons donné le relevé de toutes les Revues Générales publiées, du 16 avril 1887 au 31 décembre 1890. Nos lecteurs nous demandent de vouloir bien le faire pour les années 1891 et 1892. Nous nous rendons à leur désir; ils auront ainsi en trois numéros (2 janvier 1890, 1er janvier 1891 et 3 janvier 1893), le titre de toutes nos Revues générales. Nous faisons suivre ces titres du numéro du journal où se trouve la Revue que l'on peut désirer consulter.

MÉDECINE

CHIRURGIE

Phocas (G.). Variétés et traitement du pied plat et du pied valgus (nº 106).

Legueu (F.). De l'anurie calculeuse au point de vue chirurgical (nº 92).

Lejars. L'occlusion intestinale au cours de la péritonite tuberculeuse (nº 142).

Péan. Quelques considérations sur le diagnostic et le traitement de certaines tumeurs de l'utérus et de ses annexes par la voie vaginale (nº 75).

Plicque (A.-F.). Étude sur le traitement des tumeurs blanches du genou dans l'enfance (nº 5). — Les coxalgies hystériques (nº 66).

Ricard (A.). Typhlite, pérityphite et appendicite (nº 17).

Rieffel (M.). La topographie cranio-encéphalique et les nouvelles opérations en chirurgie cranio-cérébrale (nº 29).

Sainton. Chirurgie de la vésicule biliaire (nº 11).

Thiéry. Du traitement des luxations anciennes, en particulier par les méthodes sanglantes (nº 136).

Valude (A.). Des granulations vraies et fausses de la conjonctive et de leur traitement (nº 72).

1892. — Adam. La luxation traumatique du genou en avant (nº 13).

Bonnet (St.). Traitement chirurgical des suppurations pelviennes (nº 7).

Chéron (J.). Le drainage de la cavité utérine par les voies naturelles (nº 124).

Coriton. Indications et contre-indications du traitement des fractures transversales de la rotule par l'arthrotomie et la suture osseuse (nº 144).

Dauriac (J.) La tarsalgie (nº 104).

Guillemain (A.). Les complications orbitaires et oculaires des infections des sinus frontal, maxillaire, sphénoïdal (nº 43).

Le Dentu (A.). Du traitement des actions inflammatoires des annexes de l'utérus (nº 25).

Le Fort (R.). Des abcès encéphaliques consécutifs aux otites suppurées (nº 37).

Legueu (F.). De la suture primitive de la vessie après la taille hypogastrique (nº 81).

Lehmann (S.). (Voir plus haut Le Fort.)

Mauclaire (P.). De la trachéotomie (nº 93). — Étude d'ensemble sur l'anatomie et la physiologie pathologiques des ostéo-arthrites tuberculeuses. Déductions thérapeutiques (nº 57).

Millat (E.). De la leontiasis ossea (nº 98).

Orillard (A.). De l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique (nº 73).

Phocas (G.). De la luxation congénitale de la hanche (nº 19).

Riche (P.). De la pathogénie de la nécrose phosphorée (nº 118).

Regnault (F.). Des adhérences de la vaginale testiculaire; cause, fréquence, anatomie pathologique, clinique, conséquences aux points de vue de la stérilité et de l'hydrocèle (nº 87).

Rochard (E.). Contribution à la chirurgie du poumon. Traitement chirurgical de la pleurésie purulente interlobaire (nº 31). — Des blessures causées par la dynamite et de leur traitement (nº 138).

Terson (A.). (Voir plus haut Guillemain.)

Trekaki. De la greffe de l'uretère (nº 67).

OBSTÉTRIQUE

1891. — Bonnaire (E.). Du périnée obstétrical (nos 35 et 38). — Topographie et examen clinique du bassin chez la femme rachitique (nº 130).

Laskine. Comment il convient de pratiquer un accouchement simple (nº 112).

MÉDECINE MENTALE

1892. — Toulouse (E.). Les hallucinations unilatérales (nº 65).

La simple énumération que nous venons de faire montre, le soin et le dévouement avec lequel M. A. Mathieu, médecin des hôpitaux de Paris, et M. A. Ricard, professeur agrégé de la Faculté de médecine et chirurgien des hôpitaux de Paris, dirigent ces Revues générales. Nos lecteurs leur continueront l'accueil le plus sympathique, et nous reportons à nos distingués collaborateurs les remerciements que nous recevons de tous côtés.

L'École de Lyon, on le sait, prétend qu'il y a identité entre le bacille de la fièvre typhoïde ou bacille d'Eberth et le coli-bacille. Au contraire, l'opinion dualiste est défendue à Paris, surtout par MM. Chantemesse et Widal. Pour eux, il est même possible qu'une infection par le coli-bacille vienne compliquer la fièvre typhoïde. C'est ainsi que, pour ces auteurs (Société médicale des hôpitaux, 30 décembre 1892), une néphrite suppurée due au coli-bacille a pu survenir au cours d'une fièvre typhoïde d'ailleurs bien déterminée. On peut, grâce à différents points de repère, trouver, chez le même malade, les deux bacilles différents, que l'on peut distinguer non seulement par leurs propriétés vitales mais aussi par leur morphologie; en effet, à un grossissement considérable, on trouve au bacille d'Eberth un nombre plus considérable de flagella qu'au coli-bacille.

On sait quels succès M. Lannelongue a obtenus en traitant la tuberculose articulaire par des injections interstitielles de chlorure de zinc. Il obtient ainsi la production d'un tissu scléreux véritablement cicatriciel et curateur. M. Comby a essayé d'appliquer la même méthode à la tuberculose pulmonaire au début. Les tentatives ont été trop peu nombreuses, l'observation des malades a été trop peu prolongée pour qu'on puisse en tirer aucune conclusion ferme. Cependant, ces tentatives démontrent que l'on peut, sans accident, injecter dans le parenchyme pulmonaire II à IV gouttes d'une solution de chlorure de zinc à 1/30 ou même 1/20.

Chez les malades ainsi traités, il a paru y avoir à l'auscultation une légère amélioration, mais encore une fois, l'observation n'a été ni suffisamment étendue, ni suffisamment prolongée pour qu'on puisse considérer dès maintenant l'amélioration comme réelle et persistante. Les faits de M. Comby peuvent encourager, cependant, à faire de nouveaux essais dans ce sens.

Ce n'est, du reste, pas la première fois qu'on fait directement dans le poumon des tuberculeux des injections interstitielles médicamenteuses. M. Gouguenheim a injecté une solution de sublimé; M. Fernet, du naphtol camphré. Ces injections ont été, en somme, bien tolérées. N'y a-t-il pas lieu de chercher, dans ce sens, la guérison de la terrible maladie?

M. Huchard a diagnostiqué sur le vivant l'existence dans le cœur d'un tendon aberrant tendu en travers de l'orifice aortique. Il a trouvé, en effet, à l'autopsie, un cordage tendineux tendu comme une corde à la partie supérieure du ventricule gauche, au-dessous de l'orifice aortique. On percevait à la systole, au niveau de l'appendice xiphoïde, un bruit de vibration chantante, très intense, musicale, un bruit de guimbarde. Ce bruit produit, sans doute, par la vibration de la corde tendue au-dessous de l'orifice de l'aorte, devait vibrer à la façon d'une corde de basse et se propager dans la direction de l'aorte. Il y a dans la science quelques observations du même ordre.

M. Huchard, en son nom et au nom de M. Liefring, présente les pièces anatomo-pathologiques relatives à un cas d'otite suppurée suivie de myocardite, d'endocardite du cœur droit et d'infarctus pulmonaire. La phlébite des sinus montrait le point d'entrée de l'agent infectieux, pyogène.

M. Fernet est élu président de la Société médicale des hôpitaux pour 1893. M. Ferrand est élu vice-président. M. Rendu, dont la revue des travaux de l'année et les notices biographiques sont à juste titre si appréciées, conserve les fonctions de secrétaire général.

HOPITAL SAINT-SAUVEUR DE LILLE. — M. G. Phocas.

Hernies congénitales enkystées dans une hydrocèle funiculaire (1).

Les récentes communications de MM. Berger, Terrillon et Michaux à la Société de chirurgie m'engagent à publier les deux observations suivantes :

Observation I. — Le 6 juin 1891 entre, dans mon service, à l'hôpital Saint-Sauveur de Lille, le nommé Edmond V..., âgé de neuf ans, pour une hydrocèle. Il rapporte la cause de son affection à un coup de pied, qu'il aurait reçu dans cette région, six semaines auparavant.

L'hydrocèle est à droite, indépendante du testicule qui occupe sa place normale, transparente, du volume d'une noisette, recouverte de peau saine. La réduction se fait en masse dans le canal inguinal; le liquide ne paraît pas refluer dans l'abdomen ni sous l'influence du taxis, ni avec le repos au lit. L'autre testicule est descendu dans sa bourse. Le 14 juin 1891, opération sous le chloroforme. J'arrive rapidement sur le sac rempli de liquide. Après l'avoir dénudé sans l'ouvrir, je remarque que, dans le liquide, il y a quelque chose qui flotte; le doigt a la sensation d'un corps étranger et la vue montre qu'à cet endroit, la transparence diminue. J'ouvre le sac avec précaution, le liquide, en petite quantité, s'écoule, il est séreux. Je reconnais alors qu'au milieu du liquide flotte un appendice, diverticule long de 2 centimètres environ, que je ne saurais mieux comparer qu'à un doigt de gant flottant par toute sa périphérie et allant se confondre, par sa base près de l'anneau inguinal interne, avec les parois de la poche. Ce diverticule est creux lui-même, mais il est vide, aplati, rubanné, large de 2 à 3 millimètres. Ouvert, il laisse pénétrer dans sa cavité la sonde cannelée et la conduit jusque dans le péritoine. Je dénude le sac aussi haut que possible et j'y place une ligature à la soie (nœud de Lawson Tait). Surjet profond au catgut, sutures superficielles au crin de Florence, pansement; suites extrêmement simples. Réunion *per primam*. Exeat le 26 juin, avec la plaie complètement cicatrisée. Je n'ai pas revu l'enfant.

La pièce, examinée dans le laboratoire des cliniques, a montré qu'au niveau de la ponction du diverticule, il existait des vestiges de tissu inflammatoire.

Obs. II. — Le nommé Lucien B..., âgé de quatre ans et demi, entre à l'hôpital au mois de mai 1892, pour une fracture de l'avant-bras. Je lui découvre une hydrocèle et j'obtiens de la famille la permission de l'opérer. Une pleurésie contractée dans le service me fait remettre l'opération jusqu'au mois d'août...

Au niveau de la bourse droite, on trouve une tuméfaction du volume d'un œuf de pigeon, en forme de boudin, longue de 3 centimètres et demi sur 2 centimètres de largeur. Cette tuméfaction est fluctuante et irréductible, au moins sous un taxis modéré et peu prolongé. Dans son ensemble, elle offre aussi cette particularité d'être *bilobée*; elle peut donc être divisée en deux segments. Le segment supérieur est plus fluctuant (moins tendu par le liquide) et en continuation manifeste avec le péritoine, puisque son contenu se réduit. Le segment inférieur plus petit, séparé du précédent par un étranglement, lui fait directement suite et donne la sensation d'une poche tendue, moins fluctuante, par conséquent irréductible et indépendante du testicule. La poche tout entière est transparente. Les deux testicules occupent leur position normale : le droit est un peu plus volumineux que le gauche. Le repos auquel l'enfant fut soumis quelques jours avant l'opération eut pour effet de faire sensiblement diminuer le lobe supérieur de l'hydrocèle, à tel point que le lobe inférieur paraît, à présent, plus volumineux. En réalité, il a conservé ses dimensions. Nous en concluons que l'hydrocèle est cloisonnée et que la loge inférieure n'est pas communicante. Le diagnostic s'est trouvé confirmé par l'opération qui eut lieu le 12 août 1892. A la dissection, je retrouve le cloisonnement sous forme d'un sillon. A un certain moment, j'ai cru que ce sillon était le résultat de quelques bandes celluleuses qui bridaient à ce niveau la poche. Mais le sac ayant été dénudé, la disposition précédente persista. Le sac est ouvert et je constate alors que le sillon extérieur, ainsi que l'apparence bilobée, prenaient leur origine dans une véritable cloison horizontale, convexe à sa face inférieure, concave par en haut, assez lâche. Cette cloison divise le sac en deux loges : l'une, supérieure, qui pourrait tout aussi bien être considérée comme un sac herniaire inhabité et qui a contenu du liquide. Cette portion est aplatie et presque vide au moment de l'opération, mais la sonde cannelée pénétrant dans sa cavité s'achemine sans encombre vers le péritoine et quelques gouttes de liquide, s'écoulant le long de la cannelure, nous montrent et la provenance du liquide et la communication avec le péritoine. Le sac ayant été disséqué, une ligature à la soie fut posée à sa partie supérieure. Un surjet profond à la soie, une rangée de sutures cutanées au crin, ont complété l'opération. Pansement, mèche de gaze iodoformée en guise de drain.

Le 19 août, premier pansement. Réunion. Exeat le 28 août.

Les deux cas que je viens de relater me paraissent avoir des analogies avec ceux de MM. Berger, Terrillon et Michaux; ils me paraissent aussi appartenir à la même catégorie.

Dans le premier fait, c'est sous l'apparence d'une hydrocèle enkystée du cordon que l'affection s'est présentée en clinique. Dans le second, l'apparence clinique était celle d'une hydrocèle congénitale bilobée, en partie réductible par le repos (loge supérieure), en partie irréductible (loge inférieure). Le diagnostic de la disposition anatomique a pu être fait ici, tandis que cette disposition a été une trouvaille de dissection dans le premier cas.

Au point de vue anatomique, dans le premier cas, le sac herniaire (si on veut l'appeler ainsi) était vide, rétracté, rubanné, long et flottant dans le liquide de l'hydrocèle. Dans le second, le sac herniaire était aussi vide pendant l'opération, mais il a contenu du liquide à un certain moment et ce liquide provenait du péritoine. Tout à l'heure, l'idée de *diverticule* venait à l'esprit pour caractériser la disposition anatomique trouvée pendant l'opération; là, c'est le mot *cloison* qui exprime le mieux cette conformation.

Je serai très disposé à rattacher, avec M. Lucas-Championnière, toutes ces particularités à l'évolution du canal péritonéo-vaginal.

(1) Communication à la Société de chirurgie.

REVUE DE LA PRESSE

Des pulvérisations de sublimé contre l'érysipèle. — A la suite des communications diverses de M. Talamon, on a beaucoup discuté sur la valeur des pulvérisations de sublimé dirigées contre l'érysipèle. Aujourd'hui on reconnaît que, bien que ce

traitement échoue dans les cas graves d'emblée, bien qu'il s'accompagne de vésication, parfois douloureuse, il a, dans bien des cas, une incontestable efficacité. M. Talamon pense que bien des insuccès, qu'on met au passif de la méthode, ne sont dus qu'à une mauvaise exécution de la technique qu'il recommande.

Nous croyons donc bien faire, en résumant ainsi les conseils du médecin de l'hôpital Tenon :

1° Employer une solution de sublimé dans l'éther à 1 p. 100;

2° Se servir d'un pulvérisateur à main, de petit volume, mais permettant une pression suffisante;

3° Tenir compte, au point de vue de la durée de chaque pulvérisation, de la force du pulvérisateur; la durée doit être moindre avec l'appareil Richardson qu'avec un petit pulvérisateur ordinaire;

4° Tenir compte aussi de la finesse de la peau du sujet et tâcher d'apprécier la profondeur de l'infiltration dermique, d'après la résistance de la plaque, sa saillie au-dessus du niveau de la peau saine, l'existence ou l'absence de bulles;

5° Ne pas craindre la vésication de la peau ; la provoquer hardiment, en prolongeant la pulvérisation, si la plaque est encore peu étendue;

6° Arroser simplement le centre de la plaque; pulvériser toujours plus longuement et plus largement sur la périphérie, en particulier, sur le bourrelet saillant;

7° Pulvériser systématiquement sur le pourtour de la plaque en empiétant de 1 centimètre ou 2 sur la peau saine; à ce niveau, il faut tracer comme une ligne vésicante pour arrêter l'extension de l'érysipèle ;

8° Arroser seulement les paupières supérieures tuméfiées, mais pulvériser plus largement dans l'espace inter-sourcilier et sur le rebord orbitaire supérieur et externe, pour barrer le passage vers le cuir chevelu ;

9° Recouvrir ensuite le visage de compresses trempées dans l'eau boriquée et maintenues humides par un renouvellement fréquent;

10° Une ou deux pulvérisations énergiques suffisent quand elles sont bien faites. Les autres seront plus courtes. On se contentera d'arroser les parties déjà pulvérisées et on insistera seulement sur les points où l'érysipèle paraîtra vouloir franchir la limite tracée;

11° Sur la nuque, le dos, le ventre et les membres, les pulvérisations doivent être beaucoup plus longues que sur la face ;

12° Il faut avertir le malade avant de commencer que les pulvérisations produisent une cuisson assez pénible, mais pas plus douloureuse que la tension des tissus par l'infiltration érysipélateuse; que le visage se gonflera, qu'il se produira des cloques et des croûtes, accidents, du reste, entraînés souvent par l'érysipèle lui-même.

Traitement de l'angine diphtéritique. — M. le docteur Trouillet donne, dans le *Dauphiné médical*, la relation de vingt-cinq succès qu'il a obtenus en traitant l'angine diphtéritique par l'emploi, en badigeonnages répétés, de la mixture suivante :

Acide tartrique,
Acide phénique,
Camphre,
Alcool,
Huile de ricin.

« Si l'on suit ce qui se passe au niveau de la fausse membrane, on la voit se désagréger, devenir tomenteuse, s'enlever facilement. Il semble qu'elle perde de la vitalité qui lui est propre et cela sans entraîner l'irritation des parties environnantes. Fait particulier à noter, ce composé ne détruit pas l'épithélium, par conséquent n'expose pas aux inoculations secondaires.

Quoi qu'on en ait dit, le goût n'en est nullement désagréable, et je l'ai toujours vu supporté sans difficulté.

Pour les badigeonnages profonds, ceux qu'il est bon de faire jusqu'au niveau du larynx, il y a peut-être une petite éducation à donner à l'entourage du malade. Le plus simple est de se servir, dans ce cas, d'un long pinceau qu'on plie à angle droit à quelque distance de son extrémité. On fait glisser cette extrémité, après l'avoir plongée dans le mélange, en suivant la langue primitivement attirée au dehors comme pour l'examen laryngoscopique.

J'ai pu, continue notre confrère, expérimenter sur moi-même l'excellence du traitement sur lequel je viens d'insister. Atteint d'angine pseudo-membraneuse se développant de plus en plus, malgré le chlorate de potasse, les badigeonnages de solution alcoolique d'acide phénique et ceux au jus de citron, j'ai vu mon affection rapidement disparaître sous l'influence des attouchements que je fis avec la mixture dont je viens de parler.

Voilà ce que j'ai vu, ce que je sais par expérience. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 décembre 1892. — Présidence de M. Chauvel.

COMMUNICATIONS

Chirurgie des voies biliaires. — M. **TERRIER** communique une observation inédite de M. Stuttgard (de Copenhague), relative à une femme de soixante-quatre ans, qui avait été atteinte de coliques hépatiques. Il fit la laparotomie, releva le bord inférieur du foie, trouva, en arrière, la vésicule grosse comme une noix, détruisit les adhérences, ouvrit la vésicule d'où il sortit quelques mucosités sans calculs, excisa, par morceaux, cette vésicule, trouva un calcul dans le canal cholédoque, ouvrit celui-ci, extirpa le calcul, fit le cathétérisme du cholédoque, referma ce canal et appliqua une mèche iodoformée qui ressortait à l'extérieur et servait de drain. Les suites opératoires furent bonnes. La malade guérit.

M. Stuttgard insiste sur l'importance qu'il y a à relever et à attirer hors de la plaie le bord inférieur du foie, manœuvre qui, selon lui, facilite singulièrement la recherche de la vésicule. Enfin, il faut aussi signaler, dans ce cas, la coïncidence de l'atrophie de la vésicule avec la présence d'un calcul dans le cholédoque.

Prostatectomie. — M. **TUFFIER** communique l'observation d'un homme de cinquante-deux ans, fort, bien constitué, qui était atteint d'accidents urinaires remontant à 1885. Il avait une hypertrophie de la prostate avec des accidents de rétention. En juillet 1892, époque à laquelle M. Tuffier vit ce malade pour la première fois, il était atteint de mictions fréquentes; il ne pouvait uriner que couché et le bassin relevé, et il était obligé de pousser très doucement, sans quoi il ne pouvait pas uriner. L'extrême fréquence des mictions faisait que ce malheureux était presque uniquement occupé à uriner. M. Tuffier conseilla le cathétérisme à répétition; mais le malade n'en éprouva aucune amélioration. En septembre, il commençait à maigrir; on sentait une hypertrophie du lobe gauche de la prostate et une hypertrophie du lobe moyen faisant saillie dans la vessie. En sondant ce malade, on constatait que le muscle vésical avait conservé toute sa puissance. Il y avait donc un obstacle à l'émission de l'urine, autre que l'état de la vessie elle-même. M. Tuffier se décida à pratiquer, le 16 septembre 1892, l'opération suivante : Il fit la cystotomie sus-pubienne, il incisa la vessie dont la paroi était extrêmement dure et épaisse; au niveau du col il trouva une véritable amygdale faisant saillie dans la cavité vésicale, mobile, pédiculée sur le lobe gauche de la prostate. Il extirpa ce lobe moyen et réunit la plaie prostatique, puis sutura la vessie, ferma complètement la plaie, mit une sonde à demeure qu'il retira le septième jour. Il y eut, à ce moment, une légère hémorragie qui l'obligea à remettre une sonde à demeure. Le 7 octobre, ce malade était complètement guéri. M. Tuffier l'a revu le 7 décembre dernier; il a une miction normale, un jet normal, et se trouve actuellement dans une condition idéale au point de vue urinaire.

M. Tuffier fait ressortir, dans cette observation, les points sui-

vants : tout d'abord le jeune âge du sujet, ce qui est une très bonne condition pour l'intervention en question ; à cet âge, en effet, il n'y a pas à compter avec l'artério-sclérose du système urinaire. En second lieu, la puissance et l'hypertrophie compensatrice du muscle vésical, qui est encore une condition favorable et une indication formelle de l'intervention.

Quant au manuel opératoire, M. Tuffier pense que la voie sus-pubienne doit être celle de choix. Le meilleur moyen d'éviter les hémorragies est de faire la suture de la plaie prostatique. Dans le cas actuel, après l'excision partielle de la prostate, il restait une des deux surfaces cruentées en forme de coin ; au lieu de rapprocher ces deux surfaces l'une de l'autre, M. Tuffier les a suturées chacune de son côté, de sorte qu'au lieu de rétrécir la surface vésicale, au niveau du col, il l'a agrandie. Il a eu recours à une suture au catgut, fortifiée par une suture à la soie. Il s'agissait bien, dans ce cas, d'une hypertrophie simple de la prostate et non d'un fibrome comme on aurait pu le penser.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, dans les cas d'intervention sur la vessie ou sur l'urèthre, ne se sert que de catgut fort. Il insiste sur la rapidité de la réunion dans ces cas, malgré le courant urinaire.

M. TUFFIER, à l'appui de cette opinion, rappelle qu'il a fait de nombreuses prostatectomies chez les animaux et qu'il a toujours constaté la facilité et la rapidité de la réunion.

Contusion de l'abdomen, rupture des voies biliaires ; intervention tardive, guérison. — M. MICHAUX présente un cas de rupture traumatique des voies biliaires, par contusion de la région hépatique et de la partie inférieure du thorax. Il s'agit d'un charretier, âgé de trente-six ans, qui avait été renversé sous les roues de son tombereau. Il y avait tout à la fois des signes de contusion thoraco-pulmonaire et de lésion hépatique. Peu à peu les signes pulmonaires s'amendent, les signes péritonéaux prennent plus d'importance. Dix-sept jours après, l'état devenant de plus en plus grave, il fait au-dessous de l'ombilic une incision de 6 centimètres qui donne issue à 300 grammes de bile. Un tube à drainage est laissé en place et, pendant quatre mois, il s'écoule un liquide bilieux, puis la fistule se ferme, le malade s'améliore progressivement, il est aujourd'hui méconnaissable pour celui qui a été témoin de l'état misérable dans lequel il était. Il croit que l'intervention, quelque incomplète qu'elle ait été, lui a néanmoins été très utile et qu'elle lui a rendu grand service.

PRÉSENTATIONS DE MALADES

Orchidopexie. — M. MONOD communique l'observation d'un jeune homme de vingt-quatre ans qu'il présente à la Société et qui était atteint d'ectopie congénitale testiculaire ; le testicule était dans le pli de l'aine. M. Monod ouvrit le conduit vagino-péritonéal, arriva sur le testicule, qu'il sépara de ses adhérences, l'isola, lui creusa une loge dans le scrotum et l'y fixa.

M. MARCHAND cite un cas analogue dans lequel il pratiqua la même opération.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait observer que, dans ces cas, le testicule présente toujours une certaine tendance à remonter. L'important est qu'il ne remonte pas au-dessus de l'anneau inguinal externe. Mais il peut remonter tout près de lui, sans cesser de rester vigoureux.

Tumeur solide du petit bassin chez l'homme ; laparotomie, guérison. — M. PICQUÉ présente un malade auquel il a pratiqué, dans le service de M. Perier, à l'hôpital Lariboisière, une laparotomie pour une tumeur solide du petit bassin. Il s'agissait d'un homme de trente-quatre ans, employé à la Compagnie du Nord, qui, tout d'un coup, ressentit une douleur dans le flanc gauche et constata, dans cette région, l'existence d'une tumeur à développement rapide.

Il se présenta de suite à l'hôpital. M. Picqué reconnut alors l'existence d'une volumineuse tumeur faisant saillie au-dessus du pubis, d'environ quatre travers de doigt et occupant une grande partie de la fosse iliaque gauche.

Le toucher rectal montre qu'elle est enclavée dans le petit bassin, comprimant le rectum, d'où une constipation opiniâtre. État général excellent.

Le malade présentant une ectopie testiculaire du côté gauche, M. Picqué diagnostique un cancer du testicule.

La laparotomie médiane, pratiquée le 21 septembre, conduit sur une tumeur énorme, d'environ 2 kilogrammes, adhérant dans tout le cul-de-sac recto-vésical, munie d'un gros pédicule fixé au niveau de l'orifice interne du trajet inguinal.

Le quinzième jour, le malade quittait l'hôpital complètement guéri.

L'examen de la tumeur sera publié ultérieurement, mais il est probable qu'il s'agit d'un lymphadénome du testicule. Aujourd'hui, 28 octobre, l'état du malade est excellent, mais la rate présente un volume notable et l'on trouve quelques ganglions dans la région du cou. Il n'existe pas de récidive locale.

Varices lymphatiques. — M. MOTY présente un malade atteint de varices lymphatiques. Ce malade offre des signes manifestes d'hystérie.

La séance est levée.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

Tableau d'avancement de 1893.

1° *Pour le grade de médecin en chef.* — MM. les médecins principaux Geoffroy, Comme, Bodet et Nègre.

2° *Pour le grade de médecin principal.* — MM. les médecins de première classe Canoville, Gayet, Cognes, Chevalier et Couteaud.

3° *Pour le grade de médecin de première classe.* — MM. les médecins de première classe Salamoue-Ipin, Chastang, Fallier, Depied et Chorée.

4° *Pour le grade de pharmacien en chef.* — M. le pharmacien principal Louvet.

5° *Pour le grade de pharmacien principal.* — M. le pharmacien de première classe Bourdon.

6° *Pour le grade de pharmacien de première classe.* — M. le pharmacien de deuxième classe Rouzières.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 29 décembre 1892, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Coutance, pharmacien en chef de la marine.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de première classe de la marine Sébaud, Ropert, Arène, Gouzer, Lussaud, Le Franc et Reynaud. — M. le pharmacien principal de la marine Roubaud. — MM. Valès et Gailland, premiers maîtres infirmiers.

— Par décret, en date du 30 décembre 1892, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Au grade de commandeur. — M. Aron, médecin-inspecteur de la section de réserve.

Au grade d'officier. — MM. les médecins-majors de première classe Augarde, Tacquoy, Péchaud, Sonrel et Thomas. M. le pharmrcien principal de première classe Rebuffat. M. le docteur Lambert, médecin-major de première classe de l'armée territoriale.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins majors de première classe Reverchon, Auban, Carayon, de Ferré, Duc, Maljean, Weill, Rullier, Chupin, Ga dit Gentil, Schneider, Pugibet.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Lallemant, Rostan, Boutry, Veillon, Herrmann.

MM. les pharmaciens-majors de deuxième classe Bocquet et Georges.

MM. les docteurs Chavanon, médecin-major de première classe de l'armée territoriale; Boutet (d'Orgerus); Vermont (de Mont-Saint-Vincent).

— Par décret, en date du 31 décembre 1892, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le professeur Guyon, membre de l'Institut; M. Trasbot, directeur de l'École d'Alfort, membre de l'Académie de médecine.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Alison (de Baccarat); Dreyfus-Brissac, médecin de l'hôpital Tenon; Dubar, chirurgien de l'hôpital de la Charité de Lille; Fochier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Gimbert (de Cannes); Heydenreich, maire de Thairé; Jolicœur, conseiller général de la Marne; Laënnec, directeur de l'École de médecine de Nantes; Reulos, maire de Villejuif; Robin, maire de Chaix; Védrines, adjoint au maire de Versailles.

M. Portes, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Louis.

— Par décret, en date du 31 décembre 1892, les personnes ci-après désignées qui se sont signalées par des services exceptionnels rendus pendant la dernière épidémie cholérique, sont promues ou nommées dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le professeur Proust, inspecteur général des services sanitaires; M. G. Dujardin-Beaumetz, médecin des épidémies de la Seine.

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Gibert (du Havre); Roux, chef de service à l'Institut Pasteur.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Biron (d'Argenteuil); Boutan (du Havre); Camuset (de Bonneval); Dubief et Gaillard (de Paris); Galvani (de Sarcelles); Guiffart (de Cherbourg); Leclercq (d'Arras); Le Mercier (du Havre); Muselier, médecin à l'hôpital de la Pitié; Netter, médecin des hôpitaux de Paris; Pennetier (de Rouen) et Thoinot, médecin inspecteur du service des désinfections du département de la Seine.

Mme Vve Brochard, née Blivet (Jeanne), sous-surveillante à l'hôpital Tenon.

— Par décret, en date du 24 décembre 1892, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Vandier, Defrance, Ahmed ben Miloud dit Michel, Gresset, Lelièvre, Ostwalt, Desche, Patey du Bouays de Couesbouc, Lamberger, Delagenière, de Crévoisier de Vomécourt, Goupil, Huard, Moreau, Hamard, Letort, Weill, Barlerin, Tétau, Comte, Sterne, Camus, Mourlot, Gigon, Lang, Thiéry, Royer.

— Par décret, en date du 29 décembre 1892, ont été promus dans le corps de santé militaire, et, par décision ministérielle du même jour, ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de pharmacien-major de première classe. — M. le pharmacien-major de deuxième classe Gessard, en remplacement de M. Perron, mis en non-activité; désigné pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens aides-majors de première classe Bissérié, en remplacement de M. Girard, mis en non-activité; maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Boutineau, en remplacement de M. Gessard, promu; maintenu aux hôpitaux militaires de Tunisie.

— Par décret, en date du 30 décembre 1892, ont été nommés dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les médecins de deuxième classe de la marine Cordier et Chaussade; Hazard, Le Fel et Ozanam.

Médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine : MM. les docteurs Yersin et David.

— Par décision ministérielle, en date du 29 décembre 1892, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués :

M. le médecin principal de première classe Guillemin (J.-F.), est nommé directeur du service de santé du 19e corps d'armée à Alger.

MM. les médecins-majors de première classe Laurent (A.-C.-E.), pour l'hôpital de Bourges; Lachapelle, pour le 89e d'infanterie; Pons, pour l'hôpital de Marseille; Cluzant, pour le 22e d'artillerie; Reverchon, pour le 44e d'infanterie; Langlois, pour le 20e d'artillerie; Nimier, pour le service du recrutement et des prisons militaires de la Seine; de Santi, pour le 2e tirailleurs algériens.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Bercher, pour le 26e d'artillerie; Hugues, pour la direction du service de santé du 13e corps d'armée et les salles militaires de l'hôpital de Clermont-Ferrand; Chenet, pour les hôpitaux de la division de Constantine; Woirhaye, pour le 11e cuirassiers; Villedary, pour le 28e dragons; Larue, pour la direction du service de santé du 6e corps d'armée; Mary (P.-L.), pour la division du service de santé du gouvernement militaire de Lyon et du 14e corps d'armée; Toussaint, pour l'École de Saint-Cyr; Fribourg, pour le 1er escadron du train des équipages militaires; Perret (J.-M.-A.), pour le 1er hussards; Médieux, pour le 15e dragons; Gaillard (J.-L.-A.), pour la division du service de santé du 4e corps d'armée et les salles militaires de l'hospice du Mans; Baret, pour le 6e chasseurs d'Afrique; Camus (C.-A.), pour les hôpitaux de la division d'Oran; Ricoux, pour la division du service de santé du 1er corps d'armée; Lebon, pour le 141e d'infanterie; Speckhahn, par le 91e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Chevalier, pour l'École de Saumur; Fuzerot, pour les hôpitaux de la division d'Oran; Mignon (R.-M.-G.), pour le 4e bataillon de chasseurs d'Afrique; Moingeard, pour le 1er régiment étranger; Ausset, pour le 20e dragons; Merlat, pour le 11e dragons; Vuillaume, pour le 42e d'infanterie; Glorget, pour le 5e bataillon d'infanterie légère d'Afrique; Montel, pour le 2e régiment étranger; Rougier, pour les hôpitaux de la division d'Alger.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Cordillot, pour le 145e d'infanterie; Muller, pour le 28e dragons; Vallet, pour le 99e d'infanterie; Bronner, pour le 72e d'infanterie; Pégurier, pour le 142e d'infanterie; Capillery, pour le 21e d'artillerie; Fournial, pour le 118e d'infanterie; Raynaud, pour le 122e d'infanterie; Boucabeille, pour le 62e d'infanterie; Dellac, pour le 33e d'infanterie; Lhomer, pour le 30e d'artillerie; Chanaud, pour le 1er chasseurs à cheval; Bizouard, pour le 95e d'infanterie; Castaing, pour le 106e d'infanterie.

M. le pharmacien-major de première classe Raby, pour l'hôpital de Bordeaux.

MM. les pharmaciens-majors de deuxième classe Péré, pour la pharmacie centrale à Paris; Roeser, pour l'hôpital du camp de Châlons; Gauffrès, pour les hôpitaux de la division d'Alger; Durieu, pour l'hôpital de la Rochelle; Dulud, pour l'hôpital d'Ajaccio; Guillot, pour les hôpitaux de la division d'Alger.

MM. les pharmaciens aides-majors de première classe Allain, pour la réserve des médicaments à Marseille; Cuminet, pour l'hôpital de Marseille; Courtot, pour l'hôpital de Belfort.

— M. le docteur Dibos, maire de la Bastide-d'Armagnacq, est nommé chevalier du Mérite agricole.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Arnould, ancien médecin de l'armée, médecin de l'état civil, chevalier de la Légion d'honneur.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

47

SOLUTION COIRRE (CODEX 1877)

au chlorhydro-phosphate de chaux.

PHTHISIE, ANÉMIE, CACHEXIES, SCROFULES, RACHITISME, INAPPÉTENCE, DYSPEPSIE, ÉTAT NERVEUX, ASSIMILATION INSUFFISANTE, MALADIES DES OS.

Dose : *Une cuillerée à bouche chez les adultes; une cuillerée à café chez les enfants du premier âge; deux cuillerées à café de six à douze ans, au moment des deux principaux repas, dans l'eau sucrée ou coupée de vin.*

PRIX : **2 fr. 50** le flacon dans toutes les ph[ies].

PILULES DE PODOPHYLLE COIRRE

Contre la Constipation habituelle, les Hémorrhoïdes et la Colique hépatique.

DOSE : *Une pilule le soir en se couchant, sans qu'il soit nécessaire de rien changer au régime. Augmenter d'une pilule si besoin est.*

PRIX : **3** fr. la boîte dans toutes les pharmacies.

34

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES

Injection Mercier, 0,05 de Gaïacol et 0,01 d'Iodoforme chimiquement purs par cent. cube.

Le fl. de 50 injections : **2 fr. 50.**

Solution Mercier, 0,50 de Chlorhydro-phosphate de chaux et 0,10 de Gaïacol par cuillerée à soupe.

1 ou 2 cuillerées à chaque repas. Le fl. : **2 fr.**

Capsules Mercier, dosées à 0,05 de Gaïacol. 3 ou 4 à chaque repas. Flac. : **2 fr. 50.**

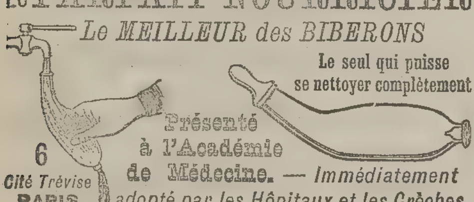
Capsules antiseptiques Mercier contenant 0,05 de Gaïacol, 0,05 d'Eucalyptol et 0,02 d'Iodoforme.

2 ou 3 à chaque repas. Le fl. : **3 fr.**

MERCIER (*médaille d'or*), 3, place de l'Odéon et dans les pharmacies.

69

Le PARFAIT NOURRICIER



33

VIN DE VIAL

au quina, suc de viande et lacto-phosphate de chaux

ALIMENT PHYSIOLOGIQUE COMPLET

Le **VIN de VIAL** contient tous les principes actifs du **phosphate de chaux, du quina** et de la **viande crue**. Ces trois substances constituent par leur réunion le plus rationnel et le plus complet des toniques.

A la dose d'un verre à liqueur avant chaque repas, il complète la nutrition insuffisante des malades et des convalescents.

VIAL, ph[ien], ex-préparat[r] à l'Ecole de médecine et de pharmacie, RUE VICTOR-HUGO, 14, LYON.

63

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE: Un petit verre après les principaux repas.

DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies.— Vente en gros chez tous les droguistes.

24

BROMURE DE CAMPHRE DU D[r] CLIN

Lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **D[r] Clin** « au **Bromure de Camphre**, sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut pro- « duire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique* et un « *hypnotique* des plus efficaces. »

(*Gaz. des Hôpitaux.*)

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **D[r] Clin** « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd.* »

Chaque Capsule du D[r] Clin renf[me] 0,20 } Bromure de
Chaque Dragée du D[r] Clin renf[me] 0,10 } Camphre pur

GROS : **Clin & C[ie]**, 20, r. des Fossés-S[t]-Jacques, Paris. — DÉTAIL : *Dans les bonnes Pharmacies.*

29

ÉLIXIR ET DRAGÉES FERRO-ERGOTÉS MANNET

Chloro-anémie, Métrorrhagies, Métrite, Incontinence d'urine.— 2, pl. Vendôme, Paris.

11

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ Mariani** est prescrit avec succès, par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du Diabète, l'Anémie**, la **Chlorose**, la **Gastralgie**, les **Laryngites** et les **Granulations de la Gorge**, etc.

Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux à trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

MARIANI, ph[ien], 41, B[ard] Haussmann, et t[tes] ph[ies].

60

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon concentré de viande de bœuf

SANS GRAISSE NI GÉLATINE

Les plus hautes distinctions aux grandes expositions internationales depuis 1867.

HORS CONCOURS DEPUIS 1885.

Précieux pour ménages, malades, usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur B[on] Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

42

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sidney

FOUGÈRE MALE ET CALOMEL

TÆNIFUGE, préparé par LIMOUSIN.

Le flacon de 16 capsules, dosées selon la formule du D[r] Créquy, suffisent pour expulser le **ver solitaire.** (Envoi par poste.) — **Prix : 6 fr.**

Ph[ie] LIMOUSIN ✻, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

66

GRANULES DE CATILLON

à 1 milligr. d'**Extrait titré** de

STROPHANTUS

C'est avec ces granules qu'ont été faites les expérimentations discutées à l'**Académie** en 1889; elles ont démontré que 2 à 4 par jour produisent une **diurèse rapide**, relèvent le **cœur affaibli**, font disparaître l'**Asystolie**, la **Dyspnée**, l'**Oppression**, les **Œdèmes**, les accès d'**Angine de poitrine**, etc. On peut en continuer l'usage sans inconvénient, pas d'intolérance.

Eviter les imitations et les teintures infidèles.

PARIS, 3, BOULEV. SAINT-MARTIN ET PHARMACIES.

54

ANTIPYRINE DU D[r] KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de **50** et **100**[g].

Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.

31, rue des Petites-Écuries, Paris

10

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES

Les Pilules du **D[r] Moussette**, à l'ACONITINE et au QUINIUM calment ou guérissent la *Migraine*, la *Sciatique* et les *Névralgies* les plus rebelles, ayant résisté aux autres traitements.

L'action sédative que ces Pilules exercent sur l'appareil circulatoire sanguin, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, indique leur emploi dans les *Névralgies du trijumeau*, les *Névralgies congestives*, les *affections Rhumatismales*, *douloureuses* et *inflammatoires*.

Chaque Pilule Moussette, exactement dosée, contient : Un cinquième de milligramme aconitine cristallisée. Cinq centigrammes quinium pur.

DOSE : Commencer par 3 pilules à prendre en trois fois, et ne pas aller au delà de 6 pilules dans les 24 heures.

On peut se procurer les **Véritables Pilules Moussette** par l'entremise des Pharmaciens.

45

LIQUEUR CONCENTRÉE

BALSAMIQUE, ANTISEPTIQUE



Deux cuillerées par litre donnent instantanément une *excellente eau de goudron*, que l'on boit aux repas au lieu d'eau ordinaire, contre :

MALADIES DE LA PEAU

VOIES RESPIRATOIRES

VOIES URINAIRES

Diathèse furonculeuse

MALADIES ÉPIDÉMIQUES

Couper de 1 ou 2 parties d'eau pour *lotions, pulvérisations.*

Le flacon : **1 fr. 50**

Rue de Rennes, 105, Paris, et dans les pharmacies

23

COTON IODÉ DU D[r] MÉHU

Adopté dans les hôpitaux de Paris.

Le **Coton iodé du D[r] Méhu** est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau et un révulsif énergique dont *on peut graduer les effets à volonté.* Son action est plus sûre et plus profonde que celle de la teinture d'iode. Il remplace avec grand avantage le papier moutarde, l'huile de croton tiglium, le thapsia et souvent même les vésicatoires.

Pharmacie Thomas, 48, avenue d'Italie, Paris.

90

MÉDICAMENTS DUODÉCIMAUX DE TROUETTE

Basés sur la méthode duodécimale de Trouette, honorés d'un rapp. fav. à l'Acad. de méd. de Paris.

Pour les prescrire ajouter les mots « **de Trouette** » après le nom du médicament ordonné.

En demander la liste à M. E. TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, Paris. — Se trouvent dans toutes pharmacies de France et de l'Etranger.

80

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO. viande crue, Alcool, Ec. d'oranges am.

Phthisie, anémie, convalescence.

Paris, 20, place des Vosges.

54

RHUMATISMES. GUÉRISON

par la flanelle et l'Ouate végétale du Pin sylvestre. REYNAUD, 22, r. de la Paix. Envoi f[o] du catalogue.

68

DIGITALINE D'HOMOLLE & QUEVENNE

Approbation de l'Académie de médecine.

MÉD. D'OR DE LA SOCIÉTÉ DE PHARM. DE PARIS.

Le nouveau Codex a décidé, qu'à moins de désignation spéciale, c'est toujours la *Digitaline* découverte par **Homolle** et **Quevenne** (1) qui doit **SEULE** être délivrée.

Dose p[r] jour Granules (1 à 3). — Solution p[r] us. int. (10 à 30 g[ttes].

(1) A cause des *imitations impures*, formuler la **Vraie Digitaline d'Homolle et Quevenne.**

Ph[ie] COLLAS, 8, r. Dauphine P ris, et t[tes] ph[ies].

55

ANÉMIE, CHLOROSE, ÉPUISEMENT

Affaiblissement général

HÉMOGLOBINE SOLUBLE

de V. DESCHIENS

PRINCIPE FERRUGINEUX NATUREL, RÉPARATEUR DES GLOBULES DU SANG

SIROP, VIN, DRAGÉES préparées par Adrian et Cie
9 et 11, rue de la Perle, Paris

12

DYSPEPSIES ATONIQUES

COLIQUES HÉPATIQUES et NÉPHRÉTIQUES

La QUASSINE ADRIAN

EXCITE L'APPÉTIT ET DÉVELOPPE LES FORCES

DRAGÉES dosées à 25 mgr **Quassine amorphe.**
GRANULES dosées 2 mgr **Quassine cristallisée.**

10

COLIQUES HÉPATIQUES
COLIQUES NÉPHRÉTIQUES
COLIQUES UTÉRINES

CAPSULES BRUEL

D'ÉTHER AMYL VALÉRIANIQUE

Spécifique des maladies nerveuses en général. Le plus puissant et le plus inoffensif des calmants et antispasmodiques.

32

TUBERCULOSE PULMONAIRE

PLEURÉSIE D'ORIGINE TUBERCULEUSE

Bronchites aiguës et chroniques
Dilatation des bronches, Bronchorrhée

GAIACOL IODOFORMÉ SÉRAFON

& GAIACOL-EUCALYPTOL IODOFORMÉ SÉRAFON

en CAPSULES pour l'usage interne.
en SOLUTIONS pour injections hypodermiques.

Préparation et vente en gros : Mon Adrian et Cie, Paris.

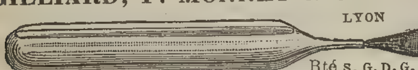
77

CHLORURE D'ÉTHYLE PUR

Anesthésique local du Prof.-Docteur Redard.

PRÉPARÉ PAR

GILLIARD, P. MONNET & CARTIER
LYON



Bté s. g. d. g.

(Tube réduit au 5e de la grandeur naturelle,)

Innocuité absolue.— Anesthésie parfaite.
Guérison des névralgies, sciatiques, etc.

DÉPÔT DANS TOUTES LES PHARMACIES
Prix : **9 fr.** *la boîte de 10 tubes.*
Expéres: Fribourg et Hesse, 26, r. des Ecoles, Paris.

72

DESNOIX 17, RUE VIEILLE-DU-TEMPLE PARIS

MARQUE DE FABRIQUE



PANSEMENTS ANTISEPTIQUES
TOILE VESICANTE
TOILE VÉSICANTE ROSE à la cantharidine
THAPSIA, SPARADRAP des **HOPITAUX**
et tous les sparadraps.
PLUMASSEAUX-EPONGES
remplaçant les éponges naturelles.
PINCEAUX MOLLETONNÉS
pr enlever les fausses membranes de l'angine couenneuse.

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.
Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

23

FARINE LACTÉE **NESTLÉ**

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

34

MALADIES DE POITRINE

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX

DU Dr CHURCHILL

Sous l'influence des hypophosphites, la toux diminue, l'appétit augmente, les forces reviennent, les sueurs nocturnes cessent et le malade jouit d'un bien-être inaccoutumé.

*Prix : **4** fr. le flacon.*

Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

43

FIÈVRE PALUDÉENNE
ET CONVALESCENCE D'INFLUENZA

GRAND REMÈDE FÉBRIFUGE

du docteur G. GAUDIN, des Sables-d'Olonne.
EN 60 BOLS
FER, QUINA ET PRINCIPES AMERS
Préparé par F. Barthélemy,
pharmacien de 1re classe, ex interne des hôpitaux, *seul dépositaire*, 5 et 7, r. Dugommier, Nantes.

44

VIN NOURRY IODOTANÉ

EXACTEMENT TITRÉ

Une cuillerée à bouche contient :

0gr,05 d'Iode
et 0gr,10 de Tanin,

exempt de tout iodure alcalin.

Par son assimilation et sa tolérance parfaites, le **VIN NOURRY** est le curatif par excellence des affections qui ont l'Iode ou les Iodures pour base de traitement, telles que : **Lymphatisme, Scrofule, Anémie, Menstruations difficiles**, etc.....

Doses. — Enfants : 1 cuillerée à café;
Adultes : 1 cuillerée à soupe,

avant les deux principaux repas.

Paris, 28, rue Saint-Claude, et Pharmacies.

52



Débilité, Anémie,
Maladies de l'enfance,

sont combattues avec succès par la

FUCOGLYCINE GRESSY

Ce Sirop, à base d'algues marines, remplace avantageusement l'Huile de Foie de Morue, dont il possède toutes les propriétés, sans en avoir la saveur ni l'odeur désagréables.

Le Perdriel et Cie, Paris.

99

SIROP D'AUBERGIER

AU LACTUCARIUM

TOUX, RHUMES, GRIPPE, BRONCHITES

Approbation de l'Académie de médecine.

Contre les affections des **Poumons** et des **Bronches**, calme la **Toux** et supprime l'**Insomnie**.

DANS TOUTES LES PHARMACIES

17

CHARBON NAPHTOLÉ
FRAUDIN
Phien, Boulogne-Paris.

Désinfectant antiseptique granulé
3 à 6 cuil. à café par jour.

30

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Dépôt : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmaci Brunschwik.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.
Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.
Vente en gros : Chez tous les droguistes.

19

DROGUERIE MÉDICINALE PATRE

Seule maison s'occupant exclusivement, depuis plus de cinquante ans, de la fourniture des médicaments aux **Médecins** et aux **Hospices**.

Maison de confiance, recommandée.

MÉRÉ et Cie, pharm. de 1re classe, ex-interne des hôpitaux de Paris, à Orléans (Loiret).

PRIX COURANT FRANCO, SUR DEMANDE

99

ASTHME

POUDRE DU Dr LEFEBVRE

Cette poudre, employée en fumigations, calme immédiatement les crises d'asthme et d'oppressions.

Dépôt général : Phie Chiron, 39, rue de l'Arcade.

21

CRÉOSOTE VRAIE DU HÊTRE

EN CAPSULES DARTOIS



Ces capsules, de la grosseur d'une pilule ordinaire, contiennent chacune 0,05 de **créosote vraie du hêtre** et 0,20 d'huile de foie de morue. C'est le meilleur mode d'administration de la créosote.

3 ou 4 à chaque repas contre :

BRONCHITES
CATARRHES, PHTHISIE
TUBERCULOSE

Le flacon 3 fr., 105, rue de Rennes, Paris, et Phies.

55



SIROP & PATE-ZED

à base de codéine pure, de tolu, et d'eau de laurier-cerise.

Aux propriétés de la codéine et du tolu s'ajoutent celles de *l'eau de laurier-cerise*, agissant là comme l'émulsion d'amandes dans les loochs; contre les *toux convulsives, affections des bronches, insomnies tenaces.*

Paris, 22 et 19, rue Drouot.

Dr Zed

72

PILULES RHÉO-FERRÉES VIGIER

contre la constipation. — 1 à 2 au dîner.

N° 2. — JEUDI 5 JANVIER 1893. 66e ANNÉE. JEUDI 5 JANVIER 1893. — N° 2.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Regnauld, en cédant le fauteuil de la présidence à M. Laboulbène, son successeur, a présenté à l'Académie le résumé traditionnel de ses travaux et de ses discussions dans le cours de l'année qui vient de s'écouler. Comme ses prédécesseurs, il a fait un navrant tableau de la façon misérable dont est logée l'Académie. Comme ses prédécesseurs aussi, il a fait entrevoir que, dans un avenir plus ou moins prochain, cet état de choses cessera. Puisse M. Regnauld être plus heureux que ses devanciers dans ses prédictions ?

Après l'installation du nouveau bureau, la parole a été donnée à M. Cadet de Gassicourt pour la lecture d'un rapport sur un travail de M. R. Saint-Philippe (de Bordeaux), relatif à quelques-unes des portes d'entrée de l'infection chez l'enfant. Puis M. Laborde, au nom de M. Bérenger-Féraud, a lu un travail sur le nombre et la longueur des tænias chez l'homme. Pendant qu'il occupait la tribune, M. Laborde a communiqué un nouveau sauvetage par son procédé dit de la langue; il s'agissait d'un tout jeune enfant en état d'asphyxie et de mort apparente par suite d'une bronchite. M. le docteur Laborde (de Biarritz) appliqua aussitôt, et avec succès, le procédé imaginé par son éminent homonyme. Enfin, M. Lagneau a communiqué le résultat de recherches statistiques relatives à l'influence des guerres sur le mouvement de la population.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. FOURNIER.

Le diagnostic rétrospectif de la syphilis héréditaire.

Le diagnostic rétrospectif de la syphilis héréditaire offre souvent de très grandes difficultés. Ce n'est que par un examen complet, par l'ensemble de tous les signes recueillis qu'il est d'ordinaire possible. Un premier groupe de signes sera fourni par l'enquête faite sur la famille. Cette enquête est délicate, parfois infructueuse. En dehors des renseignements recueillis, il est un point dont vous devez toujours tenir grand compte, c'est la polymortalité infantile dans la famille. Un second groupe, le plus important, vous sera fourni par l'examen même de l'enfant. Cet examen portera tout d'abord, aussi bien au point de vue de l'état actuel que des commémoratifs, sur les dents, les yeux, les oreilles, ces organes dont les lésions, encoches dentaires, kératite interstitielle, otite moyenne, constituent la triade symptomatique d'Hutchinson. Il portera sur le testicule, ses lésions chroniques étant fréquentes dans la syphilis héréditaire. Mais trois points importants et un peu moins connus dont je désire vous parler en détail sont : 1° l'habitus extérieur; 2° les cicatrices cutanées et muqueuses; 3° les déformations osseuses.

Le syphilitique héréditaire se développe très rarement d'une façon normale. Il reste petit, malingre; son habitus extérieur trompe sur son âge. A quinze ans il en paraît dix. Le développement du système pileux sur le corps et le visage est très retardé. Le mot infantilisme persistant, qu'on a proposé, résume bien cet ensemble de troubles dystrophiques. Parfois même, ces troubles peuvent aller jusqu'à produire, non plus seulement l'infantilisme, mais le nanisme.

Les ulcérations cutanées ou muqueuses, qui apparaissent à la période d'état de la syphilis héréditaire, laissent après elles des cicatrices d'une grande importance diagnostique. Quatre caractères : l'étendue, la configuration, le groupement et surtout le siège, serviront à établir cette filiation rétrospective. Comme étendue, ces cicatrices sont petites, minimes. Comme configuration, elles ont une forme orbiculaire arrondie, décrivent parfois une arcade, une courbe serpigineuse. Comme groupement, elles sont disposées en bouquet, réunies à côté les unes des autres. Comme siège, enfin, elles ont des régions spéciales. C'est à la commissure des lèvres, c'est au pourtour du nez, c'est dans la gorge qu'on les trouve particulièrement. C'est surtout à la région lombo-fessière, et bien que des ulcérations d'origines diverses puissent exister dans cette région, elle n'en constitue pas moins, ainsi que Parrot l'a bien établi, la localisation favorite de la syphilis héréditaire. Ses lésions comme ses cicatrices doivent donc être toujours particulièrement suspectes.

Mais c'est surtout le squelette dont l'examen est important. C'est, en effet, sur le squelette que la syphilis héréditaire crée ses lésions les plus profondes, les plus évidentes,

les plus durables. Vous aurez particulièrement à rechercher ces lésions sur le crâne, la face, les os des membres et surtout le tibia, l'os révélateur de la syphilis.

Pour le crâne, c'est surtout le front qui se trouve modifié. Parfois il bombe en avant, prenant la forme dite front carré, front olympien ; parfois il offre des bosselures symétriques, parfois il prend une forme évasée en carène. Sur le crâne même, vous aurez à rechercher les bosselures, les petites bosses, vestiges de périostoses, d'exostoses anciennes, vous tiendrez un compte particulier de l'élargissement transversal. Souvent cet élargissement coexiste avec un aplatissement du sommet qui déprime la partie médiane, fait saillir les parties latérales donnant au crâne, suivant la comparaison très juste et très pittoresque de Parrot, la forme d'une paire de fesses. Ce crâne natiforme est le crâne syphilitique par excellence. Souvent aussi, par suite de la dystrophie syphilitique, existe une asymétrie très marquée entre les deux moitiés du crâne. Les enfants qui offrent ces lésions peuvent survivre et présenter une intelligence parfaitement normale. Mais ils peuvent aussi être atteints d'hydrocéphalie.

A la face, la déformation caractéristique est la déformation nasale. On peut distinguer deux grands types de déformation nasale. Dans le premier, il s'est produit comme un éboulement de la partie supérieure du nez ; le bout du nez se retrousse. Dans le second, c'est l'étage inférieur du nez qui paraît reculer ; il rentre en quelque sorte dans la partie supérieure ; c'est le nez en lorgnette. En interrogeant les parents, vous apprenez souvent qu'à un moment donné l'enfant a été atteint de coryza chronique, qu'avec le jetage abondant sont sortis des fragments d'os nécrosés. Mais parfois les commémoratifs ne révèlent rien de semblable. C'est le cas en particulier pour certaines déformations moins typiques, nez aplati à sa base, nez mal fait, résultat non d'une nécrose mais d'une simple dystrophie.

Sur les os du squelette, vous pouvez trouver comme lésions, vestiges de la syphilis héréditaire, des intumescences, des hyperostoses. Cherchez-les en particulier au niveau des épiphyses et surtout de l'extrémité supérieure du tibia, de l'extrémité inférieure de l'humérus, des extrémités tant supérieure qu'inférieure du radius et du cubitus. Mais c'est sur le tibia que vous trouverez surtout les lésions les plus caractéristiques.

Le tibia est l'os révélateur de la syphilis héréditaire. Sa forme seule est déjà souvent un indice. Il est volumineux, gros, déformé. Analysez cette déformation, vous verrez que la crête du tibia est devenue en quelque sorte, par son élargissement, une véritable face. Elle s'est en même temps évasée, aplatie à son milieu. L'ensemble a pu être comparé à une lame de sabre. C'est un véritable dépôt osseux qui est venu se surajouter antérieurement au tibia. Souvent même, à un examen superficiel, cette saillie antérieure rapportée trompe sur le véritable volume de l'os. Elle frappe seule les yeux, de sorte que le tibia paraît plutôt moins gros que de coutume. On ne saurait trop insister sur cette déformation en lame de sabre, ce dépôt osseux surajouté qui ne se trouve dans aucune autre affection que la syphilis héréditaire.

Les incurvations osseuses des membres, les incurvations des os du tronc aboutissant à la déformation thoracique, à la poitrine en carène, ne sont pas rares chez les syphilitiques héréditaires. Mais leur valeur caractéristique est beaucoup moins grande. Elles sont, en effet, en tout analogues aux incurvations du rachitisme. Cette grande question des rapports du rachitisme et de la syphilis semble aujourd'hui éclaircie d'une façon certaine.

Comme Parrot l'a démontré, le rachitisme est une conséquence fréquente de la syphilis héréditaire. Dans une famille de syphilitiques ayant, par exemple, cinq enfants, la règle est la suivante : quatre meurent, le cinquième est rachitique. Mais le second point de la doctrine de Parrot est aujourd'hui abandonné par tous. La syphilis n'est pas la seule cause du rachitisme. C'est une cause fréquente, mais ce n'est pas la cause la plus fréquente des lésions rachitiques. D'ailleurs, dans son action, la syphilis paraît plutôt se rapprocher des autres causes d'hygiène défectueuse, d'affaiblissement chronique qui jouent le rôle prépondérant dans la pathogénie de cette affection, qu'agir en tant que syphilis proprement dite. Le rachitisme des syphilis héréditaires est donc souvent une lésion en quelque sorte surajoutée, indirecte, parasyphilitique.

OCCLUSION INTESTINALE

PAR UN ÉNORME CALCUL BILIAIRE ; OUVERTURE DE L'INTESTIN ET EXTRACTION

Par M. le docteur Le Bec, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph.

Mme de C..., âgée de cinquante-deux ans, était soignée par un médecin pour des coliques hépatiques, dont quelques-unes furent fort graves. Je note en passant que le premier bruit du cœur n'est pas très net, que la mère de la malade est morte d'une affection cardiaque, et que sa sœur est gravement malade d'une affection du cœur.

Le 25 janvier 1891, Mme de C... fut prise brusquement d'une douleur dans le ventre et d'arrêt des matières intestinales. Pendant trois jours on mit en œuvre tous les traitements médicaux habituels sans succès.

Je fus appelé le 27 pendant le service. La malade était dans un état d'anxiété très grande ; le ventre peu ballonné et peu douloureux. En palpant, on réveillait une vague sensibilité vers le milieu de l'abdomen. Pas de selles depuis trois jours. Anurie presque complète, pouls fréquent et faible, vomissements verts depuis le matin, température à 36°5, aspect grippé de la face, état général assez sérieux. Pas de hernie.

M. le docteur Blet et moi nous pensâmes à un étranglement interne et à une obstruction. La laparotomie fut proposée, acceptée et faite pendant la nuit.

Le ventre ouvert j'explorai le cæcum et le côlon, sans rien trouver de suspect. En mettant la main au milieu des anses de l'intestin grêle, je sentis un corps dur que j'attirai dehors. C'était une anse intestinale contenant un corps étranger qui la remplissait tout à fait. C'était bien là le corps du délit, car l'intestin était distendu d'un côté et vide de l'autre. Je fis quelques tentatives pour faire glisser ce corps, mais inutilement, car l'intestin était comme collé à sa surface. Il n'y avait plus qu'à l'enlever. Je fis une incision longitudinale de 5 à 6 centimètres et je fis sortir un calcul biliaire énorme.

L'intestin fut ensuite refermé par deux plans de suture à la soie fine ; l'un adossant la surface externe de la muqueuse retournée en dedans ; l'autre fermant la séreuse suivant le procédé de Lembert.

Le 28. La malade était calme, température 37°3, le ventre indolent. Une selle assez copieuse eut lieu le soir. Pouls 120.

Le 29. Nuit mauvaise. La malade est agitée, elle se plaint d'une sensation d'étouffement intense. Pouls 130, température 38°1. Ventre souple et indolent. Rien dans les poumons. Au cœur on entend un souffle très fort à la pointe, les battements ne sont pas réguliers. Caféine 2 grammes.

Le 30. Ventre souple, selle naturelle. Pouls 130. Grand étouffement. Le souffle de la pointe est très violent, les battements ne

sont pas réguliers. Il est évident que le cœur faiblit beaucoup. Caféine 2 grammes.

Le 31. Même état. Pouls 140. Température 38. Ventre souple. Battements de cœur tumultueux. La malade meurt le soir en pleine asystolie cardiaque.

Le calcul a une forme conique, 45 millimètres de long et 28 de large. Sa petite extrémité présente une facette articulaire plate. Sa large base a une forme pyramidale et est un peu pointue. Il est formé de cholestérine. Son poids est de 19 grammes à l'état frais.

DE LA TRICOPHYTIE CHEZ L'HOMME

Par M. R. Sabouraud.

(Note présentée à l'Académie des sciences par M. Duclaux.)

J'ai l'honneur de présenter à l'Académie les résultats de mes études sur la tricophytie humaine, études que je poursuis depuis le mois de mai dernier, dans le service de M. le docteur E. Besnier, à l'hôpital Saint-Louis.

Mes premières recherches, qui s'appuient en ce moment sur l'examen de plus de cent malades, ont porté sur l'examen microscopique des cheveux de teigneux. Elles m'ont prouvé :

1° Que la dimension des spores tricophytiques était identique en tous les points malades d'une même tête, mais différait souvent d'un cas à l'autre;

2° Que certains cas présentaient une petite spore (3 μ), et d'autres, une grosse spore (7 ou 8 μ);

3° Que la petite spore n'était pas reliée à un mycélium visible, et que ses agglomérations, disposées sans ordre, remplissaient le cheveu (1) et même débordaient son enveloppe pour lui former une sorte de gaine externe;

4° Que les grosses spores avaient, au contraire, un mycélium visible, et étaient ordonnées en files distinctes dans autant de rameaux mycéliens; enfin, que ces rameaux étaient tous inclus dans le cheveu, sans lui constituer de gaine enveloppante. Le cheveu ainsi atteint ressemble extrêmement au cheveu de la teigne faveuse;

5° Que, dans les cas de contagion d'école ou de famille, la spore gardait sur chaque individu contaminé ses mêmes dimensions; petites, si la contagion provenait d'une tricophytie à petites spores; grosses, dans le cas contraire;

6° Que, dix-neuf fois sur vingt cas de teigne cliniquement rebelle, ces tricophyties étaient causées par le tricophyton à petites spores, engainant le cheveu et sans mycélium visible.

La statistique des teignes tondantes montre une proportionnalité de 60 p. 100 de teignes à petites spores et 40 p. 100 de teignes à grosses spores.

Les recherches bactériologiques poursuivies simultanément ont confirmé ces différences microscopiques, à ce point que l'on peut affirmer d'avance, par l'examen extemporané des cheveux, quelle culture ils donneront.

α. Le tricophyton à grosses spores fournit sur la gélose au moût de bière une culture d'abord duveteuse et blanche, qui devient farineuse et jaune après quinze ou dix-huit jours; sur la pomme de terre une culture aride d'emblée et d'un jaune brun. Sur tous milieux, la culture adulte garde son aspect aride, poudreux, et sa couleur d'un jaune brun assez pâle.

β. Le tricophyton à petites spores prend un peu plus tard que le précédent ses caractères de duvet, mais il les garde toujours sur tous milieux, et ce duvet reste d'un blanc pur. Sur la pomme de terre, l'apparition du duvet est précédée pendant une douzaine de jours par la formation d'une tache rouge brun, ressemblant à du sang desséché.

(1) L'examen microscopique du cheveu se fait après ébullition dans une solution potassique à 40 p. 100.

Jamais, dans la série de ces cent malades, aucun cas n'a présenté de cultures d'aspect intermédiaire. Jamais une culture de l'un des types n'a pu être ramenée au type opposé.

Tous les cas de tricophytie de la barbe, au nombre de six, et tous les cas de tricophytie cutanée des régions glabres, au nombre de 23, se sont montrés, sans exception, dus au tricophyton à grosses spores.

De ces faits peuvent découler une foule de déductions cliniques, en dehors même de la plus frappante, la coexistence des teignes rebelles avec le parasite à petites spores. Dans la tricophytie humaine, il n'y a qu'un type, la teigne à grosses spores, qui puisse s'accompagner d'auto-inoculations ou de contagions de tricophytie circinée, ou produire, par contagion à l'homme, la tricophytie de la barbe. Le seul fait de ces contaminations permet ainsi de porter à distance le diagnostic de tricophytie à grosses spores. La tricophytie à petites spores ne paraît contagieuse que pour les cheveux, et par conséquent pour les enfants, seuls sujets à la teigne tondante.

Et comme parmi les teignes tondantes, la majorité des cas est causée par le parasite à petites spores, on peut dire que, dans la majorité des cas, la tricophytie des cheveux de l'enfant n'est aucunement contagieuse pour l'adulte.

Ces deux formes parasitaires, à grosses spores et à petites spores, essentiellement distinctes l'une de l'autre, indiquent donc que l'entité morbide, considérée jusqu'ici comme univoque sous le nom de tricophytie, n'est qu'un syndrome que peuvent causer plusieurs parasites différents. De plus, ces deux formes semblent être non pas deux espèces, mais deux groupes d'espèces, car par la culture sur le moût de bière en dilution à 1/5 et à 1/10, on rend évidentes, entre les cas, des dissemblances persistantes et héréditaires qui ne sont pas manifestes dans les cultures sur d'autres milieux. Le nombre de ces espèces paraît considérable, sans qu'on puisse encore le chiffrer.

Les tricophyties des régions glabres, en particulier, présentent une diversité de parasites très tranchée, bien que leurs cultures se rattachent toutes au type du tricophyton à grosses spores ou megalosporon. Plusieurs de ces variétés sont d'origine animale : ainsi j'ai pu retrouver sur l'homme le tricophyton du cheval, du veau, du chien et du coq, peut-être celui du chat. La tricophytie du cheval avait produit sur l'homme, le plus souvent, la lésion connue sous le nom de folliculite agminée tricophytique.

Il est difficile de décider encore, dans le grand nombre de ces formes parasitaires, celles qui sont absolument fixées dans leurs caractères et qui méritent le nom d'espèces et celles, au contraire, qui pourront être réversibles à un type originel et ne sont que des variétés.

Tous ces types, sauf peut-être le tricophyton microsporon des cheveux de l'homme, dont la nature botanique n'est pas hors de doute, sont des mucédinées, dont la forme de fructification (hyphe sporifère et spore externe) est presque identique à celle des Botrytis.

Les tricophytons doivent donc être rattachés à cette famille dont plusieurs types parasitaires sont déjà connus, tels que le Botrytis tenella et le Botrytis bassiana.

En ce qui concerne le tricophyton à petites spores, les inoculations à l'homme, sur la peau glabre, ne provoquent qu'un érythème léger suivi d'exfoliation épidermique par larges squames. L'évolution se termine par la guérison spontanée.

En ce qui concerne le tricophyton à grosses spores, les inoculations provoquent pour toutes les espèces qui ont été isolées, mais avec d'assez nombreuses inoculations négatives, la tricophytie circinée commune, sans que les espèces puissent se distinguer entre elles au seul aspect de la lésion, et sans que la variété du parasite, extraite des folliculites tricophytiques, ait reproduit cette forme de tricophytie dans les inoculations expérimentales.

CHIRURGIE PRATIQUE

Éther ou chloroforme? — L'éther va-t-il se relever du discrédit immérité dans lequel il est tombé; et doit-il faire une brillante rentrée dans la thérapeutique chirurgicale? C'est l'opinion de M. le professeur Forgue (de Montpellier), un nouveau converti, qui, dans son *Traité de thérapeutique chirurgicale* (1892), écrit: « Sous la réserve de quelques contre-indications, le chloroforme demeure l'anesthésique par excellence, » et qui, dans le *Nouveau Montpellier médical* du mois dernier, fait un long panégyrique en faveur de l'éther. Cet agent, dit-il, donne une anesthésie facile, plus prompte, avec une période d'excitation très courte, et des vomissements moins fréquents que ceux qui suivent l'administration du chloroforme. Et, point essentiel, l'éther serait bien moins dangereux que le chloroforme.

« C'est un argument sérieux que de compter, comme M. Ollier, 29500 éthérisations sans aucune mort. C'est une statistique bien faite pour convaincre que de réunir, comme M. Julliard, 524507 chloroformisations et 314738 éthérisations; et, quand ce chirurgien conclut qu'il y a un décès en moyenne sur 3,258 chloroformisations, une mort sur 14987 éthérisations, établissant ainsi que la léthalité par le chloroforme est quatre à cinq fois plus forte que par l'éther, il devient malaisé et peu logique de contester cet inégal péril; d'autant qu'il cadre avec les résultats de la toxicologie expérimentale : P. Bert ne nous a-t-il pas montré que la zone maniable, c'est-à-dire l'intervalle entre la dose anesthésique et la dose mortelle, est trois à quatre fois plus étroite pour le chloroforme que pour l'éther? Depuis que nous nous servons de ce dernier agent, nous n'avons eu qu'une alerte : encore est-elle survenue chez une femme que nous laparotomisions en pleine péritonite. — Et ce n'est pas seulement la quantité de dangers qui intervient; c'est aussi, semble-t-il, la qualité. L'éther expose bien moins que le chloroforme à la syncope primitive. M. Julliard, qui a colligé les chiffres de Sabarth, Kappeler, Duret, Comte, Hewit, formule qu'avec le chloroforme la mort survient une fois sur deux avant l'anesthésie complète et avec l'éther une fois sur quinze. Or, ce sont surtout ces accidents des premières périodes anesthésiques qu'il est difficile de combattre. »

Il n'a fallu rien moins que ces raisons, pour que le jeune professeur de Montpellier ait rompu avec les vieux « clichés, partout reproduits, » et qu'à quelques mois de distance, avec une courageuse bonne foi, il change ainsi radicalement d'opinion. Son chaud plaidoyer en faveur de l'éther ramènera l'attention sur ce précieux anesthésique, peut-être trop vanté par l'École lyonnaise, mais certainement trop délaissé par l'École de Paris.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 janvier 1893. — Présidence de M. Regnauld.

M. REGNAULD, président sortant, cède le fauteuil à M. Laboulbène.

RAPPORT

Portes d'entrée de l'infection chez l'enfant nouveau-né. — **M. CADET DE GASSICOURT** lit un rapport sur un travail de M. R. Saint-Philippe (de Bordeaux) sur ce sujet.

COMMUNICATIONS

Du nombre et de la longueur des tænias. — **M. LABORBE** lit, au nom de M. Bérenger-Féraud, la communication suivante :

M. Bérenger-Féraud, après avoir rappelé sa première communication sur la distribution géographique des tænias de l'homme et l'accroissement de fréquence du tænia inerme dans notre pays depuis un demi-siècle, aborde aujourd'hui un autre détail nosologique de ces parasites : à savoir, le nombre de vers de même variété que l'on rencontre chez les malades et la longueur qu'ils présentent.

Tout d'abord, revenant sur sa communication du 16 août dernier, il a omis, à cette époque, en parlant de la distribution géographique des tænias de l'homme, d'indiquer qu'il a largement mis à contribution le *Traité de zoologie médicale* et le *Mémoire sur les hyménologies* de M. le docteur R. Blanchard. Il désire réparer cet oubli, afin de rendre à M. R. Blanchard le juste hommage qui lui revient pour ses remarquables travaux sur les tænias de l'homme.

La question de savoir, ajoute M. Bérenger-Féraud, si l'on peut rencontrer des tænias d'espèces différentes chez un même individu est tranchée aujourd'hui par l'affirmative. MM. Davaine et R. Blanchard ont cité un grand nombre de faits qui le prouvent péremptoirement. Pour ma part, après M. Laboulbène et bien d'autres observateurs, j'ai constaté le tænia armé en même temps que le tænia inerme, et celui-ci en même temps que le bothriocéphale, chez un certain nombre d'individus.

Quant au nombre de tænias de la même variété habitant l'intestin d'un malade, on a constaté qu'il peut être de 1 à 5, 10, 15 tænias armés; de 1, 5, 10, 100 même bothriocéphales; de 1 à 60 tænias inermes. J'ai voulu avoir des chiffres précis au sujet de ces derniers, que j'ai observés plus souvent que les autres. J'ai donc analysé, dès 1880, un certain nombre de faits. En 1888, j'avais déjà recueilli 1.073 observations dans les hôpitaux de la marine. Aujourd'hui, ces observations sont au nombre de 2086.

Il résulte d'un tableau que M. Bérenger-Féraud met sous les yeux de l'Académie que, 87 fois sur 100, il n'y a qu'un seul tænia inerme dans l'intestin; 7 à 8 fois, deux; 2 à 3 fois, trois. Les chiffres supérieurs à 5, quoique pouvant aller jusqu'à 27 (Richard), 59 (Lacker), sont tout à fait exceptionnels.

Quant à la longueur des tænias, elle a été appréciée très différemment par les observateurs. On a parlé de 800 pieds (plus de 250 mètres) [Alaüs Borrichius], de 800 aunes (470 mètres) [Standberg], etc. Mais ces chiffres sont manifestement inexacts, car on a confondu, en général, la longueur totale des fragments rendus successivement dans le cours de plusieurs années avec la longueur du ver à un moment donné; ce qui est un peu comme si l'on comptait tous les fruits que porte un arbre dans le cours de sa vie comme le chiffre de sa récolte annuelle.

Nous manquons de chiffres précis, déduits d'une statistique étendue, pour le bothriocéphale et le tænia armé. J'ai essayé de combler la lacune pour le tænia inerme. C'est ainsi qu'en 1880 déjà, j'ai publié une statistique dans le *Bulletin général de thérapeutique*; qu'en 1884, j'ai donné à un de mes élèves, le docteur Hamon du Fougeray, une série plus étendue d'observations qu'il a publiées dans sa thèse inaugurale. En 1888, dans mes leçons sur les tænias, j'ai dépouillé 873 observations, et j'en possède aujourd'hui 1579 provenant des hôpitaux maritimes.

52 fois sur 100, le tænia inerme a moins de 5 mètres de longueur; 39 fois de 6 à 10 mètres; 6 fois seulement de 11 à 15 mètres. Les longueurs supérieures sont exceptionnelles. Qu'on me permette néanmoins de rappeler que cette longueur peut être considérable. Pour en donner une idée, et c'est ainsi que je finirai ma communication aujourd'hui, je citerai le cas curieux d'un mécanicien de la marine qui a contracté, il y a trois ans, le tænia à Madagascar; comme il n'en rendait que quelques anneaux de temps en temps, il ne croyait avoir qu'un parasite de moyenne grandeur; cependant la pelletiérine lui a fait évacuer, d'un coup, trois tænias inermes complets qui avaient les dimensions suivantes :

Le 1er	37 mètres de longueur,	pesant	197	grammes.
Le 2e	43 —	—	276	—
Le 3e	74 —	—	449	—
	154 —	—	922	—

Ce patient portait donc 154 mètres de parasites, pesant 922 grammes et nous pouvons penser qu'il en recélait davantage,

en réalité, car, malgré l'expulsion de trois têtes, il a continué depuis à rendre des anneaux de temps en temps.

Mort apparente par asphyxie, procédé de la traction de la langue. — **M. LABORDE**, au nom de M. le docteur Laborde (de Biarritz), communique une nouvelle observation dans laquelle il s'agit d'un enfant, au voisinage de la naissance, qui était en état de mort apparente par asphyxie d'origine bronchitique. M. Laborde appliqua, chez cet enfant, avec succès, le procédé de traction rythmique de la langue.

Influence des guerres sur la population. — **M. LAGNEAU** communique la première partie de recherches statistiques relatives à l'influence des guerres de la première République et des deux Empires sur le mouvement de la population.

La séance est levée.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES DE TURIN

Programme du neuvième prix Bressa.

L'Académie royale des sciences de Turin, se conformant aux dispositions testamentaires du docteur César-Alexandre Bressa, et au programme relatif publié le 7 décembre 1876, annonce qu'au 31 décembre 1892, s'est clos le concours pour les découvertes et les ouvrages scientifiques qui se sont faits dans le quadriennium 1889-1892, concours auquel devaient seuls prendre part les savants et les inventeurs italiens.

En même temps, cette Académie rappelle qu'à partir du 1er janvier 1891, il est ouvert un concours auquel, suivant la volonté du testateur, seront admis les savants et les inventeurs de toutes les nations.

Ce concours aura pour but de récompenser le savant ou l'inventeur, à quelque nation qu'il appartienne, lequel, durant la période quadriennale de 1891-1894, « au jugement de l'Académie des sciences de Turin, aura fait la découverte la plus éclatante et la plus utile, ou qui aura produit l'ouvrage le plus célèbre en fait de sciences physiques et expérimentales, histoire naturelle, mathématiques pures et appliquées, chimie, physiologie et pathologie, sans exclure la géologie, l'histoire, la géographie et la statistique ».

Ce concours sera clos le 31 décembre 1894.

La somme fixée pour ce prix, la taxe de l'imposition mobilière déduite, sera de 10416 (dix mille quatre cent seize) francs.

Qui a l'intention de se présenter à ce concours devra le déclarer, dans le terme dont ci-dessus, par une lettre adressée au président de l'Académie, et transmettre l'ouvrage par lequel il concourt. Cet ouvrage devra être imprimé; on ne tient aucun compte des manuscrits. Les ouvrages des concurrents, qui n'obtiendront pas le prix dont il s'agit, seront rendus aux concurrents eux-mêmes, à peine en auront-ils fait leur demande, dans le terme de six mois, à partir du jour de l'adjudication de ce prix.

Aucun des membres associés nationaux, résidents ou non résidents, de l'Académie de Turin, ne pourra obtenir ce prix.

L'Académie donne le prix à celui des savants qu'elle en juge le plus digne, bien qu'il ne se soit pas présenté au concours.

Turin, ce 1er janvier 1893.

Le président de l'Académie,
M. LESSONA.

Le secrétaire de la Junte,
A. NACCARI.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

16. M. PORET. Contribution à l'étude du traitement des calculs vésicaux chez les enfants mâles. — 17. M. BAVAY. Contribution à l'étude de la teigne tondante et en particulier des traitements. — 18. M. GRIMAUD. L'arsenal maritime de Rochefort; recherches d'hygiène professionnelle. — 19. M. FAUCHERAUD. Étude d'hygiène navale; le vêtement du marin. — 20. M. LE FEL. Essai sur le traitement des luxations congénitales de la hanche par la méthode sclérogène. — 21. M. MOREAU. Contribution à l'étude de l'étiologie de la fièvre typhoïde et de la vitalité dans le sol du bacile d'Eberth. — 22. M. REYGONDAUD. Considérations sur l'application des différents traitements de la conjonctivite granuleuse et en particulier du traitement par les scarifications, le curetage et le brossage. — 23. RAPUC. Considérations sur les manifestations épidémiques de la variole et sur le fonctionnement du service municipal de la vaccine à Bordeaux. — 24. M. REBOUL. Recherches sur l'étiologie des chancres syphilitiques céphaliques. — 25. M. OZANAM. Contribution à l'étude de l'arthrotomie dans les luxations anciennes du coude. — 26. M. AUDIBERT. Étude sur la physionomie et la physiognomonie; étude de psychologie physiologique. — 27. M. MATIGNON. De la gastro-entérostomie dans le cancer du pylore. — 28. M. GÉHIN. Contribution à l'étude de l'automatisme ambulatoire ou vagabondage impulsif. — 29. M. DURAND. Contribution à l'étude des tænicides, l'embélate d'ammoniaque. — 30. M. PELLAN. Des érythèmes blennorragiques. — 31. M. PRIGENT. Étude critique sur les résultats fournis par les injections antiseptiques dans le cours de l'uréthrite blennorragique chez la femme. — 32. M. ARNOULD. Contribution à l'étude de la structure interne du plexus sacré envisagée surtout au point de vue de l'agencement de ses fibres nerveuses motrices. — 33. M. CONDE. Contribution à l'étude du traitement de la cystite tuberculeuse. De l'emploi des instillations de sublimé. — 34. M. LE FLOCH. Contribution à l'étude des déformations artificielles du crâne, et en particulier de la déformation oblique par propulsion unilatérale. — 35. M. NORMAND. Contribution à l'étude du traitement par l'électrolyse des polypes naso-pharyngiens. — 36. M. ROCHÉ. Des injections sous-conjonctivales de sublimé en thérapeutique oculaire. — 37. M. LASSERRE. Étude de quelques médicaments au point de vue de leur composition et de leur valeur thérapeutique.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

Tableau d'avancement pour l'année 1893.

Médecins principaux de deuxième classe proposés et classés pour le grade de médecin principal de première classe : 1891. MM. Mutin, Ferron et Bouchez. — 1892. MM. Gavoy, Fournier, Bresson, Regnier, Viry et Schindler.

Médecins-majors de première classe proposés et classés pour le grade de médecin principal de deuxième classe : 1891. MM. Pierrot et Charvot. — 1892. MM. Bar, Labrevoit, Lepage, Vigenaud, Catteau, Moty, Betteau, Baudot, Bénech et Vaillard.

Médecins-majors de deuxième classe proposés et classés pour le grade de médecin-major de première classe : 1892. MM. Vuillemin (J.-E.), Louis (C.-F.-A.), Achintre, Richard (P.-L.), Douhart, Bercher, Colin, Badin, Février, Lecomte, Arnold, Hornus, Lallemant, Manquat, Brousses et Mignon.

Médecins aides-majors de première classe proposés et classés pour le grade de médecin-major de deuxième classe : 1891. M. Alvernhe. — 1892. MM. Guibal, Galland, Fargin, Mitry, Peltier, Lorin, Adriet, Thirion, Gury, Dieu, Manoha, Descubes, Mareus, Simonin et Renard (C.-H.).

Pharmaciens-majors de première classe proposés et classés pour le grade de pharmacien principal de deuxième classe : 1891. M. Barillé. — 1892. MM. Moissonnier et Raby.

Pharmaciens-majors de deuxième classe proposés et classés pour le grade de pharmacien-major de première classe : 1890. MM. Quiquet et Raser. — 1892. M. Péré.

Pharmaciens aides-majors de première classe proposés et

classés pour le grade de pharmacien-major de deuxième classe 1890. MM. Gaillard et Bonafous. — 1892. M. Cuminet.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 31 décembre 1892, M. le docteur Péan a été promu au grade de commandeur de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 2 janvier 1893, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Au grade d'officier. — M. le docteur Kermorgant, médecin inspecteur de deuxième classe des colonies.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Bréchot, médecin du lycée Hoche, à Versailles; Guérin, médecin de première classe des colonies.

— Par décret, en date du 2 janvier 1893, ont été promus dans le corps de santé des colonies :

Au grade de médecin en chef. — M. le médecin principal Geoffroy.

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Nicomède, Canoville et Néis.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Nottet et Lacarrière.

— Par décret, en date du 2 janvier 1893, M. Rouget, professeur de physiologie générale au Muséum, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite, est nommé professeur honoraire au Muséum.

— A la suite du concours ouvert le 19 décembre 1892, ont été nommés : 1° à l'emploi de médecin stagiaire, à l'École du Val-de-Grâce, M. le docteur Matignon; 2° à l'emploi de pharmacien stagiaire à la même École, M. le pharmacien de première classe Boutin.

— Les médecins auxiliaires de réserve appartenant aux classes appelées, en 1893, dans les corps auxquels ils sont affectés, seront convoqués aux mêmes dates que les autres réservistes de ces corps et par ordres individuels.

— Par arrêté ministériel, en date du 31 décembre 1892, la chaire de minéralogie du Muséum est déclarée vacante.

— Le concours de l'internat des hôpitaux de la Faculté libre de Lille s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Monestié, Desbonnets et Souville.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — MM. les chefs de clinique dont les noms suivent sont maintenus dans leurs fonctions : MM. Destarac, Rispot, Chamapou, Hieber, Batut et Chabaud.

— *École de médecine de Clermont.* — M. le docteur Dubois est institué chef des travaux anatomiques et physiologiques.

— *École de médecine de Marseille.* — M. le professeur Chaplin est nommé directeur honoraire.

M. le professeur Livon est nommé directeur.

— M. le docteur ès sciences naturelles Contejean est nommé stagiaire près le Muséum.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Musset, conseiller général du canton de Castillon (Gironde), et Pons (d'Alger).

— M. le docteur de Beurmann commencera ses leçons pratiques sur les affections vénériennes et syphilitiques le lundi 9 janvier à dix heures à l'hôpital de Lourcine et les continuera les lundis suivants à la même heure.

— *Conférences d'internat.* — MM. Souligoux, Chrétien et N... commenceront leurs conférences d'internat, le mercredi 18 janvier à deux heures et demie à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre de gynécologie), et les continueront les samedis suivants à la même heure.

— MM. Cazin, Teissier et Pauchet commenceront leurs conférences d'internat le samedi 21 janvier à trois heures, à l'hôpital de la Charité (amphithéâtre Velpeau).

— *Cours et conférences cliniques de MM. les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux de Paris (année scolaire 1892-1893) :*

Hotel-Dieu. — M. Bucquoy : Conférences cliniques au lit des malades, le vendredi à neuf heures, salles Saint-Augustin et Sainte-Monique. — Maladies du cœur et des vaisseaux, le mercredi à neuf heures, salles Saint-Augustin et Sainte-Monique.

M. Lancereaux : Médecine générale; clinique au lit des malades, les lundis, mercredis, vendredis à huit heures et demie, salle Saint-Denis.

M. Cornil : Gynécologie (conférences ciniques faites par M. le docteur Bonnaire), les lundis, jeudis, vendredis à dix heures, amphithéâtre Gallard. — Conférences d'anatomie pathologique, les mercredis, samedis à dix heures, amphithéâtre Bichat.

Pitié. — M. Albert Robin : Leçons de thérapeutique clinique, le vendredi à neuf heures et demie, amphithéâtre n° 3 (semestre d'hiver). — Examen des malades nouveaux ; clinique thérapeutique, le mercredi à neuf heures, salles Piorry et Lorrain. — Chimie pathologique, le jeudi à neuf heures trois quarts, laboratoire du service (semestre d'été). — Conférences cliniques par des candidats au Bureau central, les lundis, samedis à dix heures, laboratoire du service.

M. Polaillon : Clinique chirurgicale, les mardis, jeudis, samedis à neuf heures.

Charité. — M. Desnos : Conférences cliniques au lit des malades, les mardis, mercredis à neuf heures et demie.

M. C. Paul : Conférences sur la thérapeutique clinique (et plus particulièrement sur les maladies du cœur et nerveuses), le vendredi à neuf heures et demie, amphithéâtre Velpeau (à partir du 1er mai 1893).

M. Luys : Maladies du système nerveux, le jeudi à dix heures et demie, amphithéâtre Velpeau. — Les conférences commenceront à une époque qui sera ultérieurement indiquée.

M. Després : Chirurgie journalière. — Opérations et consultations, les lundis, mercredis.

M. Budin : Interrogatoire des élèves, les mardis, jeudis, samedis. — Clinique obstétricale, le jeudi à dix heures et demie, amphithéâtre Velpeau. — Cours théoriques d'accouchement (faits par M. le docteur Bonnaire), les mardis, jeudis, samedis à cinq heures, salle de garde du service d'accouchement.

Saint-Antoine. — M. Letulle : Clinique médicale, le samedi à dix heures et demie, à l'amphithéâtre (semestre d'hiver).

M. Brissaud : Clinique médicale, le mardi à dix heures et demie, à l'amphithéâtre (semestre d'hiver).

M. Hanot : Clinique médicale, le jeudi à dix heures et demie, à l'amphithéâtre (semestre d'hiver).

M. Blum : Clinique chirurgicale, le mercredi à dix heures et demie, à l'amphithéâtre (semestre d'hiver).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 3. — SAMEDI 7 JANVIER 1893. 66e ANNÉE. SAMEDI 7 JANVIER 1893. — N° 3.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De la conduite à tenir dans les cas de lésions oculaires par la présence de corps étrangers.

Par M. le docteur Valude,
Médecin-adjoint à la Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts.

La question de l'intervention chirurgicale, dans les cas de corps étrangers du globe oculaire, offre des aspects extrêmement divers et mérite tout à fait d'être traitée complètement dans une Revue; c'est à propos de cette question qu'on peut dire que chaque cas exige un traitement qui lui soit propre. Nous nous proposons donc d'examiner les différentes méthodes d'interventions, applicables suivant les circonstances, et nous nous efforcerons, à propos de chaque cas, d'en déduire exactement l'indication thérapeutique, et autant que faire se pourra, le pronostic.

Le point le plus important à considérer quand il s'agira de se déterminer à une intervention pour un corps étranger oculaire est, on le comprend, le siège de ce corps étranger; de la solution de cette question dépendra toujours le choix du procédé opératoire, ainsi que nous le verrons ultérieurement.

Une autre question, subsidiaire et qui, dans tous les cas, quel que soit le siège, se pose à l'occasion des corps étrangers oculaires, est celle qui est relative à leur nature; s'agit-il de fer ou d'acier, ou d'un corps d'une tout autre substance? Suivant le cas, on songera ou non à utiliser la force aimantée pour l'extraction.

Enfin, si le corps étranger s'est logé profondément dans l'intérieur de l'œil, il y a lieu d'envisager, non seulement l'existence de ce corps étranger, mais encore le temps qui s'est écoulé depuis sa pénétration dans l'organe, et surtout les accidents que sa présence a fait naître.

Mais avant tout et surtout, le procédé d'extraction et en général la conduite à tenir vis-à-vis des corps étrangers oculaires dépend de leur siège. Nous allons donc passer en revue les diverses circonstances dans lesquelles ceux-ci s'offrent à l'observation.

I

Corps étrangers implantés a la surface de la cornée. — Ceux-ci sont les plus fréquents. Ils se rencontrent principalement et habituellement chez les ouvriers mécaniciens, serruriers, repiqueurs de meules, etc.; ce sont alors des corps étrangers métalliques, grains d'émeri, fragments d'acier détachés du marteau ou des pièces travaillées. Accidentellement une particule de charbon (en chemin de fer), une poussière, une petite écaille d'insecte ou de graine, peut passer entre les paupières ouvertes, et s'implanter sur la cornée. Les phénomènes douloureux objectifs sont les mêmes dans tous les cas, et le traitement également identique, quelle que soit la nature des corps étrangers (il n'est point utile, en pareil cas, d'employer l'électro-aimant).

Les symptômes du corps étranger de la cornée consistent spécialement en une gêne particulière, la sensation de « corps étranger » qui fait que le patient, avec beaucoup d'exactitude, renseigne sur la présence et même le siège de la particule de fer ou de pierre qui s'est implantée dans sa cornée. En même temps, il existe du larmoiement, de la photophobie avec une contracture variable des paupières, et l'œil est quelque peu rouge avec une injection périkératique assez marquée.

On découvre assez facilement par l'examen direct, ou à la rigueur par l'éclairage oblique avec une loupe à la flamme d'une lampe, la présence du corps étranger incrusté à la surface de la cornée. Parfois, s'il est minuscule et si l'iris, très foncé, ne permet pas à la coloration du corps étranger d'apparaître tranchée sur le fond irien, sa découverte offre quelques difficultés.

Une fois le corps étranger trouvé, il suffit pour l'enlever de cocaïniser l'œil et de le faire sauter avec la pointe d'une aiguille spéciale ou simplement d'une aiguille à cataracte. Ici il faut distinguer s'il s'agit de corps étrangers *récents* ou datant de plus de *vingt-quatre heures*. Lorsque le corps étranger vient de s'implanter à la surface de la cornée, un simple coup d'aiguille suffit à le chasser, et, ceci fait, il ne reste aucune trace ni du traumatisme accidentel, ni de l'opération. Mais lorsque le corps étranger est demeuré en place deux jours ou plus, les conditions sont tout autres.

La zone du tissu cornéen qui entoure et touche le corps étranger, s'est nécrobiosée par inflammation de voisinage, et a pris une coloration variable suivant la nature du corps étranger : rouillée s'il s'agit d'une particule métallique de fer ou d'acier, blanchâtre s'il s'agit d'un fragment de

pierre. Lorsqu'on se propose d'enlever le corps étranger, il ne faut pas se contenter de cette seule extraction, mais il est nécessaire de racler cette partie cornéenne nécrosée et infiltrée de particules étrangères, jusqu'à l'extirper complètement. C'est là le moins facile, mais la guérison complète est à ce prix.

Lorsque les corps étrangers de la surface de la cornée ont été extraits, l'irritation oculaire tombe rapidement; il n'est presque jamais nécessaire de prescrire un collyre à l'atropine et à la cocaïne mélangées.

II

Corps étrangers logés dans l'épaisseur de la cornée. — L'extraction de ceux-ci présente de grandes difficultés, et leur pronostic est tout autre que précédemment.

Les corps étrangers susceptibles de pénétrer profondément la paroi fibreuse, très résistante de la cornée, sont ordinairement des fragments filiformes d'acier ou de tout autre métal, projetés avec grande violence, ou encore une aiguille qui se serait brisée dans la cornée. D'autres fois ce sont des épines ou des écailles pointues, par exemple, les piquants d'une enveloppe de châtaigne, ainsi que nous en avons observé un cas.

Les phénomènes réactionnels du début sont sensiblement les mêmes que précédemment : gêne, larmoiement, rougeur périkératique. Toutefois, la présence du corps étranger est plus aisée, généralement, à reconnaître à l'examen objectif. Ce qui est nouveau ici, c'est la facilité beaucoup plus grande de l'œil ainsi blessé à s'infecter. La cornée étant pénétrée profondément et intimement, offre à une infection facile ses voies lymphatiques grandes ouvertes, et on voit assez fréquemment ces corps étrangers être le point de départ d'abcès de la cornée et susceptibles d'entraîner avec eux la suppuration totale du globe et sa perte.

L'extraction de ces corps étrangers est aussi beaucoup plus compliquée que précédemment; elle est même généralement laborieuse, en raison des précautions à prendre pour éviter de trop grands délabrements de la cornée. Si le corps étranger appartient aux couches plutôt superficielles de la membrane cornéenne, il faut le libérer légèrement par des incisions pratiquées avec un couteau fin, puis l'ébranler à l'aide d'une petite pince et finalement l'extraire. Pour la fin de l'opération, s'il s'agit d'acier, l'électro-aimant pourra jouer un rôle.

Lorsque le fragment métallique est allongé en forme d'aiguille et qu'il fait saillie surtout du côté de la chambre antérieure, la conduite doit être différente, car un débridement plus ou moins grand aboutirait à la chute du corps étranger dans la chambre antérieure, où il n'est pas toujours facile d'aller le chercher. Il est difficile d'instituer pour ces cas une règle de conduite uniforme. On a proposé de traverser la cornée avec une érigne pour fixer et maintenir le corps étranger pendant son débridement et son extraction; on a songé dans le même but à passer dans la chambre antérieure et derrière le corps étranger la large lame du couteau lancéolaire.

Lorsque le fragment implanté dans la cornée fait saillie du côté de la chambre antérieure, ce qui nous a encore le mieux réussi a été de ne point toucher du tout à la cornée, de pénétrer dans la chambre antérieure par une incision pratiquée au niveau du limbe, pour de là, à l'aide d'une pince, aller saisir la pointe interne du corps étranger et l'arracher. Quelquefois cet arrachement n'est pas réalisable sans un certain débridement de la substance cornéenne.

Comme à la suite de ces manœuvres, généralement un peu compliquées, la cornée ne laisse pas que d'avoir été un peu dilacérée, il est prudent d'instiller l'atropine et d'appliquer un bandeau pendant quelques jours.

III

Corps étrangers de la conjonctive. — Les corps étrangers de la conjonctive sont de deux sortes : ceux qui tombent simplement dans l'œil avec les poussières de l'air, et qui vont se réfugier dans les culs-de-sac; ceux qui, projetés avec une certaine violence, vont s'implanter dans l'épaisseur de la conjonctive bulbaire.

Les premiers sont assez fréquents. Lorsqu'un malade se plaint d'avoir reçu quelque chose dans l'œil, qu'il offre de la rougeur, du larmoiement, de la photophobie et que, de plus, il n'existe pas de corps étranger sur la cornée, il y a beaucoup de chances pour qu'on retrouve le corps du délit dans la paupière *supérieure* au fond du cul-de-sac. Il faut, pour l'apercevoir, retourner la paupière sur le doigt. Il suffit alors, pour rendre le repos au malade, de chasser le corps étranger avec le premier objet venu qui tombe sous la main. Presque jamais, sauf de rares exceptions, ces corps étrangers conjonctivaux ne manquent de se retrouver au cul-de-sac palpébral supérieur. Bien que cet accident soit aussi simple que possible à reconnaître et à guérir, il s'en faut qu'on y pense toujours et surtout qu'on songe à retourner la paupière, faute de quoi le corps étranger peut rester entièrement insoupçonné. Et alors il est des malades qui traînent indéfiniment une irritation chronique de l'œil, contre laquelle s'épuisent vainement, et pour cause, les collyres astringents. Un corps étranger conjonctival, resté longtemps en place, finit aussi par occasionner un bourgeonnement de la muqueuse, lequel est à lui seul une véritable maladie.

Chez les enfants, mal habiles à renseigner le médecin, les corps étrangers de la conjonctive peuvent offrir des particularités toutes spéciales, et c'est ici qu'un examen minutieux des culs-de-sac est nécessaire. On m'amena un jour un enfant avec des paupières excessivement gonflées et débordantes de pus, qui était soigné depuis quelques jours par un médecin du pays pour une ophtalmie. Le chémosis, le bourgeonnement muqueux était énorme. En écartant les paupières, je découvris dans le cul-de-sac inférieur un corps étranger métallique conique, de 1 centimètre de long sur un demi-centimètre de large, et qui n'était autre que l'extrémité d'un tuyau sur lequel l'enfant, en jouant, était tombé. Et ce corps étranger, aussi singulier que volumineux, avait pu d'abord passer inaperçu à un observateur inattentif.

Les corps étrangers qui s'implantent violemment dans l'épaisseur de la conjonctive bulbaire, sont le plus souvent des corpuscules métalliques ou des grains de poudre. Dans les « coups de mine », ces corps étrangers donnent lieu à une réaction modérée, sinon nulle, le plus souvent. On pourrait à la rigueur les laisser en place, et c'est ce qui a lieu ordinairement, s'il s'agit de multiples grains de poudre. Pour en débarrasser le malade il suffit, après des cocaïnisations, de saisir dans une pince à la fois le corps étranger et le revêtement épithélial et de l'exciser.

IV

Corps étrangers de la sclérotique. — Ceux-ci sont une variété des précédents et se présentent dans les mêmes conditions; ils sont seulement plus profondément engagés. Ou bien on les laissera en place, ou bien on les extraira après un léger débridement du tissu fibreux qui les enserre.

V

Corps étrangers de la chambre antérieure. — La question des corps étrangers de la chambre antérieure se rattache à celle des corps étrangers, implantés profondément dans la cornée et faisant saillie du côté de la chambre antérieure. Comme eux ce sont, le plus souvent, des fragments métalliques aigus plus ou moins volumineux. Il faut pourtant, dans la catégorie des corps étrangers de la chambre antérieure, faire une place à des corps étrangers d'une nature spéciale, nous voulons parler des cils. Les cils sont parfois introduits dans la chambre antérieure par le mécanisme suivant. Au moment d'un heurt quelconque que le blessé voit venir et qui lui fait fermer instinctivement les yeux, le corps vulnérant entame la cornée en entraînant avec lui les cils qu'il a traversés et coupés. Ces cils, ainsi introduits dans la chambre antérieure et maintenus ou non enclavés dans la cornée, peuvent rester un temps très long sans causer une trop grande gêne au malade; nous en avons enlevé qui étaient ainsi en place depuis plusieurs années. L'extraction en sera assez simple. Après une ouverture périphérique, et faite à la partie déclive de la chambre antérieure, on introduira une pince courbe à iris à l'aide de laquelle il sera ordinairement facile de saisir le corps étranger. Si celui-ci est un fragment d'acier ou de fer, l'emploi de l'électro-aimant sera tout indiqué et l'extraction en sera très facilitée.

VI

Corps étrangers de l'iris. — Lorsque le corps étranger s'est implanté dans la membrane irienne, ce qu'on reconnaît aisément à l'éclairage oblique, la manœuvre d'extraction est un peu modifiée. Après l'ouverture cornéenne, faite comme précédemment, on cherchera à saisir le corps étranger avec une pince, sans toucher l'iris, et à le dégager de cette membrane par une traction modérée. Si cette libération n'est pas possible, il faudra se résoudre à enlever, avec le corps étranger, le segment d'iris attenant; on pratiquera, en somme, une iridectomie, une résection de la portion de l'iris contenant le corps étranger.

Si celui-ci est un fragment d'acier ou de fer, l'emploi de l'électro-aimant sera tout indiqué. En un cas semblable, j'ai vu, à l'approche de la tige aimantée, le corps étranger se précipiter hors de la plaie cornéenne entraînant avec lui la portion d'iris qu'il avait traversée; l'action directe de l'aimant le dégagea très facilement de l'iris qui fut remis en place.

VII

Corps étrangers du corps ciliaire. — On rencontre des corps étrangers dans la région ciliaire, le plus souvent, dans les cas de large plaie du limbe scléro-cornéen, faite par un fragment de verre, par exemple. En pareille circonstance un éclat du verre ou du métal qui a occasionné le traumatisme peut rester profondément fixé dans la sclérotique et intéresser le corps ciliaire. Ces sortes de plaies sont très graves parce qu'elles portent sur une région, délicate entre toutes, qu'on a nommée le nœud vital de l'œil et parce que de telles plaies, compliquées de la présence de corps étrangers, sont, au suprême degré, favorables à l'établissement des accidents redoutables de l'ophtalmie sympathique.

Pour les corps étrangers de cette région, deux cas peuvent se présenter. Si le corps étranger est petit, qu'il ait traversé la sclérotique ou la cornée en ne laissant que des traces à peine visibles de son passage pour aller se loger dans le corps ciliaire et s'y cacher, il est difficile d'en affirmer la présence et de poser le diagnostic ferme de corps étranger du corps ciliaire. On ne peut que le soupçonner si des accidents cyclitiques éclatent consécutivement au traumatisme. En tous cas, il n'y a aucune intervention chirurgicale à entreprendre, sinon l'énucléation, s'il y a menace sérieuse d'ophtalmie sympathique. Alors l'opération radicale s'impose. Les phénomènes réactionnels cyclitiques de l'œil blessé seront traités, à l'ordinaire, par des antiphlogistiques, des révulsifs même et surtout par l'hydrargyrisation sous forme de frictions à l'onguent napolitain.

Si le corps étranger est volumineux et qu'il ait pénétré par une brèche du limbe scléro-cornéen, il est, en général, facile à apercevoir. La conduite à tenir sera alors toute tracée. Il faudra aller à sa recherche, à l'aide de débridements s'il le faut, et l'extraire; la surface et la profondeur de la plaie, produite par le corps étranger, seront ensuite stérilisées par des attouchements au galvanocautère ou avec la pointe fine du thermocautère. Pansement antiseptique rigoureux et fermé; même il sera bon d'insuffler de la poudre d'iodoforme à la surface de la plaie sclérale.

VIII

Corps étrangers du cristallin. — Cette variété des corps étrangers oculaires est, avec les corps étrangers vitréens, la plus intéressante à étudier, tant au point de vue de la marche des accidents qu'à celui du pronostic et du traitement. De nombreuses variations peuvent se produire dans les effets des corps étrangers sur le cristallin. Ceux-là peuvent traverser la cornée au niveau du champ de la pupille et s'enfoncer diversement dans la substance cristallinienne à travers le cristalloïde qui, très fragile, ne résiste pas à la pénétration. On observe alors, dans la partie visible du cristallin, directement ou à l'éclairage oblique, une tache blanchâtre d'opacification partielle qui se forme rapidement et est due à l'imbibition des masses cristalliniennes, par l'humeur aqueuse, laquelle a pu pénétrer par l'orifice de perforation; parfois, au centre, le corps étranger lui-même est visible s'il est demeuré superficiel.

D'autres fois, le corps étranger passe au travers de l'iris et alors, dans les débuts, avant que l'opacification n'ait envahi une partie ou même la totalité de la lentille, on n'aperçoit pas le point où le cristallin a été pénétré. On ne voit que le pertuis d'iris par lequel a traversé le corps étranger et qui est, en général, très visible, étant tenu entrebâillé par l'effort divergent des fibres musculaires de la membrane irienne. L'existence de la perforation irienne démontre que le corps étranger a pénétré le cristallin, mais pour pouvoir affirmer que celui-ci est resté implanté dans

la lentille et qu'il n'a pas été plus loin, il faut s'assurer par un examen minutieux de l'intégrité des parties profondes de l'œil, et encore est-il presque impossible de formuler un diagnostic ferme à cet égard, lorsque le corps du délit n'a pas été directement aperçu. Pour s'entourer de toutes les précautions désirables, toutes les fois qu'il s'agira de rechercher la présence d'un corps étranger dans l'intérieur du cristallin, la pupille devra être dilatée par l'atropine. Il ne faut se rapporter qu'aux résultats de l'examen. Les commémoratifs n'ont, en pareil cas, qu'une faible importance car, très souvent, le malade, qui n'a pas eu conscience de la pénétration du corps étranger, attribue l'ensemble de ses accidents à une simple contusion de l'œil.

En résumé, quand le corps étranger pénètre le cristallin au niveau de la pupille, on sera en mesure de le reconnaître assez facilement; quand la pénétration a lieu à travers l'iris, le diagnostic pourra être facile, au début, alors que la dilatation atropinique aura mis à découvert le lieu d'entrée du corps étranger. Quelques jours plus tard, lorsque l'iris aura contracté quelques adhérences avec la cristalloïde et qu'une opacification plus ou moins étendue de la lentille se sera produite, le diagnostic devient très problématique.

A la suite de la pénétration du cristallin par un corps étranger, il est presque constant de voir survenir une opacification de la lentille. Cette opacification qui part du point où le corps étranger s'est fixé ou a traversé peut rester partielle et limitée, ou, au contraire, donner lieu à une opacité générale, à une cataracte traumatique vraie. Exceptionnellement il ne se produit aucune opacification. Ordinairement ces cataractes traumatiques totales ou partielles sont compliquées de synéchies postérieures de l'iris au point où s'est effectuée la pénétration.

Une autre conséquence, et plus funeste encore, est l'infection du cristallin. Soit par le fait du corps vulnérant lui-même qui peut être plus ou moins septique (expériences de Leber), soit par une infection recueillie à la surface, toujours septique, de l'œil et transportée dans sa profondeur, on peut voir survenir une transformation purulente des masses ramollies du cristallin. C'est, en pareil cas, un danger imminent de panophtalmie et une intervention énergique s'impose, si l'on veut éviter l'opération radicale. Le professeur Terson, dans un mémoire récent (1), cite un cas, dans lequel un œil atteint d'une suppuration commençante du cristallin qui avait été blessé par un corps étranger, fut heureusement guéri par une prompte intervention; celle-ci doit consister en une extraction de la masse cristallinienne entière après une large iridectomie.

Si l'on prend les cas plus simples dans lesquels il n'y a point d'infection, au moins d'infection profonde, il faut encore savoir distinguer entre les partis à prendre.

Lorsque le corps étranger est resté à la surface du cristallin ou seulement enclavé dans ses couches antérieures, dans les parties accessibles à l'exploration, on pourra en tenter l'extraction — après ouverture de la chambre antérieure — avec des pinces, ou s'il est en acier avec l'électro-aimant.

Si le corps étranger est situé dans les couches profondes de la lentille, l'emploi des pinces, de la curette est impossible à réaliser sans enlever ensuite le cristallin tout entier. On peut — si le corps étranger est en fer ou en acier — essayer de l'électro-aimant, mais la manœuvre n'a guère de chance de réussir, que si le canal qui a laissé pénétrer le fragment métallique est assez large pour lui permettre de sortir facilement, ce qui est rare en raison du gonflement des masses cristalliniennes. Le professeur Haab (de Zurich), dans une communication au Congrès de Heidelberg de l'année dernière (1), a montré, cependant, qu'il avait pu amener au dehors des corps étrangers d'acier très profondément enclavés dans le cristallin et même dans le fond de l'œil, grâce à un aimant d'une force considérable. Il emploie à cet usage une bobine de Rhumkorff de 7 centimètres de diamètre reliée à une batterie de six grands accumulateurs.

Dans la grande majorité des cas, lorsqu'on a affaire à un corps étranger logé dans l'intérieur du cristallin, le plus simple et le mieux est d'enlever le cristallin entièrement après une large iridectomie. C'est un des cas où l'extraction de la lentille en totalité et dans sa capsule est la plus indiquée.

Parfois la présence d'un corps étranger dans l'épaisseur du cristallin n'entraîne pas son opacification totale; celle-ci peut même n'être qu'insignifiante, bien que le fait soit plutôt rare. Dans de telles circonstances, on s'abstiendra de toute intervention ou bien l'on pratiquera l'iridectomie optique, selon que l'opacification traumatique siégera à côté ou au milieu du champ de la pupille.

On ne devra pas craindre, en effet, d'abandonner à lui-même, au centre du cristallin, un corps étranger qui n'a causé qu'une opacification partielle. Wicherkiewicz (2) a observé un corps étranger long de 2 millimètres et demi et qui, durant deux ans et demi, est demeuré enfoncé dans le cristallin sans causer de réaction.

En tous cas, si le corps étranger n'est pas trop volumineux et ne menace pas de changer de position pour en prendre une plus défavorable pour l'organe, s'il n'existe aucun signe prémonitoire d'infection, on devra attendre pour intervenir que tous ces accidents réactionnels post-traumatiques soient terminés et que le travail d'opacification soit entièrement accompli. Alors, suivant le cas, on se déterminera à l'extraction du cristallin ou à toute autre intervention, s'il y a lieu. D'après M. Terson, l'opportunité de l'extraction existe, sans qu'il y ait nécessité absolue, dès que l'opacification de la lentille est suffisante pour faire craindre de perdre de vue la position exacte occupée par le corps étranger. Il conseille aussi de placer l'incision cornéenne dans une position telle que son centre corresponde au point de la circonférence de la cornée le plus rapproché du corps contenu dans le cristallin.

IX

Corps étrangers du corps vitré. — Les corps étrangers vont se loger dans le vitreum soit après avoir traversé le cristallin, soit après avoir passé à travers la sclérotique, en un point plus ou moins rapproché de l'équateur du globe oculaire.

Il est quelquefois facile de reconnaître la présence d'un corps étranger qui est, la plupart du temps, métallique, dans le vitreum. Si l'humeur vitrée conserve sa transparence — et cela se voit assez souvent, au moins dans les premiers jours qui suivent l'accident — on peut apercevoir

(1) Terson. *Arch. d'opht.*, avril 1892.

(1) Haab. *Ann. d'oculist.*, août 1892.

(2) Congr. de Heidelberg, cité.

le corps étranger à l'aide de l'ophtalmoscope, par l'examen dit à l'image droite et surtout en plaçant derrière le miroir un verre convexe de 10 à 11 dioptries. F. Mayer et Decker ont cité des cas où le corps étranger apparaissait au sein de l'humeur vitrée comme suspendu par un filament et mobile avec les mouvements de l'œil. D'autres fois, des phénomènes réactionnels ont suivi le traumatisme, le vitreum est opacifié et le corps étranger n'est plus visible. Sa présence à l'état de liberté dans le vitreum ne peut alors être qu'hypothétique. Il y a un moyen s'il s'agit d'un fragment d'acier ou de fer, de savoir, non pas au juste s'il est libre dans le vitreum, mais s'il se trouve dans l'intérieur de l'œil. On promène à la surface extérieure du globe la pointe de l'électro-aimant en activité et si le malade accuse de la douleur, c'est que le corps métallique est véritablement inclus dans l'œil; le point du globe où l'aimant a déterminé la douleur est celui qui est le plus rapproché du corps étranger, ce qui devient une indication précieuse pour le traitement.

Dans l'observation de F. Mayer (1), où il s'agissait d'un fragment d'acier suspendu par un filament au sein d'un vitreum transparent, on aperçut, à l'ophtalmoscope, le corps étranger se mouvant comme un pendule, sous l'action de l'aimant. C'est là une constatation d'une extrême précision pour le diagnostic, encore qu'elle soit rare dans la pratique.

Quelle devra être la conduite à tenir en cas de corps étranger du vitreum? Celle-ci dépendra avant tout de la nature du corps étranger, puis, en second lieu, de l'état des milieux de l'œil.

Il est, en effet, ici, tout à fait nécessaire d'établir une distinction, au point de vue de l'intervention, entre les fragments de fer ou d'acier et les autres corps étrangers. Ces derniers, on peut toujours tenter de les attirer en dehors en se servant de l'électro-aimant et même sans les voir; les autres ne pourront être extraits que s'ils sont placés de telle sorte qu'on soit sûr de tomber sur eux au moyen d'une incision sclérale qu'on aura déterminée à l'avance.

Par conséquent, les corps étrangers qui ne sont ni de fer, ni d'acier, ne pourront être extraits si on n'est pas assuré de leur position et dans une mesure de leur fixité; ceci ne se présente que dans certains cas particuliers.

Examinons maintenant les cas plus intéressants — et aussi heureusement les plus communs — où le corps étranger est constitué par une parcelle d'acier ou de fer.

Si le vitreum a conservé sa transparence et l'œil son acuité visuelle, le cas est embarrassant.

Hirschberg, dont on connaît les statistiques étendues sur le sujet qui nous occupe (2), considère que l'œil qui contient un corps étranger est voué, presque fatalement, à des accidents destinés à entraîner ultérieurement sa perte; aussi conseille-t-il l'extraction si celui-ci est libre dans le vitreum et non enclavé dans la paroi du fond de l'œil. Hildebrand (3), plus catégoriquement encore, est partisan de l'intervention toutes les fois que la présence, dans l'œil, d'un éclat de fer a été constatée. A côté de ces opinions affirmatives, il faut tenir compte des craintes justifiées de certains opérateurs vis-à-vis d'une telle intervention. Cette année, au Congrès de Heidelberg, M. Essberg (de Hanovre) citait des cas où l'opération, primitivement heureuse, avait été suivie plus tard de décollement de la rétine. Cet auteur redoute beaucoup, pour cette raison, l'introduction de l'aimant dans le corps vitré. C'est peut-être l'observation de faits de ce genre qui a porté Hirschberg à conseiller de suivre ses malades pendant une année, avant de considérer leur guérison comme assurée.

Si l'on est en droit d'hésiter à intervenir, lorsque le corps vitré est encore clair et que l'acuité visuelle est toute conservée, le doute n'est pas permis lorsque — la présence du corps étranger dans le vitreum étant admise — des phénomènes réactionnels ont altéré la transparence des milieux intra-oculaires. Ici, il n'y a rien à perdre et tout à gagner, car la suppression du corps irritant ou infectieux ne peut qu'être favorable à la disparition des symptômes inflammatoires. On exécutera donc l'opération préconisée par Hirschberg, c'est-à-dire qu'on pratiquera dans la sclérotique une incision longitudinale en forme de boutonnière placée entre les muscles droit externe et droit supérieur et faite assez grande pour permettre d'introduire l'extrémité mousse de l'électro-aimant qu'il a imaginé à cet effet. Le passage du courant devra déterminer l'attraction du corps étranger qui viendra s'appliquer à la pointe de l'instrument et sortir avec lui. Il est souvent nécessaire d'introduire, à plusieurs reprises, l'électro-aimant pour arriver à extraire un corps étranger dont la situation dans l'œil n'a pu être exactement déterminée.

Après l'opération, pansement occlusif durant quelques jours, puis traitement antiphlogistique; mercurialisation pour amener la détente des phénomènes inflammatoires profonds de l'œil.

X

Corps étrangers des membranes profondes de l'œil. — Par ce qui précède, on comprend ce qui peut être fait lorsque le corps étranger, au lieu de rester libre dans le corps vitré, est allé s'implanter dans les membranes profondes de l'œil ou dans le fond de la coque oculaire.

On ne reconnaîtra cette particularité que si les milieux restent transparents et, en pareil cas, si l'on en croit l'expérience de Hirschberg, il vaudrait mieux s'abstenir de toute tentative d'opération, au moins provisoirement. Hildebrand, au contraire, conseille d'intervenir en tous cas.

D'après nous, la conduite expectative de Hirschberg serait la meilleure et nous pensons que tant que l'œil n'est le siège d'aucune inflammation et l'objet d'aucun danger, il est préférable de ne point entreprendre une opération dont les suites ne peuvent être simples, puisqu'elle consiste à aller pratiquer une exploration, qui peut être répétée dans l'épaisseur des membranes internes de l'œil et au sein de leurs parties les plus délicates dans la sphère visuelle.

Si les milieux sont troubles et que le point d'implantation du corps étranger ne puisse être déterminé, il sera encore plus nécessaire de ne pas chercher à l'extraire, toute tentative ne pouvant être faite qu'à l'aveugle.

Mais ici se pose une question capitale : c'est dans le cas où le corps étranger intéresse les membranes profondes de l'œil et aussi lorsqu'il est logé dans le corps ciliaire qu'on peut surtout voir survenir la redoutable ophtalmie sympathique qui constitue toujours le danger caché et permanent de tout traumatisme oculaire.

Faut-il donc pratiquer l'énucléation de l'œil qui renferme

(1) F. Mayer. *Ann. d'oculist.*, mars 1892.
(2) Hirschberg. *Arch. f. opht.*, vol. XXXVI, 2e fasc.
(3) Hildebrand. *Arch. f. Augenheilk.*, 1891, vol. XXIII.

un corps étranger qu'on ne peut extraire et lorsque cet œil a perdu la vision par le fait d'accidents irritatifs ? (Il est bien entendu que nous traitons par l'expectation un organe dont l'acuité visuelle est conservée.)

Ici l'hésitation est permise. Il est hors de doute que l'ablation radicale de l'œil atteint offrirait une garantie complète, mais au prix d'une mutilation souvent très péniblement supportée par les malades. Est-il donc indispensable de la leur infliger? Nous observons, depuis plusieurs années, un malade, victime d'un accident de chasse, et dont l'œil, qui recèle un grain de plomb, a présenté les signes les plus intenses de l'irido-cyclite à tendance atrophique : douleurs ciliaires et frontales, injection péri-kératique, perte absolue de la vision, etc. Au plus fort des symptômes, la propagation sympathique était véritablement à craindre et pourtant le malade refusa l'énucléation que nous lui avions proposée. L'événement a fort heureusement déjoué nos craintes : l'œil malade s'est bien atrophié, mais il ne s'est développé aucun accident sympathique et le malade s'applaudit toujours de son refus d'avoir consenti à l'opération.

Nous savons bien, sans doute, que l'existence de ce moignon cyclitique, qui, de temps à autre, redevient douloureux, est toujours un danger, mais le malade et nous-même veillons avec soin, décidés à faire le nécessaire à la moindre apparition de phénomènes sympathiques du côté du bon œil, mais seulement à ce moment.

En résumé, un œil étant blessé par un corps étranger resté dans son intérieur, si les milieux restent clairs et si l'acuité visuelle est conservée, il convient de ne rien tenter, à moins que l'extraction ne soit très aisée.

Si le vitreum est trouble et que le corps étranger, de fer ou d'acier, puisse être extrait par l'aimant, il est très avantageux de débarrasser l'organe au prix d'une opération qui est de minime importance en somme.

Si l'on ignore la position du corps étranger et si l'œil est atteint d'irido-cyclite, nous pensons que l'énucléation immédiate n'est pas absolument nécessaire, il est seulement plus prudent de la pratiquer.

On pourra différer l'opération en surveillant attentivement les phénomènes qui se passent du côté du bon œil et en prescrivant un traitement antiphlogistique énergique : sangsues et vésicatoires aux tempes, obscurité, frictions mercurielles; au besoin, injections sous-conjonctivales et même intra-oculaires de sublimé, puisque la vision de cet œil ne peut plus être espérée.

A la moindre apparition de symptômes suspects du côté du bon œil, c'est-à-dire si à une photophobie marquée se joignent une diminution de la puissance accommodative et le moindre abaissement de l'acuité visuelle, et surtout s'il existe une trace de douleur au niveau du cercle ciliaire, il sera nécessaire de pratiquer l'énucléation de l'œil blessé dans le délai le plus rapproché.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 janvier 1893. — Présidence de M. CHAUVEL.

COMMUNICATIONS

Orchidopexie. — **M. TERRILLON** communique six observations dans lesquelles il a pratiqué la fixation du testicule, en ectopie, au fond du scrotum. Après avoir fait connaître les différentes particularités que présentaient ces cas, ainsi que le procédé opératoire auquel il a recours, il termine en donnant les résultats, déjà éloignés, qu'il a obtenus de ces opérations. Dans trois cas, ces résultats ont été très satisfaisants. Le testicule a notablement augmenté de volume et n'a jamais été douloureux. Il est resté fixé au fond des bourses ou a très peu remonté.

Dans les trois autres cas, le résultat a été beaucoup moins bon. Chez un de ces malades, le testicule est remonté près de l'anneau, mais toutefois il a augmenté de volume; dans les deux autres cas, il est remonté et ne s'est pas développé.

Il est juste d'ajouter qu'il s'agit de jeunes gens de quatorze à quinze ans et qu'il est permis d'espérer que chez eux le testicule se développera ultérieurement.

M. MARCHAND fait observer que, dans ces opérations, la reconstitution de la vaginale est assez facile, mais que la dissection de la séreuse ou de ce qui représente le cordon au-dessus de l'anneau, est très difficile.

M. BERGER a opéré un certain nombre d'ectopies testiculaires compliquant des hernies congénitales. Dans tous ces cas, la hernie inguinale n'est pas toujours manifeste, cependant elle existe. Il doit en être ainsi dans tous les cas d'ectopie du testicule. Dans deux cas, M. Berger a éprouvé de grandes difficultés pour abaisser le testicule qui était intra-abdominal. Il se trouvait pour cela plusieurs obstacles : d'abord la brièveté du revêtement séreux qui le recouvrait, et en second lieu la fausse insertion du *gubernaculum testis*.

Il faut, dit M. Berger, ouvrir largement le trajet inguinal, isoler la séreuse au-dessus du testicule, la disséquer et la pédiculiser; il faut suivre très haut les éléments du cordon, les dissocier avec le doigt et faire descendre peu à peu le testicule jusqu'au fond du scrotum, où on le fixe avec une anse de soie. Dans un cas, M. Berger s'est trouvé en présence d'une épiplocèle, qui avait donné lieu à de véritables phénomènes d'étranglement. Dans ce cas, le testicule était intra-abdominal, inabaissable, et d'ailleurs complètement atrophié, c'est pourquoi M. Berger en fit la castration.

On peut donc se trouver en présence d'obstacles multiples : atrophie du testicule, fausses insertions du gubernaculum testis, adhérences au péritoine. Il faut pratiquer, dans ces cas, une dissection très attentive; il est bon d'attirer le péritoine et de le pédiculiser très haut; il est essentiel de compléter l'opération par la suture métallique du trajet inguinal, qui se prolonge jusqu'aux parties supérieures du scrotum.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE estime que le meilleur moyen d'éviter les difficultés est d'ouvrir largement le trajet inguinal et d'arriver d'emblée à la partie supérieure. On peut alors assez facilement disséquer toutes les parties qui doivent être isolées. Il ne faut recourir à la castration que quand on ne peut pas faire autre chose. Le testicule et le cordon sont pris parfois dans des masses fibreuses, qui en rendent l'isolement très difficile. Or, cet isolement est de toute nécessité. Ce qui importe, en effet, ce n'est pas tant la fixation du testicule à la peau du scrotum, souvent incapable de résister à la traction fibreuse, que de bien dégager le testicule, de bien l'abaisser pour le mettre dans la loge qu'on lui a creusée dans le scrotum. Il faut s'attendre à le voir remonter, même s'il est bien libéré, mais cela ne l'empêchera pas de se développer et d'être utile. En somme, les difficultés résident dans la dissection et dans l'isolement.

Quant au mode de fixation, cela a peu d'importance. M. Lucas-Championnière se sert de catgut. Il ajoute que les cas ne sont pas toujours très comparables entre eux, qu'il y en a de plus difficiles les uns que les autres. Mais dans tous les cas, il faut s'en tenir à ce précepte, à savoir qu'il faut toujours remonter le plus haut possible et se débarrasser de la hernie toujours concommitante.

M. FELIZET croit qu'il faut établir une distinction entre les ectopies testiculaires très hautes, suivant qu'il s'agit d'enfants ou d'adultes; chez ces derniers, en effet, les tractus fibreux sont très durs et très résistants; chez l'enfant, au contraire, le glissement

du péritoine est facile et l'ectopie testiculaire doit avoir comme facteur principal de la guérison, la hernie concomitante qui, dans ces cas, exerce une action bienfaitrice. Il faut donc s'appliquer à produire une hernie congénitale factice, et c'est dans ce but que, chez les enfants atteints d'ectopie testiculaire, M. Felizet s'applique à dilater l'anneau inguinal, défend le port de tout bandage et cherche à créer une hernie inguinale dont il pratique alors la cure radicale, fixant ensuite le testicule entraîné par la hernie et ayant franchi le détroit.

M. TUFFIER fait observer qu'il est dans cette question un point d'anatomie pathologique sur lequel M. Berger a justement appelé l'attention; il veut parler des aberrations d'insertion du gubernaculum testis. C'est ainsi que, chez un enfant de six ans, il a constaté que le gubernaculum testis allait s'insérer au centre du périnée, si bien que cet enfant aurait eu un testicule en ectopie périnéale. M. Tuffier l'opéra et le guérit. — Au point de vue de l'opération, il est impossible de savoir d'avance ce que donnera l'orchidopexie. C'est ainsi que, dans son cas le plus favorable, il s'agissait d'un testicule intra-abdominal avec un cordon très rétracté; ce testicule fixé au fond du scrotum s'y maintint et s'y développa. Dans ses premiers cas, M. Tuffier, après avoir fixé le testicule au fond des bourses, le maintenait abaissé à l'aide d'un fil de caoutchouc, dont l'extrémité libre était attachée à la cuisse; il a renoncé à ce procédé comme étant dangereux.

M. ROUTIER communique l'observation d'un jeune homme qu'il a opéré d'une appendicite et qui présentait une anomalie testiculaire, en même temps que des crises d'étranglement interne. Ce jeune homme, qui, étant âgé de vingt et un ans, n'avait jamais porté de bandage, avait, de temps en temps, une tuméfaction dans le scrotum qui pouvait être attribuée à une hernie; M. Routier ouvrit largement le trajet inguinal et trouva un testicule intra-abdominal; quand il l'eut libéré, le cordon était encore trop court pour pouvoir descendre. Comme ce testicule était atrophié, il en fit la castration. Dans ce cas, il y avait tout ce qu'il fallait pour préparer une hernie et conséquemment faciliter la descente du testicule en ectopie; cependant celui-ci était fixé anormalement, il serait donc imprudent de compter sur la pression des viscères abdominaux sur le testicule pour le faire descendre, ainsi que le prétend M. Felizet.

RAPPORTS

Résection du coude; luxation congénitale de la hanche. — M. KIRMISSON fait un rapport sur deux observations adressées par M. Denucé (de Bordeaux). Dans la première, il s'agit d'une résection du coude pour une arthrite tuberculeuse chez une petite fille. M. Denucé put faire une résection trochléiforme qui permit d'obtenir la guérison avec la conservation des mouvements. Dans la seconde observation, il s'agissait d'une luxation congénitale de la hanche gauche chez une petite fille de cinq ans qui avait marché très tard et chez laquelle on avait aussitôt remarqué de la claudication. En septembre 1891, époque à laquelle M. Denucé vit cette enfant pour la première fois, elle présentait un raccourcissement total de 5 centimètres et demi sur lesquels 3 centimètres pouvaient être attribués à l'ascension de la tête fémorale et 2 centimètres à l'atrophie du membre; l'enfant présentait de la lordose et de la scoliose. M. Denucé pratiqua la réduction par la méthode sanglante; il eut recours à l'opération de Hoffa, qu'il pratiqua le 11 septembre 1891.

Il dut faire la désinsertion des muscles trochantériens, il arriva sur la cavité cotyloïde, qu'il trouva triangulaire, petite et comblée par du tissu fibreux; il incisa ce tissu fibreux, dégagea la cavité; elle se trouva encore insuffisante pour recevoir la tête fémorale, il dut l'élargir encore dans la demi-circonférence inférieure et put alors obtenir la réduction; il rabattit, au-dessus de la tête fémorale, le lambeau périostique qu'il avait conservé, fit une suture à plusieurs étages, suture musculaire et suture cutanée, appliqua un pansement iodoformé et plaça le membre dans un appareil plâtré, avec une traction continue du poids de 2 kilogrammes et demi.

La tête fémorale était petite et aplatie; il n'y avait pas de col, il n'y avait pas non plus de ligament rond. Sauf une légère élévation immédiate de la température qui monta jusqu'à 38 et 39 degrés, les suites de l'opération furent bonnes; la plaie se cicatrisa complètement et le 30 octobre, on pouvait mettre la petite malade debout. Le 10 novembre, elle quittait l'hôpital. M. Denucé a revu cette enfant un an après l'opération, la lordose a disparu, la scoliose est très atténuée, la réduction est définitive. Mais l'enfant présente encore un raccourcissement de 3 centimètres. M. Denucé se demande quelle est la cause de ce raccourcissement persistant? Il croit devoir l'attribuer à l'absence du col fémoral qui fait que la tête est directement appliquée contre le grand trochanter.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Notice historique sur l'Académie de médecine.

Par M. le docteur Cabanès.

I

LE MUSÉE

On vient de parler une fois de plus du déménagement de l'Académie de médecine. Il serait question d'installer nos honorables dans un bâtiment de l'Assistance publique, situé rue Bonaparte, à deux pas de l'École des Beaux-Arts.

Primitivement, l'Académie « royale » de médecine occupait un modeste local rue de Poitiers. Quand son logis menaça ruine, elle transporta ses pénates provisoirement à la Bibliothèque de la Faculté de médecine, puis tout au bout de la rue des Saints-Pères, où elle se trouve actuellement. On sortait d'une masure, on pénétrait dans un palais. Le nouveau monument avait l'aspect tout à la fois sévère et grandiose d'un temple antique. A dire vrai, on ne s'expliquait pas bien des faisceaux de licteurs, placés dans les entre-colonnes, comme pour garder un édifice consacré aux travaux d'un art qui soulage toujours et guérit parfois. Mais si ces emblèmes d'autorité pouvaient un instant tromper sur la destination de l'édifice, l'inscription en lettres lapidaires : « Académie de médecine » et la statue majestueuse d'Esculape, qui se présentait aux regards, dès le seuil, renseignaient suffisamment sur le véritable caractère du monument. Comment l'Académie s'était-elle trouvée placée sous l'invocation du dieu de la médecine? Par un bien singulier hasard, ainsi qu'on va en juger.

Le bâtiment de l'Académie était, à l'origine, une dépendance de l'hôpital de la Charité, fondé par Marie de Médicis, qui y avait installé quelques frères de la congrégation de Saint-Jean-de-Dieu. La révolution ayant supprimé le couvent, l'hôpital était resté. L'église, qui y était annexée, fut transformée en un amphithéâtre où Corvisart inaugura, en 1797, on sait avec quel éclat, l'enseignement clinique. L'architecte Clavareau fut chargé d'approprier le local à sa nouvelle destination. Cet estimable artiste, nourri de la moelle classique, conçut un projet grandiose :

« Je me suis appliqué, dit-il, à donner à cet établissement, malgré son peu d'étendue, cet aspect monumental que doit avoir tout édifice public. Je me suis modelé sur les Anciens, et, pénétré du programme que j'avais à remplir, j'ai tâché de donner à la forme même de l'établissement un but moral. J'ai

(1) Il a été plusieurs fois question du déménagement de l'Académie. D'après M. Dureau, qui a écrit dès 1875 une notice très nourrie sur l'Académie (*Gaz. méd. de Paris*), on a un moment parlé de la loger dans le bâtiment annexé à l'ancienne église de l'Assomption, non loin de la rue Saint-Honoré. On a également proposé le terrain situé rue de Lille, où se trouvait autrefois le dépôt d'archives de la Cour des comptes. Ces projets n'ont pas abouti, pour divers motifs.

voulu que, parlant à l'imagination des élèves, elle contribuât à augmenter leur studieuse émulation.

La lecture de la description que fait Pausanias du temple d'Esculape à Épidaure, m'a donné l'idée de faire entendre les leçons d'un nouvel Esculape (Corvisart) dans un temple pareil à celui qui était consacré à ce dieu de la médecine. J'ai donc cherché à ressusciter ce monument antique. Au-dessus de la porte d'entrée j'ai placé la figure du dieu, comme elle l'était à Épidaure, et dans l'intérieur j'ai retracé tous ses attributs et ceux d'Hygée, sa fille, qu'on adore comme la déesse de la santé. »

Le citoyen architecte Clavareau, étudiant le plan du temple d'Esculape à Épidaure, rappelle assez le citoyen législateur Hérault de Séchelles faisant demander au conservateur de la Bibliothèque nationale un exemplaire des lois de Minos, pour rédiger la constitution de la République une et indivisible (1)!

Quand l'Académie s'installa rue des Saints-Pères, on dut modifier dans quelques parties le plan de Clavareau.

Le long promenoir, orné de colonnes, qui servait de vestibule à l'amphithéâtre de clinique, fut divisé par deux cloisons en trois pièces : un vestibule, sorte de boyau étroit et sombre; une salle d'attente, devenue une salle des pas-perdus, à l'entrée de laquelle les académiciens signent la feuille de présence, et où se promènent, les jours de séance, des journalistes en mal d'articles, des candidats en quête d'un siège, et quelques médecins de province, désireux d'approcher les « princes de la science ». La troisième pièce est actuellement la salle des séances. Deux portes y donnent accès. Un escalier, partant de chaque porte, conduit à la tribune du public.

Selon une vieille tradition, la salle des séances correspond à une ancienne chapelle, qui servait de paroisse aux domestiques et vassaux de l'abbaye Saint-Germain. L'architecte, chargé de l'appropriation du monument de Clavareau, M. Lebas, de l'Institut, avait su habilement tirer parti de l'espace restreint qui lui était dévolu. Mais il lui était matériellement impossible de surmonter des difficultés inhérentes à l'édifice même.

Depuis longtemps on a signalé, dans la disposition du local des séances, trois inconvénients également regrettables : une acoustique défectueuse, une lumière insuffisante, un espace trop mesuré.

Quand le ministre de l'Instruction publique, M. Bourgeois, se rendant aux instances du bureau de l'Académie, vint examiner lui-même son installation, il y a juste un an, il ne put se garder d'une certaine stupéfaction.

« M. le ministre en entrant dans la salle de nos séances, rapporte M. Tarnier, a remarqué que les colonnes architecturales qui y sont alignées sur deux rangs, nuisent singulièrement à la circulation et à l'acoustique, et que le public, relégué à l'extrémité de la salle, doit avoir beaucoup de peine à entendre la voix des orateurs. » Il n'est pas douteux que ceux qui viennent à l'Académie pour assister à des tournois oratoires, doivent s'en retourner fort désappointés. Ils ont, en place de discours, le spectacle d'une mimique plus ou moins expressive de l'orateur qui occupe la tribune. L'enceinte particulière, au fond de laquelle s'élèvent la tribune et le bureau, est, en effet, assez favorablement disposée au point de vue de l'éclairage. « Elle occupe à peu près le centre du transept de l'ancienne église des Saints-Pères et l'emplacement de l'amphithéâtre de Corvisart. Elle forme un quadrilatère régulier, largement éclairé par une fenêtre vitrée, percée horizontalement au sommet d'une sorte de dôme ou lanterne. Un entablement supporté par des colonnes d'ordre ionique règne tout autour et sert d'appui aux murs sur lesquels s'élève la lanterne (2). » Mais si le public n'entend pas, il a du moins le plaisir des yeux, et, par une illusion qu'il lui est aisé de provoquer, il peut se croire pour un instant égaré dans un musée.

Ce n'est pas un des côtés les moins pittoresques de l'Académie que cette profusion d'objets d'art ou autres éléments décoratifs

(1) *Médecine et médecins*, t. I.
(2) Peisse. Loc. cit., p. 314.

qui arrêtent à chaque instant le regard et le sollicitent impérieusement. Dans le vestibule, dans la salle des séances, à la bibliothèque, voire même dans les combles, des richesses artistiques sont entassées dans un pêle-mêle confus, et l'on se prend à déplorer qu'on n'ait pas encore trouvé un asile définitif pour recueillir toutes ces merveilles, qui gagneraient tant à être mises dans un cadre qui leur convienne.

Nous avons eu la curiosité de parcourir, en la compagnie de M. le docteur Dureau, le zélé bibliothécaire de l'Académie, les diverses pièces du monument de la rue des Saints-Pères, et nous avons marché, hâtons-nous de le dire, de surprise en surprise. Si nous n'avions eu pour cicerone un homme d'une érudition aussi sûre qu'obligeante, nous aurions été tenté de demander le catalogue, tout comme dans un musée public. Sans doute, quelques œuvres d'une horrible médiocrité se sont glissées dans la collection d'icones ou de bustes réunis à l'Académie; l'arrangement n'est pas fait pour les mettre en valeur; quelques effigies gagneraient à sortir d'une ombre qui ne leur est point propice, comme d'autres se trouveraient bien d'une obscurité relative. Mais il est indéniable qu'il y a là des œuvres qui attestent un talent supérieur, des tableaux que le Louvre revendiquerait s'il avait quelque droit à émettre cette prétention... Commençons, pour suivre un plan méthodique, par la « Salle des Pas-Perdus ». A part un buste en terre cuite de Falconet, « médecin consultant du Roi », qui est une mauvaise copie, et une statue en pierre d'Esculape, avec son serpent allégorique, reproduction maintes fois reproduite, le marbre et le bronze se voient seuls dans ce vaste atrium, qu'on appelle la salle des Pas-Perdus.

Faisons une exception pour une peinture représentant « Guillaume Harvey et la circulation du sang », tableau autrefois placé dans la salle des séances et qui représente le physiologiste Harvey occupé à démontrer sur le vivant, au jeune roi Charles Ier, le phénomène de la circulation du sang.

C'est une peinture originale due à l'artiste Fichel, qui s'est plutôt préoccupé de la reconstitution des costumes que de la vérité historique.

Deux statues de marbre dominent, par leur haute taille, les bustes qui les entourent. Elles sont la glorification de deux des représentants de la médecine et de la chirurgie militaires, Desgenettes et J.-D. Larrey. Entre les deux, une série de bustes de médecins académiciens, auxquels se trouve mêlée l'image du fondateur de l'Académie, Louis XVIII. On a fait disparaître l'effigie de Napoléon III pour des motifs que l'on devine aisément. Parmi les bustes, signalons avant tout autre celui du baron Portal, un des bienfaiteurs, et le premier président de l'Académie. Cette longue tête osseuse, ornée de sa perruque à boudins, commande assurément le respect et l'admiration, mais un respect qui ne va pas sans un sourire discrètement railleur. Le baron Portal a, pourquoi ne pas risquer notre opinion, une tête qui prête à la charge, une de celles que Dantan aurait aimé signer.

Les deux bustes de Pariset, par Gayrard, et de Béclard père, par Bra, sont beaucoup mieux venus. Malgré l'irrégularité capricieuse de ses traits, Double a été rendu, par le sculpteur Duret, avec une rare habileté. On reconnaît la touche du maître dans le buste de Percy, de David (d'Angers). M. Pierre Robinet a signé quelques bons bustes, entre autres celui de Bouriat; des sculpteurs inconnus ou oubliés, tels que Allier, Eschoct, Desbœufs, les marbres de Chaussier, Baudelocque, Richerand, etc.

Citons seulement, pour mémoire, les bustes de Récamier, Rostan, Demarquay, Broca et Trousseau (1). Ceux de Pinel et de Mactan, dus au ciseau de l'auteur de la statue de Larrey, M. Robinet, sont venus plus tard.

On a coulé dans le bronze les académiciens Hillairet, Fauvel, Parrot et le chimiste Caventou (2).

(1) Pour être complet, ajoutons à la liste : Huzard, Amussat, Guersant, Bégin, Roux et Béhier.
(2) Citons encore : Gerdy, Civiale, Malgaigne, Ségalas, Guéneau de Mussy et Blache.

Le buste de Bouchardat a été esquissé par un de ses collègues qui manie l'ébauchoir à ses moments perdus et qui pétrit la glaise avec la sûreté de main d'un professionnel. Il s'agit de M. le docteur Worms, un de nos plus distingués académiciens.

M. Constantin Paul a fait don à l'Académie d'un magnifique buste en marbre de son beau-père, Pidoux, le savant collaborateur de Trousseau. L'Académie a pareillement hérité du buste de Dechambre, acquis à l'aide d'une souscription d'amis.

Avant de franchir le seuil de la salle des séances, jetons un coup d'œil rapide sur les tables votives, en marbre noir, au nombre de six, qui portent, inscrits en lettres d'or, les noms des bienfaiteurs de l'Académie, avec la nature et la date des legs faits à la docte compagnie. Cette liste, déjà longue, s'augmente tous les jours. Nous ne saurions qu'encourager un si noble entraînement.

Passons maintenant à la description de la « Salle des séances ». C'est le salon de peinture de l'Académie. Il y a, à la fois, des peintures murales et des tableaux mobiles.

Au-dessus du bureau du président, à la place d'honneur, la *Leçon d'anatomie*, d'après Rembrandt, par Cottrau. Ce tableau fut commandé à Rembrandt, par la corporation des chirurgiens d'Amsterdam, puis placé dans le théâtre anatomique de cette ville, qui l'a religieusement conservé pendant deux siècles. C'est de là que le roi Guillaume I[er] le fit transporter au Musée de la Haye, dont il est la principale attraction. La copie du peintre Cottrau fut exécutée en 1845, et l'État en fit, cette même année, don à l'Académie.

A gauche de la *Leçon d'anatomie*, le portrait d'Antoine Dubois (1), aux traits fortement accusés, d'une classique régularité, et celui de Vauquelin, que d'aucuns s'obstinent à prendre pour Velpeau, avec qui il offre quelque vague ressemblance. Le portrait de Vauquelin est un don de ses élèves.

Faisant face à ces deux portraits, dans une disposition symétrique, deux peintures agréablement traitées, représentant l'une : le premier médecin de la reine Marie-Antoinette, de Lassonne, celui-là même qui dénoua l'aiguillette au vertueux roi Louis XVI, et l'autre, le baron Corvisart, dont la physionomie, narquoise et quelque peu sensuelle, atteste que le médecin de l'Empereur savait parfois se départir d'une gravité commandée par les circonstances.

Le portrait de Lassonne a été donné à l'Académie par Portal, en même temps que le portrait de Vésale, qui mérite plus qu'une mention. Le baron Portal avait donné le portrait de Vésale comme un Titien. Est-ce vraiment un Titien ? La question a été et est encore très débattue. Ceux qui n'y voient qu'une copie du Titien (2) font valoir en faveur de cette opinion des raisons de deux ordres : 1° des raisons intrinsèques : le mode d'exécution, la touche, le faire, n'ont pas la sûreté, la vigueur, l'ampleur magistrales qui distinguent le maître ; la peinture est bien dans sa manière et dans son style, mais elle n'a pas la hardiesse et la franchise d'une œuvre originale ; 2° des raisons extrinsèques : l'authenticité de ce portrait n'est pas historiquement prouvée. On ne connaît d'autres portraits authentiques du Titien que celui qui se trouve au palais Pitti à Florence et un autre gravé par L. Vostermann Junior ; les portraits diffèrent complètement de celui de l'Académie par la pose, l'habillement, les accessoires. Enfin ce dernier ne se trouve point parmi les nombreux portraits gravés d'après Titien.

En tout cas, tout le monde est d'accord pour convenir que si le portrait de l'Académie n'est pas du Titien, il est l'œuvre d'un maître, probablement d'un élève du Titien (3). Mais il n'y a pas lieu de reprendre cette discussion esthétique dans un milieu où elle détonnerait sensiblement. Constatons toutefois qu'on préfère généralement le portrait de Vésale à celui qui se trouve au Musée du Louvre et que les copistes viennent plutôt s'inspirer du portrait de l'Académie. Ce n'est qu'une présomption en faveur de ceux qui plaident pour l'authenticité, mais elle a sa valeur.

Pour faire pendant à la *Leçon d'anatomie*, derrière la tribune du public, un tableau, donné par l'État, et qui figure des *Savants hollandais dissertant sur la découverte du quinquina*. C'est une composition à plusieurs personnages, qui masque assez bien, à cet endroit, la nudité du mur.

Deux peintures murales (1), commandées et exécutées pour la place qu'elles occupent, retiendront plus longtemps notre attention. Ce sont deux tableaux d'histoire.

L'une de ces pages historiques, celle à la droite du président, représente Larrey opérant sur le champ de bataille. Le chirurgien reçoit des mains d'un aide un instrument avec lequel il se dispose à pratiquer une amputation. A gauche, l'artiste a figuré un fourgon d'ambulances. A l'arrière-plan, dans un nuage de fumée, un champ de bataille en pleine action.

Le tableau de face fait un contraste saisissant avec cet épisode sanglant. C'est la scène, popularisée par la gravure, du traitement moral des aliénés inauguré par Pinel. Le médecin de Bicêtre fait enlever les chaînes et les fers aux aliénés, à la fin de 1792. Ce n'était qu'un premier essai, l'abolition absolue de ces moyens de torture n'ayant été décrétée, comme on sait, par le Conseil des hospices, qu'en l'an VI.

Les deux tableaux sont l'œuvre du peintre Muller, l'auteur de la *Mort des Girondins*. Ils sont de nature à plaire par leurs qualités d'agrément et de pittoresque, mais on y cherche vainement un enseignement ou une émotion.

« C'est peut-être, a-t-on observé avec raison, un mauvais parti de prendre, comme l'a fait M. Muller, pour une idée générale, un fait particulier. Son but était de glorifier, par une représentation sensible, la médecine et les médecins. Suivant les conditions nécessaires de la langue spéciale de son art, il a essayé de réaliser l'idée par la mise en scène de deux figures historiques qui sont, dans l'opinion, comme les personnifications vivantes, comme les types d'excellence de la science et de l'art, et en les montrant dans les actes de leur carrière les plus propres à mettre en saillie la grandeur et la beauté du caractère scientifique et professionnel (2). » L'idée disparaît alors sous la particularité du fait et le fait lui-même se trouve dès lors réduit à une simple anecdote. On comprend autrement aujourd'hui la grande peinture historique.

Des observations d'une autre nature nous sont suggérées par la toile de vastes proportions qui occupe la partie la plus élevée du pan de mur situé derrière le bureau du président. Les dimensions considérables de cette toile la destinaient de préférence à un établissement public, comme en faisait précédemment la remarque le baron Larrey, en l'offrant à l'Académie (3). Elle est

---

(1) C'est une copie de l'original de Gérard, appartenant à M. P. Dubois.

(2) Voir Peisse. Loc. cit., p. 333-335.

(3) L'auteur du portrait de Vésale est sans doute le peintre flamand Jean Calcar, auteur des planches de la première édition du grand ouvrage d'anatomie de Vésale, souvent aussi attribué à tort au Titien. Quant au tableau de Rembrandt, la « Leçon d'anatomie », il fut peint en 1632 à Amsterdam. Il avait été demandé à l'artiste par le professeur Nic. Tulp, célèbre médecin et anatomiste, alors âgé de trente-neuf à quarante ans. Nicolas Tulp était membre du Conseil municipal, du parti modéré.

Il professa l'anatomie et la chirurgie dans la Corporation des chirurgiens d'Amsterdam depuis 1628 jusqu'en 1653. Deux fois par semaine, il donnait des leçons dans une salle d'un bâtiment appelé « la Petite-Halle ». Rembrandt dut se lier avec lui en suivant ses leçons. Un des sept personnages qui entourent Tulp, le docteur Hartmann, tient dans la main une pancarte sur laquelle sont inscrits les noms de tous les assistants. Tous, à l'exception d'un seul, nommé Van Loenem, étaient francs-maîtres de la Corporation des chirurgiens.

Ce tableau fut mis en vente en 1828 par les administrateurs de la Corporation des chirurgiens. Le roi de Hollande l'acheta pour 32000 florins et l'envoya au Musée, où il est encore.

(1) Ces compositions, reproduites dans la *Gazette des hôpitaux* de 1850, p. 464, n'ont que l'apparence de peintures murales, mais bien qu'exécutées sur toile, elles sont fixées à demeure sur la pierre, ce qui les fait assez ressembler à des fresques.

(2) *Médecine et médecins*, loc. cit., p. 327.

(3) Le baron Larrey a offert généreusement ce tableau à l'Académie,

désignée sous le nom de *Peste d'Espagne* et a pour auteur le peintre espagnol Aparicio. José Aparicio était un élève de David, dont il avait suivi les leçons en France pendant quelque temps. Il en rappelle, d'ailleurs, l'école à première vue « par les grandes proportions de la toile, par l'étude savante du nu, par la correction habile du dessin, et aussi par l'exagération de la forme académique, par la froideur du mouvement d'ensemble et par la prétention de quelques détails » (1). Ce tableau fut exposé en 1806, à Paris, et représente, d'après le livret du Salon de cette époque, l'*Épidémie d'Espagne*. Le directeur de l'Académie des Beaux-Arts de Saint-Ferdinand à Madrid, auprès de qui le baron Larrey s'était renseigné, pense qu'il s'agit de la *Peste de Valence*. Cette prétendue peste de Valence n'était sans doute rien autre chose qu'une épidémie de fièvre jaune, comme il en sévissait dans toute l'Espagne. En Espagne, comme partout ailleurs, le peuple baptise du terme générique de *peste* toute épidémie meurtrière. L'artiste a rendu assez mal les symptômes de la fièvre jaune, bien qu'on remarque la lividité des paupières, des lèvres et du nez, sans aucune trace d'exanthème. Toujours est-il qu'on serait plus près de la vérité en désignant la toile sous le titre proposé par M. Larrey de : *Épisode de la fièvre jaune à Valence*, plutôt que de l'appeler la *Peste d'Espagne*, appellation vague et ne correspondant pas à la réalité des faits.

Quoi qu'il en soit, le tableau d'Aparicio, sans être de premier ordre, est une toile estimable.

Mais combien nous sommes loin des idéales fresques de notre incomparable Puvis de Chavannes, par exemple, à qui on devrait bien confier la décoration picturale de l'édifice qui abritera, dans un temps que nous espérons proche, l'Académie et ses richesses !

Les autres œuvres d'art de la salle des séances ne valent pas la peine qu'on s'y arrête longuement. Deux bustes de Dantan (Marjolin et Velpeau), le buste de Malgaigne par Crauk, et de Dupuytren par Desbœufs n'ont, sans doute, pu trouver place dans la salle des Pas-Perdus, et ont été relégués dans un coin de la salle des séances, où l'on a peine à les retrouver. Un peu partout, dans un désordre qui ne nous a pas semblé « un effet de l'art », les portraits de Hallé et de Fouquier, de l'historien de la médecine Renauldin, du toxicologue Orfila peint par un de ses amis, Lacoma, qui l'a cruellement maltraité.

L'accoucheur Deneux paraît très fier de sa brochette de croix et de décorations de toute nature et de tous pays. Un très beau portrait de Louis, et un délicieux pastel de Giraud, figurant Jobert (de Lamballe), ne nous font qu'à demi regretter que d'autres toiles, qui n'ont qu'un attrait documentaire, soient placées dans un mauvais jour. Tels le portrait d'Esquirol, donné par son neveu le docteur Mitivié ; le portrait de Bretonneau, légué par sa première femme ; une horrible croûte qui rappelle, nous dit-on, Piorry, dont le docteur Marion Sims s'est débarrassé *en faveur* de l'Académie. Rendons hommage, en passant, au goût plus éclairé de Ricord qui s'est dessaisi d'une des perles de sa collection, en abandonnant à ses collègues le magnifique portrait de Richerand, un de ses premiers maîtres, qui le tenait en particulière estime (2).

Trois médailles complètent la galerie académique. Le médaillon Poulinant écrasé sous une pendule, en rocaille, de style Louis XVI, fait vis-à-vis au médaillon de Jacques Daviel, l'inventeur de l'opération de la cataracte. Dans une encoignure, le médaillon de Capuron avec cette inscription qui mérite d'être citée : *Capuron dessiné en 1850 par Aug. Robinet, interne des hôpitaux de Paris, reproduit par Ed. Robinet, offert à l'Académie impériale de médecine pa rStéph. Robinet, ancien président*, 1864.

---

dans sa séance du 17 mai 1870, au nom de l'une de ses proches parentes, Mme la vicomtesse de Manneville et de son mari.

(1) *Bull. de l'Acad. de méd.*, mai 1870.

(2) Pour compléter notre énumération, nous devons mentionner les portraits de Boyer, Pinel, Rullier, Grisolles, Ch.-F. Devilliers, membre de l'Académie de chirurgie ; Husson, Caventou, enfin une photographie ou un dessin au crayon représentant Woillez.

Terminons cette description des richesses artistiques de la salle des séances par les décorations épigraphiques. Elles consistent en deux encadrements d'un peu plus de 1 mètre de hauteur, situés de chaque côté de la peinture murale, qui domine le bureau. Dans chacun de ces cartouches sont inscrits, en or sur fond bleu, neuf noms de personnages éminents dans la médecine ou l'une des sciences nécessaires qui s'y rattachent. Deux noms qui manquent à ce *Livre d'or* ont trouvé place, nous ignorons pour quel motif, dans deux médaillons placés en regard l'un de l'autre. Ces deux favoris ce sont *Portal* et *Pariset*.

Il nous reste à dire un mot de la salle dite du « Conseil », qui se trouve au premier étage au-dessus des bureaux. A côté de magnifiques gravures, dues au burin de maîtres du XVIIIe siècle et représentant, entre autres, La Martinière et La Peyronie, les deux fondateurs de l'Académie de chirurgie, berceau de l'Académie de médecine actuelle, signalons un très beau portrait sur bois de Fernel, deux médaillons en plâtre reproduisant les traits de Trousseau et de Pariset, et avant tout, deux chefs-d'œuvre, qui font l'admiration des connaisseurs : le buste de Louis, par Houdon, une merveille ! dû à l'inépuisable générosité du baron Larrey, et un portrait de Mélier, dessiné par Ingres, « à s'agenouiller devant », pour parler le langage des simplistes. Ce dessin est un cadeau du gendre de Mélier, le vénérable M. Désormeaux, l'inventeur de l'endoscope urinaire, dont on a démarqué la découverte en la modernisant. *Sic vos non vobis.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 28 décembre 1892, un concours s'ouvrira le 3 juillet 1893, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École de médecine d'Alger.

— *Hôpitaux de Montpellier.* — Le prix de l'internat a été décerné à M. Cannac.

— *Cours et conférences cliniques de MM. les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux de Paris* (*année scolaire* 1892-1893) :

SAINT-ANTOINE. — M. Ballet : Clinique médicale, le lundi à dix heures et demie, à l'amphithéâtre (semestre d'été).

M. Gingeot : Clinique médicale, le mercredi à dix heures et demie, à l'amphithéâtre (semestre d'été).

M. Tapret : Clinique médicale, le jeudi à dix heures et demie, à l'amphithéâtre (semestre d'été).

M. Merklen : Clinique médicale, le vendredi à dix heures et demie, à l'amphithéâtre (semestre d'été).

M. Monod : Clinique chirurgicale, les mardis, samedis à dix heures et demie, à l'amphithéâtre (semestre d'été).

NECKER. — M. Rigal : Conférences cliniques au lit du malade, les mercredis, jeudis à neuf heures et demie, salles Bouley et Lasègue.

M. Rendu : Clinique médicale, le jeudi à dix heures, amphithéâtre de médecine.

M. Horteloup : Maladies des organes génitaux et urinaires de l'homme et de la femme (conférences faites par M. le docteur Potherat), le jeudi à dix heures, à l'amphithéâtre.

COCHIN. — M. Dujardin-Beaumetz : Clinique thérapeutique, tous les jours à neuf heures et demie, amphithéâtre du service.

M. Gouraud : Clinique médicale au lit du malade, tous les jours à dix heures.

M. Bouilly : Conférences de gynécologie, le mercredi à dix heures, amphithéâtre de la baraque 5 (semestre d'hiver).

M. Schwartz : Conférences de clinique chirurgicale, les mardis, samedis à dix heures et demie, réfectoire des malades (hommes) (semestre d'hiver).

M. Quénu : Pathologie chirurgicale, tous les jours à neuf heures, au lit des malades.

Beaujon. — M. Théophile Anger : Clinique chirurgicale, les mercredis, vendredis à neuf heures et demie, à l'amphithéâtre. — Leçons cliniques et opérations de gynécologie, les lundis, jeudis à neuf heures et demie, pavillon Dolbeau.

M. Ribemont-Dessaignes : Leçons d'accouchement, les samedis à dix heures, à l'amphithéâtre. — A partir du 1er février 1893. — Conférences au lit du malade, tous les jours à neuf heures et demie.

Lariboisière — M. Duguet : Clinique médicale, tous les jours à neuf heures, au lit des malades.

M. Gouguenheim : Maladies du larynx et du nez (cours théorique), dimanche à dix heures, salle d'examen du larynx. — Consultations et conférences cliniques, les mardis, jeudis, samedis à neuf heures.

M. Gérin-Roze : Clinique médicale, tous les jours (mercredi excepté) à neuf heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 9 janvier 1893.

Les journaux médicaux de cette semaine commentent le budget de l'Assistance publique, d'après le rapport fort instructif lu par M. Navarre, devant le Conseil municipal : un fait prime tous les autres, c'est que ce budget de l'Assistance publique est en déficit, malgré l'énorme subvention de la Ville, qui, en 1893, atteindra près de 20 millions. Il convient d'appeler les choses par leur nom, car, suivant l'expression pleine de réticences du rapporteur municipal, « l'Assistance publique s'est trouvée dans la nécessité *d'aliéner* 64000 *francs de rentes pour couvrir les découverts des exercices passés.* »

On espérerait à tort que cette situation qualifiée d'*exceptionnelle* ne doit plus se renouveler ; il n'en est rien, ce n'est, au contraire, qu'un commencement. Écoutons le rapport de M. Risler, membre du conseil de surveillance : « Il est à craindre que les situations *exceptionnelles* ne se représentent non pas les mêmes à la fin de chaque exercice, mais aggravées d'année en année. » Voilà qui est clair et catégorique, et nous donne une idée nette de l'inconcevable façon dont est géré le bien des pauvres.

Le conseil municipal croit remédier au mal en nommant une série de commissions et de sous-commissions destinées à inspecter les hôpitaux. Nous souhaitons de tout cœur qu'elles trouvent remède à l'état de choses actuel, mais nous ne l'espérons guère.

C'est, en effet, par mille détails que pêche l'administration de nos hôpitaux. Citons, entre beaucoup d'autres, quelques faits.

Les fournisseurs, si ardents à soumissionner, si empressés à mettre le titre des hôpitaux sur leurs devantures et sur leurs marchandises, sont moins zélés, lorsqu'il s'agit de remplir les obligations qui leur sont imposées.

Prenons un exemple : Voici un malade opéré d'une cure radicale de hernie. Avant de partir de l'hôpital, il a besoin d'un bandage spécial, destiné à maintenir quelque temps la cicatrice. Le chirurgien signe un bon, qui est paraphé par l'économe, visé par le directeur, envoyé à l'Administration centrale, approuvé par le bureau compétent, soumis au visa du directeur général et, toutes ces chinoiseries accomplies, le bon est porté chez le bandagiste qui, sept à huit jours après, vient à l'hôpital, regarde le malade, prend mesure et, huit ou dix jours plus tard, fait la livraison du bandage. Bien souvent, quinze jours s'écoulent entre la signature première du bon et la livraison.

Or, quinze jours à 3 fr. 50, c'est cher, pour un bandage dont la valeur marchande ne dépasse pas 15 francs, et ainsi des autres fournitures. Aussi si les commissions et sous-commissions municipales veulent s'éclairer et se rendre utiles, qu'elles se fassent remettre, dans chaque hôpital, le relevé des bons d'appareils et qu'elles comparent la date de commande et la date de livraison et elles verront combien de journées d'hôpital sont inutilement gaspillées.

Il y a quelque temps, il était besoin, dans un service hospitalier, d'un instrument fort simple, indispensable pour une opération du lendemain. Sur la demande et sur le bon du chef de service, le directeur envoie chez le fournisseur (?) chercher ledit instrument, dont la valeur était certes inférieure à 5 francs. Ce fournisseur demeure à l'autre bout de Paris ; il fallut une demi-journée pour y courir et quand l'envoyé arriva, demandant l'instrument, le fournisseur *n'en avait pas !!!*

Le lendemain, l'heure de la visite approchant, au lieu d'aller chez le premier herboriste venu, un infirmier monta en fiacre et retourna chez le fournisseur si peu fourni en marchandises. Trois heures après, il n'était pas de retour.

Calculez le prix de la voiture, ajoutez-y le prix de l'appareil et vous comprendrez comment l'administration des hôpitaux paye plus cher que n'importe quel particulier.

Ce sont là de bien petites choses, mais une administration sage ne saurait les négliger ; c'est par ces milliers de fissures que coule l'argent du budget.

HOPITAL NECKER. — M. LE DENTU.

La cure radicale dans la hernie ombilicale.

Il y a quatre jours j'ai pratiqué devant vous, chez une femme, la cure radicale d'une hernie ombilicale. L'opération a été laborieuse et a duré près d'une heure et demie. Néanmoins, les suites en ont été très simples, et l'état de la malade est toujours resté et est encore actuellement très satisfaisant. Cette opération vous a permis d'entrevoir les difficultés spéciales de la cure radicale dans ce genre de hernie. Ce sont ces difficultés, ce sont les accidents spéciaux

des hernies ombilicales, les indications opératoires, la technique même de l'opération, que je voudrais vous exposer plus complètement.

La hernie ombilicale diffère des autres hernies par quatre points particulièrement importants au point de vue opératoire : les adhérences fréquentes, la constitution de l'orifice herniaire, la complexité du sac, le contenu de la hernie.

Les adhérences sont, dans les hernies ombilicales, fréquentes et de nature spéciale. En effet, au lieu que le péritoine glisse progressivement, successivement, sur l'anneau pour constituer le sac herniaire, il adhère vite à cet anneau. C'est dès lors une distension du péritoine déjà entraîné et non plus un glissement qui se produit. Dans quelques cas même, il semble que cette distension ait lieu d'emblée. Le péritoine ainsi distendu, aminci, souvent éraillé, réduit comme structure à du tissu conjonctif, avec quelques débris épithéliaux, ne constitue qu'une enveloppe imparfaite. Les grosses hernies ombilicales, mal isolées, adhèrent bientôt à la peau. Les adhérences de l'intestin se voient surtout dans les hernies anciennes. Celles de l'épiploon sont plus précoces et existent dans des hernies très récentes.

Au point de vue de la forme de l'orifice herniaire, la hernie ombilicale ne présente pas un trajet, un canal analogue au trajet parfois si allongé dans les hernies inguinales récentes. Elle offre un simple anneau arrondi, à bords minces presque tranchants au début. Au sortir de cet anneau, le sac s'évase aussitôt, en forme de gourde. Cette configuration spéciale de l'orifice herniaire a, vous le verrez, son importance pour la technique de la suture.

Dans les hernies inguinales et crurales, la simplicité du sac est la règle. Elle est presque l'exception dans la hernie ombilicale. Chez notre malade, à côté du sac principal, nous avons trouvé deux sacs accessoires. Ces sacs accessoires constituent des diverticules à orifice plus ou moins étroit à trajet variable, s'insinuant sous le péritoine ou bien entre la peau et les muscles. Ces diverticules sont dus, tantôt à une distension, tantôt à une éraillure, à une rupture du péritoine. Parmi ces sacs supplémentaires, il en est même qui se forment, non aux dépens de l'enveloppe même, mais aux dépens du contenu de la hernie. Ces pseudo-sacs sont surtout dus aux cloisonnements formés par les adhérences épiploïques. Ces adhérences se transforment, le tissu graisseux disparaît en même temps que le tissu conjonctif prolifère et les tractus fibreux finissent par cloisonner l'intérieur de la hernie.

Comme organes contenus dans la hernie, le plus important pour l'opération est l'épiploon. Les adhérences avec le sac et la peau sont très intimes; elles se font non seulement par les brides fibreuses que je viens de vous décrire, mais par des accolements complets en surface. Il en résulte des dispositions anormales, extraordinaires, des brides et des loges inextricables. Vous avez pu voir toute la difficulté qui s'est présentée l'autre jour pour distinguer l'épiploon du sac et du tissu graisseux adjacent. Cette complexité des hernies ombilicales est également bien appréciable par la palpation simple et surtout dans les tentatives de taxis. On trouve un défaut d'homogénéité complet, un mélange de portions dures, épaisses, et de portions ramollies, qui semblent, surtout quand la peau est amincie, prêtes à se rompre sous la pression. Rien n'est plus difficile que de distinguer, au milieu de ces tissus de consistance diverse, l'orifice ombilical.

Parmi les autres organes renfermés souvent dans la hernie, on trouve l'intestin grêle, le côlon transverse et son mésocôlon. Quand la hernie se développe en haut et qu'elle est volumineuse, elle renferme parfois des portions considérables de l'estomac L'estomac dilaté peut aussi s'engager dans des hernies de siège et de volume ordinaires. On a même rencontré l'utérus dans des hernies ombilicales; ces hernies étaient, il est vrai, compliquées le plus souvent d'éventration. Des grossesses ont parfois débuté dans des utérus ainsi herniés par l'ombilic.

Des hernies se présentant dans ces conditions anatomiques défavorables sont forcément pénibles. Elles exposent à des souffrances répétées, à des accidents nombreux et graves. Le bandage, très utile parfois, ainsi que vous le verrez au traitement, est souvent aussi insuffisant, mal supporté. Vous observerez alors toute une série d'accidents locaux, fâcheux en eux-mêmes, fâcheux aussi parce que leur répétition affaiblit les malades et en fait un terrain tout préparé pour les maladies intercurrentes d'origine diverse.

Les petits accidents superficiels du côté de la peau : excoriations, eczéma, fissures résultant du frottement du bandage ou des vêtements sur la hernie, sont très douloureux; ils peuvent, en forçant à suspendre souvent le port du bandage, favoriser le développement de la hernie. On voit aussi se produire des ulcérations persistantes. On a même vu ces ulcérations finir par perforer le sac herniaire et déterminer une péritonite herniaire d'abord, puis rapidement généralisée, c'est-à-dire la mort à brève échéance.

Les douleurs sont tantôt sourdes, continues, tantôt plus intermittentes, en accès de colique. Les douleurs sourdes semblent surtout dues à l'épiploon adhérent, enflammé chroniquement. Les coliques résulteront plutôt d'un engouement momentané de l'intestin.

La constipation n'est pas rare. On observe aussi des diarrhées profuses, très tenaces et très rebelles. Une malade, que j'ai suivie autrefois pendant plusieurs années, avait été réduite, par ces diarrhées incessantes, à une faiblesse extrême; elle finit par mourir de pneumonie infectieuse. Les nausées et même les vomissements sont des accidents fréquents dans les hernies un peu volumineuses ou difficiles à contenir.

L'irréductibilité temporaire, l'inflammation, l'engouement sont particulièrement fréquents dans les hernies ombilicales. Souvent ces accidents cèdent très vite au repos, aux applications émollientes et à un taxis modéré, quelques malades s'entendent à faire eux-mêmes ce taxis avec beaucoup d'habileté. Mais parfois ils sont plus tenaces, aboutissent à l'étranglement. Fréquemment surtout la répétition incessante de ces crises les rend insupportables. Elles étaient presque quotidiennes chez la malade que nous avons opérée.

L'étranglement proprement dit n'est pas plus fréquent dans les hernies ombilicales que dans les hernies inguinale ou crurale. Mais il se présente dans des conditions de gravité toute particulière. L'opération est presque toujours trop tardive, et ses dangers deviennent alors extrêmes. Cela tient à ce que l'appréciation de l'étranglement est difficile dans ces hernies compliquées; on temporise, on diffère et bien souvent, au moment de l'intervention, l'état général est tel que tout espoir de succès doit être regardé comme perdu. Sans insister sur cette question de l'étranglement qui ne rentre qu'indirectement dans notre sujet,

je devais vous signaler cette nécessité des opérations hâtives.

Ces divers accidents justifient, vous le voyez, pleinement les tentatives de cure radicale. Celles-ci seraient sans doute prématurées dans les hernies petites, récentes, non adhérentes. Dans ces hernies, il suffira de conseiller un bandage avec une pelote maintenue par le ressort dit ressort de Dolbeau. Mais surtout il faudra, la hernie étant presque toujours compliquée d'éventration, combiner ce bandage avec le port d'une large ceinture abdominale. Cette combinaison permettra même de maintenir des hernies ayant presque le volume du poing, sortant par un anneau très dilaté. J'en ai vu qui, depuis plusieurs années, étaient ainsi maintenues sans douleurs et sans accroissement. Mais pour cela il faut qu'il n'y ait pas d'adhérences, que la hernie soit bien et complètement réductible. L'existence des adhérences indique le moment où le bandage devient inutile, la cure radicale indispensable et nécessaire pour prévenir l'accroissement et les accidents. Il faut, en pareil cas, opérer. Parfois pourtant, existent bien entendu des contre-indications tirées, soit du mauvais état général, souvent aussi du volume même de la hernie. M. Championnière a opéré, avec une audace justifiée par le succès, une hernie ombilicale ne mesurant pas moins de 78 centimètres à la base. La suture de l'anneau nécessita vingt et une paires de ligatures entrecroisées. Mais il est permis d'hésiter devant ces opérations graves. Tout, dans ces cas douteux, dépend des dispositions morales, des conditions sociales de la malade. Chez une ouvrière à qui tout travail est devenu impossible, telle opération grave sera justifiée, qui ne le serait pas chez une personne aisée, pouvant vivre sans fatigue.

Pratiquée déjà par Celse, la cure radicale de la hernie ombilicale fut ensuite oubliée pendant des siècles. En 1875, je crois avoir été le premier à préconiser, dans une discussion de la Société de chirurgie, la suture de l'anneau ombilical, après la kélotomie pour hernie étranglée. J'étais alors surtout préoccupé d'éviter, après l'opération, la chute des matières septiques dans le péritoine. Cette suture fut faite en 1877 par Lister, en 1878 par Tillaux, en 1879 par Nicaise. Depuis, les cures radicales, en dehors de l'étranglement, sont devenues assez fréquentes. M. Championnière a pratiqué douze fois cette opération sans un décès. Zenger a relevé vingt-neuf cas avec une seule mort. Les récidives sont, il est vrai, assez fréquentes, sept, soit près d'un quart dans la statistique de Zenger. Mais beaucoup de ces récidives sont peu graves et susceptibles d'être maintenues par un simple bandage.

Au point de vue de la technique opératoire que j'ai adoptée, je ne puis mieux faire que vous décrire l'opération de l'autre jour. Après l'incision de la peau, la distinction du sac principal et des deux sacs surajoutés constitua une première difficulté. Ces sacs largement ouverts, il fallut, pour distinguer l'épiploon, rechercher comme guide, en les attirant au dehors, les parties profondes, saines et reconnaissables de l'épiploon et sectionner à ce niveau après ligature. C'est alors seulement que l'épiploon put être excisé en allant de la périphérie au centre. Les ligatures de l'épiploon furent longtemps maintenues à portée pour être certain qu'elles ne lâcheraient pas. L'épiploon enfin rentré, je fis la résection complète du sac.

Le point le plus spécial de cette technique a été la suture de l'anneau. La suture directe de cet orifice arrondi est insuffisante. Très tendue à sa partie moyenne, elle laisse en haut deux godets en cul-de-sac. Pour éviter ces godets, j'ai réséqué en dessus et au-dessous de l'anneau ombilical deux triangles à base aboutissant à cet anneau. La section étant partie des bords mêmes de l'anneau, il en résulte une véritable plaie fraîchement incisée, analogue à une plaie de laparotomie. J'en ai réuni les bords par un surjet prenant en même temps le péritoine. J'ai fait, de plus, neuf sutures profondes au fil d'argent, utiles pour maintenir les parois épaisses, et dix-sept sutures superficielles. Le contact des parties était si parfait que j'ai cru pouvoir me passer de drainage. Mais le drainage doit rester la règle après cette opération.

En excisant ainsi avec l'anneau un losange allongé de la paroi abdominale, l'opération devient plus certainement efficace sans être plus grave. Chez une malade que j'ai ainsi opérée, il y a deux ans, pour une hernie compliquée d'énorme éventration, j'avais dû mettre soixante-douze points de suture de l'appendice xyphoïde au pubis. Depuis, cette femme est devenue enceinte et a accouché heureusement sans récidive. Si pourtant vous faisiez la cure radicale après une kélotomie pour hernie étranglée, il faudrait vous contenter de la suture de l'anneau ou même des portions de sac voisines de l'anneau. En pareil cas, ce ne serait pas impunément que vous prolongeriez une opération déjà très longue et très grave en elle-même.

Vous pourrez toujours, en cas de récidive trop gênante, faire dans une opération ultérieure la cure radicale avec résection d'un losange de paroi. Cette opération faite à froid sur des tissus non enflammés, non infectés, n'aura qu'une gravité infiniment moindre.

MOYEN PRATIQUE DE FIXATION DU TUBE
DANS LE DRAINAGE UTÉRIN

Par le docteur E. SCHOULL (de Troyes).

Depuis les travaux si intéressants de MM. Chéron (1) et Bonnaire (2), le drainage de l'utérus tend à entrer de plus en plus dans la pratique journalière. Il est hors de doute que ce mode de traitement est appelé à rendre les plus grands services, surtout dans les cas si fréquents d'endométrites et salpingites, contre lesquelles la thérapeutique médicale se trouve presque toujours impuissante, et qui nécessitent parfois des interventions chirurgicales graves. Les règles, énoncées par les auteurs cités plus haut, permettent à tout médecin de pratiquer le drainage utérin. Une difficulté surgit cependant, quand il s'agit de maintenir dans l'utérus le tube à drainage, que des contractions expultrices font sortir le plus souvent. Le tamponnement exige l'intervention du médecin tous les deux jours au moins; la fixation du tube aux parois du col à l'aide d'un fil, outre les difficultés de la suture, difficultés très réelles pour un médecin de province destiné à agir seul, sans aide, expose, comme le fait remarquer M. Bonnaire, les tissus à être sectionnés. Enfin, on observe, le plus souvent, une déviation quelconque dans un utérus atteint d'endométrite ou bien dont les annexes sont malades : la déviation met en

(1) CHÉRON. Le drainage de la cavité utérine par les voies naturelles, *Gaz. des hôpit.*, 29 oct. 1892.

(2) BONNAIRE. Dilatation prolongée du col de l'utérus au moyen de tubes en caoutchouc malléable, *Semaine méd.*, 1892, p. 348.

contact, avec l'extrémité libre du tube, la cloison recto-vaginale, et il peut en résulter de l'irritation, du ténesme rectal, ou même une véritable ulcération. Le drainage aux crins de Florence, préconisé par M. Chéron, paraît réunir toutes les conditions désirables ; son seul inconvénient est d'exiger un outillage spécial : cette question serait, du reste, négligeable, mais, dans la méthode de M. Chéron, le mode de fixation, très ingénieux, n'est applicable qu'au drain en crin de Florence. La fixation du tube en caoutchouc, pour ceux qui veulent y avoir recours, reste donc une difficulté dans le drainage de l'utérus.

Pour éviter tous les inconvénients qui peuvent en être la conséquence, j'ai imaginé un moyen très simple, qui m'a donné, dans sept cas où je l'ai employé, d'excellents résultats.

Après dilatation progressive du col utérin, à l'aide de tiges de laminaire graduées, dilatation faite, bien entendu, avec toutes les précautions désirables, on procède à nouveau à une antisepsie aussi rigoureuse et aussi complète que possible, de la vulve, du vagin et de la cavité utérine (dans tous les cas, j'ai eu recours, dans ce dernier but, à l'écouvillonnage, à l'aide de gaze iodoformée fortement imbibée de glycérine créosotée au tiers). Cela fait, on introduit le drain de la façon suivante : avant son introduction, le tube est fixé, par une de ses extrémités, et à l'aide de deux fils solides, aux deux pôles d'un pessaire en anneau de Dumontpallier ; le tube est attaché de façon à occuper, aussi exactement que possible, le milieu de l'anneau, et le fil doit être assez long pour lui permettre de dépasser l'anneau de 2 centimètres environ.

L'antisepsie faite, on retire le spéculum et on introduit le pessaire avec le tube qui lui est attaché (le tout bien aseptisé, évidemment) ; le pessaire mis en place, on réapplique le spéculum, on saisit avec la pince l'extrémité libre du drain, que l'on introduit dans l'utérus ; quoique le tube soit presque toujours replié sur lui-même après son introduction avec le pessaire, cette petite manœuvre ne présente aucune difficulté sérieuse. Si l'on a soin de ne laisser, comme extrémité libre du tube, que 2 centimètres environ, les contractions utérines ne pourront replier ce tube sur lui-même et l'expulser. Dans les sept cas (1) où je viens d'employer, avec un plein succès, ce mode de fixation du drain, je n'ai, du reste, observé qu'une seule fois quelques douleurs expultrices légères et de peu de durée. Pendant toute la durée du drainage, il faut évidemment que la malade fasse des injections antiseptiques, au moins bi-quotidiennes.

La fixation du drain, à l'aide du pessaire, a paru ne présenter aucun inconvénient ; elle offre, au contraire, de sérieux avantages : et d'abord, la fixation du tube est parfaite ; le drain est très bien supporté, ne provoque pas de douleurs ; l'écoulement des sécrétions utérines se fait très facilement, les parois du tube étant maintenues béantes, à son extrémité libre, par les fils, qui subissent une légère traction. De plus, et fait important, le pessaire amène d'emblée, dans les déviations utérines si fréquentes, le redressement, que le tube aide à maintenir ; par le fait même de ce redressement, et surtout par l'écartement des parois vaginales produit par le pessaire, l'extrémité du tube se trouve absolument libre dans le vagin, sans pouvoir être en contact avec les parois et en provoquer l'irritation. Les sept malades chez qui cette méthode a été employée se sont levées, l'une le jour même, les six autres le lendemain, et ont pu vaquer à leurs occupations sans en éprouver le moindre préjudice. Enfin, et cette dernière considération n'est pas à dédaigner, ce mode de fixation est des plus simples, et absolument à la portée de tous : il mérite donc, je crois, d'entrer dans la pratique courante.

(1) Endométrite chronique sans lésions apparentes des annexes, 3 cas ; — avec salpingite, 2 ; — avec salpingo-ovarite, 2.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité clinique des maladies du cœur et des vaisseaux (1),
par Henri Huchard.

M. H. Huchard publie une seconde édition, entièrement remaniée, de son *Traité des maladies du cœur et des vaisseaux*. Ce livre porterait plus exactement le titre de *Traité de l'artério-sclérose du cœur*, car c'est presque exclusivement de l'artério-sclérose qu'il y est question, et plus particulièrement de son retentissement et de sa localisation sur le cœur. Dans un second volume seront étudiées les maladies valvulaires ; ce sera aussi un traité complet en deux volumes. D'autres ont insisté davantage sur l'artério-sclérose généralisée, sur ses relations avec la cirrhose des reins, les hémorragies cérébrales, etc., M. H. Huchard s'est surtout occupé de l'influence de l'artério-sclérose sur le cœur lui-même, soit directement, soit indirectement, et sur les formes cliniques fréquentes, intéressantes et variées qui en résultent. Il a fini par faire de ce chapitre de la pathologie comme un domaine personnel. Il a entassé observations sur observations, leçons sur leçons, mémoires sur mémoires, et, à l'heure actuelle, rassemblant les matériaux épars, il en construit un monument imposant par sa masse, séduisant par ses contours et la logique de son architecture.

La conception de l'artério-sclérose, telle que la comprend M. H. Huchard, représente tout un système de physiologie pathologique. Pour lui, l'augmentation de la tension artérielle est l'origine de tout le mal ; elle précède et provoque la lésion des artérioles. C'est là un fait dont la démonstration ne nous paraît pas suffisamment donnée, et il est bien difficile de prouver que l'exagération de la tension artérielle n'est pas surtout la conséquence de l'artérite capillaire, ou tout au moins d'une modification de la vitalité des parois des capillaires artériels dont l'artério-sclérose représentera le stade ultérieur, susceptible de démonstration anatomique. A vrai dire, nous n'attribuons pas à cette objection une importance capitale, et nous avouerons volontiers, pour peu qu'on nous y pousse, que cela nous est au fond assez égal. L'hypertension paraît très réelle, elle va avoir des conséquences très graves, là est le point important. Il ne faudra pas moins en tenir grand compte en thérapeutique et c'est là ce qu'il faut avant tout considérer.

L'hypertension artérielle amène le cœur à fournir un travail exagéré et à s'hypertrophier. L'équilibre va ainsi s'établir pendant un certain temps, mais déjà, dès cette époque, cet état anormal va se révéler par de nombreux signes symptomatiques, déjà des incidents graves peuvent survenir, causés par la défaillance de ce cœur surmené. Cependant, la guérison est possible encore au début de cette période, mais cette guérison, il faut la demander beaucoup plus à l'hygiène qu'aux médicaments ; il faut tâcher d'obtenir la diminution de la tension artérielle et la rétrocession de la lésion des vaisseaux. Il faut bien se garder d'exciter maladroitement ce cœur trop excité déjà, sous peine de devenir non des aides du malade, mais des complices de la maladie.

Malheureusement, le cœur n'est pas indemne de toute lésion dans bien des cas ; toujours il finit, tôt ou tard, par être lui-

(1) In-8°. Prix : 16 francs. — Paris, O. Doin.

même en proie à l'artério-sclérose. La circulation se fait mal dans le myocarde, il se produit des dégénérescences de la fibre musculaire, de la sclérose interstitielle. Ces lésions ont des conséquences différentes suivant leur localisation, suivant qu'elles sont limitées à des taches plus ou moins étendues ou généralisées, suivant qu'elles intéressent des régions d'une importance physiologique plus ou moins grande. Il est évident que si les lésions portent, par exemple, sur les régions des ganglions, elles auront des conséquences particulièrement graves. L'anémie relative du cœur mal irrigué par des coronaires plus ou moins rétrécies, oblitérées parfois, amène l'apparition d'une manifestation morbide aussi redoutable que douloureuse : l'angine de poitrine d'origine cardio-artérielle, la grande angine.

L'asystolie est, en somme, l'aboutissant de tout ce processus dans la majorité des cas, mais cette asystolie a des allures particulières qui permettent de la faire reconnaître.

Ce qui est, dans cette histoire de l'artério-sclérose, l'œuvre personnelle de M. H. Huchard, c'est d'avoir, beaucoup mieux que ses prédécesseurs, indiqué les signes qui pouvaient permettre de la reconnaître à ses périodes initiales ou de la démasquer sous des formes plus ou moins anormales d'asystolie; c'est d'avoir aussi distingué des périodes d'évolution et des formes cliniques différentes.

Diagnostiquer un état morbide est bien, savoir le traiter et surtout le guérir est beaucoup mieux : c'est le but même de la médecine. M. Huchard a insisté avec raison sur la nécessité d'un traitement précoce. Attaquée de bonne heure, l'artério-sclérose peut disparaître sans laisser de trace; elle ne le peut plus lorsque ce sont constituées des lésions secondaires, consécutives. C'est ainsi que l'artérite syphilitique, que les anévrysmes sont susceptibles de guérir sous l'influence de l'iodure de potassium. Que cette artérite ait amené un foyer de ramollissement cérébral avec dégénérescence scléreuse consécutive, et il y aura là une lésion incurable, qui résistera aux moyens spécifiques. La première lésion était syphilitique, la seconde est d'origine syphilitique, mais banale dans sa constitution et sa destinée : la différence est radicale.

C'est par l'hygiène, le régime lacté et l'iodure, que M. Huchard combat l'hypertension et l'artério-sclérose. L'hypertension, voilà l'ennemi, telle pourrait être sa devise.

Cette hypertension, toutefois, fera place à un moment donné à l'hypotension, lorsque le myocarde deviendra impuissant à accomplir sa tâche et se laissera distendre. Le passage de l'un à l'autre état ne se fait pas régulièrement, progressivement, mais par des à-coups successifs. Il arrive un moment où la digitale et les toniques du cœur, jusque-là nuisibles, deviennent utiles, et là encore, il faut savoir les manier. Nous engageons à lire les leçons consacrées à la thérapeutique, elles sont excellentes; mais on ne comprendra bien les préceptes qu elles renferment que si l'on a lu également les leçons précédentes, donc...

Encore une fois, M. Huchard a su dégager avec netteté les formes cliniques principales de l'artério-sclérose du cœur, les périodes de leur évolution et les indications thérapeutiques correspondantes. Ce qui était surtout un chapitre de pathologie générale est devenu un chapitre de clinique : on admettra que c'est quelque chose !

Massage dans les affections du voisinage de l'utérus et de ses annexes (1), par le docteur G. Norström.

Le livre publié, il y a quelques mois, par M. Norström complète la monographie sur le massage de l'utérus publiée par lui au cours de l'année 1889, et dont la *Gazette des hôpitaux* a rendu compte à cette époque. Après avoir rappelé les défiances qui existent encore dans le corps médical, par rapport à ce mode de traitement, M. Norström fait remarquer qu'il est souvent entrepris dans de mauvaises conditions; on le fait dans des policliniques, lorsqu'il serait de beaucoup préférable que les malades fussent traitées chez elles ou à l'hôpital. Le repos à la suite d'une manœuvre fatigante la rend supportable, il serait à désirer qu'au début au moins, toutes les malades pussent garder le lit pendant une heure ou deux. M. Norström craint que, quand le massage gynécologique sera plus répandu, il ne soit pratiqué par des sages-femmes; il voudrait que le procédé fût toujours appliqué par des médecins; il se défie un peu de l'instruction des sages-femmes et beaucoup de leur vigueur.

Après avoir rappelé certains détails du manuel opératoire, insisté sur d'autres qui présentent une importance particulière dans les affections dont il s'occupe, il arrive à l'étude proprement dite de celles-ci. Ce livre est consacré presque exclusivement aux phlegmasies chroniques du tissu cellulaire et du péritoine pelvien. L'auteur a défini avec soin ce qu'il entend par paramétrite et périmétrite. Sa distinction est basée plutôt sur l'ensemble des phénomènes cliniques que sur de nouvelles données anatomo-pathologiques. Dans bon nombre de paramétrites, le massage paraît donner des résultats excellents; grâce à lui, on peut arriver à la résorption complète de l'exsudat. Dans les périmétrites, il est rare qu'on arrive à faire disparaître les adhérences et à rendre aux organes leur situation normale et leur mobilité. Malgré cela, l'amélioration subjective est souvent telle que les malades se considèrent comme guéries. Ce sont les deux chapitres les plus intéressants du travail, ils renferment un grand nombre d'observations empruntées à la pratique particulière de l'auteur. Il étudie subsidiairement l'action du massage dans les changements de direction et de situation de l'utérus, dans les maladies des trompes et des ovaires, etc. En somme, travail sérieux, documenté, intéressant tous les médecins qui s'occupent de gynécologie ou de massage.

(1) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

1. M. Leblond. Diagnostic et traitement des abcès du foie. — 2. M. Fretier. De l'inflammation du canal de Sténon (sans présence de calcul). — 3. M. Faraggi. Rein mobile; indication et contre-indication de la néphrorraphie. — 4. M. Perignon. Étude sur le développement du péritoine dans ses rapports avec l'évolution du tube digestif et de ses annexes. — 5. M. Roy. Contribution à l'étude des tubercules sous-cutanés douloureux. — 6. M. Houdeville. Contribution à l'étude de l'épistaxis. — 7. M. Fauchon-Villeplée. Contribution à l'étude des corps étrangers du cerveau. — 8. M. Charrade. De la ligature et de la résection de la veine saphène interne dans le traitement des varices. — 9. M. Blaire. Étude sur l'ablation des fibromes utérins par la voie vaginale; morcellement et énucléation. — 10. M. Lenormand. Recherches anatomiques et cliniques sur la suture des tendons de la face dorsale de la main. — 11. M. Garat. Influence de la ménopause sur le développement de la folie. — 12. M. Henry. Du pouls chez les tuberculeux. — 13. M. Fouad. Des polypes fibro-muqueux des arrière-narines. — 14. M. Basso. Les thyroïdites aiguës. — 15. M. Acosta-Ortiz. Du traitement chirurgical des anévrysmes du tronc brachio-céphalique et de la crosse de l'aorte. — 16. M. Labit. De l'emploi du diapason comme moyen diagnostique dans les affections de l'oreille (expérience de Rinn, expérience de Weber). — 17. M. Gaston. De l'intervention chirurgicale dans le cas de hernies ombilicales adhérentes. — 18. M. Bellouard. Étude sur l'apparition précoce de l'ophtalmie purulente chez les nouveau-nés. — 19. M. Demirleau. Contribution à l'étude de la pathogénie de la mort subite et de l'angine de poitrine dans l'insuffisance aortique. — 20. Mlle Waisman. Contribution à l'étude des éruptions ou dermatoses suscitées ou réveillées par la vaccination. — 21. M. Tellier. Traitement des fistules d'origine dentaire. — 22. M. Le Mercier. Ankylose consécutive aux arthropathies rhumatismales et son traitement. — 23. M. Lherbier.

Traitement des fractures indirectes du rachis (région dorso-lombaire). — 24. M. Cadiergues. Contribution à l'étude des déchirures obstétricales du col.

VARIA

Un de nos confrères nous demandait, dernièrement, quel était le contenu des grenades, habituellement employées pour éteindre les incendies.

La « Revue universelle » donne la formule suivante :

Faire dissoudre, dans un peu plus de 30 litres d'eau, 10 kilogs de sel marin et 5 kilogs de sel ammoniac.

Cette solution est mise dans des flacons en verre, bien bouchés. Ces flacons sont lancés dans le feu, avec force, de façon à ce que le verre se brise, et que le liquide se répande sur les objets enflammés.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 5 janvier 1893, M. Tournier (A.-B.), médecin-major de deuxième classe au 2e bataillon d'artillerie de forteresse, a été affecté aux batteries à cheval de la 5e division de cavalerie, par permutation avec M. le médecin-major de deuxième classe Février (L.-E.-J.).

— La nomination de chevalier de la Légion d'honneur, insérée au décret du 31 décembre 1892, doit être rectifiée comme suit : au lieu de : « M. le docteur Gaillard, médecin à Paris », il faut lire : « M. le docteur Galliard, médecin des hôpitaux de Paris. » (*Journal officiel* du 8 janvier 1893.)

— Le concours pour une place de sous-directeur du bureau d'hygiène de la ville de Lyon vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Louis Dor.

— L'Association des voyageurs de commerce vient de décerner, au nom de son conseil, une médaille d'argent à M. le docteur Hays (de Paris), et au nom du ministre de l'Intérieur, une médaille d'argent à M. le docteur Picqué, chirurgien des hôpitaux de Paris.

— *Cours et conférences cliniques de MM. les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux de Paris* (*année scolaire* 1892-1893) :

Lariboisière. — M. Raymond : Maladies nerveuses, le jeudi à dix heures, salle Trousseau. — Examen clinique, tous les jours à neuf heures, au lit des malades.

M. Landrieux : Clinique médicale, le samedi à neuf heures, au lit des malades. — Consultation externe de gynécologie, le mercredi à neuf heures.

M. Troisier : Clinique médicale, tous les jours, à neuf heures, au lit des malades.

M. Paul Berger : Pathologie chirurgicale, tous les jours à huit heures trois quarts, au lit des malades.

M. Peyrot : Clinique chirurgicale, les lundis, jeudis à neuf heures, au lit des malades.

M. Delens : Maladies des yeux ; examen ophtalmoscopique, tous les jours à neuf heures, salle de la consultation.

M. Porak : Cours théoriques et conférences cliniques sur l'obstétrique, tous les jours à dix heures et demie, au lit des malades.

Tenon. — M. Dreyfus-Brisac : Pathologie clinique, le jeudi à neuf heures et demie, salle Magendie.

M. Cuffer : Conférences de clinique infantile, le jeudi à dix heures et demie, salle Valleix (crèche). — Leçons de clinique médicale, le samedi à dix heures et demie, amphithéâtre des cours.

M. Oulmont : Leçons cliniques particulièrement sur les maladies du système nerveux, le mercredi à neuf heures et demie, salle Andral.

M. Barié : Séméiologie et clinique médicale, le mercredi à neuf heures et demie, amphithéâtre des cours.

M. Comby : Leçons cliniques, le samedi à dix heures, amphithéâtre des cours. — Commencera ses conférences ultérieurement.

M. Félizet : Opérations sur les affections tuberculeuses des os (résections), le lundi à dix heures. — Opérations diverses aseptiques ; opérations des hernies et des tumeurs, le jeudi à dix heures.

M. Reynier : Clinique chirurgicale, le vendredi à neuf heures, au lit des malades.

Laennec. — M. Ferrand : Thérapeutique clinique (méthode des indications), le vendredi à neuf heures et demie, amphithéâtre des cours. — Clinique élémentaire, le mardi à neuf heures, au lit des malades.

M. Landouzy : Clinique et thérapeutique médicales, le mercredi à neuf heures, au lit des malades ; le jeudi à dix heures, amphithéâtre des cours.

M. Nicaise : Clinique chirurgicale, le samedi à neuf heures et demie, amphithéâtre du service. — Clinique élémentaire, le mercredi à neuf heures et demie, dans le service.

Bichat. — M. H. Huchard : Conférences cliniques et thérapeutiques au lit des malades (maladies de l'estomac et des poumons), les mercredis, samedis à neuf heures et demie, salles Louis et Bazin. — Consultations et conférences sur les maladies du cœur, le jeudi à dix heures, salles des cours. — Démonstrations d'anatomie pathologique et thérapeutique expérimentales, le lundi à dix heures, au laboratoire.

Broussais. — M. Barth : Conférences cliniques et thérapeutiques, le mercredi à dix heures, à l'amphithéâtre (de janvier à juillet.

M. Chauffard : Conférences cliniques et thérapeutiques, le samedi à dix heures, à l'amphithéâtre (jusqu'au 1er février, et d'avril au 15 juillet. — Examen des malades nouveaux par les élèves, le mercredi).

M. Campenon : Clinique et opérations, le mardi à dix heures, à l'amphithéâtre, les jeudis, samedis, à dix heures, dans les salles.

Saint-Louis. — M. Besnier : Policlinique, petite chirurgie dermatologique, lupus, acné, etc., le mardi à neuf heures, laboratoire Alibert. — Affections parasitaires, teigne, traitement des affections du cuir chevelu, le mercredi à neuf heures, laboratoire Alibert (toute l'année). — Consultation clinique externe, le vendredi à neuf heures, 38, rue Bichat.

M. Hallopeau : Dermatologie et syphiligraphie, le dimanche à neuf heures et demie, salles des conférences du musée (janvier, février, mars 1893). — Consultation clinique externe, le lundi à neuf heures, 38, rue Bichat (toute l'année).

M. Quinquaud : Dermatologie et syphiligraphie, les lundis, jeudis à dix heures ; les lundis, mercredis, vendredis à quatre heures, salle Cazenave (semestre d'été).

M. Tenneson : Affections du cuir chevelu, le lundi à neuf heures. — Opérations dermatologiques, le mardi à neuf heures, laboratoire Biett. — Reprendra ses cours au mois de mars 1893. — Examen des nouveaux malades, le jeudi à neuf heures.

M. Du Castel : Conférences sur la dermatologie et la syphilis, le mercredi à trois heures, salle des conférences du musée (avril, mai, juin 1893). — Traitement chirurgical des maladies de la peau, le lundi à neuf heures et demie, salle Emery (toute l'année).

M. Championnière : Opérations et conférences cliniques, le lundi à neuf heures, isolement. — Cours et conférences de clinique chirurgicale, salle des conférences du musée (toute l'année).

Midi. — M. Mauriac : Syphilis et maladies vénériennes (clinique et thérapeutique), le samedi à neuf heures et demie, musée de l'hôpital.

M. Balzer : Affections vénériennes, le jeudi à neuf heures et demie, salles des malades.

M. Humbert : Clinique chirurgicale et maladies vénériennes ; opérations, le mardi à neuf heures et demie, salles d'opérations (à partir de février 1893).

Lourcine. — M. de Beurmann : Syphilis et maladies vénériennes, le lundi à dix heures (jusqu'au mois de juin inclusivement).

M. Alexandre Renault : Syphilis et maladies vénériennes, le samedi à dix heures (du 1er avril au 15 juillet 1893).

M. Pozzi : Conférences de gynécologie, le mercredi à neuf heures et demie (de janvier à avril 1893).

Enfants-malades. — M. J. Simon : Thérapeutique infantile, le mercredi à neuf heures, à l'amphithéâtre. — Consultations cliniques, le samedi à neuf heures, salle de la consultation.

M. Descroizilles : Maladies infantiles, le vendredi à nenf heures et demie, à l'amphithéâtre ou salle Chaumont. — La date d'ouverture sera fixée ultérieurement.

M. Ollivier : Séméiologie, pathologie et clinique infantiles, le lundi, à l'amphithéâtre ; le vendredi, au lit des malades. — Policlinique, les mardis, samedis.

M. d'Heilly : Fièvres éruptives, rachitisme, mal de Pott, coxalgie, le mardi à neuf heures, salle Roger (à partir de février 1893).

M. de Saint-Germain : Traitement des tumeurs vasculaires et des affections articulaires, le jeudi à neuf heures, à l'amphithéâtre (à partir de février 1893).

La Rochefoucauld. — M. Brocq : Leçons sur la dermatologie, la syphiligraphie, les lundis, mercredis, vendredis à huit heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

55

ANÉMIE, CHLOROSE, ÉPUISEMENT

Affaiblissement général

HÉMOGLOBINE SOLUBLE

de V. DESCHIENS

PRINCIPE FERRUGINEUX NATUREL, RÉPARATEUR DES GLOBULES DU SANG

SIROP, VIN, DRAGÉES préparées par **Adrian et Cie**
9 et 11, rue de la Perle, PARIS

36

AFFECTIONS DU CŒUR ET DE LA RESPIRATION

Vin cardiaque du Dr Saison

(SPARTÉINE, CONVALLAMARINE & IODURE DE POTASSIUM)

DOSES :
Adultes : 2 cuillerées à bouche matin et soir.
Enfants : 2 cuillerées à café matin et soir.

11

NI GASTRALGIES, NI ENTERALGIES !

ROB LECHAUX

La cuillerée à soupe contient :

Iodure de potassium recristallisé.	0gr 40
Extrait de quinquina calisaia. . .	0 20
Extrait de salsepareille	0 25

RACHITISME, SYPHILIS
ANÉMIES GRAVES
MALADIES DE LA PEAU
ADÉNOPATHIES STRUMEUSES

Envoi gracieux d'échantillons aux médecins.

164, rue Ste-Catherine, BORDEAUX, et phies.

70

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant,* sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.
Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.
Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

99

SIROP D'AUBERGIER

AU LACTUCARIUM

TOUX, RHUMES, GRIPPE, BRONCHITES

Approbation de l'Académie de médecine.

Contre les affections des **Poumons** et des **Bronches,** calme la **Toux** et supprime **l'Insomnie.**

DANS TOUTES LES PHARMACIES

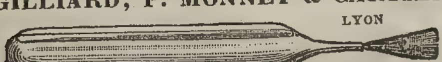
77

CHLORURE D'ÉTHYLE PUR

Anesthésique local du Prof.-Docteur REDARD.

PRÉPARÉ PAR

GILLIARD, P. MONNET & CARTIER
LYON



Bté S. G. D. G.

(Tube réduit au 5e de la grandeur naturelle,)

Innocuité absolue. — Anesthésie parfaite.
Guérison des névralgies, sciatiques, etc.

DÉPÔT DANS TOUTES LES PHARMACIES
Prix : **9 fr.** *la boîte de 10 tubes.*
Expéres: FRIBOURG et HESSE, 26, r. des Ecoles, Paris.

54

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros **l'ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de 50 et 100g.
Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.
Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.
31, rue des Petites-Écuries, Paris

16

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

71

BULLES GLUTINEUSES

de Ch. CORNU

Ces bulles sont inaltérables et n'irritent pas le tube digestif.

PROCÉDÉ BREVETÉ S. G. D. G.

BULLES IODURÉES

à 0gr25 d'iodure de potassium pur **en solution**
Prix : **4** *fr. le flacon.*

BULLES A L'IODURE DE FER

à 0gr05 d'iodure de fer pur **en solution,** correspondant à une demi-cuillerée à bouche de sirop d'iodure de fer du Codex. — *Prix :* **3** *fr. le flacon.*

BULLES CRÉOSOTÉES

à 0gr15 de créosote pure de hêtre, parfaitement assimilable, sans irritation du tube digestif.
Prix : **4** *fr. le flacon.*

BULLINES AU BICHLORURE D'HYDRARGYRE

à 0gr01 de bichlorure d'hydrargyre **en solution.**
Prix : **3** *fr. le flacon.*

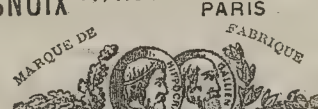
BULLES IODURÉES COMPOSÉES

contenant 0gr005 de bi-iodure d'hydrargyre et 0gr25 d'iodure de potassium **en solution,** correspondant ainsi à une demi-cuillerée de sirop de Gibert. — *Prix :* **4** *fr.* **50** *le flacon.*

USINE : 41, rue de Vanves, Paris.
DÉPÔTS : 35, rue Bourg-Tibourg; P. MEULEY, 133, rue St-Antoine, et WARIN, pharm., 6, rue Guilleminot, à Paris, et toutes pharmacies.

72

DESNOIX 17, RUE VIEILLE-DU-TEMPLE PARIS



PANSEMENTS ANTISEPTIQUES
TOILE VÉSICANTE
TOILE VÉSICANTE ROSE à la cantharidine
THAPSIA, SPARADRAP des HOPITAUX
et tous les sparadraps.
PLUMASSEAUX-EPONGES
remplaçant les éponges naturelles,
PINCEAUX MOLLETONNÉS
pr enlever les fausses membranes de l'angine couenneuse.

43

FIÈVRE PALUDÉENNE
ET CONVALESCENCE D'INFLUENZA

GRAND REMÈDE FÉBRIFUGE

du docteur G. GAUDIN, des Sables-d'Olonne.
EN 60 BOLS
FER, QUINA ET PRINCIPES AMERS
Préparé par F. BARTHÉLEMY,
pharmacien de 1re classe, ex interne des hôpitaux,
seul dépositaire, 5 et 7, r. Dugommier, Nantes.

19

DROGUERIE MÉDICINALE PATRE

Seule maison s'occupant exclusivement, depuis plus de cinquante ans, de la fourniture des médicaments aux **Médecins** et aux **Hospices.**

Maison de confiance, recommandée.

MÉRÉ et Cie, pharm. de 1re classe, ex-interne des hôpitaux de Paris, à Orléans (Loiret).

PRIX COURANT FRANCO, SUR DEMANDE

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

90

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.
DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.
VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

44

VIN NOURRY IODOTANÉ

EXACTEMENT TITRÉ

Une cuillerée à bouche contient :
0gr,05 d'Iode
et 0gr,10 de Tanin,

exempt de tout iodure alcalin.

Par son assimilation et sa tolérance parfaites, le **VIN NOURRY** est le curatif par excellence des affections qui ont l'Iode ou les Iodures pour base de traitement, telles que : **Lymphatisme, Scrofule, Anémie, Menstruations difficiles,** etc.....

DOSES. — Enfants : 1 cuillerée à café;
Adultes : 1 cuillerée à soupe,
avant les deux principaux repas.

Paris, 28, rue Saint-Claude, et Pharmacies.

99

ERGOTINE BONJEAN

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

LE MEILLEUR HÉMOSTATIQUE

Potions, Solutions, Injections hypodermiques.
DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN
15 centigr., contre
Hémorrhagies de toute nature, Dysenteries, Diarrhées chroniques, etc.
Dépôt : LABÉLONYE et Cie, et toutes phies.

34

MALADIES DE POITRINE

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX

DU Dr CHURCHILL

Sous l'influence des hypophosphites, la toux diminue, l'appétit augmente, les forces reviennent, les sueurs nocturnes cessent et le malade jouit d'un bien-être inaccoutumé.
Prix : **4** *fr. le flacon.*
Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

33

VIN DE VIAL

au quina, suc de viande et lacto-phosphate de chaux

ALIMENT PHYSIOLOGIQUE COMPLET

Le **VIN de VIAL** contient tous les principes actifs du **phosphate de chaux,** du **quina** et de **la viande crue.** Ces trois substances constituent par leur réunion le plus rationnel et le plus complet des toniques.

A la dose d'un verre à liqueur avant chaque repas, il complète la nutrition insuffisante des malades et des convalescents.

VIAL, phien, ex-préparatr à l'Ecole de médecine et de pharmacie, RUE VICTOR-HUGO, 14, LYON.

N° 5. — JEUDI 12 JANVIER 1893. 66e ANNÉE. JEUDI 12 JANVIER 1893. — N° 5.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Il fut un temps où, dans les cas d'accouchements rendus difficiles ou impossibles, par vices de conformation du bassin, les efforts des accoucheurs se portaient presque uniquement vers les moyens de sauver la mère, même au prix du sacrifice de l'enfant. Aujourd'hui, grâce aux progrès et aux hardiesses de la chirurgie contemporaine, on arrive, dans ces cas, à sauver les deux, la mère et l'enfant, à l'aide de nouvelles opérations chirurgicales. Tel est le cas fort intéressant, communiqué dans cette séance, par M. le professeur Pinard, et dont on trouvera plus loin la description.

Une femme, jeune encore, atteinte d'un bassin oblique ovalaire, avec ankylose sacro-iliaque, avait eu quatre grossesses terminées par la mort de l'enfant. Elle vient trouver M. Pinard, enceinte pour la cinquième fois, et lui dit qu'elle veut à tout prix un enfant vivant. M. Pinard lui pratique une ischio-pubiotomie ou opération de Farabeuf, amène un enfant vivant et sauve cette femme.

Le reste de la séance a été occupé par trois lectures :

M. Maritan (de Marseille) a communiqué une observation de kyste ovarique, contenant 60 litres de liquide, adhérent de tous côtés, pesant 80 kilogrammes, qu'il a opéré avec succès.

M. Christoyanski a apporté un nouveau fait de sauvetage d'un enfant nouveau-né, par le procédé de M. Laborde.

Enfin, M. Charpentier a lu la première partie d'un mémoire sur le traitement de l'éclampsie.

M. le Président a déclaré deux vacances, l'une dans la section d'hygiène publique, médecine légale et police médicale, en remplacement de M. Henry Guéneau de Mussy, décédé, et l'autre dans la section de pathologie médicale, en remplacement de M. Villemin, décédé.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. FOURNIER.

Les familles hérédo-syphilitiques.

Le diagnostic rétrospectif de la syphilis héréditaire est, vous l'avez vu, rendu possible par un certain nombre de stigmates qui persistent, les lésions éteintes. Mais, qu'il s'agisse de ce diagnostic rétrospectif, qu'il s'agisse du diagnostic d'une lésion en activité, l'examen du malade doit toujours être complété par une enquête sur la famille. Cette enquête est toujours indispensable pour la valeur scientifique du traitement; elle est souvent fort utile au traitement, bien que, dans certains cas, comme je vous le disais, les résultats négatifs de l'enquête ne puissent prévaloir contre la probabilité des lésions constatées directement.

Le premier point de cette enquête est, bien entendu, de rechercher si les parents ont eu la syphilis. Dans certains cas, l'aveu de la vérole est obtenu bien franc, bien certain dès les premières questions. Toute hésitation se trouve dès lors tranchée. Dans d'autres cas, l'enquête n'aboutit qu'à des résultats douteux ou même absolument négatifs. Il faut, en présence de ces résultats incomplets, se défier de plusieurs causes d'erreur. La plus fréquente, la plus importante, celle dont la possibilité constante doit vous conduire à ne faire ces enquêtes délicates qu'avec prudence et ménagement, est l'erreur de paternité. L'enfant n'est pas toujours le fils ou la fille de son père d'après le Code, et le fameux *is pater est quem nuptiæ demonstrant*, vrai en jurisprudence, n'est pas toujours vrai en médecine. La syphilis peut, comme je vous l'ai si souvent montré, être absolument ignorée et niée avec une entière bonne foi. Ces deux causes d'erreur s'appliquent aux enquêtes négatives ou douteuses. Inversement, dans les enquêtes positives, nous aurons à tenir compte parfois de syphilis inventées mensongèrement. Vous avez, plus souvent encore, à tenir compte de fausses syphilis rêvées avec une entière bonne foi. Que de malades, ayant eu un simple chancre mou, s'imaginent avoir eu la vérole ?

Aussi, est-ce l'enquête sur les autres enfants, plus encore que l'enquête sur les parents mêmes, qui a une grande valeur dans le diagnostic de l'hérédo-syphilis. Sur les frères et sœurs de l'enfant que vous soignez, peuvent exister des lésions en activité, des stigmates révélateurs. Parfois les aînés sont indemnes, et l'âge du premier enfant atteint montre la date de l'entrée de la vérole dans la famille. Mais en dehors de cet examen des enfants vivants, il est deux commémoratifs très importants pour le diagnostic : la polymortalité infantile, le grand nombre d'avortements dans la famille.

La polymortalité infantile est effrayante dans les familles hérédo-syphilitiques. Si la syphilis est rarement meurtrière

chez l'adulte, elle devient ainsi, par hérédité, une affection essentiellement et terriblement meurtrière. Dans une statistique que j'ai recueillie à Lourcine, on trouvait 145 morts sur 167 enfants nés de mères syphilitiques. Sur une autre série de 441 cas réunis par différents médecins, on trouvait 100 enfants survivants et 341 morts. Sur les 341 morts, 335 avaient succombé au cours de la première année, 6 seulement étaient morts après un an. Dans une famille syphilitique de 9 enfants, vous en aurez donc seulement 2 qui dépasseront l'âge d'un an.

Les avortements dans les familles hérédo-syphilitiques sont aussi d'une fréquence extrême. Par les avortements comme par la polymortalité infantile, la syphilis devient une des grandes causes de mort.

On pourrait citer des milliers d'observations démontrant cette fréquence. La fréquence des avortements ira également en augmentant avec l'intensité de la tare syphilitique. Elle a son minimum quand le père seul est syphilitique. Elle augmente déjà quand la mère seule est syphilitique. Enfin, elle atteint son maximum, dans le cas, d'ailleurs le plus fréquent, où le père et la mère sont tous deux entachés de syphilis. C'est alors qu'on peut voir des séries de huit, onze, et même, dans un cas, de dix-neuf grossesses dont aucune n'est menée à terme. Dans une famille que j'ai observée, les trois premiers enfants étaient magnifiques et étaient parfaitement venus à terme. Le père prend la syphilis et la communique à sa femme; les trois grossesses suivantes se terminent par des avortements. Il serait facile de multiplier les exemples analogues et les chiffres. Ceux que je viens de vous citer suffisent à montrer que la polymortalité infantile, la fréquence des avortements dans une famille constituent une forte présomption de tare syphilitique.

Les rares enfants survivants des familles syphilitiques peuvent présenter toutes les lésions que je vous ai décrites. Ils peuvent, en particulier, être atteints de cet infantilisme persistant avec arrêt de développement de la taille, de la musculature, du système pileux, sur lequel j'ai insisté. On peut aussi trouver chez eux d'autres tares du côté du système nerveux. La syphilis héréditaire frappe souvent le cerveau. Agit-elle directement par des lésions cérébrales ou par des lésions osseuses du crâne? Agit-elle indirectement en produisant, comme les autres cachexies d'origine diverse, une dégénérescence graisseuse du réticulum nerveux? Quoi qu'il en soit de la pathogénie, les enfants hérédo-syphilitiques sont très souvent arriérés, imbéciles, idiots. Cet état se remarque dès le bas-âge. L'enfant grandit tard, il marche tard, il sourit tard, il parle tard. A un âge plus avancé, c'est un mauvais écolier, d'intelligence lente, paresseuse, d'allures automatiques, machinales, souvent remarquablement taciturne. Si certains enfants, manifestement entachés de syphilis héréditaire, ont une intelligence normale et même brillante, il en est malheureusement d'autres chez qui le retentissement cérébral ne se borne pas seulement à la médiocrité intellectuelle, mais va jusqu'à l'imbécillité et à l'idiotie. Le facies est alors spécial. La tête oscille entre les épaules sans pouvoir rester en équilibre, tombant tantôt à droite, tantôt à gauche; le visage est large, aplati, bestial. L'enfant reste assis ou couché. Les mains, un peu plus actives et vivantes que le reste du corps, ont des mouvements mal dirigés, mal calculés, sans force. En un mot, les caractères, dans l'idiotie d'origine hérédo-syphilitique, sont surtout ceux de l'idiotie parétique.

Il est un autre ordre de lésions qui doivent être signalées dans l'hérédo-syphilis et rapprochées des déformations osseuses que je vous ai signalées, ce sont les arthropathies. Parmi ces arthropathies, les unes sont de simples hydarthroses chroniques, avec tuméfaction due à l'épanchement de liquide. Elles sont indolentes, n'empêchent pas l'enfant de mouvoir le membre ou de marcher. Les autres, beaucoup plus importantes, sont de véritables arthropathies déformantes, pouvant entraver les mouvements et importantes dans le diagnostic avec les parésies d'origine cérébrale. Elles déterminent des altérations des cartilages, des synoviales et surtout des os, sur lesquels se développent des ostéophytes volumineuses, de grosses tubérosités. Parfois aussi il y a arrêt de développement du membre et atrophie musculaire.

Ne négligez donc pas, dans votre enquête, de rechercher, à côté des antécédents des parents, la polymortalité infantile, le nombre des avortements, les tares intellectuelles, et dans votre examen direct, ajoutez, aux différents symptômes que je vous ai énumérés, la possibilité de ces arthropathies.

CYSTOTOMIE SUS-PUBIENNE; GUÉRISON

Par le docteur J.-A. Fort,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

M. X..., négociant, a été opéré d'un rétrécissement, le 14 novembre 1891. A la suite, il a éprouvé une douleur fixe dans la région prostatique, douleur s'exaspérant à chaque cathétérisme, et par le toucher rectal, et par la station assise. Le malade comparait cette douleur à la piqûre d'une aiguille, lorsqu'on exerce une pression sur le lobe gauche de la prostate.

Les bougies molles et les instruments métalliques frôlaient, d'une manière très évidente, un corps dur, qui paraissait logé dans l'épaisseur de la prostate, un peu à gauche. La fixité de la douleur et les phénomènes précédents nous persuadèrent qu'il existait un petit calcul prostatique, que nous ne pouvions pas parvenir à refouler dans la vessie. Le rétrécissement de ce malade avait une grande tendance à se reproduire, probablement par suite de l'irritation causée par la présence du corps étranger. Nous dilatâmes le point rétréci, et, chaque fois, notre instrument rencontrait le corps dur dont nous avons parlé.

Nous avons été conduit, par un changement assez brusque de l'état local, à diagnostiquer, en outre, un calcul vésical. En effet, dans le courant d'octobre dernier, nous eûmes à constater que le toucher rectal ne réveillait plus la douleur prostatique, et que les instruments ne donnaient plus la même sensation de frottement rugueux dans la partie profonde de l'urèthre.

Le malade nous apprit alors que le jet d'urine était quelquefois brusquement interrompu. Les douleurs étaient parfois tellement violentes qu'il ne pouvait marcher qu'en s'accrochant aux meubles de son appartement. Quoique vaquant à ses affaires, il s'arrêtait parfois dans la rue, ne pouvant aller plus loin, pris d'une douleur subite. Lorsqu'il montait dans son lit, il prenait des précautions inouïes pour exécuter ce mouvement sans réveiller ses douleurs.

Ayant de nouveau constaté la présence d'un corps dur au fond de l'urèthre, nous avons voulu mesurer exactement à quelle profondeur il se trouvait.

Pour avoir la longueur exacte de l'urèthre, nous avons pris une sonde et injecté de l'eau boriquée dans la vessie. La verge étant assez fortement tirée, nous avons retiré la sonde jusqu'à cessation de l'écoulement du liquide. Mesurant alors exactement la distance qui séparait l'œil de la sonde du point correspondant au méat, nous avons trouvé 24 centimètres. (Cette longueur prouve que l'urèthre a une longueur moyenne de 24 centimètres pen-

dant la traction du pénis ; et comme le pénis s'allonge de 5 centimètres environ par la traction, il en résulte que l'urèthre, à l'état de repos, a une longueur de 19 centimètres et non de 15 centimètres, comme le disent quelques auteurs.)

Prenant une bougie exploratrice à boule, un peu rigide, nous l'avons introduite à plusieurs reprises, et nous sommes venu heurter un corps dur à chaque introduction, le pénis étant tiré de la même façon. Ayant mesuré la portion de bougie introduite dans l'urèthre et la vessie, nous avons trouvé chaque fois 26 centimètres.

Le doute n'était plus possible, le canal avait 24 centimètres et le calcul vésical était situé à 2 centimètres en arrière du corps vésical. En imprimant un mouvement de percussion à la bougie, on sentait manifestement que le calcul était mobile.

Fallait-il pratiquer la taille ou la lithotritie ?

M. G... avait un canal étroit, admettant à peine, à ce moment, la bougie 17.

La vessie était fortement enflammée depuis longtemps. Les urines, chargées de mucus, répandant une odeur ammoniacale, nécessitaient des lavages quotidiens à l'eau boriquée.

Les reins fonctionnaient parfaitement et la santé générale était excellente.

Sachant combien sont bénignes les suites d'une taille sus-pubienne bien pratiquée, nous n'avons pas hésité à faire cette opération le 16 novembre 1892.

Le malade étant chloroformé et la vessie distendue par l'eau boriquée, toutes les précautions antiseptiques étant prises, nous avons fait une incision médiane de 8 centimètres partant du milieu de la symphyse pubienne, et nous avons divisé successivement la peau, le tissu conjonctif sous-cutané et la ligne blanche.

Nous faisons une ponction à la vessie et nous divisons la paroi antérieure de cet organe, dans le sens vertical, au moyen de deux coups de ciseaux.

Nous extrayons un calcul ovoïde, aplati, de 5 centimètres de longueur, de 4 centimètres de largeur et de 2 centimètres et demi d'épaisseur. Nous avons constaté plus tard que ce calcul s'était développé autour d'un caillot sanguin formant noyau.

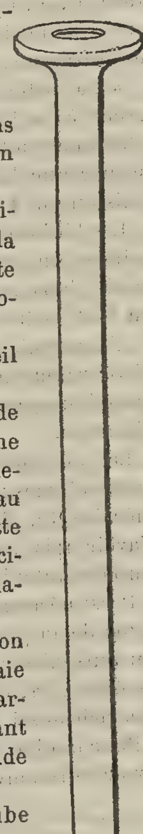
Nous lavons la vessie avec soin et nous instituons un système d'irrigation continue avec l'idée bien arrêtée de ne pas pratiquer la suture vésicale.

L'expérience nous a démontré que la suture vésicale est, sinon nuisible, au moins inutile, puisque la plaie vésicale guérit rapidement et qu'elle n'apporte aucun retard dans la cicatrisation de la plaie abdominale.

Voici comment nous avons installé notre appareil d'irrigation.

Nous avons d'abord placé dans l'urèthre une sonde en caoutchouc de Pezzer — fabriquée par M. Vergne — introduite par la plaie vésicale et ramenée au dehors de l'urèthre au moyen d'une bougie olivaire au bout de laquelle elle avait été fixée par un fil. Cette sonde, ainsi que le fait comprendre le dessin ci-contre, se maintient seul dans la vessie, par sa dilatation terminale.

Nous avons introduit dans la vessie le pavillon d'une seconde sonde de Pezzer sortant par la plaie abdominale, puis nous avons fait la suture des parties molles, un peu lâche, mais suffisante cependant pour s'opposer à l'issue des liquides entre la sonde et les tissus suturés.



Sonde de Pezzer.

Nous avons adapté à la sonde abdominale un tube correspondant à un réservoir plein d'eau boriquée tiède et placé à une certaine hauteur ; d'autre part, nous avons également adapté, à la sonde uréthrale, un autre tube de caoutchouc chargé de déverser les liquides dans un réservoir. Puis nous avons installé le courant continu d'eau boriquée, traversant la vessie et se rendant dans le réservoir. Au moyen d'un robinet placé sur le tube d'arrivée, nous avons réglé l'écoulement du liquide à quatre gouttes par seconde. L'écoulement de l'urine se faisant en moyenne à raison d'une goutte par trois secondes, on voit qu'il passait dans la vessie douze fois plus d'eau boriquée que d'urine.

Par-dessus, nous avons fait un pansement antiseptique : iodoforme sur les sutures, protective par-dessus, tampon de coton phéniqué, le tout maintenu par un large bandage de flanelle.

Le soir et les jours suivants, température normale jusqu'à complète guérison.

Dès le quatrième jour après l'opération, le malade s'est alimenté.

Le cinquième jour, nous avons retiré la sonde abdominale et le malade n'a conservé que la sonde uréthrale par laquelle s'est écoulée l'urine normale.

Après l'ablation de la sonde abdominale, il est sorti quelques gouttes d'urine par la plaie, mais à partir du dixième jour, la plaie vésicale était complètement fermée et il ne restait plus à la paroi abdominale qu'une petite plaie arrondie de 2 centimètres de diamètre environ.

Le treizième jour, la sonde uréthrale a été retirée et les fonctions de la vessie ont eu lieu normalement.

Le quatorzième jour, le malade s'est levé pendant quelques heures.

A partir du quinzième jour, il peut être considéré comme complètement rétabli. On continue les pansements de la plaie.

Deux mois après l'opération le malade jouit de la plus parfaite santé, les urines sont normales et les mictions ont lieu sans douleur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 janvier 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

COMMUNICATION

De l'ischio-pubiotomie ou opération de Farabeuf. — M. **Pinard**. En 1888, une femme de trente-deux ans, au huitième mois d'une grossesse, se présenta à la maternité de Lariboisière pour accoucher. Cette femme avait un bassin oblique ovalaire et une ankylose de l'articulation sacro-iliaque gauche. C'était sa seconde grossesse, la première n'avait pu se terminer qu'après une basiotripsie pratiquée par M. Bouilly. Pour cette seconde grossesse, je provoquai un accouchement prématuré. Cet accouchement se termina heureusement pour la mère, mais l'enfant trop débile mourut au bout de cinq mois.

En 1889-1890, cette femme eut une troisième grossesse terminée par l'accouchement d'un enfant mort, à la suite de manœuvres graves, fort dangereuses pour la vie de la mère, qui guérit cependant.

En 1891, quatrième grossesse pour laquelle je pratiquai l'accouchement prématuré et qui se termine encore par l'expulsion d'un enfant mort.

Enfin, en 1892, cinquième grossesse. La femme vint me trouver le 27 novembre, me disant que, cette fois, « elle voulait à tout prix un enfant vivant ».

Je songeai d'abord à pratiquer la symphyséotomie, mais l'existence de l'ankylose sacro-iliaque me fit craindre que les bénéfices fournis par la symphyséotomie ne soient insuffisants.

L'opération césarienne me paraissant trop grave pour la mère, je consultai M. Farabeuf qui m'écrivit que ses recherches faites sur les bassins rétrécis lui permettaient d'affirmer que, sur une femme, dans les conditions de celle que j'avais dans mon service, « l'ischio-pubiotomie laisserait passer une tête plus grosse que nature, presque un sixième plus grosse que nature ; j'espère, me disait-il, que si vous libérez bien les os, l'enfant vous tombera dans les mains ».

M. Farabeuf me fournit, en outre, les renseignements les plus précis sur le manuel opératoire à employer et voici comment je procédai :

Les premières douleurs étant apparues le 8 novembre, à trois heures de l'après-midi, le 9 novembre, à cinq heures du matin, je commençai l'opération et je sciai successivement la branche ischio-pubienne et la branche horizontale des pubis du côté ankylosé et à 5 centimètres de la ligne médiane. J'appliquai ensuite le forceps Tarnier au-dessus du détroit supérieur et sans tirer, pour ainsi dire, j'amenai un enfant vivant pesant 3 970 grammes. Pendant les tractions sur le forceps, l'écartement spontané des deux segments sciés fut de 2cm6, et, à un moment donné, de 4 centimètres.

Les seules difficultés opératoires se rencontrèrent lorsqu'il s'agit de passer la scie à chaîne destinée à couper la branche horizontale du pubis. Avec une aiguille convenable, cette difficulté disparaîtra. L'hémorragie fut à peu près nulle. Après l'accouchement, les fragments osseux se mirent en contact et je ne crus pas devoir faire de suture osseuse comme j'en avais primitivement l'intention. Je me bornai à suturer les parties molles. Les suites opératoires furent des plus simples; la malade se leva le 29 décembre et, depuis, elle se porte très bien. Elle nourrit son enfant qui est également très bien portant.

LECTURES

Laparotomie pour un énorme kyste de l'ovaire. — M. MARITAN (de Marseille) présente une femme qu'il a opérée d'un kyste très volumineux de l'ovaire.

Le ventre de cette malade mesurait, avant l'opération, 1m98 de circonférence; cette femme pesait 127 kilogrammes; elle avait subi vingt-trois ponctions ayant donné issue à 862 litres de liquide. Le kyste, ne présentant que des adhérences épiploïques en arrière, était soudé très intimement à la paroi abdominale. Cette paroi fut excisée de chaque côté de l'incision. Environ 60 litres de liquide jaune-verdâtre s'écoulèrent. La poche, garnie de milliers de kystes parasites, pesait plus de 15 kilos. Le huitième jour, les sutures furent enlevées et la malade, après une convalescence assez longue, est aujourd'hui guérie.

Des divers traitements de l'éclampsie. — M. CHARPENTIER commence la lecture d'un travail sur ce sujet.

Procédé de Laborde. — M. CHRISTOYANSKI rapporte une observation d'un nouveau-né rappelé à la vie par le procédé de Laborde, après que tous les autres procédés, et notamment l'insufflation prolongée pendant une heure, avaient échoué.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Notice historique sur l'Académie de médecine (1).

Par M. le docteur CABANÈS.

II

LA BIBLIOTHÈQUE

La bibliothèque sert à la fois de salle de travail, de parlotte, et de lieu de réunion pour les commissions académiques.

A l'heure actuelle elle possède plus de 132000 volumes ou brochures, et ce nombre s'accroît de près de 3000 environ par année. A part une table qui en occupe le milieu, et où quelques travailleurs viennent faire des recherches, et un canapé (canapé en velours pisseux, dans un état de lamentable vétusté, où se sont assises toutes nos gloires scientifiques et où l'on pratique au besoin les examens au spéculum), toute la pièce est, du sol au plafond, entièrement jonchée de livres. Des journaux se trouvent en tas sous la table, des milliers de brochures encombrent les moindres coins.

Les précieuses Archives de l'Académie sont empilées quelque part dans un cabinet noir. Les manuscrits provenant de l'Académie de chirurgie et de la Société royale de médecine ont été remisés dans une soupente à peu près inaccessible. Quand l'Académie de médecine succéda, en 1821, aux deux Sociétés précitées, supprimées par un décret de la Convention, le fonds d'emprunt de chacune de ces Sociétés scientifiques avait été cédé à la Faculté de médecine de Paris : les Archives furent remises à l'Académie.

Au début, l'Académie ne possédait qu'une quantité négligeable de volumes. Elle devait bien, d'après les statuts, continuer la série de travaux inaugurés par la Société de médecine et l'Académie de chirurgie, mais elle ne publiait rien, elle était rarement en rapport avec les pouvoirs publics, elle ne distribuait pas de prix. Le tome Ier des *Mémoires de l'Académie* parut en 1828. Le premier fascicule du *Bulletin* ne fut imprimé qu'en 1836.

Grâce à son organisation actuelle, l'Académie a un fonds de livres assuré. Il est constitué par la collection des *Bulletins*, par les rapports adressés au gouvernement sur les épidémies, l'hygiène et la salubrité publiques, sur les eaux minérales, par les mémoires envoyés pour les concours qu'elle organise annuellement, par les publications sur toutes les branches de la médecine, thèses, opuscules ou ouvrages. Ajoutez à cela les dons des auteurs et des éditeurs et les échanges avec les bibliothèques de la province ou de l'étranger.

Outre les livres qu'elle a pu acquérir avec ses propres fonds, l'Académie a reçu, à diverses reprises, de la part de ses membres, quelques legs importants.

Le docteur Mattei, l'accoucheur bien connu, qui s'était présenté, sans succès, d'ailleurs, à l'Académie, s'en est spirituellement vengé en lui donnant son buste en bronze, d'une belle facture (1), et, ce qui vaut mieux, une collection unique d'ouvrages sur l'obstétrique et la gynécologie, comprenant 6000 volumes ou brochures.

« La belle collection Daremberg, achetée par l'Académie, grâce à la libéralité d'un ministre intelligent, à la mort de l'homme érudit qui l'avait formée, n'a pas peu contribué à constituer une bibliothèque unique, du moins sous le rapport de l'histoire de la médecine (2). »

Les bibliothèques de Daremberg et de Mattei se trouvent disséminées un peu partout, près le corridor d'entrée, dans des placards, dans la salle du Conseil; et, en attendant, les livres qui en font partie ne sont pas communiqués.

L'Académie possède, en outre, des joyaux bibliographiques d'une valeur inestimable : des incunables et autres raretés typographiques, comme en pourraient montrer peu de bibliothèques d'Europe.

La collection des périodiques représente, à elle seule, près de 8000 volumes; et, pour garder ce précieux dépôt, un seul bibliothécaire (3), M. le docteur Dureau — dont nous nous accusons d'avoir mis bien des fois l'obligeance à l'épreuve — aidé d'un employé intelligent et dévoué.

Il est nécessaire, il est urgent de donner à l'Académie un local digne de la première de nos assemblées scientifiques. Nous ne pouvons laisser plus longtemps, pour notre bon renom national, les étrangers, qui viennent visiter la bibliothèque, témoins d'un spectacle aussi lamentable.

Pour la dignité de notre corps savant, il ne faut plus s'exposer à voir se renouveler l'offre de cet Américain (aumône déguisée

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 23.

(1) L'auteur du buste est le sculpteur Colonna Cesari, qui l'a modelé en 1869.

(2) DUREAU. *Note sur la bibliothèque de l'Académie*, p. 4.

(3) Les bibliothécaires qui se sont succédés à l'Académie sont les suivants : Axenfeld, Ozanam, Briau et le docteur Dureau.

plutôt qu'acte généreux) qui, lors de l'Exposition de 1878, voulait payer le buste d'Ambroise Paré (1) 50 000 francs, et s'étonnait, avec une comique indignation, d'essuyer un refus formel !

III

RÈGLEMENTS, SERVICES ET LEGS (2)

L'Académie de médecine a été fondée, en décembre 1820, par une ordonnance du roi Louis XVIII, promulguée le 14 janvier 1821.

Elle était spécialement instituée « pour répondre aux demandes du gouvernement sur tout ce qui intéresse la santé publique, et principalement sur les épidémies, les maladies particulières à certains pays, les épizooties, les différents cas de médecine légale, la propagation de la vaccine, l'examen des remèdes nouveaux et secrets, tant internes qu'externes, les eaux minérales naturelles ou factices, etc.

Elle était, en outre, chargée de continuer les travaux de la Société de médecine et de l'Académie de chirurgie, et de recueillir leurs archives (3).

L'Académie de médecine devenait, dès lors, un établissement d'État.

Le premier médecin en titre du roi, qui était alors le baron Portal, était de droit président d'honneur perpétuel de l'Académie.

Les membres de la Société royale de médecine devaient faire partie de la nouvelle Académie. Au début, on comptait 285 membres, titulaires, adjoints, ou associés libres, non compris les adjoints résidents ou correspondants.

Les plus grands noms de la médecine figurent dans cette première liste académique. Il nous suffira de citer les médecins Alibert, Corvisart, Esquirol, Orfila; parmi les chirurgiens ou accoucheurs, le baron Dubois, Récamier, Dupuytren, Larrey. Les académiciens libres se nommaient Cuvier, Berthollet, Chaptal, Gay-Lussac, Lacépède, Thénard. La province était aussi dignement représentée par Laënnec, Delpech, Baumès, Tourdes, etc.

L'Académie a commencé à distribuer des récompenses en 1824. Cette année-là trois prix étaient créés. L'un d'eux fut accordé à Foville pour un travail sur les *Altérations du système nerveux cérébro-spinal*. Contrairement à ce qu'on pourrait supposer, on relève peu de personnalités connues parmi les lauréats. Rappelons, cependant, les grands noms de Trousseau, Broca, Richet et du professeur Charcot.

Avant de faire l'énumération des legs et des prix, disons un mot des diverses modifications introduites depuis sa création dans le réglement de l'Académie.

Une ordonnance de Charles X, en 1829, divisait l'Académie en 11 sections, comprenant 170 membres, savoir : 60 titulaires, 40 adjoints, 40 associés non résidents, 20 associés étrangers, 10 associés libres.

Le 15 septembre 1833, une nouvelle ordonnance accorde aux associés et adjoints les droits des titulaires en matière de sciences c'est-à-dire qu'elle leur donne voix délibérative dans les discussions scientifiques. Cette même ordonnance règle le costume de cérémonie des académiciens : habit à la française, noir avec broderies violettes, chapeau demi-claque, épée à poignée d'or.

(1) Ce buste d'Ambroise Paré, par David d'Angers, est une des meilleures œuvres du statuaire. Après tout, il valait peut-être et au delà le prix que le yankee en offrait.

(2) Nous avons, pour ce chapitre, mis à profit un excellent travail de M. le docteur Dureau, paru dans la *Gaz. méd. de Paris* de 1874.

(3) L'*Académie de chirurgie* avait été créée le 18 décembre 1731. Le 25 avril 1772 fut constituée la *Commission royale de médecine*, pour l'examen des remèdes particuliers et distribution des eaux minérales. Elle fut remplacée par la *Société royale de médecine*, fondée le 29 avril 1776. Un décret de la Convention supprima, en 1793, toute cette organisation. Le 16 mars 1809, un arrêté impérial créait un *Comité de vaccine*, dont les attributions furent reportées plus tard à l'Académie de médecine.

« Tout avait été prévu pour notre organisation, disait non sans quelque malice, mais avec combien de raison, M. le professeur Tarnier, en installant, au début de cette année, le bureau qui lui succédait; tout avait été prévu, sauf le logement, et cet oubli n'a pas encore été réparé. »

On a souvent reproché à l'Académie de délibérer avec grand sérieux sur tous les spécifiques, toutes les mixtures qu'il plaît à un inventeur de lui soumettre, d'accorder plus de temps qu'il ne convient à des discussions futiles ou d'un intérêt contestable.

On sait, de plus, que, d'après les statuts, elle doit résoudre les questions qu'il plaît aux autorités de lui soumettre. L'Académie devient ainsi, au dire de ses détracteurs, une Commission administrative ou un bureau de vérification. Ce n'est plus une Société savante !

L'objection n'est pas sans valeur, mais elle tient au vice même de l'institution. Ce qu'on ne méconnaîtrait point sans quelque injustice, c'est que l'Académie encourage dans une large mesure, par les prix nombreux qu'elle distribue, les travailleurs dans la voie du progrès scientifique. En 1893, une somme de 43 000 francs est destinée à récompenser les travaux scientifiques de diverse nature.

Parmi les plus importants, signalons : le prix d'Argenteuil de 6 800 francs. En 1838, Lebascle, marquis d'Argenteuil, léguait une somme de 30 000 francs, dont le revenu, accumulé pendant six ans, devait être donné à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté aux moyens curatifs des rétrécissements de l'urèthre ou à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des voies urinaires.

Le prix Barbier de 2 500 francs : le baron Barbier léguait à l'Académie, en 1846, un revenu annuel de 9 000 francs, destiné à être partagé en trois prix, dont l'un pour la guérison des maladies réputées incurables, telles que le cancer, la rage, l'épilepsie, le choléra, etc.

Le prix triennal, créé par le docteur Lefèvre, qui a légué, en 1847, la somme de 20 000 francs, a une destination bizarre. Il doit être décerné « perpétuellement », ce sont les termes mêmes du donateur, à l'auteur du meilleur ouvrage sur la mélancolie.

Le docteur Ernest Godard, mort en Palestine, a laissé une rente annuelle de 1 000 francs pour le meilleur travail sur la pathologie externe ou interne, alternativement.

En 1833, le baron Portal offrait à l'Académie un très beau portrait de Lassonne, le portrait de Vésale, dont nous avons longuement parlé, et 120 000 francs pour la fondation d'un prix annuel, destiné au meilleur mémoire sur l'anatomie médicale.

En 1837, legs par Mme Bernard de Civrieux d'une rente perpétuelle et annuelle de 1 000 francs, pour un prix à décerner à l'auteur du meilleur ouvrage sur le traitement et la guérison des maladies provenant « de la surexcitation de la sensibilité nerveuse ». Nous n'oserions prétendre qu'on ait scrupuleusement respecté les volontés de la testatrice en donnant, cette année, comme sujet : *Des troubles de l'intelligence dans la fièvre typhoïde.*

Pourquoi ne pas suivre l'exemple du docteur Capuron qui léguait, en 1848, une rente de 1 200 francs, en laissant à l'Académie le soin d'établir elle-même le programme ?

Les prix Itard (thérapeutique), Amussat (chirurgie expérimentale) ne seront distribués qu'en 1894.

L'élève en médecine qui a obtenu la médaille d'or au concours annuel de l'Internat bénéficie du prix Oulmont de 1 000 francs.

Rappelons enfin que Ricord a légué une rente annuelle de 300 francs, pour constituer un prix bi-annuel de 600 francs, qui sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies vénériennes.

Comme on le voit, depuis 1826, date du premier legs (1) reçu par l'Académie, les dons se sont multipliés.

(1) Le premier legs a été fait par *Moreau* (de la Sarthe). Moreau avait stipulé dans son testament : « que ses livres de médecine soient donnés, par concours, à celui des élèves qui, après l'avis d'une Commission

Un seul bienfaiteur, le docteur Demarquay, a eu l'heureuse idée de donner à l'Académie, en toute propriété, une somme de 100000 francs destinée à l'aider à pourvoir à son installation définitive.

Cette somme, avec les intérêts qu'elle a produits, et en y joignant un terrain situé rue des Chartreux, constitue tout l'avoir de l'Académie.

L'exemple de Demarquay n'a été suivi que par le regretté docteur Féréol qui a prélevé sur sa très modeste fortune une somme de 1000 francs donnée sans condition.

Si chaque testateur avait divisé en deux parts son legs, en réservant l'une des parts pour construire un local, l'Académie de médecine serait, à l'heure actuelle, propriétaire d'un immeuble confortable, sinon luxueux, au lieu d'être simplement logée aux frais de l'Assistance publique!...

Outre ses prix, l'Académie de médecine dispose de nombreuses médailles, que le ministre de l'Intérieur met tous les ans à sa disposition en faveur de services dont elle a les attributions : service des eaux minérales, service des épidémies, service de l'hygiène de l'enfance, service de la vaccine (1).

Ce dernier service acquiert, d'année en année, une importance plus considérable. Il n'y a pas moins de six génisses vaccinifères pour fournir du vaccin gratuitement à toute personne qui en fait la demande.

C'est M. le docteur Hervieux qui, trois fois par semaine, les mardi, jeudi et samedi, vaccine les enfants qu'on lui présente. Il fait une moyenne de 10 à 200 vaccinations par séance. Voici, du reste, des chiffres exacts :

En 1891, on a compté, du 1er janvier au 23 décembre, 2118 vaccinations, 705 revaccinations et l'envoi de 20325 tubes contenant chacun du vaccin en quantité suffisante pour plusieurs enfants.

Cette année, on a envoyé plus de 30000 tubes en province.

Ainsi que le stipule l'article II des statuts, l'Académie de médecine doit examiner « les remèdes nouveaux et secrets », ainsi que « les eaux minérales naturelles ou factices ».

A cet effet, on a créé un laboratoire d'analyses, dirigé actuellement par M. Meillère, le distingué pharmacien de l'hôpital Tenon.

L'installation en est notoirement défectueuse; l'humidité détériore les instruments, la lumière n'y pénètre que difficilement, les examens microscopiques ou les analyses chimiques qui exigent quelque soin ne peuvent y être pratiqués.

Les bureaux de l'Académie ne sont pas mieux aménagés. Ils consistent en une unique chambre, fort exiguë, où les employés se touchent les coudes et où, les jours de séance, les journalistes chargés des comptes rendus viennent chercher asile, à défaut d'autre pièce, pour achever la rédaction de leurs notes.

Au-dessus des bureaux, se trouve la *salle du Conseil*, qui sert de cabinet de travail au secrétaire perpétuel, cabinet bas de plafond et rétréci encore par les collections de documents qu'on y a entassés.

Quand le ministre de l'Instruction publique a visité l'Académie, à la fin de l'année dernière, il a promis son concours le plus absolu, prenant l'engagement de faire mettre aussitôt à l'étude la question d'une installation plus convenable.

Si le projet n'est pas encore mûr, il faut en hâter l'éclosion. On aurait à déplorer un désastre irréparable, si on retardait plus longtemps une solution qui s'impose.

Encore une fois il est temps, il est grand temps d'aviser!

---

formée dans l'Académie, aura montré le plus de savoir dans la littérature et la philosophie médicales ». Dezeimeris, qui devint plus tard bibliothécaire à la Faculté de médecine, fut un des lauréats.

(1) Outre les médailles, on distribue annuellement un prix de 1500 fr. pour les meilleurs travaux relatifs à la vaccine.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

25. M. Ransquins. Du tubage de l'utérus en dehors de l'état puerpéral (drainage prolongé au moyen d'un tube de caoutchouc malléable). — 26. M. J. Gowing-Middleton. Essai sur le traitement de l'épilepsie essentielle par la ligature simultanée des artères vertébrales. — 27. M. Hamel. Contribution à l'étude clinique des hallucinations génitales et des idées érotiques chez les persécutés. — 28. M. Godivier. De l'hérédité dans la paralysie générale. Son influence sur les symptômes, la marche et la durée de la maladie chez la femme. — 29. M. Delecœuillerie. Des kystes séreux de la conjonctive bulbaire et spécialement d'une variété que nous pouvons appeler kystes lymphatiques. — 30. M. Macquart-Moulin. Des méthodes de traitement chirurgical appliquées aux suppurations péri-utérines. — 31. M. Coquerel. Bretonneau (1778-1860). La doctrine spécifique. Ses origines et son évolution. — 32. M. Grégoire. Étude sur les affections vermineuses pendant la période gréco-romaine, principalement aux points de vue clinique et thérapeutique. — 33. M. Bécue. De l'actinomycose.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société de chirurgie tiendra sa séance annuelle le mercredi 18 janvier, à quatre heures.

Ordre du jour : 1° allocution de M. Chauvel, président; 2° compte rendu des travaux de l'année 1892, par M. Bouilly, secrétaire annuel; 3° éloge d'Ulysse Trélat, par M. Ch. Monod, secrétaire général; 4° proclamation des prix pour l'année 1892.

— L'inauguration de l'Hôpital international, fondé par M. Péan, 11 rue de la Santé, aura lieu samedi 21 janvier à neuf heures du matin.

M. Péan y fera sa première leçon et continuera les samedis suivants à la même heure.

— M. le docteur F. Dubief est nommé directeur de l'asile de Bron.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Chevandier, sénateur de la Drôme, Ozanne (de Versailles), Patenostre (de Batna), Sauvage (de Pau), et de M. Gérard, élève de l'École de santé militaire.

— La Société contre l'abus du tabac vient de constituer son bureau pour 1893. Ont été élus :

Président : M. Decroix; vice-présidents : MM. le docteur Dujardin-Beaumetz, de Gasté, le docteur Hache et Leyssenne; secrétaire général : M. Petibon; secrétaire général adjoint : M. L. Bertherand; secrétaire pour l'étranger : M. Milne; secrétaires des séances : MM. Habrard, Mailles, le docteur Laurent, Vivez; trésorier : M. Palut; archiviste : M. Rassat.

— *Cours et conférences cliniques de MM. les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux de Paris* (*année scolaire* 1892-1893) :

Trousseau. — M. Legroux : Maladies de l'enfance, le mercredi à trois heures et demie, salles Blache et Barrier.

M. Sevestre : Conférences cliniques et examen des malades, les mercredis, samedis à neuf heures, salles Lugol et Triboulet. — Pendant l'été, les conférences auront lieu à l'amphithéâtre.

M. Moizard : Conférences cliniques et examen des malades, les lundis, jeudis à neuf heures, salles Bouvier et Archambault.

Enfants-Assistés — M. Hutinel : Conférences cliniques sur les maladies des nouveau-nés, le jeudi à neuf heures et demie, couloir du bâtiment central (à partir de mars 1893).

M. Kirmisson : Maladies chirurgicales de la colonne vertébrale,

les lundis, vendredis à neuf heures, couloir du bâtiment central (de mars à juillet 1893).

SALPÊTRIÈRE. — MM. Joffroy et J. Voisin : Maladies nerveuses et mentales, les jeudis, samedis à neuf heures et demie, salle de consultation de l'infirmerie générale (janvier, février, mars 1893).

M. A. Voisin : Maladies mentales et nerveuses, le dimanche à neuf heures et demie, salle de réunion à la section Rambuteau (en mai 1893).

M. Séglas : Séméiologie et diagnostic des maladies mentales, le jeudi à dix heures, parloir de la section Pinel (à partir de février 1893).

M. Terrillon : Affections chirurgicales de l'abdomen et des organes génitaux de la femme, le mercredi à dix heures, salle de consultation de l'infirmerie générale.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

23

COLIQUES HÉPATIQUES
COLIQUES NÉPHRÉTIQUES
COLIQUES UTÉRINES

CAPSULES BRUEL

D'ÉTHER AMYL VALÉRIANIQUE

Spécifique des maladies nerveuses en général. Le plus puissant et le plus inoffensif des calmants et antispasmodiques.

32

TUBERCULOSE PULMONAIRE

PLEURÉSIE D'ORIGINE TUBERCULEUSE

Bronchites aiguës et chroniques
Dilatation des bronches, Bronchorrhée

GAIACOL IODOFORMÉ SÉRAFON

& GAIACOL-EUCALYPTOL IODOFORMÉ SÉRAFON

en CAPSULES pour l'usage interne.
en SOLUTIONS pour injections hypodermiques.

Préparation et vente en gros : Mon ADRIAN et Cie, Paris.

10

ALIMENTATION DES MALADES
et des convalescents par les

POUDRE de BIFTECK

ET

POUDRE DE VIANDE ADRIAN

les seules bien digérées et supportées longtemps par les malades.

84

TRAITEMENT DE LA PHTISIE

par la calcification méthodique et l'emploi des phosphates physiologiques *de*

VIAL



PARIS,
22 et 19,
r. Drouot.

Création d'une atmosphère artificielle, appropriée à l'état du malade, en tout lieu.

62

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.
Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Ces trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — Se méfier des contrefaçons.

52



Débilité, Anémie, Maladies de l'enfance,
sont combattues avec succès par la

FUCOGLYCINE GRESSY

Ce Sirop, à base d'algues marines, remplace avantageusement l'Huile de Foie de Morue, dont il possède toutes les propriétés, sans en avoir la saveur ni l'odeur désagréables.

LE PERDRIEL et Cie, Paris.

55

Inappétence, Dyspepsie flatulente, Atonie du tube digestif.

GRANULES DE BAUMÉ

(*Chaque granule contient 2 gouttes de Teinture.*)
PHIE FRANÇAISE, 1 et 3, pl. de la République, Paris.

16

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

94

„HUNYADI JÁNOS"

La plus sûre, la plus efficace et la plus agréable des Eaux purgatives naturelles.

APPROUVÉE PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS, PAR LIEBIG, BUNSEN, FRESENIUS, LUDWIG.

„HUNYADI JÁNOS"

Unique d'après les appréciations de nombreuses célébrités en médecine de France et de l'Étranger qui lui attribuent les avantages suivants :

Effet prompt, sûr et doux

Absence de coliques et de malaises. — Sans constipation consécutive. — L'usage prolongé ne fatigue pas l'estomac. — Action durable et régulière. — Ne produit pas l'accoutumance. — Petite dose. — Pas désagréable à prendre.

„HUNYADI JÁNOS"

Autorisé par l'Etat. — Chez les marchands d'eaux minérales et dans les Pharmacies.

Se méfier des contrefaçons.

Prière d'exiger l'étiquette portant le nom :

„Andreas Saxlehner."

45

LIQUEUR CONCENTRÉE

BALSAMIQUE, ANTISEPTIQUE



Deux cuillerées par litre donnent instantanément une *excellente eau de goudron*, que l'on boit aux repas au lieu d'eau ordinaire, contre :

MALADIES DE LA PEAU
VOIES RESPIRATOIRES
VOIES URINAIRES
Diathèse furonculeuse
MALADIES ÉPIDÉMIQUES

Couper de 1 ou 2 parties d'eau pour *lotions, pulvérisations.*

Le flacon : **1 fr. 50**

Rue de Rennes, 105, Paris, et dans les pharmacies.

14

MALADIES DE POITRINE

Bronchites chroniques, catarrhes pulmonaires, laryngites, exctinctions de voix, etc., etc.

TRAITEMENT RATIONNEL PAR LE
Sirop balsamo-sulfureux Le Brun
monosulfure de sodium chimiquement pur.
Goudron, Tolu et Alcoolatce de racine d'aconit. 3f.
Dépôt : Phie Cle, 50, fg Montmartre, Paris et Phies.

101

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'**anémie**, la **chlorose**, la **leucorrhée**, l'**aménorrhée**, la **cachexie scrofuleuse**, la **syphilis constitutionnelle**, le **rachitisme**, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre.

Blancard

Pharmacien, 40, ue Bonaparte, Paris.

90

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

DÉPOT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmaci BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.
DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies.
VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

98

LIQUEUR DU Dr LAVILLE

GOUTTE ET RHUMATISMES

SPÉCIFIQUE ÉPROUVÉ DE LA **goutte.**

Action prompte et certaine à toutes les périodes de l'accès.

DANS TOUTES LES PHARMACIES

66

DRAGÉES ET CACHETS DE

PHÉNÉDINE-PELISSE

Paraacétphénétidine

fabriqués par la Soc. des mat. color. de St-Denis.
DOSAGE : *0g25 de Phénédine pr dragée et pr cachet.*

Deux dragées ou deux cachets suffisent pour supprimer la **migraine** et calmer les **douleurs névralgiques.** — Ils n'occasionnent ni troubles gastriques ni vertiges.

Dépôt à Paris : Phie PENNÈS. 49, r. des Écoles.
DÉTAIL DANS TOUTES LES PHARMACIES

73

Maison Renault aîné, fondée en 1840.

DROGUERIE MÉDICINALE

PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Maison spéciale pour la fourniture aux médecins et aux hospices de médicaments préparés avec soin.

ARMOIRES-PHARMACIES
et
PHARMACIES PORTATIVES
Discoïdes Midy
pour injections hypodermiques instantanées.
Trousses avec discoïdes assortis.

ENVOI FRANCO DES TARIFS SUR DEMANDE.

Pelliot et **Delon**, successrs, *fournisseurs des hôpitaux*, 26, rue du Roi-de-Sicile, Paris.

33

VIN DE G. SEGUIN

« Le Vin de Seguin est un puissant toni« que; pris avant le repas, il facilite la diges« tion. Il est très utile pour empêcher le re« tour des fièvres intermittentes sujettes à réci« dive. BOUCHARDAT. »

Paris, phie G. SEGUIN, 378, rue St-Honoré.

64

Dans les **congestions** *et les* **troubles fonctionnels du foie,** *la* **dyspepsie atonique,** *les* **fièvres intermittentes,** *les* **cachexies** *d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds,* on prescrit dans les hôpitaux, A PARIS ET A VICHY, de 50 à 100 gouttes par jour de **BOLDO-VERNE** ou 4 cuillerées à café d'**ELIXIR de BOLDO-VERNE.** — Dépt : VERNE, profr à l'Ec. de méd., Grenoble (France), et phies de France et Etranger.

N° 6 — SAMEDI 14 JANVIER 1893. 66e ANNÉE. SAMEDI 14 JANVIER 1893. — N° 6.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Tabes et paralysie générale.

Par M. le docteur COURTOIS-SUFFIT.

I

« Les faits cliniques démontrent que la paralysie générale et le tabes dorsalis sont deux maladies qui s'associent fréquemment, soit que les accidents morbides débutent par les symptômes du tabes, soit que la paralysie générale ouvre la scène. Les deux affections ont une étiologie commune dominée par la syphilis et par l'hérédité. Dans l'une et dans l'autre, les lésions centrales intéressent les mêmes systèmes organiques, *de sorte qu'on est autorisé à se demander, si le tabes et la paralysie générale ne constituent pas une seule et même maladie.* Cette manière de voir compte déjà un certain nombre de défenseurs, parmi lesquels je me range. »

M. Raymond, le 8 avril 1892 (1), terminait en ces termes une fort intéressante étude sur les rapports que le tabes affecte avec la paralysie générale. Une discussion, à laquelle prirent part surtout MM. Ballet, Joffroy et Rendu, fut immédiatement ouverte, et deux opinions, complètement opposées en apparence, furent émises et défendues tour à tour.

Les uns (Ballet et Joffroy) restèrent dualistes convaincus et, tout en admettant la coïncidence possible des deux processus morbides, persistèrent à ne les point considérer comme susceptibles d'être fondus en une même entité pathologique; les autres (Raymond et Rendu) se rangèrent résolument dans le camp opposé, et, appuyant leur opinion sur les enseignements que fournissent à la fois la clinique et l'anatomie-pathologique, se déclarèrent partisans de l'unification des deux maladies.

La question, posée en ces termes, vise plus haut que la simple solution d'un débat anatomo-pathologique; elle touche à l'un des problèmes les plus intéressants de la pathologie générale.

Il y a vingt ans, lorsque les cliniciens cherchèrent à débrouiller le chaos des maladies nerveuses, la distinction des types morbides fut poussée jusqu'à ses dernières limites, et des espèces pathologiques, avec leurs causes, leurs symptômes, leurs lésions, furent créées, puis schématiquement séparées, et classées enfin en variétés distinctes.

(1) RAYMOND. Société médicale des hôpitaux.

Actuellement, on semble obéir à une tendance inverse, on aborde peu à peu la synthèse de la pathologie nerveuse et, d'ailleurs, ainsi que le dit excellemment M. Rendu, « au point de vue de la pathologie générale, n'est-il pas beaucoup plus logique de considérer l'appareil nerveux cérébro-spinal comme un tout susceptible d'être envahi simultanément ou successivement », que de séparer — souvent bien artificiellement — les maladies de la moelle de celles du cerveau ?

Un regard en arrière peut nous permettre de mesurer l'étendue du chemin parcouru, et la valeur des progrès accomplis.

A l'époque où l'on confondait encore, sous les dénominations de tabes et d'ataxie, des affections très dissemblables, les auteurs prétendaient que les ataxiques se distinguent par leur bonne humeur et leur résignation !

Plus tard, les premiers observateurs qui laissèrent de l'ataxie une description précise, Duchenne (de Boulogne), Trousseau, mirent tous leurs soins à montrer l'intégrité parfaite de l'intelligence des patients, jusqu'à la fin de leur maladie. Ils rapprochaient ce fait de la conservation de la force musculaire dans les membres frappés d'incoordination motrice.

Ces assertions paraissent étranges actuellement, et doivent singulièrement étonner ceux qui ont donné des soins prolongés à un certain nombre d'ataxiques.

Mais que dire de l'opinion de Grisolle, qui proclamait l'incompatibilité absolue de l'ataxie locomotrice progressive et de la paralysie générale ?

Et cependant, des auteurs avaient publié des observations où l'association des deux maladies était évidente. Vers 1830 (1), Horn, Hoffmann, Turck, donnaient des faits de tabes compliqué de démence paralytique.

Dans la suite, MM. Baillarger, Topinard, Jaccoud, Foville, Luys, et surtout Westphall, insistaient sur les rapports étroits des deux affections.

(1) Ces indications sont tirées des différents mémoires lus par M. Raymond à la Société médicale des hôpitaux (avril et mai 1892). Nous sommes heureux de le remercier de la complaisance qu'il a mise à nous donner ses différentes communications d'où sont extraits les principaux éléments de cette étude.

Dès 1873, Foville fils cherchait à démontrer que cette association morbide est le fait de la propagation de la lésion spinale au cerveau.

Mais on sait de reste que la paralysie générale ne survient pas seulement à titre de complication d'un tabes préexistant; le plus souvent même, c'est l'inverse qui a lieu.

C'est ainsi que nous voyons M. Magnan, dès 1876 (1), insister sur les symptômes tabétiques (troubles de la sensibilité et troubles de la motilité), qu'on peut observer chez les paralytiques généraux et qui peuvent se montrer plusieurs années avant le développement de la paralysie générale.

M. Raymond, en 1885, dans son article TABES, du *Dictionnaire encyclopédique*, a longuement insisté sur ces faits et sur leur signification clinique.

Depuis cette époque, d'autres travaux ont été publiés : les uns ont trait à l'étiologie commune des deux affections; les autres, aux lésions observées dans chaque cas. Nous aurons l'occasion d'en parler ultérieurement.

Un fait se dégage de cette histoire, volontairement très abrégée; c'est la succession des phases différentes, par lesquelles a passé la question de la coïncidence possible du tabes et de la paralysie générale. Au début, on nie toute connexion entre les deux maladies; plus tard, on pense que leur association est possible.

Actuellement, on va plus loin, on n'hésite pas à conclure que ces deux entités pathologiques n'en font qu'une et ce sont les arguments que l'on fait valoir en faveur de cette dernière doctrine, que nous avons l'intention de développer surtout.

N'ayant ni le droit, ni le pouvoir de prendre parti en pareille matière, notre rôle doit se borner à dire la série des raisons qui militent en faveur d'une opinion qui tend chaque jour à s'accréditer davantage.

II

La syphilis domine toute l'étiologie du tabes et de la paralysie générale.

La constance d'une même cause est la première preuve à fournir de l'identité possible de deux affections.

Or, actuellement, l'accord est presque fait entre tous les pathologistes, sur l'influence prépondérante de la syphilis dans la genèse de l'ataxie locomotrice. Il serait oiseux de revenir sur une discussion qui, depuis longtemps, occupe le monde savant et sur des débats qui sont en toutes les mémoires.

Vulpian, qui n'acceptait la théorie du tabes syphilitique que sous toutes réserves, reconnaissait cependant, d'après les résultats de sa propre observation, que, sur 20 malades atteints d'ataxie locomotrice, 15 au moins étaient d'anciens syphilitiques.

Dès 1876, M. le professeur Fournier commençait à enseigner l'origine presque exclusivement syphilitique du tabes et, depuis cette époque, il n'a cessé d'accumuler des preuves en faveur de sa doctrine.

M. Marie, dans son récent livre sur les maladies de la moelle, se rattache complètement à cette idée et le dépouillement de nombreuses statistiques le conduit à ce résultat, que les neuf dixièmes au moins des tabétiques sont d'anciens syphilitiques.

(1) MAGNAN. *Recherches sur les centres nerveux*, 1876.

Enfin, M. Raymond, au cours de la discussion sur les rapports du tabes et de la paralysie générale, apporta cette preuve bien propre à entraîner la conviction.

Ayant examiné, avec M. le professeur Fournier, 400 observations de tabétiques recueillies en l'espace de vingt à vingt-cinq ans, il obtint la statistique suivante :

La première centaine a fourni un contingent de 89 syphilitiques; la seconde centaine, 93; la troisième, 91 et la quatrième, 92, ce qui donne une proportion moyenne de 91 p. 100.

De pareils chiffres suppriment tout commentaire.

Voyons maintenant dans quelles proportions entre la syphilis dans l'étiologie de la paralysie générale. La question, moins simple à résoudre que la précédente, a donné lieu à maintes controverses, à maintes opinions contraires. Plus grandes d'ailleurs sont les difficultés : il suffit de se souvenir en effet que les paralytiques généraux ne sont souvent internés qu'à une période de la maladie où il est impossible de tirer d'eux un renseignement précis sur leur passé pathologique. C'est d'ailleurs pour la même raison que, dans leurs antécédents, on ne relève rien qui soit de nature à faire incriminer l'hérédité morbide dans le développement de la paralysie générale.

Nous n'avons donc pas le droit d'être étonnés, en face des nombreuses opinions contradictoires émises à ce sujet et dans un temps encore assez rapproché de nous.

En 1861, Lasègue écrivait ces lignes (1) : « Il y a une paralysie générale type et des états paralysoïdes; il n'y a donc pas de paralysie générale syphilitique, il peut y avoir, et il y a des pseudo-paralysies générales qui en imposent; dans aucun cas, on ne constate de paralysie générale type. Quant au diagnostic, il est impossible; aucun moyen, aucun signe ne permettent de trancher la question, de différencier le délire et d'autoriser à déclarer que tel individu est paralytique parce qu'il est syphilitique. Le traitement lui-même ne résout pas le problème. »

En 1857, Esmarck et Jensen exprimaient cette opinion radicale que « la paralysie générale est toujours syphilitique ».

Par contre, Griesenger, dans son *Traité des maladies mentales*, dénie toute influence étiologique à la syphilis. Kjellberg émet bientôt une opinion diamétralement opposée; Coffin soutient à son tour que la paralysie générale précoce, qui se développe entre vingt et vingt-cinq ans, est le plus souvent, sinon toujours, d'origine syphilitique. « En fait d'opinions contradictoires, on voit que rien ne manque » (Raymond).

C'est seulement en 1879, que la question des rapports étiologiques de la syphilis et de la paralysie générale fut nettement posée par M. le professeur Fournier et résolue dans un sens affirmatif. Les faits furent classés par lui en deux groupes : 1° ceux relatifs à des paralysies générales vraies qui avaient réalisé la symptomatologie classique de cette maladie, son évolution et jusqu'à ses lésions anatomiques; 2° ceux où l'on trouvait réalisés les traits principaux de la paralysie générale, mais associés à des symptômes étrangers à cette maladie. Ainsi, dans les cas de ce second groupe, qui ressortissent, en somme, à la paralysie générale, on peut noter un délire absolument exempt des

(1) Cité par M. Raymond dans une conférence à Lariboisière, sur « la syphilis et la paralysie générale », et publiée dans le *Bull. méd.*, avril 1892.

divagations ambitieuses, telles qu'on les observe souvent dans la paralysie générale vraie.

M. le professeur Fournier mentionnait ensuite la rareté du tremblement de la langue et la rareté, plus grande encore, du tremblement de la lèvre supérieure, dans ces cas de pseudo-paralysie générale développée sous l'influence de la syphilis; il relevait des différences dans le mode de début de la pseudo-paralysie générale syphilitique et de la paralysie générale commune; il opposait enfin la cachexie des cérébraux syphilitiques à l'état florissant des vrais paralytiques généraux, tandis que le contraste inverse s'observe dans le degré de curabilité des deux formes, la paralysie générale étant incurable et la syphilis cérébrale justiciable du traitement spécifique. Un contraste évident pouvait, de plus, être relevé dans les lésions des deux maladies : la sclérose méningée dominant dans la syphilis cérébrale, la sclérose encéphalique dans la paralysie générale.

Cette doctrine n'eut d'abord que des adeptes et la plupart des aliénistes français et étrangers, Motet, Ball, Schultz, Junius, Mickle, se déclarèrent partisans du parallèle établi par M. Fournier entre la paralysie générale vraie et la pseudo-paralysie générale syphilitique.

Presque en même temps s'éleva cependant une opinion contraire. Pour M. Foville, qui la soutint d'abord, il ne peut y avoir de caractères distinctifs entre les deux processus morbides artificiellement séparés, il ne peut y avoir entre eux le moindre signe différentiel.

C'était soutenir, d'une façon plus affirmative encore, l'opinion émise antérieurement par différents auteurs (Lancereaux, Müller, Huguenin, A. Voisin).

Les travaux s'accumulèrent alors et les contradictions continuèrent.

Depuis 1880, on voit M. Christian exprimer des doutes sur les rapports de la paralysie générale et de la syphylis, on voit M. Magnan nier formellement que la syphilis puisse engendrer la paralysie générale; on trouve, par contre, dans une statistique de M. Régis (1880), que la syphilis est certaine dans les antécédents des déments paralytiques, dans une proportion de 70 à 76 p. 100; et, en tenant compte des cas où les antécédents syphilitiques étaient seulement vraisemblables, cette proportion atteint 94 p. 100.

En 1889, M. Morel-Lavallée fait intervenir dans la question un autre élément de jugement. Il montre que certaines syphilis sont plus aptes que d'autres à engendrer la paralysie générale, ce qui permettrait d'admettre « qu'il existe des véroles à virulence nerveuse et que, dans cette question d'étiologie, il faut tenir compte non seulement du terrain, mais aussi du rôle de la graine » (Raymond).

La question, cependant, n'est pas jugée, car en 1889, M. Reynier (1) soutient à nouveau que la syphilis et la paralysie générale doivent être considérées comme deux affections, distinctes dans leur évolution respective, pouvant coexister chez le même individu, sans pour cela s'influencer réciproquement, les lésions anatomiques restant indépendantes comme siège et comme évolution.

En regard de ces opinions constamment contradictoires, il est intéressant de montrer comment les rapports de la syphilis et de la paralysie générale sont jugés à l'étranger. Voici le résultat de quelques statistiques :

Fürstner a relevé des antécédents syphilitiques dans la proportion de 33 p. 100 chez les paralytiques généraux;

Goldschmitt annonçait une proportion de 33 p. 100;

Ziehen, une proportion de 43 p. 100 chez les hommes et de 46 p. 100 chez les femmes;

Biswanger a trouvé 49 p. 100;

Mendel (de Berlin) donne le chiffre de 74,6 p. 100;

Dowall, celui de 80 p. 100;

Inspersen, celui de 82 p. 100.

Citons, pour terminer, l'opinion singulièrement catégorique de Kjellberg, qui soutient que la paralysie générale *ne se développe pas dans un organisme qui n'a pas été infecté par la syphilis*.

Avant de tirer les conclusions qu'il convient des opinions et des chiffres que nous venons de rapporter, notons encore ce fait que non seulement la syphilis acquise, mais encore la syphilis héréditaire a été incriminée dans la genèse des paralysies générales développées dans le jeune âge.

M. Raymond cite, à ce propos, une observation extraite du *Neurologisches Centralblatt*, 1888. C'est l'histoire d'une jeune fille de treize ans, dont le père avait contracté la syphilis deux ans avant la naissance de son enfant. Jusqu'à l'âge de treize ans, on ne put rien observer d'anormal dans l'état physique ou intellectuel de cette jeune fille. Mais à partir de cet âge, apparurent des signes certains de *paralysie générale et de tabes*.

Faut-il conclure de cette série d'affirmations que seule la syphilis peut engendrer la paralysie générale ou le tabes? Évidemment non, et personne n'y pense. Il est un autre élément qui entre en jeu, dont l'importance est reconnue et admise par tous : c'est l'hérédité; cause unique pour beaucoup d'auteurs les plus autorisés, cause adjuvante ou préparante, si l'on peut ainsi dire, pour les autres observateurs. Mais ces deux facteurs étiologiques ne sont pas incompatibles, au contraire, et l'on peut dire, d'une façon plus courte, que : la syphilis intervient dans un très grand nombre de cas pour provoquer le développement de la paralysie générale ou du tabes chez un sujet prédisposé. Cette prédisposition est le plus souvent congénitale (hérédité nerveuse), elle peut être acquise (alcoolisme). A ce dernier point de vue, en effet, des auteurs (Bonnet et Marie) ont soutenu que presque toujours la paralysie générale est le produit de l'intervention combinée de la syphilis et de l'alcoolisme.

Nous ne saurions mieux faire en terminant la première partie de cette étude, que de citer textuellement les paroles prononcées par M. Rendu, au courant de la discussion, devant la Société médicale des hôpitaux :

« Nous ne différons guère, quant à la notion des conditions étiologiques qui président au tabes et à la paralysie générale. Que l'on accepte, avec MM. Charcot et Joffroy, l'influence héréditaire prépondérante qui se retrouve chez tous les membres de la famille névropathique, aussi bien chez les épileptiques que chez les tabétiques et les paralytiques généraux; qu'on veuille expliquer par là l'association fréquente des lésions cérébro-spinales et des névroses sur les mêmes sujets, c'est là, sans doute, une donnée pathogénique d'une haute valeur, mais elle n'explique pas tout. Comment ne serait-on pas frappé en effet de voir que précisément les causes les plus fréquemment signalées dans la genèse du tabes, ainsi que de la paralysie générale, sont l'alcoolisme et la syphilis : la syphilis surtout que l'on retrouve presque aussi communément dans les antécédents des paralytiques généraux que chez les tabétiques avérés?

(1) RAYMOND. *Rev. de méd.*, 1889.

J'accepte que l'on considère l'alcoolisme et la syphilis comme des causes secondes, destinées à mettre en jeu la prédisposition morbide des malades névropathiques et à les faire verser du côté où ils penchaient déjà par suite du vice héréditaire : il n'en est pas moins acquis que le tabes et la paralysie générale reconnaissent des origines communes. Ce sont deux affections dont la parenté étiologique est identique et qui appartiennent à la même famille morbide. »

III

Si de l'étude comparée des causes des deux maladies, on arrive à surprendre entre elles de nombreux points de contact, si, sur ce premier fait, les opinions tendent à se confondre, si les divergences entre les auteurs diminuent chaque jour, jusqu'à n'exister pas ; il n'en est déjà plus de même de la fréquence des caractères cliniques communs au tabes et à la paralysie générale. Des objections nombreuses et d'une haute valeur s'élèvent à ce propos, et force nous est de les signaler, dès le début, pour exposer ensuite les raisons que leur opposent les unicistes et les arguments qu'ils invoquent à l'appui de leur synthétique doctrine.

Le point de départ clinique de l'identité du tabes et de la paralysie générale est le suivant :

Il est certain — les aliénistes et les neuro-pathologistes ne discutent plus sur ce fait — que les symptômes tabétiques sont d'une extrême fréquence au cours de la paralysie générale et qu'il y a participation presque constante de la moelle aux phénomènes irritatifs, dont l'encéphale est le siège; on peut affirmer, en outre, que lorsque ces symptômes spinaux existent, ce sont justement ceux qui caractérisent, d'ordinaire, l'ataxie locomotrice.

Inversement, au cours du tabes ou à la fin, il est assez commun d'observer des symptômes encéphaliques, empreints de caractères cliniques tels, que la démence paralytique est seule capable d'en revendiquer l'origine.

Mais, ajoutons de suite que cette progression ascendante des phénomènes cliniques, de la moelle vers le cerveau, semble moins fréquente que l'évolution inverse. Cette apparente contradiction trouve sa raison dans ces deux faits :

1° Si les symptômes encéphaliques surviennent à une époque très rapprochée du début du tabes, à un moment ou les signes classiques de cette affection sont encore effacés et peu bruyants, les troubles de l'intelligence par leur importance immédiate, par l'éclat de leurs manifestations objectives, rejettent dans l'ombre les désordres à peine sensibles de l'ataxie locomotrice;

2° Si la paralysie générale survient comme un phénomène ultime dans l'évolution du tabes, les malades sont internés dans des asiles spéciaux, et y sont classés comme des déments, et leur passé tabétique, qui date de loin, ne se peut plus reconnaître ou n'est pas recherché. De ce dernier fait nous donnerons plus loin des exemples.

Or, en face de ces symptômes communs, et de l'évolution simultanée ou successive des phénomènes cliniques, beaucoup d'auteurs pensent et soutiennent, que les deux affections évoluant parfois parallèlement, ne se trouvent réunies que par une simple coïncidence.

Delasiauve a soutenu cette idée. Pour lui, on ne saurait, sans erreur, identifier les deux maladies. « La paralysie générale, dit-il, est une affection du cerveau, l'ataxie locomotrice une affection de la moelle. Il est vrai que les désordres de l'ataxie peuvent gagner les organes encéphaliques, mais, alors, l'ataxie reste une maladie indépendante et distincte. Dans ces cas rares, il n'y a pas fusion, il n'y a que coïncidence et évolution parallèle. »

Mais, personne mieux que M. Ballet n'a mis en valeur les raisons que l'on peut opposer à l'unification des deux processus morbides.

Résumons les principaux points de son argumentation :

La première objection, faite par M. Ballet, est tirée de la marche des deux affections.

L'ataxie, dit-il, n'est-elle pas une maladie à évolution essentiellement chronique, mettant à parcourir ses différents stades, dix, quinze et vingt ans parfois; l'encéphalite, au contraire, ne marche-t-elle pas d'une façon subaiguë, en sept ou huit ans, encore que, dans la très grande majorité des cas, elle arrive au terme fatal de son évolution progressive en deux ou trois ans; et qu'on n'objecte pas, à ce fait, que la différence dans la durée tient à ce que, dans un cas, les lésions intéressent la moelle; dans l'autre, le cerveau, que les désordres cérébraux, amenant plus vite, que les troubles médullaires, la diminution de la résistance organique, la fin est plus rapide dans le second cas que dans le premier; car, on peut répondre par l'exemple des scléroses cérébrales qui sont compatibles avec une longue durée de vie ; et il semble plus conforme à la réalité de rattacher les différences d'évolution des deux affections à la nature différente du processus qu'à la localisation sur des organes divers, d'une lésion qui, dans son essence, serait toujours identique à elle-même.

La deuxième objection vise la fréquence de la coïncidence de la paralysie générale avec le tabes. Or, cette association n'est peut-être pas aussi fréquente qu'on le dit. Il est incontestable que la paralysie générale présente souvent des symptômes médullaires, l'unanimité est presque faite sur ce point. Mais ce qui est infiniment plus rare, c'est l'évolution inverse, et le nombre est très petit des ataxiques qui deviennent paralytiques généraux. Ce fait indiquerait que les lésions médullaires qui, chez le paralytique, déterminent des douleurs fulgurantes et autres symptômes, ne sont peut-être pas, comme on l'avance, sans avoir suffisamment étudié la chose, des lésions de tabes vrai, c'est-à-dire de sclérose systématique des cordons postérieurs.

Le problème étant ainsi posé, les deux opinions contraires, ainsi mises l'une en face de l'autre, nous devons chercher à mettre en valeur les arguments cliniques des observateurs qui affirment que les deux maladies sont identiques. C'est, nous le répétons, le seul but que nous souhaitons atteindre. Pour ce faire, il importe d'étudier comparativement, en les analysant dans l'ordre de leur apparition et de leur plus grande fréquence, les symptômes spinaux qui surviennent au cours de la paralysie générale, et les troubles encéphaliques que l'on observe pendant l'évolution de l'ataxie locomotrice.

C'est l'unique moyen de savoir si leur assimilation est exacte et possible.

Et, d'abord, la paralysie générale, pas plus que l'ataxie locomotrice, ne débute jamais d'une façon brusque. On peut toujours constater, ou tout au moins reconstituer une période prodromique plus ou moins longue. Cette période — surtout dans ces dernières années — a été l'objet de nombreuses études pour les deux maladies. On connaît les travaux de M. le professeur Fournier, sur la période préa-

taxique du tabes. Tout récemment, Christian [cité par Rouillard (1)] a voulu créer un type analogue, dans un intéressant mémoire lu à la Société médico-psychologique, et ayant pour titre : « De la période pré-délirante de la paralysie générale. » Différents symptômes s'y rencontrent, parmi lesquels l'amnésie, avec une place prépondérante.

A ce point de vue général, si ces vues sont exactes, il y a déjà une tentative de rapprochement curieuse et intéressante à mentionner.

Voyons cependant plus loin :

« La moelle participe presque toujours aux phénomènes irritatifs, dont l'encéphale est le siège », et, dans ce cas, en dépit de l'obscurité souvent grande qui entoure l'appareil symptomatique du tabes, du fait de la démence paralytique, on peut, néanmoins, grouper, en un seul faisceau, les troubles spinaux les plus importants. C'est ce qu'a fait Rouillard, dans un fort intéressant travail (loc. cit.).

L'absence du réflexe rotulien constitue un signe de grande valeur (Westphal); or, dans la paralysie générale, on rencontre, il est vrai, parfois de l'exagération de ce réflexe (dégénérescence du faisceau pyramidal); mais, les cas sont nombreux aussi où son abolition a été constatée, ou au moins sa diminution extrême. Et même, ce fait de l'exagération du phénomène du genou ne saurait conduire à éliminer la coïncidence des lésions tabétiques.

On se souvient, des cas parfois cités, de tabes pur, sans mélange d'aucune autre lésion des centres nerveux, où l'on a observé, au début de la maladie, une exagération du réflexe patellaire. Abandonnons même volontairement ces cas, peut-être erronés; et il nous restera encore ceci : que, si l'abolition du réflexe est la règle chez les sujets qui ne réalisent encore que l'ébauche d'un tabes naissant, ou chez lesquels la maladie est même confirmée; ce signe peut aussi faire défaut dans des cas de tabes avancé, et, de plus, tous les auteurs admettent que, dans l'ataxie, on peut rencontrer de l'exagération du réflexe rotulien, lorsque les lésions du tabes sont associées à certaines autres altérations des centres nerveux.

La participation de la moelle aux symptômes de la paralysie générale se manifeste d'ailleurs par toute une série d'autres phénomènes.

Dans la démence paralytique, les troubles de la sensibilité sont fréquents, et, parmi eux, les douleurs fulgurantes. Ce phénomène est, cependant, considéré comme fort inconstant.

« Ces cas sont peut-être moins rares qu'on ne le pense, mais étant un phénomène de début ou même avant-coureur, ils sont souvent méconnus, car l'état mental des malades, au moment de leur entrée à l'asile, prive parfois le médecin des commémoratifs nécessaires » (Rouillard).

En dehors des douleurs fulgurantes, on rencontre chez les 9/10 des paralytiques généraux des douleurs spontanées plus ou moins prononcées ; chez beaucoup d'entre eux, on observe de l'anesthésie cutanée, généralisée ou partielle, des troubles vaso-moteurs, des troubles trophiques. Parmi ceux-ci, les fractures spontanées sont les plus fréquentes ; elles sont — c'est notion courante — communes aux deux affections ; leur mécanisme est le même (vice de nutrition sous la dépendance des lésions spinales), les lésions osseuses sont identiques.

(1) Rouillard. Les symptômes spinaux dans la paralysie générale. Revue générale. *Gaz. des hôpit.*, 10 mars 1888.

L'eschare sacrée est fréquente dans la paralysie générale, les troubles urinaires y sont communément observés, surtout chez les malades qui présentent déjà d'autres signes de tabes.

En dehors de l'inégalité pupillaire dont on connaît la valeur séméiologique dans la paralysie générale, on rencontre encore, parmi les symptômes de cette affection : le myosis, avec les caractères connus du myosis spinal (inexcitabilité de l'iris par la lumière, modification normale de la pupille sous l'influence de l'accommodation); puis, précédant fréquemment l'apparition du délire : l'affaiblissement de la vue avec céphalalgie; l'amblyopie, aboutissant souvent à la perte complète de la vision; l'amaurose, le ptosis et l'exophtalmie. (A l'ophtalmoscope, les lésions sont les mêmes que dans l'ataxie locomotrice.)

On observe aussi, au début de la paralysie générale, de l'ataxie des mouvements. Le tremblement fibrillaire en est le type le plus commun. Vers la fin, la paralysie succède à l'ataxie.

Puis, ce sont des contractures, des hémiplégies complètes ou incomplètes, des paraplégies, des spasmes des muscles du larynx et des muscles respirateurs survenant sous forme d'accès, accompagnés d'une dyspnée considérable, cessant en général rapidement et d'eux-mêmes.

En terminant ici cette rapide esquisse des différents symptômes médullaires, qu'il est si fréquent de rencontrer dans la démence paralytique, nous tenons à mentionner encore un fait, qui, dans l'espèce, nous paraît acquérir une importance de premier ordre. Il a trait à l'époque d'apparition et à l'évolution de ces symptômes spinaux.

Ceux-ci, en effet, au moins dans la majorité des cas, n'apparaissent ni à la période ultime, ni dans le cours de la paralysie générale; mais au début, à la phase des prodromes; et, ceci est plus important encore, ils forment, prétend-on, par leur groupement, l'ensemble symptomatique de la période dite « prédélirante. »

Ce fait, semble-t-il, permet déjà de conclure, qu'il ne faut pas considérer les phénomènes médullaires et les symptômes encéphaliques, comme résultant de l'association fortuite et successive de lésions différentes, mais comme l'effet d'un processus unique, frappant à la fois dans leur ensemble, l'encéphale et la moelle.

Envisageant maintenant la question dans l'autre sens, c'est-à-dire en partant de l'ataxie locomotrice, la solution est-elle identique ?

C'est une objection que l'on a faite à la théorie dont nous cherchons à exposer les principes, que : si l'adjonction de certains troubles spinaux, aux symptômes encéphaliques, est fréquente et presque unanimement reconnue; au contraire, les cas de tabes, versant dans la paralysie générale, doivent être tenus pour infiniment plus rares.

Même si elle était évidente, cette contradiction ne saurait suffire à détruire la doctrine de l'unification; or, il est probable qu'elle n'est qu'apparente.

On n'est plus, en effet, en droit de considérer cette progression ascendante des symptômes, comme une exceptionnelle rareté. Depuis deux ans, M. Raymond a pu en observer trois exemples sur 20 tabétiques; M. le docteur Barthélemy, depuis 1878, a rencontré 6 cas de tabes dorsalis type, qui se sont compliqués, au bout de quelques années (trois à cinq ans), des symptômes de la paralysie générale. M. le professeur Fournier (cité par M. Raymond), sur 500 cas de tabes, a vu onze fois la maladie se terminer

par la démence paralytique, et il ajoute : « Cela ne signifie rien, car il est une foule de ces tabétiques que je n'ai pas suivis, que sont-ils devenus ? Mystère ! »

M. Rendu observa deux malades où l'association des deux ordres de symptômes fut des plus nettes ; dans un cas, le tabes vint d'abord, l'encéphalite lui succéda à peu de distance.

M. Mathieu donna longtemps ses soins à un malade qui présentait, au complet, tous les signes de l'ataxie locomotrice la plus classique : cet homme, pris de délire incohérent, fut interné dans un asile, et classé comme seulement atteint de paralysie générale.

Les faits sont donc loin d'être exceptionnels, mais ce qui est exact, c'est que beaucoup de cas échappent à l'examen, que la question date d'hier à peine, et que le nombre des exemples positifs ira en augmentant sans cesse, maintenant que les observateurs, dont l'attention est éveillée, sauront mieux voir et chercheront à mieux connaître.

Toujours est-il que, contrairement à ce que nous connaissons de l'évolution des symptômes spinaux de la paralysie générale, les phénomènes encéphaliques et démentiels surviennent dans l'ataxie à une période tardive, généralement même à la phase ultime de la maladie.

Voici généralement comment s'enchaînent les désordres successifs.

Des malades prennent la syphilis, ils la soignent peu ou mal ; et, après un laps de temps dont la durée ne saurait être exprimée, des symptômes tabétiques apparaissent. En général, c'est d'une façon rapide que les douleurs fulgurantes, les troubles de la marche, les arthropathies, les altérations trophiques s'installent, se succèdent ; l'ataxie, alors, ne peut être méconnue.

Tout reste en cet état pendant un temps ; puis, environ treize à quinze mois après l'établissement de ces différentes manifestations, voilà que surviennent les symptômes précurseurs de la paralysie générale. C'est l'amnésie, dont l'importance séméiologique est grande ; ou bien une modification subite du caractère : les malades deviennent querelleurs et violents ; ce peut être aussi une crise apoplectiforme suivie de délire, qui laisse déjà le malade dans un état de déchéance intellectuelle appréciable ; ou bien encore, un embarras passager de la parole.

Ce ne sont d'abord que simples menaces, auxquelles le médecin, non prévenu, n'attache qu'une médiocre attention.

Mais bientôt ces phénomènes se répètent, se groupent, s'installent d'une façon définitive : la paralysie générale ne peut plus être mise en doute ; c'est elle avec son cortège symptomatique ordinaire : inégalité pupillaire, délire ambitieux, perte profonde de la mémoire et de l'intelligence...

Et c'est à ce moment — nous revenons toujours et volontairement sur ce point qui paraît être l'origine de fréquentes méprises — que, en proie à une excitation continue, sujets à des actes incohérents et dangereux, les malades sont internés ; les symptômes tabétiques semblent disparaître, mais ne sont qu'effacés ; et tel médecin, appelé à voir le patient seulement à cette époque, ne saurait se douter que le paralytique général d'aujourd'hui, est le tabétique de la veille.

En outre — le cas est peut-être fréquent — lorsque les troubles encéphaliques surviennent seulement dans les derniers temps de la vie des tabétiques, ils peuvent ne se manifester qu'à l'état fruste, et ne persister qu'à l'état d'ébauche ; à tel point que si l'on ne les recherchait pas d'une façon un peu minutieuse, ils pourraient passer tout à fait inaperçus.

Ce n'est qu'un degré minime d'affaiblissement intellectuel, ou une diminution peu appréciable de la mémoire, ou un trouble à peine marqué de la parole, ou de la sensiblerie, de l'optimisme. On admet, comme une simple hypothèse, la possibilité du développement d'une encéphalite interstitielle, et le malade meurt. A l'autopsie, on retrouve les lésions très nettes d'une paralysie générale, dont les signes, pendant la vie, avaient été à peine sensibles. M. Raymond a publié un cas très net de ce mode d'évolution.

Telles sont, croyons-nous, d'après la lecture des quelques observations publiées jusqu'à ce jour, les différentes phases par lesquelles passe l'ataxie locomotrice, lorsqu'elle verse dans la paralysie générale.

Mais faut-il, comme le veulent quelques auteurs, établir des différences cliniques entre les symptômes tabétiques survenant comme épiphénomène de la paralysie générale, et ceux qui constituent le tabes vrai, antérieurs à toute manifestation encéphalique ?

Est-il possible — dans l'état actuel de nos connaissances — de distinguer cliniquement le tabes d'origine syphilitique de celui qui n'est pas syphilitique ?

Y a-t-il des groupes de tabes multiples ? Existe-t-il des paralysies générales d'origines diverses ?

Ces questions touchent au débat si controversé, si litigieux des pseudo-paralysies générales. Nous essaierons d'y revenir en quelques lignes, en terminant notre étude.

Toujours est-il que les caractères cliniques différentiels de ces variétés sont encore bien hypothétiques, et la conclusion qui paraît s'imposer, c'est que les accidents évoluent d'une manière différente quand les lésions débutent par la moelle ou par l'encéphale, mais que les symptômes fondamentaux restent les mêmes.

IV

Reste la question de l'anatomie pathologique et du processus des lésions dans la moelle et dans le cerveau. « C'est sur ce terrain que les opinions sont le plus partagées, et c'est au nom de l'histologie que MM. Ballet et Joffroy repoussent toute assimilation d'identité entre le tabes et la paralysie générale » (Rendu).

Comme précédemment, il nous paraît nécessaire de mettre en présence de suite les opinions contradictoires.

Citons d'abord des faits assez significatifs : telles, les observations de Kœberlin, qui, dans 23 cas de paralysie générale, put faire l'examen anatomique détaillé de l'axe médullaire. Cet auteur a constaté les altérations spinales suivantes :

Dans 2 cas, les lésions étaient limitées aux faisceaux pyramidaux latéraux. Dans 6 cas, la dégénérescence spinale était limitée aux cordons postérieurs et dans 4 de ces cas, on ne s'attendait pas à trouver de semblables lésions.

Dans 4 cas, la dégénérescence intéressait à la fois les faisceaux pyramidaux et les cordons postérieurs.

A signaler aussi l'observation de Sommer, où, à l'autopsie, on a rencontré des lésions du tabes dorsalis et les altérations encéphaliques de la paralysie générale.

Enfin, dans une observation qui devint le point de départ de communications ultérieures, et qui commença la discussion dont nous donnons actuellement les principaux éléments, M. Raymond a trouvé, à l'autopsie d'un malade

qui avait présenté des symptômes non douteux d'ataxie et de paralysie générale, des lésions médullaires que l'on peut ainsi résumer.

D'abord, une légère sclérose diffuse de la moelle, attribuable à la paralysie générale et accompagnée d'altérations scléreuses des vaisseaux ; cette lésion était surtout remarquable par son uniformité dans toute l'étendue de la moelle. Il existait, de plus, une sclérose des cordons postérieurs et une sclérose beaucoup plus légère des cordons pyramidaux croisés ; très nettement *systématisées* toutes deux, et pourtant elles étaient aussi nettement péri-vasculaires; une encéphalite interstitielle diffuse prédominant de beaucoup dans l'écorce cérébrale : c'est la lésion caractéristique de la paralysie générale. Enfin, des lésions de névrite périphérique.

Ne savons-nous pas, en outre, que dès 1888, Jendrassik, guidé par des idées théoriques, a trouvé dans deux cas de tabes, au niveau de l'écorce grise des hémisphères, des lésions consistant en la disparition de la myéline des fibres nerveuses et en altérations probables des cellules. Ces lésions seraient identiques à celles que l'on rencontre, selon Mendel, dans la paralysie générale, mais situées dans les circonvolutions des régions postérieures et inférieures des hémisphères, et non dans le lobe frontal, comme il est de règle dans la péri-encéphalite diffuse. Kahler, en 1890, a confirmé le fait observé par Jendrassik (1).

Ces faits, dont il est inutile d'allonger la liste, sur lesquels se fondent ceux qui ne voient dans le tabes et la paralysie générale qu'une même maladie, servent précisément de texte à leurs adversaires pour scinder résolument les deux processus morbides.

Voici, en résumé, les arguments des plus autorisés d'entre ces derniers.

V

Lorsqu'on compare, au point de vue de leur origine et de leur évolution, les altérations de la maladie de Duchenne et celles de la paralysie générale, dit M. Ballet, on constate entre les unes et les autres des différences profondes :

D'abord, les lésions médullaires qui accompagnent l'encéphalite interstitielle diffuse paraissent peut-être systématiques; elles sont diffuses en réalité, car à la sclérose postérieure est associée presque toujours une sclérose du faisceau pyramidal, une sclérose diffuse des cordons antéro-latéraux. Par conséquent, on peut se demander si ces lésions ne sont pas tout à fait particulières, et bien différentes, quant à leur point de départ et aussi quant à leur topographie, des lésions nettement et primitivement systématisées, comme le sont celles de l'ataxie.

On se plaît encore à répéter que l'altération de la paralysie générale est une sclérose, rien n'est moins exact. C'est une inflammation interstitielle, sans doute, mais qui aboutit, non à l'accroissement de consistance des tissus atteints, comme la myélite des cordons postérieurs, mais plutôt à leur ramollissement.

Enfin, l'encéphalite procède des vaisseaux, elle est avant tout péri-vasculaire. La myélite du tabes vrai procède, au contraire, des racines nerveuses, elle est péri-tubulaire.

Par contre, M. Joffroy regarde la cellule comme primitivement malade.

Cela est démontré pour la moelle et très probablement pour l'encéphale; la paralysie générale, ainsi que le tabes, sont de véritables inflammations parenchymateuses du système nerveux. Il semblerait que de cette similitude dût découler l'identité du processus morbide. Malgré cela, M. Joffroy repousse la communauté de nature des deux affections, parce que, dit-il, l'ataxie est une lésion systématique du système sensitif, tandis que la paralysie générale est une lésion diffuse, qui n'a rien de systématique. Les deux affections peuvent s'associer, mais il n'y a qu'une simple coïncidence.

En résumé : 1° les lésions tabétiques observées chez les paralytiques généraux ne sont pas celles du tabes vrai;

2° L'origine et la nature du processus histologique diffèrent dans les deux cas;

3° L'origine des lésions est la même; mais la systématisation absolue des unes, opposée à la diffusion caractéristique des autres, empêche qu'on les puisse assimiler.

Telles sont, en somme, les trois principales objections, tirées de l'étude anatomique comparée. M. Raymond a tenté de prouver leur insuffisance, dans une argumentation remarquablement documentée, dont nous allons chercher à résumer les principaux éléments.

On ne saurait se fonder sur la non-systématisation des lésions spinales observées au cours de la paralysie générale, ou plutôt sur leur diffusion, pour affirmer qu'elles diffèrent de celles du tabes.

Il est un premier fait qu'il faut précieusement garder en la mémoire, car il acquiert, dans cette circonstance, une incontestable valeur :

Les observations qui nous ont fourni les premiers enseignements précis sur la topographie des lésions spinales du tabes dorsalis incipiens, étaient justement des cas de paralysie générale ayant versé dans le tabes.

Il en était ainsi de deux observations de Westphall, d'un cas de Strümpell et de 9 cas sur 9 de Flechsig.

De plus, la participation des autres faisceaux de la moelle aux lésions observées ne saurait permettre de nier l'altération tabétique primitive.

En effet, si la nature systématique des lésions de l'ataxie locomotrice au début est aujourd'hui reconnue par un grand nombre d'anatomo-pathologistes, personne ne nie que, dans la suite, ces lésions se diffusent, et la preuve en est qu'à un moment donné, la presque totalité des cordons postérieurs peut-être trouvée sclérosée, et que certainement dans ces cas avancés, les autres portions de la moelle participent aux lésions, d'une façon plus ou moins apparente; on sait que, dans ces cas, la moelle est atrophiée dans des proportions que n'explique pas l'effondrement des seuls cordons postérieurs. Tous les histologistes reconnaissent qu'une moelle de tabétique ne se durcit pas comme une moelle saine. Il faut beaucoup de soins, des changements fréquents de liquide et beaucoup de temps pour n'obtenir souvent qu'une moelle friable, là où, dans les circonstances normales, le durcissement s'obtient avec la plus grande facilité.

De plus, la participation du faisceau pyramidal au processus anatomo-pathologique du tabes, n'est pas un fait exceptionnel; *c'est un fait habituel;* on peut même se demander si c'est une complication, ou si elle ne fait pas partie intégrante du processus spinal tabétique. Il y a vingt ans, M. Charcot insistait sur l'envahissement fréquent de ce faisceau ;

Erb, dans son travail classique sur le tabes, écrivait

(1) Darier. Anatomie pathologique du tabes, *Gaz. hebd.*

déjà, en 1878, que la participation des cordons latéraux est chose presque régulière.

Westphall, à propos d'un cas de tabes incipiens chez un paralytique général, mentionnait ce fait que l'altération du faisceau pyramidal attestée par la présence de corps granuleux sur des pièces fraîches, peut passer inaperçue sur des pièces durcies, comme cela avait lieu dans le cas en question.

Enfin, Strümpell, tout en considérant comme exceptionnelle la participation des faisceaux pyramidaux, se demande si le tabes ne doit pas être rangé dans les lésions systématiques combinées.

Citons encore un fait emprunté à un récent mémoire de Flechsig (1). Il se rapporte aux dessins qui, d'après les recherches de cet auteur, représentent les portions de moelle lésées dans les cas de tabes incipiens.

Il suffit de jeter un coup d'œil sur ces planches pour se convaincre que le territoire du cordon latéral qui correspond au faisceau pyramidal est envahi par la sclérose.

2° Les lésions ne se rapportent pas au tabes, parce que la myélite des cordons postérieurs est péri-vasculaire et que le tabes procède des racines nerveuses ; elle est péritubulaire.

Or, si l'on peut admettre, avec toute vraisemblance, que dans cette assertion est la vérité, rien ne le démontre actuellement. Vient-on, en effet, à rechercher quelle est la véritable nature du processus histologique des lésions spinales du tabes, on est frappé des divergences d'opinions qui règnent encore sur cette question entre les histologistes les plus compétents. Il est probable que l'évolution du processus histologique varie d'un cas à l'autre pendant la longue période de temps qu'embrasse d'habitude la durée du tabes.

Que la lésion intéresse à ses débuts les fibres nerveuses, cela est très vraisemblable, mais ce qu'on ne peut pas nier, c'est qu'à un moment donné, tous les éléments de la moelle participent au processus histologique, et cela dans une mesure variable d'un cas à l'autre.

M. Raymond rapporte qu'il a pu constater, dans ses nombreux examens histologiques de moelle tabétique, l'inégale répartition des vaisseaux au processus myélitique. A l'appui de cette opinion, on peut citer les observations de Krauss. Étudiant la topographie et la nature histologique des lésions spinales du tabes, cet auteur a constaté, sur quinze examens microscopiques, qu'à côté des altérations des fibres nerveuses il y avait, dans la plupart des cas, des lésions importantes du côté des vaisseaux.

L'altération vasculaire, ajoute Krauss, intéresse à la fois les gros et les petits vaisseaux et les capillaires.

Notons encore, d'après les recherches du même auteur, que dans les cas de dégénérescence secondaire des faisceaux primordiaux de la moelle, qui représente une lésion systématique type, l'épaississement des éléments vasculaires peut se rencontrer dans les zones sclérosées, avec une intensité variable.

D'un autre côté, affirmer que la lésion encéphalique de la paralysie générale est parenchymateuse ou interstitielle au début, c'est émettre, dans l'état actuel de la science, une assertion sans preuve formelle.

De ce que, dans un cas donné, on constate des altérations interstitielles très nettes, prépondérantes comme intensité, à côté d'altérations parenchymateuses (destruction des fibres nerveuses), on ne saurait conclure que la lésion interstitielle a ouvert la marche.

On sait, d'ailleurs, combien grandes sont les hésitations des auteurs spéciaux sur la lésion primitive de l'encéphale.

Dans de nombreux travaux, dont quelques-uns remontent déjà à une dizaine d'années et dont les autres sont tout récents, Tuczek, Zacher, Keraval, Targoula, Klippel ont précisément cherché à faire prévaloir l'opinion suivant laquelle les lésions encéphaliques, dans les cas de paralysie générale, sont primitivement tubulaires.

Si cette opinion s'accréditait, ne conduirait-elle pas à l'identification du processus histologique de la paralysie générale et du tabes dorsalis ?

En résumé, voici ce que l'on constate dans les deux cas :

1° Une destruction plus ou moins grande des tubes nerveux, altération que Tuczek et Zacher ont si bien étudiée dans le cerveau des paralytiques généraux.

2° Une augmentation du nombre des noyaux au début, et un épaississement des fibres de la névroglie. On conçoit, d'ailleurs, que les différences de structure considérables, existant entre la névroglie cérébrale et la névroglie spinale, ne permettent pas de pousser plus loin la comparaison de ce côté, en admettant qu'il fût parfaitement démontré que la nature des deux maladies est identique.

A une période plus avancée, on trouve une atrophie de la névroglie, dans la paralysie générale comme dans le tabes.

Les vaisseaux sont lésés dans les deux cas.

Il est vrai de dire que les lésions vasculaires ne se ressemblent guère dans la paralysie générale et dans le tabes dorsalis.

« Dans la paralysie générale, il s'agit d'une artérite, caractérisée surtout par une multiplication considérable des noyaux arrondis de la tunique moyenne et de la gaine adventice. Dans le tabes dorsalis, les vaisseaux sont plutôt épaissis, sclérosés, sans que la prolifération cellulaire soit bien active, mais ces différences peuvent s'expliquer par la structure variable des vaisseaux de l'encéphale et de la moelle. Il paraît naturel d'admettre qu'un même processus, s'attaquant à des vaisseaux qui ne présentent pas la même structure et la même vulnérabilité, produise des lésions en apparence différentes. Or, il est certain qu'entre les vaisseaux de la moelle et ceux du cerveau, il existe des différences considérables, tant au point de vue de la structure histologique, qu'au point de vue pathologique. Ainsi, les vaisseaux de la moelle n'ont pas une gaine lymphatique comparable à celle des vaisseaux cérébraux ; les vaisseaux de la moelle ne font, pour ainsi dire, jamais d'anévrismes miliaires » (Raymond).

Ce qui, en tout état de cause, paraît ressortir de suite de cette discussion, c'est que la nature du processus histologique de la paralysie générale ou du tabes, n'est pas chose dont l'étude puisse être considérée comme terminée. Il reste encore bien du terrain à franchir avant que la solution exacte en puisse être posée. Que d'inconnu dans toute cette étude !

Toujours est-il qu'il y a destruction des fibres nerveuses, que les lésions encéphaliques ou spinales se présentent avec des apparences différentes, qu'explique probablement la différence de structure des tissus : mais que, pour la paralysie générale, ni pour l'ataxie locomotrice, on ne peut affirmer que la lésion est primitivement parenchymateuse ou interstitielle.

(1) Cité par M. Raymond, *Rev. de méd.*, 1891.

L'origine cellulaire du processus est vraisemblable pour l'une, elle est possible pour l'autre.

VI

Arrivé au terme de cette étude, dans laquelle nous avons cherché à mettre en présence deux opinions opposées actuellement, tout en insistant sur la plus nouvelle et peut-être aussi la plus séduisante, il nous semble qu'il y a quelque intérêt à tirer de ce fait spécial une conclusion d'ordre plus général.

Si l'on admet, avec la très grande majorité des auteurs, que le tabes et la paralysie générale ont la syphilis comme origine commune, syphilis germant d'ailleurs sur un terrain préparé par l'hérédité, les deux maladies doivent rentrer dans le groupe des scléroses viscérales d'origine infectieuse; et tout ce qui est applicable aux scléroses consécutives à une infection, de quelque nature que soit cette infection, est applicable précisément à la syphilis et à ses conséquences éloignées.

Or, pendant toute la durée d'une maladie infectieuse, les lésions et les symptômes relèvent pour une part du microbe lui-même, et dépendent dans leur essence, soit de la localisation de l'agent pathogène, soit de la variabilité de ses attributs spécifiques; mais, lésions et symptômes procèdent aussi, pour une part au moins aussi grande, des produits de sécrétion du micro-organisme. Sur l'infection se greffe l'intoxication de l'économie par les poisons bactériens.

Puis la maladie infectieuse disparaît, elle semble guérie et cependant tout n'est pas fini avec elle.

« Tant que dure la phase aiguë, la pathologie relève du microbe d'une façon prépondérante, quoique déjà la pathologie cellulaire joue un rôle. Plus tard, lorsque le microbe est affaibli ou a disparu, cette pathologie cellulaire passe au premier plan. Entre les deux, et comme moyen d'action, existe en quelque sorte la pathologie chimique née des bactéries » (Charrin).

Le cœur, le foie, les reins, les artères, le système nerveux, tous les systèmes organiques, peuvent être touchés dans la maladie infectieuse, plus ou moins, ensemble ou séparément, suivant le degré de l'infection et l'organe qu'elle a coutume d'envahir de préférence. Puis tout semble rentrer dans l'ordre et des années s'écoulent pendant lesquelles aucun phénomène morbide ne se manifeste. Plus tard, néphrites, hépatites, myocardites, organisées lentement, évoluent de façon chronique. La liste est infinie des scléroses viscérales, des dégénérescences de tout ordre, dont la cause unique réside dans l'atteinte antérieure de l'organisme par l'infection.

Au point de vue anatomo-pathologique, ces scléroses sont banales, au point de vue clinique, ces « séquelles » sont communes; il ne saurait plus être question d'y déceler la présence d'un micro-organisme pathogène. Aux caractères spécifiques d'antan, ont succédé actuellement des caractères communs, la maladie microbienne a fait place à la maladie cellulaire.

La sclérose succède donc à l'infection comme s'enchaînent les effets à leur cause.

L'expérimentation a réussi à affirmer ces faits que la clinique avait permis de prévoir.

Et ces données ne peuvent-elles pas s'appliquer absolument au débat spécial qui nous occupe actuellement?

La syphilis peut faire éclore dans les centres nerveux deux ordres de lésions, ainsi qu'elle peut faire naître deux ordres de lésions dans tout viscère où elle est appelée à se localiser de préférence : cœur, foie, reins, etc.

Les unes, que l'on pourrait qualifier de syphilitiques proprement dites, en ce sens qu'elles procèdent directement du virus spécifique, en ce sens qu'elles paraissent résulter de la pullulation des bactéries pathogènes, sont diffuses, sans localisation systématique, gommeuses; elles intéressent l'appareil vasculaire dans une mesure prépondérante, elles ont une évolution rapide : c'est-à-dire qu'elles sont promptes à éclore, aussi bien que susceptibles de disparaître rapidement sous l'influence du traitement spécifique.

Les autres sont banales, en ce sens que, histologiquement parlant, elles ne présentent aucun caractère qui permette de reconnaître leurs rapports avec la syphilis; elles ressemblent de tous points aux scléroses vulgaires et comme celles-ci, résistent à tout traitement spécifique. Ces dernières sont vraisemblablement les produits d'une intoxication chronique causée par les toxines que sécrètent les bactéries de la syphilis.

Cette doctrine a été explicitement énoncée par Erb et soutenue par Strümpell. Ce dernier auteur croit que le poison syphilitique peut sommeiller pendant des années dans l'organisme, mais peut donner lieu aussi à la production de substances nocives qui agiront sur le système nerveux; le traitement anti-syphilitique n'aura, on le conçoit, qu'une action nulle ou bien faible pour combattre l'effet de ces produits dérivés.

Comme tant d'autres poisons, celui-là aurait une action élective sur certains systèmes de cellules et de fibres. On peut ajouter « que la prédisposition, qu'une vulnérabilité spéciale, d'origine héréditaire, par exemple, paraît avoir une influence sur la production ou sur la localisation de cette détermination organique » (Raymond).

La coïncidence du tabes et de la paralysie générale se trouve ainsi éclairée d'un nouveau jour. Ces deux maladies ne sont, le plus souvent, que des affections post-syphilitiques.

Si cette conception est exacte, elle entraîne forcément à sa suite deux conséquences.

La première est spéciale : ne semble-t-il pas qu'on puisse apercevoir à la lueur de cette hypothèse — si hypothèse il y a — la loi qui préside au développement des pseudo-paralysies générales et des pseudo-tabes syphilitiques? Il est permis de penser que ces « pseudo » affections relèvent directement de la présence, dans des centres nerveux, des micro-organismes spécifiques, lesquels y provoquent des lésions telles, que les symptômes qui en découlent simulent ceux de la paralysie générale ou du tabes vrai.

Le fait de leur curabilité possible rend encore cette théorie plus vraisemblable.

Il ne s'agirait, en somme, que de lésions syphilitiques de la moelle et du cerveau, diffuses, susceptibles de se localiser ici ou là et de prendre parfois le masque du tabes vrai ou de la paralysie générale véritable.

Tout autre serait la genèse de ces deux dernières affections; scléroses post-infectieuses et incurables, elles résulteraient d'une intoxication chronique due à l'élaboration continue de poisons par les microbes pathogènes.

La seconde est d'ordre plus général :

Si l'on admet qu'une toxine est charriée par le sang jusqu'aux centres nerveux, n'enflammera-t-elle pas en même temps la paroi vasculaire et le tissu conjonctif péri-vasculaire, aussi bien que les éléments nerveux de la moelle et du cerveau ?

« Comment démontrer que la dégénérescence a débuté initialement par un de ces éléments et où est la preuve de la subordination chronologique des lésions ? » (Rendu.)

Ce qui revient à poser cette question : Toute sclérose viscérale commence-t-elle par l'élément noble, par la cellule ? débute-t-elle, au contraire, par le tissu conjonctif ?

On ne le saurait dire actuellement. Mais avec les notions que nous possédons sur les maladies infectieuses, avec les données que l'on a des lésions provoquées par les microbes ou leurs toxines, il est évident que les mots, interstitiel ou parenchymateux, appliqués au point de départ d'une dégénérescence viscérale, perdent peu à peu de leur valeur.

La réaction des tissus vis-à-vis des agents infectieux ou des produits élaborés par eux est générale. La systématisation ultérieure des lésions ou leur localisation différente n'est plus qu'une question de degrés, variable d'un cas à l'autre.

Il nous semble donc que nous étions fondé à dire au début de ce travail que, sous l'apparente spécialisation du débat entre le tabes et la démence paralytique, se cachait une des questions les plus importantes de la pathologie générale.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

34. M. Ducellier. Étude anatomo-pathologique des lésions pulmonaires d'origine cardiaque. — 35. M. Brun. Contribution à l'étude des exostoses ostéogéniques. — 36. M. Vic. De la scoliose hystérique. — 37. M. Mourret. Considérations sur les anévrismes diffus compliquant les fractures de jambe. — 38. M. Dumont. Du traitement des calculs vésicaux chez les enfants. — 39. M. Steeg. Période prémonitoire du rhumatisme aigu. — 40. M. Sounie-Moret. De la recherche toxicologique de la cocaïne. — 41. M. Delansorne. Manifestations syphilitiques récidivantes *in situ*. — 42. M. Brion. Étude sur 530 cas d'avortement. — 43. M. Abramovitsch. Contribution à l'étude de la broncho-pneumonie cholérique. — 44. M. Faucillon. Des kystes séreux du pancréas. — 45. M. Cantillo. De l'endocardite dans l'infection tuberculose. — 46. M. Vautier. Contribution à l'étude des crises de tétanie, dans la dilatation stomacale. — 47. M. Schwartz. Dermatoses liées aux troubles gastro-intestinaux chez les enfants. — 48. M. Legras. Du traitement des fistules à l'anus par l'excision et la suture. — 49. M. Dejean. De la bronchite pseudo-membraneuse chronique. — 50. M. Terson. Les glandes acineuses de la conjonctive et les glandes lacrymales. — 51. M. Gotchaux. De la symphyséotomie. — 52. M. Fleury. Essai sur l'anatomie de la rate. — 53. M. Corny. Traitement sur la dacryocystie chronique par le curetage suivi du pansement à ciel ouvert. — 54. M. Bacri. Cure radicale de la hernie ombilicale. — 55. M. Kortz. Maladies de l'aorte et du système artériel dans leurs rapports avec la tuberculose pulmonaire. — 56. M. Vivier. Contribution à l'étude de l'épilepsie chez les enfants. — 57. M. Ravé. Contribution à l'étude des dyspepsies par l'électricité. — 58. M. Borno. Contribution à l'étude de la blépharite ciliaire. Essai d'un traitement par la glycérine au sublimé. — 59. M. Giovanoni. Contribution à l'étude des kystes séreux congénitaux. — 60. M. H. Guénin. Des résultats éloignés du curetage de l'utérus dans le traitement des endométrites chroniques. — 61. M. Lelandais. Diagnostic et traitement des épanchements sanguins intra-craniens (variété sur-duremérienne). — 62. M. Perlis. Contribution à l'étude du traitement des tuberculoses locales par la méthode sclérogène (méthode de M. Lannelongue).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 11 janvier 1893, M. Charles Dupuy, député, est nommé ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes.

— *Hôpitaux de Poitiers.* — Les concours de l'internat et de l'externat se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Griffault et Guyon ; interne suppléant : M. Ortowski.

Externes : MM. Petit, Solon, Castaing et Bonnarme.

— Le « Congrès annuel des médecins aliénistes de France et des pays de langue française » se réunira à La Rochelle, du 1er au 6 août 1893.

Ordre des discussions : 1° Des auto-intoxications dans les maladies mentales (Rapporteurs : MM. Régis et Chevalier-Lavaure); 2° Des faux témoignages des aliénés devant la justice (Rapporteur : M. Cullerre) ; 3° Des sociétés de patronage des aliénés (Rapporteur : M. Giraud.)

Les adhésions et les cotisations (20 francs) doivent être adressées à M. H. Mabille, directeur-médecin en chef de l'asile de Lafond (La Rochelle).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Horteloup, chirurgien de l'hôpital Necker et membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique. Notre distingué confrère a succombé à Hyères. La date des obsèques n'est pas encore fixée.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des résections et des opérations conservatrices qu'on peut pratiquer sur le système osseux, par M. le professeur L. Ollier. In-8°. — Prix de l'ouvrage complet (3 vol.) : 50 francs. — Paris, G. Masson.

Traité clinique des maladies du cœur et des vaisseaux 2e édition), par H. Huchard, médecin de l'hôpital Bichat. 1 fort vol. in-8°. — Prix : 16 francs. — Paris, O. Doin.

Traité pratique des eaux minérales et éléments de climatothérapie, par le docteur Mœller. In-8°. — Prix : 15 francs. — Bruxelles, A. Manceaux ; Paris, G. Masson.

Démonstrations d'anatomie, par le docteur Pierre Sébileau, prosecteur à l'École d'anatomie des hôpitaux. 1 vol. gr. in-8°. — Prix : 10 francs. — Paris, G. Steinheil.

Variolo-vaccine; contribution à l'étude des rapports qui existent entre la variole et la vaccine; réponse à M. le docteur Chauveau, par Ch. Haccini. In-8°. — Prix : 5 francs. — Genève, H. Georg ; Paris, G. Masson.

De la cataracte corticale vulgaire, par le docteur A. Ferret. 1 vol. in-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Trois saisons à Hammam-Maskoutine, par le docteur A. Piot. 1 vol. in-8°. — Prix : 4 francs. — Société d'éditions scientifiques.

Paludisme chronique (*Bibliothèque Charcot-Debove*), par le docteur Catrin. 1 vol. in-16, reliure d'amateur, tête dorée. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

L'hygiène nouvelle dans la famille, par le docteur A. Caucalon. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

De la valeur et des effets du lait bouilli et du lait cru dans l'allaitement artificiel, par le docteur H. Drouet. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Hygiène et traitement du diabète (3e édition), par le docteur E. Monin. 1 vol. in-12. — Prix 3 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 7. — MARDI 17 JANVIER 1893. 66e ANNÉE. MARDI 17 JANVIER 1893. — N° 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 16 janvier 1893.

La Société médicale des hôpitaux n'a pas tenu de séance le 13 janvier, en signe de deuil, M. Desnos, médecin de la Charité, son président sortant, étant mort subitement la veille.

A propos du procès-verbal de la dernière séance, M. Laveran a seulement rapporté l'histoire intéressante d'un diabétique mort d'endocardite infectieuse au Val-de-Grâce. On avait cru à des accidents de coma diabétique, et la lésion du cœur avait été une surprise d'autopsie. La porte d'entrée de l'infection paraissait avoir été l'estomac. Il est à noter que, chez ce diabétique, le pancréas a paru sain tant à l'examen macroscopique qu'à l'examen histologique.

Dans deux cas, M. Laveran a vu la thrombose du sinus latéral et l'infection purulente succéder à une otite suppurée : ces faits sont, du reste, classiques.

M. Gérin-Roze représentera les médecins des hôpitaux dans le jury qui jugera les projets de construction de l'hôpital Boucicaut. Un concours a été institué en exécution même du testament de la légatrice.

HOPITAL SAINT-SAUVEUR DE LILLE. — M. G. Phocas.

Du spina ventosa : son traitement.

La tuberculose osseuse, qui affectionne généralement les épiphyses, se cantonne avec une insistance remarquable et à titre exceptionnel aux diaphyses des os longs des extrémités, et cette forme de tuberculose, observée surtout chez l'enfant, a reçu le nom de spina ventosa.

C'est une affection spéciale à l'enfant, à tel point que Volkmann niait son existence chez l'adulte et que, dans la thèse de M. Arbaud (Bordeaux, 1886), consacrée au spina ventosa des adultes, on ne trouve que quatre observations dont deux ne sont pas très probantes.

Je voudrais, dans cette leçon, tout en vous esquissant à grands traits, les principales lignes d'une maladie si commune, vous donner mon impression sur les nombreux moyens thérapeutiques qui lui ont été opposés.

La maladie, connue depuis la description de Boyer, fut d'abord rattachée à la tuberculose par Nélaton (1836) ; mais elle subit le sort des autres tuberculoses locales et après les vicissitudes que la doctrine de Virchow a fait traverser à ces maladies, le spina ventosa ne fut consacré définitivement tuberculeux que grâce aux travaux de Parrot et de M. Lannelongue.

A cette heure, nulle contestation, les preuves sont nombreuses et pour les mieux fixer dans votre esprit, je les classerai en trois ordres : 1° preuves cliniques ; 2° anatomo-pathologiques ; 3° expérimentales.

1° La clinique, depuis longtemps, avait fait du spina ventosa une affection des scrofuleux. Goetz, dans le travail duquel toute une génération a puisé des renseignements, ne formulait-il pas une conclusion, d'après laquelle « la cause, pour ainsi dire unique, du spina ventosa, est la scrofule à tous les degrés. La tuberculose des parents et des enfants viendrait ensuite. » Goetz écrivait, en 1877, quand la scrofule, ainsi que le fait remarquer M. Lannelongue, n'était pas encore entamée. Aujourd'hui, quand nous lisons le mot de scrofule, nous pensons qu'il s'agit de tuberculose. L'observation journalière nous apprend, en outre, que, depuis le spina ventosa unique jusqu'au spina ventosa multiple accompagné de toutes les tuberculoses de l'appareil locomoteur et jusqu'à la tuberculose viscérale et la méningite, il y a des gradations insensibles et comme une chaîne non interrompue.

2° Les travaux de M. Parrot (1), de M. Lannelongue (2), ceux de Kiener et Poulet (3), ont mis hors de doute la nature tuberculeuse de l'affection. On trouve, en effet, des nodules tuberculeux, à côté d'autres lésions inflammatoires.

Enfin, la recherche des bacilles est venue confirmer la nature des produits.

3° L'expérimentation a permis à Müller (4) de reproduire sur des animaux une maladie analogue au spina ventosa en injectant des produits tuberculeux dans les os.

A côté du spina ventosa tuberculeux, on en a décrit un autre syphilitique. A la suite des travaux de Taylor, Schmitt,

(1) Parrot. *Gaz. méd. de Paris*, 1880, p. 601, 677 et 694.
(2) Lannelongue. *Abcès froids et tuberculose osseuse*, 1883.
(3) Kiener et Poulet. *Arch. de physiol.*, 1883.
(4) Muller. *Centralbl. f. Chir.*, août 1886.

Parny et de l'excellente thèse de Beauregard, cette affection paraît définitivement admise.

Cependant, il ne faudrait pas s'empresser d'éliminer la tuberculose, quand il s'agit d'enfants, même dans les cas qui paraissent se prêter le mieux à cette élimination. L'année dernière, un enfant de six mois me fut adressé par M. le professeur Leloir, dont on connaît la grande expérience syphiligraphique. Cet enfant était syphilitique et portait sur la face des éruptions incontestables. Le médius de la main gauche présentait, en outre, au niveau de sa seconde phalange, une tuméfaction en tout analogue au spina ventosa. Il existait de la fluctuation. L'état général périclitait et, dans la pensée d'activer la guérison, après avoir tenté inutilement le traitement anti-syphilitique, nous avons fait la résection de la phalange malade et dénudée. La plaie se réunit et tout semblait vouloir marcher à souhait, quand une méningite tuberculeuse emporta le malade trois semaines après notre intervention. Notons en passant que le dépérissement de l'état général devait être probablement mis sur le compte de la méningite commençante avant l'opération.

Ce fait montre, en tout cas, combien on doit mettre des restrictions avant de déclarer incontestablement syphilitique un spina ventosa chez l'enfant.

Je passerai rapidement sur la description du spina ventosa débutant, au niveau d'une phalange (ordinairement la première), par une tuméfaction, un boursouflement du doigt. La peau, qui reste pendant longtemps intacte, rougit à son tour, s'amincit, se perfore et la période des fistules commence. Les fistules siègent sur les côtés des doigts, là où l'os est plus près de la peau. A travers la fistule, le stylet pénètre profondément dans le centre de l'os. Plus tard, si l'affection progresse, des graves désordres se réalisent, les tendons extenseurs se dénudent, les articulations sont envahies et le doigt devient une véritable éponge purulente.

Cependant, la maladie peut guérir et guérit souvent.

La restitution *ad integrum* peut être obtenue. Plus souvent, il persiste des déformations qui ont été récemment l'objet d'une étude remarquable de la part de M. Lannelongue (1). Les phalanges sont modifiées dans leur longueur ou dans la direction de leur axe. Tantôt allongée, plus souvent raccourcie, la phalange, sur laquelle la maladie a évolué, contraste par son aspect avec les phalanges restées saines. Le métacarpien lui-même, soutien osseux de la phalange, peut, par sa destruction, diminuer la hauteur du doigt qui paraît rentré, ou irrité dans son cartilage de conjugaison, il peut déterminer un allongement du doigt resté sain. La destruction du métacarpien aura pour effet de priver le doigt de son soutien naturel et de le rendre ballottant. Les articulations envahies guériront avec des modifications dans leurs surfaces articulaires, d'où résultera la luxation pathologique, commandée et régie par l'ulcération compressive, des décollements épiphysaires imprimeront des directions anormales au doigt, sans compter les aberrations dans l'ossification de l'os nouveau qui remplace l'os malade, car, c'est comme partout, la tuberculose osseuse procède par destruction centrale et réparation périostique.

On pourrait résumer ces déformations finales du spina ventosa des mains dans les termes suivants :

Le doigt guéri peut devenir *rentrant*, *allongé*, *flottant*, *repoussé*, *dévié ou luxé*.

(1) LANNELONGUE. Congr. franç. de chir., 1889.

Ne fût-ce qu'à cause de ces déformations et indépendamment des autres dangers qu'il entraîne, le spina ventosa devait être traité le plus tôt possible.

Cependant, le traitement chirurgical n'est pas souvent de mise. Quand la peau est intacte et que les articulations sont saines, à la première période de la maladie, il suffit d'instituer un traitement général convenable et d'envelopper le doigt malade dans une carapace d'emplâtre de Vigo. Ce moyen nous a donné, ainsi qu'à beaucoup d'autres chirurgiens, des résultats surprenants.

Quand il existe des fistules, la compression peut être encore essayée, mais, en général, il est préférable d'intervenir par des injections modificatives, la cautérisation ou une intervention chirurgicale.

Ces différents modes de traitement ne sont pas indifférents à employer dans un cas donné. Ils me paraissent avoir quelques indications précises, qui sont tirées de l'âge du malade, de la forme et du siège de la maladie, de l'état général.

Il est évident que, sur les tout jeunes enfants, les procédés les plus simples seront préférables et que les injections d'huile iodoformée poussées à travers la fistule, les injections de M. Lannelongue faites autour de la fistule, les cautérisations au thermocautère seront, le plus souvent, employées. Je fais, cependant, des réserves pour les injections de M. Lannelongue, qui m'ont paru dangereuses dans le spina ventosa, à cause des escharres que j'eus une fois à déplorer. La dose sera donc mesurée avec soin pour éviter cet accident.

De même, si le spina ventosa est multiple, qu'il occupe un grand nombre de points au niveau des membres supérieur et inférieur, nul ne songera à traiter au bistouri ces points multiples de tuberculoses osseuses.

Nous avons eu, dans ces cas, des bons résultats de la cautérisation profonde au thermocautère et des injections d'huile iodoformée à la chute des escharres ; dans l'intervalle nous faisons faire de la compression avec des bandelettes de Vigo.

Chez les enfants un peu plus grands et dans les formes discrètes du spina ventosa, divers procédés chirurgicaux peuvent être mis en usage.

L'évidement a eu ses fervents partisans et reste encore aujourd'hui la méthode favorite de beaucoup de chirurgiens. La curette portée à travers la fistule agrandie nettoie la cavité osseuse, enlève les fongosités et même des parcelles d'os.

Nous avons souvent combiné à l'évidement la cautérisation, plongeant le thermocautère dans les points évidés. Nous avons ainsi obtenu quelques succès. On peut objecter à cette manière de faire les fréquentes récidives, la destruction osseuse qu'elle entraîne, la lenteur de la cicatrisation et peut-être même l'ensemencement des bacilles qu'on remue dans un terrain infecté. Sur une jeune fille de douze ans, la récidive est survenue avant la fermeture de la plaie et la généralisation tuberculeuse a rapidement emporté la malade. La généralisation n'était-elle qu'une coïncidence fortuite par rapport à l'opération ? Il sera toujours difficile de se prononcer.

Toujours est-il que la résection sous-périostée paraît donner des espérances bien meilleures. Méthode radicale, elle supprime du premier coup l'os malade et laisse à sa suite une plaie devant rapidement guérir. La difficulté opératoire serait négligeable si la résection ne tablait un

peu trop sur la vitalité du périoste déjà malade lui-même, et pouvant se montrer au-dessous de sa tâche. C'est au moins l'opinion de certains chirurgiens. Les deux résections de phalanges que nous avons pratiquées ne nous ont pas paru avoir donné un résultat bien meilleur que celui de l'évidement associé à la cautérisation. M. Kümmer (de Genève) vient, cependant, de publier une observation de résection de la phalange de l'index avec greffe osseuse selon le procédé de MM. Le Dentu et Buscarlet (1). Le résultat fut bon. Il n'y a donc pas lieu de condamner la résection des phalanges et cette méthode mérite qu'on l'expérimente de nouveau.

Quant aux métacarpiens, je crois que la résection est supérieure à l'évidement. J'ai pratiqué deux fois cette opération. Dans les deux cas, j'ai réséqué le premier métacarpien chez des enfants âgés de cinq et sept ans. La réparation fut obtenue dans les deux cas et les mouvements du pouce n'ont pas souffert.

Dans un cas, j'ai introduit un os décalcifié dans la gaine périostique conservée; dans l'autre, je me suis contenté de réunir. L'os décalcifié est resté pendant un mois en place, mais, au bout du troisième mois, j'ai constaté que le pouce, sans être ballant, n'avait pas un point d'appui solide sur le nouveau métacarpien. L'ossification n'a pas été complète; malgré cela les mouvements d'opposition s'exécutaient très bien.

Je crois, en somme, que dans le spina ventosa des métacarpiens on peut, avec avantage, user de la résection, mais qu'il faut encore réserver la question de l'utilité de cette opération, quand il s'agit de spina ventosa des phalanges.

L'amputation est la dernière ressource commandée par les désordres locaux et le mauvais état général. On aura bien rarement l'occasion de la faire.

(1) Buscarlet. La greffe d'os morts, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1891, p. 1361.

LES ALCALINS DANS LE TRAITEMENT DE LA DYSPEPSIE

Par le docteur Albert Mathieu,
Médecin des hôpitaux.

I

Les alcalins sont employés, depuis longtemps, contre la dyspepsie, et leur réputation est aussi bien établie pour les malades que pour les médecins. Cependant, jusque dans ces derniers temps, leur usage est resté presque complètement empirique, et, à l'heure actuelle, on ne possède encore qu'une interprétation incomplète, sommaire, de leur action sur la digestion gastrique, la seule dont nous puissions nous occuper ici, ne sachant rien, hélas! de leur influence sur la digestion pancréatico-intestinale. Cependant, les recherches faites, depuis dix ans d'ici, ont transformé le chapitre de la dyspepsie stomacale, et si on ne sait pas encore parfaitement comment formuler les indications qui en résultent, on a, au moins, quelques notions exactes sur l'état chimique des gastro-dyspeptiques. Guidé par ces données, on a fait des tentatives thérapeutiques nouvelles avec de très vieux médicaments, en général : on a, en particulier, modifié beaucoup l'emploi des alcalins. Nous voudrions indiquer dans une courte revue où l'on en est à leur égard, à l'heure actuelle.

Le sel alcalin le plus employé, c'est le bicarbonate de soude, soit en nature, soit sous forme d'eau minérale. C'est lui que les médecins et les expérimentateurs ont pris pour base dans leurs recherches.

Suivant la dose et l'heure à laquelle on l'emploie, le bicarbonate de soude peut être considéré comme destiné à neutraliser un excès d'acide dans le suc gastrique ou, au contraire, à provoquer une sécrétion plus active de l'acide chlorhydrique et de la pepsine.

L'*hyperchlorhydrie* appelle souvent la neutralisation; elle en est l'indication principale. Dans l'hyperacidité organique, il faut avant tout combattre la fermentation qui lui donne naissance, la neutralisation par les alcalins ne peut être, avec elle, qu'un moyen d'atténuation, symptomatique et passager.

L'hyperchlorhydrie se présente sous quatre formes cliniques principales :

1° L'hyperchlorhydrie avec hypersécrétion continue et stase gastrique [maladie de Reichmann (1)];

2° L'hyperchlorhydrie avec hypersécrétion sous forme de crises gastriques plus ou moins espacées;

3° L'hyperchlorhydrie compliquée d'ulcère simple de l'estomac ou du duodénum;

4° L'hyperchlorhydrie simple, sans hypersécrétion continue, qui se caractérise surtout par l'exagération du taux de l'acidité chlorhydrique et la durée trop prolongée de cette acidité.

Il n'entre pas dans notre plan d'exposer ici les symptômes de ces diverses variétés cliniques d'hyperchlorhydrie, nous rappellerons seulement que l'excès d'acide chlorhydrique libre ou combiné, la persistance de sa production alors qu'il n'y a plus, dans l'estomac, une quantité suffisante d'aliments azotés pour l'atténuer, sont une cause de vives douleurs, parfois de vomissements et d'auto-digestion de la muqueuse. L'auto-digestion de la muqueuse, dans les points où il y a des foyers de gastrite intense, amène la production de l'ulcère simple.

Dans l'hyperchlorhydrie avec hypersécrétion continue et dans l'ulcère simple, il faut obtenir une neutralisation complète de l'acide chlorhydrique. Les alcalins doivent être employés à dose élevée, par prises espacées et répétées. Voyons donc quelle est la quantité qu'on doit en employer.

Il faut, cela va de soi, en donner une quantité suffisante pour saturer l'acidité de l'estomac, acidité évaluée en acide chlorhydrique, bien qu'elle ne soit pas due exclusivement à cet acide. Malheureusement nous n'avons que des notions imparfaites sur la quantité d'acide que fournit la muqueuse stomacale, soit à l'état physiologique, soit à l'état pathologique.

« Un chien qui pesait 18 kilogrammes nous a donné, dit M. Béclard, en moyenne 72 grammes de suc gastrique à l'heure.

La quantité de suc gastrique secrétée dans l'espèce humaine a été évaluée à plus de 500 grammes à l'heure, par MM. Bidder et Schmidt, sur une femme atteinte de fistule gastrique; en tenant compte du poids, ce sont là, à peu près, les mêmes proportions que pour le chien (2). »

En supposant que cette sécrétion se continue ainsi pendant dix heures par jour, pendant la durée de la digestion

(1) La maladie de Reichmann a été fort bien étudiée dans un travail de MM. Bouveret et Devic (de Lyon), dont nous recommandons la lecture à tous ceux que la question intéresse.

(2) Béclard. *Traité de physiologie*, 7e édit., t. I, p. 90.

gastrique, ce qui est loin d'être exagéré, c'est donc, comme l'admet M. Debove (1), 5 litres de suc gastrique qu'il faudrait saturer.

En supposant une acidité de 3 p. 1000, chiffre souvent dépassé dans l'hyperchlorhydrie, on arrive ainsi à 15 grammes d'acide chlorhydrique.

Combien faut-il de bicarbonate de soude pour saturer 15 grammes d'acide chlorhydrique?

L'équivalent chimique du bicarbonate de soude est de 54; celui de l'acide chlorhydrique, 36,5; il faut donc 1gr47 (1gr50 en chiffre rond) de bicarbonate de soude pour saturer 1 gramme d'acide chlorhydrique. Il en faudrait, par conséquent, 22gr50 pour saturer les 15 grammes d'acide chlorhydrique que nous avons admis.

Or, c'est là un chiffre certainement faible, lorsqu'il s'agit de malades *hypersécréteurs*, qui sécrètent une quantité exagérée d'un suc gastrique *hyperchlorhydrique*. Mais il faut tenir compte, d'autre part, de l'action des aliments. Le lait, la poudre de viande, si justement employés dans ces cas, agissent, eux aussi, comme anti-acides, anti-chlorhydriques : ils saturent par leurs substances albuminoïdes une certaine quantité d'acide. On peut donc admettre, ce qui confirme la clinique, qu'à des malades, alimentés par le lait, ou par le lait et la poudre de viande, 20 à 30 grammes de bicarbonate de soude par jour suffiront pour combattre l'hypersécrétion chlorhydrique.

Comme cette hypersécrétion est continue, l'administration du bicarbonate de soude sera elle-même continue; on le donnera par doses espacées, mélangé au lait, à la poudre de viande. Le gavage à la poudre de viande alcalinisée est un excellent moyen, qui, proposé par M. Debove dans les cas d'ulcère simple, peut être également employé dans l'hypersécrétion chlorhydrique. On donne à la fois le gavage et le régime lacté.

Quand on prescrit le lait comme régime exclusif et le bicarbonate de soude à dose élevée, il ne faut pas mélanger le bicarbonate à la totalité du lait. Il vaut mieux procéder de la façon suivante : le malade prend toutes les deux heures ou deux heures et demie un demi-litre de lait en quinze ou vingt minutes, jusqu'à concurrence de 3 litres par jour. Le lait est additionné de 30 à 40 grammes d'eau de chaux par litre. Le bicarbonate de soude est donné — en cachets, en solution dans de l'eau ou dans une petite quantité de lait, peu importe — une heure et une heure et demie plus tard, par doses de 2 grammes environ. En cas de douleurs nocturnes, ce qui est fréquent, il faut en réserver une certaine quantité, qui sera prise par fractions espacées pendant la nuit. C'est pendant la nuit aussi qu'on aura recours aux calmants (eau chloroformée, chlorhydrate de cocaïne, extrait gras de cannabis indica). On arrivera ainsi aux 20 à 30 grammes qui doivent constituer la dose quotidienne.

Dans l'hyperchlorhydrie digestive simple, sans hypersécrétion continue, qui se traduit exclusivement par des douleurs survenant deux à quatre heures après le repas, le bicarbonate de soude sera donné, en quantité plus faible (10 à 15 grammes), tardivement après le repas, par doses successives, en commençant une demi-heure ou une heure avant le moment où les douleurs se font habituellement sentir.

Les cas dans lesquels cette façon de faire n'a donné que des résultats négatifs sont ceux dans lesquels le diagnostic d'hyperchlorhydrie avait été fait sans examen chimique de l'estomac, d'après les probabilités fournies par un simple interrogatoire du malade, ou encore ceux dans lesquels on n'avait pas ordonné en même temps un régime alimentaire en rapport avec l'état des sécrétions gastriques.

(1) Debove et J. Renaut. *Ulcère simple de l'estomac.*

Les divergences qu'on peut relever dans l'opinion et la pratique des médecins qui ont publié des travaux sur ce sujet s'expliquent surtout parce que quelques-uns d'entre eux ont la prétention, très mal fondée, de diagnostiquer l'hyperchlorhydrie, sans examen chimique du suc gastrique. En se basant sur le seul examen extérieur, on diagnostique souvent l'hyperchlorhydrie, alors qu'elle n'existe pas, et réciproquement. Qu'il s'agisse de régime ou de médication, une opinion n'est fondée à ce point de vue que quand elle s'appuie sur des constatations chimiques directes. Sans ce critérium, elle n'a aucune valeur (1).

Chez les hyperchlorhydriques, la douleur disparaît dans le plus grand nombre des cas, sous l'influence du régime et de la neutralisation de l'excès d'acidité gastrique. Quand cette douleur persiste, c'est que le régime est mal établi ou mal suivi, les doses d'alcalin insuffisantes ou mal réparties. Il y a là un critérium non pas absolu, comme le croient à tort quelques-uns, mais très important en clinique.

On sait que très fréquemment des sensations de malaise, la brûlure, le pyrosis, les aigreurs qui surviennent après les repas, plus ou moins rapidement, sont soulagés presque immédiatement par l'absorption d'une très petite quantité de bicarbonate de soude et beaucoup de malades sont toujours munis de pastilles alcalines. Il leur suffit d'en sucer quelques-unes pour voir disparaître ces accidents. L'explication de ce qui se passe en semblable circonstance n'est pas encore nettement donnée. On ne sait pas si ce qui prédomine dans ces cas n'est pas un trouble moteur qui ramène dans l'œsophage et jusque dans la bouche, par un mouvement anti-péristaltique, une petite quantité du contenu stomacal. Il est probable, en tout cas, que certaines personnes ont une véritable hyperesthésie de l'estomac et qu'il suffit d'une minime hyperacidité fermentative pour leur causer de la brûlure stomacale, sinon une véritable douleur. On voit du reste, dans quelques cas exceptionnels, l'hyperacidité organique donner lieu à des douleurs tardives intenses et parfois à des vomissements exactement comme l'hyperchlorhydrie. L'hyperacidité de fermentation de quelque intensité ne va guère sans un certain degré de stase, et le bicarbonate de soude est, dans ces conditions, un palliatif symptomatique qui paraît être plutôt d'une action défavorable sur l'état chimique de l'estomac. C'est à d'autres moyens qu'il faut s'adresser pour obtenir la disparition des fermentations organiques et de la stase gastrique. Ce n'est pas le lieu d'y insister ici.

Le bicarbonate de soude peut avoir certains inconvénients et être mal toléré par quelques malades. Pris à haute dose, il peut provoquer :

1° Du dégoût à cause de sa saveur, chez ceux qui ne peuvent l'avaler en cachets;

2° Un développement gênant de gaz dans l'estomac (on y obvie en le donnant par doses fragmentées);

(1) Voir, comme exemple de ces divergences et de ces erreurs, une récente discussion à la Société de thérapeutique sur le régime des hyperchlorhydriques.

3° Des douleurs dans les reins, de l'irritation de la vessie;
4° De la diarrhée.

Il est donc parfois utile, nécessaire même, de le remplacer, en partie ou en totalité, par des alcalins équivalents. On peut avoir, de plus, à combattre quelques symptômes particuliers : la constipation, la diarrhée, par exemple, contre lesquels agissent favorablement certaines autres bases.

Boas (1), s'appuyant sur les équivalents chimiques, admet qu'à poids égal, la magnésie calcinée sature quatre fois plus d'acide chlorhydrique que le bicarbonate de soude, et le phosphate ammoniaco-magnésien deux fois plus.

D'après cela, pour représenter 20 grammes de bicarbonate de soude, on pourrait donner 5 grammes de magnésie ou 10 grammes de phosphate ammoniaco-magnésien, ou encore 2gr50 de magnésie calcinée et 5 grammes de phosphate ammoniaco-magnésien.

Les formules suivantes :

1° Bicarbonate de soude	10 grammes.
Magnésie calcinée.	5 —
2° Bicarbonate de soude	10 —
Magnésie calcinée.	2gr50
Phosphate ammoniaco-magnésien.	5 grammes.

équivalent donc chimiquement à 30 grammes de bicarbonate de soude.

En cas de diarrhée, il convient d'employer la craie préparée, le sous-nitrate de bismuth; en cas de constipation, la magnésie calcinée ou la magnésie blanche. La magnésie est encore indiquée dans les cas de flatulence marquée à cause de son pouvoir d'absorption pour les gaz.

Les Anglais emploient volontiers, à dose relativement élevée, une liqueur de potasse qui résulte du mélange suivant :

Carbonate de potasse. . . .	500 grammes.
Chaux vive	250 —
Eau	4000 —

Il se fait de la potasse caustique; on en donne dans l'eau, le lait ou tout autre véhicule, de x à xl gouttes après le repas. Nous expérimentons actuellement cette prépara tion.

L'eau de chaux est fréquemment utilisée. Pour notre part, dans les cas d'hyperchlorhydrie ou d'ulcère rond, nous ajoutons toujours 30 à 40 grammes d'eau de chaux par litre de lait. Nous sommes persuadé que le lait est ainsi beaucoup plus facilement supporté. Cela est peut-être dû à l'action spéciale de la chaux sur la présure gastrique. On ne peut guère, en effet, invoquer le pouvoir saturant de l'eau de chaux, car sa richesse en chaux est très faible. Elle n'en renferme que 1gr28 par litre. Un litre d'eau de chaux ne saturerait donc guère plus d'un gramme d'acide chlorhydrique.

Nous ne nous sommes guère occupé, aujourd'hui, que des alcalins donnés à dose massive; dans un prochain article, nous chercherons quel bénéfice on peut tirer de l'administration des doses faibles, et quelles semblent être leurs indications.

(1) Boas. *Allgemeine Diagnostikund Therapie der Magenkrankheiten*, 1890.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 janvier 1893. — Présidence de M. Chauvel.

COMMUNICATIONS

Double luxation congénitale de la hanche; opération de Hoffa. — M. **Quénu** communique l'observation d'un enfant de quatre ans, atteint d'une double luxation congénitale de la hanche.

En juin 1891, il fit l'opération de Hoffa, d'abord du côté droit. Après avoir désinséré les muscles trochantériens et mis à nu la tête fémorale, il essaya de l'abaisser et de la repousser dans la cavité; mais, malgré différentes manœuvres, il ne put obtenir cette réduction et crut devoir pratiquer la résection. En recherchant les causes de l'irréductibilité, il a constaté une exagération de l'angle du col sur le corps de l'os et un allongement de la tête.

Six mois après, il procéda à l'opération du côté gauche, mais il n'a pas eu plus de succès dans ses tentatives de réduction et il fit également la résection de la tête.

Depuis cette double intervention, l'ensellure s'est favorablement modifiée et il y a une amélioration de l'état général.

Abcès intra-cérébral consécutif à une suppuration de l'oreille; trépanation, ponction et incision de l'abcès; guérison. — M. **Terrillon** communique une observation sur ce sujet.

M. **Championnière** fait observer qu'il est fréquent de noter que l'évolution des accidents se fait d'une façon intermittente et offre, en général, une assez longue durée.

Il signale un second fait intéressant et commun aux interventions sur le cerveau, c'est la lenteur de la réparation, qui peut s'expliquer par l'état inflammatoire des parties périphériques. Mais, comme les accidents menaçants disparaissent après l'évacuation de la collection purulente, il n'y a pas à s'en préoccuper outre mesure et surtout, il n'est pas nécessaire d'intervenir de nouveau rapidement.

Il est difficile de poser un diagnostic anatomique précis, ce qui doit engager à créer une large voie d'accès. Quant à la persistance de la suppuration de l'oreille, c'est un fait très fréquent; elle peut devenir, dans l'avenir, la cause de nouveaux accidents.

ÉLECTIONS

Ont été nommés :

Associés étrangers : MM. Cheever (de Boston); Saxtorph (de Copenhague) et Socin (de Bâle).

Correspondants étrangers : MM. Édouard Martin (de Genève); Sylveiter Saxtorph (de Copenhague); Vlaccos (de Mytilène) et Wier (de Colombie).

Correspondants nationaux : MM. Denucé (de Bordeaux); Étienne (de Toulouse); Février (de Nancy); Gellé (de Provins); Leclerc (de Saint-Lô) et Vincent (d'Alger).

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique des eaux minérales et éléments de climatothérapie (1), par le docteur Mœller.

Ce livre est surtout un manuel des indications thérapeutiques, en ce qui concerne les eaux minérales et les stations climatothérapiques. Étant donné une maladie quelconque, on peut, grâce à la table alphabétique qui le termine, trouver immédiatement les eaux ou les stations qu'on considère comme capables ou qui ont la prétention de guérir ou de soulager la maladie en question. Étant donné une station quelconque, on peut, d'autre

(1) In-8°. Prix : 15 fr. — Bruxelles, A. Manceaux; Paris, G. Masson.

part, savoir immédiatement où elle se trouve, de quelles ressources médicales elle dispose. Le reproche qu'on peut faire à ce traité, comme du reste à la plupart des ouvrages semblables, c'est de ne pas être suffisamment empreint d'un juste esprit de critique et de scepticisme. L'auteur prend un peu trop comme argent comptant des indications médicales qui ne reposent pas toujours sur des bases suffisamment scientifiques. Où est le savant, le clinicien consommé, qui nous fera un livre clair et sommaire dans lequel l'action thérapeutique des eaux et des stations sera ramenée à sa juste valeur ?

Variolo-vaccine; contribution à l'étude des rapports qui existent entre la variole et la vaccine (1); réponse à M. le professeur Chauveau, par Ch. Haccus.

Voici les conclusions de ce travail :

1° La variole humaine est non seulement inoculable à la race bovine, mais, grâce à un procédé opératoire bien entendu, on peut obtenir, après quelques générations sur le veau, des pustules localisées au point d'inoculation, qui présentent tous les caractères de l'éruption vaccinale (cow-pox) et évoluent absolument comme elles.

Le virus fourni par ces pustules se cultive comme le vaccin, aussi bien d'animal adulte à animal adulte que de veau à veau, par incisions comme par piqûres sous-épidermiques.

2° Les difficultés qu'ont rencontrées la plupart des expérimentateurs pour obtenir des pustules utilisables (les petits nodules ne l'étant pas), paraissent dues surtout aux procédés opératoires employés.

L'ensemencement de la variole aux animaux, pour être plus facilement suivi de succès, doit se faire par de grandes surfaces. En ouvrant ainsi une large porte à l'inoculation, on favorise l'évolution des pustules utilisables. Celles-ci une fois obtenues, la chaîne de culture du virus se fait sans difficulté dans les générations subséquentes.

3° Les pustules d'origine variolique ainsi obtenues sont devenues variolo-vacciniques, c'est-à-dire qu'elles ont perdu les caractères dangereux de la variole, après un certain nombre de passages à travers les bovidés. Le nombre de ces passages ne saurait être précisé d'une façon absolue. Il est probable qu'il varie selon le degré d'activité première de l'agent pathogène, peut-être aussi selon le milieu animal sur lequel on opère.

Mais si, jusqu'à présent, il n'a pas été permis de reconnaître exactement le moment où se produit la modification du virus, l'expérience nous apprend qu'un nombre restreint de générations suffit pour écarter toute crainte d'un retour vers la malignité variolique.

L'atténuation est acquise. Le variolo-vaccin a perdu le pouvoir de se généraliser qui est propre à la variole inoculée. Il n'est plus diffusible et ne se transmet que par contact direct avec une surface absorbante.

Nous avons inoculé le variolo-vaccin à l'homme à la septième génération. Il est probable que, quelles que soient les conditions, la modification du virus s'opère plus tôt. Cependant, si l'on exigeait de nous la production d'une formule fixe, en vue d'une vulgarisation pratique, nous augmenterions la série animale de quelques générations, par excès de précaution.

4° Inoculé à l'homme, le virus variolique suffisamment atténué (virus variolo-vaccinique) se comporte exactement comme le vaccin cow-pox et ne rappelle en rien la variole.

Le variolo-vaccin n'offre pas le danger de diffusion variolique propre à la variole, l'éruption reste localisée aux points d'inoculation. Les éruptions secondaires, lorsqu'elles se manifestent, ne diffèrent pas de celles qui accompagnent quelquefois la vaccine jennérienne.

Le retour à la malignité variolique, par exaltation ultérieure du virus variolo-vaccinique suffisamment atténué, n'est prouvé par aucun fait.

5° A défaut de cow-pox, ou en cas de dégénération du vaccin jennérien, on a la ressource, grâce à l'inoculation du virus variolique aux animaux, de créer une souche vaccinale présentant tous les avantages d'un excellent vaccin.

(1) In-8°. Prix : 5 francs. — Genève, H. Georg; Paris, G. Masson.

MINISTÈRE DE LA MARINE ET DES COLONIES

Tableau d'avancement des officiers du corps de santé des colonies.

1° Médecins en chef de deuxième classe inscrits pour le grade de médecin en chef de première classe : MM. Illy, Trucy et Grall.

2° Médecins principaux inscrits pour le grade de médecin en chef de deuxième classe : MM. Serez, Primet, Chédan et Nivart.

3° Médecins de première classe inscrits pour le grade de médecin principal: MM. Drevon, Parnet, Péthellaz et Roussin.

4° Médecins de deuxième classe inscrits pour le grade de médecin de première classe : MM. Manin, Texier, Alquier, Pujol et Levrier.

5° Pharmacien en chef de deuxième classe inscrit pour le grade de pharmacien en chef de première classe : M. Raoul.

6° Pharmacien principal inscrit pour le grade de pharmacien en chef de deuxième classe : M. Gaudaubert.

7° Pharmaciens de deuxième classe inscrits pour le grade de pharmacien de première classe : MM. Réland et Liotard.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les élèves et les amis de M. le docteur Péan ont décidé de lui offrir un banquet pour fêter sa promotion dans la Légion d'honneur.

Il aura lieu le jeudi 26 janvier, à sept heures et demie, à l'Hôtel Continental.

Les adhésions et les cotisations (20 francs) doivent être adressées, le 24 janvier au plus tard, soit à M. Benoît, interne à Saint-Louis, soit à M. le docteur Brochin, 51, boulevard Saint-Michel, soit à M. le docteur Prengrueber, chirurgien des hôpitaux, 32, rue des Mathurins.

— *Facultés de médecine.* — MM. les professeurs Gayet (de Lyon) et Gaulard (de Lille) sont promus de la seconde à la première classe.

MM. les professeurs Grasset (de Montpellier), Bernheim (de Nancy) et Jolyet (de Bordeaux) sont promus de la troisième à la deuxième classe.

MM. les professeurs Carrieu (de Montpellier), Viault (de Bordeaux), Mairet (de Montpellier), Garnier (de Nancy) et Fochier (de Lyon) sont promus de la quatrième à la troisième classe.

— M. le docteur Netter, bibliothécaire de la bibliothèque universitaire de Nancy, est admis, pour ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite. M. Netter est nommé bibliothécaire universitaire honoraire.

— La Société française d'électrothérapie organise une Exposition annuelle, qui aura lieu le vendredi et le samedi de la semaine de Pâques, en 1893.

Cette Exposition, qui sera installée dans le laboratoire de physique de la Faculté de médecine de Paris, comprendra le matériel instrumental utilisé en électrothérapie, ainsi qu'une démonstration des méthodes électriques, planches, schémas, etc.

Le Comité d'organisation est composé de M. le professeur Gariel, de MM. les docteurs Tripier, Gautier, Vogt et de M. Gaiffe, constructeur.

Les médecins et constructeurs sont priés de s'adresser, dès maintenant, à M. le docteur Vogt, 28, rue Saint-Lazare, Paris.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Benoit du Martouret (de Die); Desnos, médecin honoraire de la Charité; Sainton (de Tours).

— M. le docteur E. Desnos, ancien interne des hôpitaux, fera à sa clinique, 15, rue Malebranche, un cours public et gratuit sur les maladies des voies urinaires, qui sera complet en quinze leçons.

Ce cours commencera le lundi 23 janvier 1893 et sera continué les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

— *Postes médicaux.* — VIENNE : s'adresser à M. Landret, à Jaulnay-Clan (Vienne).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 18 janvier 1893.

Aujourd'hui a eu lieu la séance solennelle de la Société de chirurgie. M. Charles Monod, secrétaire général, a prononcé l'éloge d'Ulysse Trélat. Nous sommes heureux de publier *in extenso* ce discours, qui fait si bien revivre la figure de notre regretté confrère.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance annuelle du 18 janvier 1893. — Présidence de M. Chauvel.

M. le Président ouvre la séance par une allocution vivement applaudie.

M. Bouilly, secrétaire annuel, lit le compte rendu des travaux de l'année 1892.

M. Charles Monod, secrétaire général, prononce l'éloge d'Ulysse Trélat.

ÉLOGE D'ULYSSE TRÉLAT

Messieurs,

Il me semble que c'était hier. Je venais d'apprendre que mon excellent maître, M. Trélat, était malade, peut-être sérieusement malade. Anxieux, je cours m'informer auprès de M. Millard, son médecin et son ami : « Très malade, hélas ! oui, me répond-il, je le crois perdu. » Je ne saurais exprimer l'émotion qui m'étreignit. Deux jours après, sans qu'il m'eût été possible (ce fut pour moi un chagrin profond) de lui serrer la main, Trélat était mort; une pneumonie brutale l'avait emporté. Je me vois encore, dans la foule qui assistait à ses funérailles, suivant à pas lents son cercueil, repassant dans mon esprit et dans mon cœur ce que Trélat avait été pour moi, me disant ce que je perdais en lui, ce que perdait la chirurgie française.

Pardonnez-moi, Messieurs, ces souvenirs trop personnels. Deux fois interne du professeur Trélat; ayant, pendant toute ma vie d'étudiant, reçu des témoignages de son indulgente sollicitude; traité plus tard, par lui, moins en élève qu'en ami, je ne pouvais apporter ici une parole banale, je ne pouvais ne point rappeler que celui qui était pour vous le plus éminent des collègues, fut pour moi le meilleur des maîtres et l'un des plus chers.

Ulysse Trélat naquit à Paris, le 13 août 1828; son enfance s'écoula durant les premières années si troublées du règne de Louis-Philippe.

La pâle monarchie de Juillet n'avait pas répondu aux aspirations des auteurs de la Révolution de 1830. Nombreux furent ceux qui avaient salué avec espoir ce « trône entouré d'institutions républicaines » et qui, reconnaissant vite leur erreur, durent se résigner à reprendre la lutte.

M. Trélat père avait, sous la Restauration, donné de nombreux gages de son dévouement aux idées libérales. Il fut un des premiers à s'associer au mouvement qui, peu de temps après « les trois glorieuses », entraîna, dans une opposition acharnée, tant d'hommes jeunes, ardents, passionnés de liberté, pleins de pitié pour les pauvres et les petits.

Il avait embrassé de bonne heure la carrière médicale et, vers 1830, il exerçait à Paris sa profession avec succès et non sans un certain éclat. Il n'hésita pas cependant à renoncer à une vie paisible, à une clientèle lucrative et dévouée, pour se consacrer tout entier au triomphe de ce qu'il considérait comme la bonne cause. Sur l'invitation du comité de la Société des Amis du peuple, il se transporta à Clermont avec les siens, afin de prendre en Auvergne la direction du parti républicain. Cet exil, dont il fut récompensé par les chaudes sympathies qu'à son retour il laissa derrière lui, dura trois ans.

A Paris, un nouveau et plus lourd sacrifice l'attendait. Le célèbre procès d'avril 1835, intenté à ceux qui avaient pris part aux émeutes de Paris, de Lyon, de Saint-Étienne, allait s'engager. M. Trélat fut du nombre des hommes que l'on jugea dignes de prendre la défense des prévenus.

Je ne puis que rappeler ici l'incident bien connu qui fit passer les défenseurs eux-mêmes de la barre au banc des accusés. M. Trélat, dans un discours enflammé, qui eut un immense retentissement, songea moins à se justifier qu'à exposer ses convictions républicaines. Il fut condamné à trois ans de prison et dix mille francs d'amende. C'était la ruine; ce fut presque la mort.

Enfermé à Clairvaux, dans une prison malsaine, sous un climat rigoureux, il dépérissait au point que l'on crut sa fin prochaine. Ses amis, après de longues et pressantes sollicitations, obtinrent qu'il fût transporté à Troyes, où il demeura prisonnier sur parole.

A cette époque, vivait à Troyes un républicain de vieille date, grand admirateur de M. Trélat, M. Millard, le père de notre si sympathique collègue. Ce fut lui qui s'occupa de trouver pour M. Trélat un logement salubre; lui aussi qui, pendant tout le temps du séjour de ce dernier dans cette ville, l'entoura de soins éclairés et délicats. C'est à Troyes que se rencontrèrent deux enfants qui devaient grandir ensemble et rester unis par les liens de la plus fraternelle amitié, Ulysse Trélat et Auguste Millard.

L'amnistie de 1837 rouvrit à M. Trélat les portes de Paris. Après un court passage au *National*, dont il fut nommé directeur, il se décida, sur le conseil de ses amis, à reprendre la profession médicale. Quatre places de médecin aliéniste allaient être données au concours; M. Trélat résolut de se mettre sur les rangs et se prépara à la lutte par un travail assidu. Ce fut un dur moment à passer. La famille Trélat occupait alors un petit appartement rue

Dauphine, où l'on était loin de vivre dans l'aisance. Les repas mêmes étaient bien maigres; la tête n'en était que plus libre pour l'étude. Le succès couronna l'effort. M. Trélat fut nommé, avec Baillarger, en tête de la promotion.

Il fut placé à la Salpêtrière, où il resta trente-quatre ans. Un logement suffisant pour lui et sa famille, de modestes appointements, quelques profits de clientèle le mettaient désormais à l'abri du besoin.

Il avait épousé, en 1819, une femme d'élite, qui, par son dévouement, son bon sens et l'élévation de son caractère, eut, sur tous les siens, la plus bienfaisante influence. Il en avait eu trois enfants : une fille en 1819; un premier fils, Émile, de deux ans plus jeune que sa sœur, et un second, Ulysse, sept ans plus tard.

Au moment du concours de la Salpêtrière, Émile Trélat avait près de vingt ans; ce n'était pas sans peine que, au milieu de la vie tourmentée de son père, il avait réussi à poursuivre ses études. Mais son intelligence et son énergie triomphèrent de tous les obstacles; il venait d'entrer à l'École centrale, point de départ de la belle carrière qu'il a fournie. Sa présence au milieu de nous aujourd'hui sera mon excuse de n'en pas dire davantage.

Ulysse était encore un enfant; il avait douze ans. Depuis l'âge de neuf ans (au retour de Troyes), il avait été placé dans l'institution de M. Froussard, du « père Froussard », comme l'appelaient familièrement ses élèves : homme rare, éducateur achevé, véritable père des enfants qui lui étaient confiés. Aucun d'eux qui ne reçût l'empreinte de son esprit droit, libéral, élevé, de son cœur chaud et généreux. Partisan de la méthode Jacotot, il en appliquait les principes : il cherchait à développer chez ses élèves l'esprit d'initiative, les invitant à ne pas croire leurs maîtres sur parole, mais à s'efforcer de reconnaître, par eux-mêmes, la vérité de ce qui leur était enseigné.

Trélat fit toutes ses études classiques à la pension Froussard. Il en sortit bachelier en 1844; il n'avait que seize ans.

Il commença aussitôt ses études de médecine. A vingt et un ans (1849), à la fin de sa seconde année d'externat, il était nommé interne des hôpitaux. Ce ne fut que quatre ans plus tard (1853), qu'il conquit le grade d'aide d'anatomie; les concurrents étaient nombreux et de valeur, le combat difficile. Dès lors, le succès était certain. Prosecteur en 1856, agrégé de chirurgie en 1857, chirurgien des hôpitaux en 1860, il emportait de haute lutte ces divers postes si enviés, émerveillant ses juges, tant par la précision de ses connaissances que par la forme originale de son exposé.

Sa juste ambition devait le porter plus haut. En juin 1872, à l'âge de quarante-quatre ans, la Faculté de médecine lui confiait la chaire de pathologie externe, qu'il échangeait plus tard contre celle de clinique chirurgicale.

Là était sa véritable place. Il n'avait pas attendu, d'ailleurs, sa nomination de professeur pour prendre part à l'enseignement clinique. Tous les ans, dans les divers services dont il fut chargé, à Saint-Antoine, à Saint-Louis, à la Pitié, il se plaisait à faire des conférences à ses élèves.

Qui de nous n'a gardé le souvenir d'un tel maître? Non qu'il visât à l'éloquence ou qu'il donnât à sa parole aucun apparat. Mais quelle clarté d'exposition! quelle richesse de langage! Se préoccupant avant tout d'être bien compris, il aimait à reprendre sous une forme nouvelle l'idée déjà énoncée, jusqu'à la rendre d'une évidence et d'une simplicité telles que le moins attentif ou le plus ignorant en était comme pénétré.

Ah! comme l'on comprenait, en l'écoutant, ce mot de Renan : « On dit que la langue française est pauvre! ceux qui parlent ainsi montrent bien qu'ils ne la savent pas. » C'était merveille, en effet, de voir sur les lèvres de Trélat les mots se succéder, chacun apportant une clarté nouvelle et semblant mieux approprié à l'objet exprimé. Et cela sans effort apparent, sans recherche : la phrase, tantôt serrée, concise, lapidaire, tantôt se développant en plus longues périodes, toujours correcte et élégante, coulait comme de source. Souvent elle s'éclairait de pittoresques images qui éveillaient ou soutenaient l'attention, et elle avait constamment à son service, pour lui donner plus de relief et de vie, une mimique singulièrement expressive.

Je me reprocherais de ne louer que la forme de ces leçons. Parcourez les deux volumes publiés après sa mort par des élèves dévoués et vous jugerez si jamais enseignement fut plus varié et plus solide. Toutes les questions à l'ordre du jour sont abordées par lui; sur toutes, il a un avis personnel formulé avec précision. On retrouve, à chaque page, le chirurgien consciencieux, fidèle observateur du malade, fort au courant de tous les progrès de la science moderne, mais remontant volontiers dans le passé, ne fût-ce, comme il le dit quelque part, que pour donner à ses élèves le spectacle instructif « de tous les méandres où la chirurgie s'est égarée avant d'atteindre le but »; soucieux, enfin, de bien poser les indications opératoires et faisant appel, pour cela, aux ressources d'une intelligence supérieure, d'une expérience déjà longue et de l'instruction la plus étendue.

Rappellerai-je, à cet égard, son heureuse intervention dans la question de la *cure radicale des hernies?* Vous n'avez pas oublié comment, en une formule qui fit fortune, il résumait la ligne de conduite qu'il avait adoptée et qu'il préconisait : « Toute hernie, disait-il, qui n'est pas complètement, constamment et facilement contenue par un bandage, doit être opérée. » On ne pouvait mieux dire et en moins de mots.

C'est à lui que l'on doit aussi une bonne connaissance des indications et des règles de la *staphylorrhaphie*, un de ses sujets de prédilection. L'âge auquel l'opération peut et doit être entreprise, les soins antérieurs et consécutifs, la nécessité d'imposer au malade, avant comme après l'intervention, une éducation spéciale de la parole, sans laquelle le résultat phonétique peut être nul; la meilleure technique à suivre pour mener l'opération à bien, tous ces points sont discutés par lui avec l'autorité que lui donnait la pratique la plus habile et la plus heureuse.

Il me serait facile de citer beaucoup d'autres sujets où il porta la lumière : ses recherches sur le mécanisme et les conséquences des *fractures du crâne*, sur les avantages respectifs de l'*anus iliaque* et de l'*anus lombaire*, sur les *tumeurs lymphatiques*, sur la *maladie kystique du testicule*, sur le *lymphadénome* du même organe et la gravité du *lymphadénome en général*, sur l'*ulcère tuberculeux de la langue*, sur les indications de la *trachéotomie dans les affections syphilitiques des voies respiratoires*, etc., énumération bien incomplète à laquelle il faut absolument ajouter deux thèses qui demeurent classiques : sa thèse inaugurale consacrée à l'étude des *fractures de l'extrémité inférieure du fémur* et sa remarquable thèse d'agrégation sur la *nécrose phosphorée*.

L'œuvre écrite de Trélat n'est cependant pas considérable. La mort l'a surpris trop tôt, au moment où il allait coordonner et mettre en œuvre les nombreux matériaux qu'il avait amassés.

C'est surtout par son enseignement oral et par sa pratique hospitalière qu'il a eu, sur de nombreuses générations d'élèves, une influence féconde. Aussi est-ce à bon droit que l'un de ceux-ci, le plus distingué et le plus aimé, se souvenant de ce qu'il avait vu et entendu, le mettait au nombre des plus grands chirurgiens de notre époque.

Clinicien consommé et opérateur hors ligne, Trélat possédait, en effet, les deux qualités maîtresses du chirurgien.

Élève, et digne élève de Nélaton, nul mieux que lui n'a connu cet art difficile de bien examiner un malade et d'arriver par une suite de déductions, toujours justes, souvent ingénieuses, à poser un diagnostic précis, conduisant à une action opératoire nettement formulée.

Dans les cas douteux ou obscurs, il attendait pour se prononcer, revoyant le malade à diverses reprises, y songeant lorsqu'il avait quitté l'hôpital, finissant toujours par se faire une opinion ferme, quitte à reconnaître loyalement son erreur si elle lui était démontrée.

Il répugnait à user des ponctions exploratrices, estimant que le chirurgien ne devait prendre l'instrument en main que lors-

qu'il était arrivé, par un examen minutieux, à une notion exacte de la maladie ou de la lésion.

« Il y a à l'époque actuelle, disait-il dans une de ses leçons, une certaine tendance à négliger le diagnostic précis pour s'en tenir au diagnostic apparent; personnellement, je suis resté le passionné de ce diagnostic précis, et je le recherche toujours avec persévérance et avec opiniâtreté. »

Tous ceux qui ont suivi Trélat de près dans son service, savent combien il conformait sa conduite chirurgicale à ces paroles.

C'est aussi au souvenir de ses élèves que je voudrais faire appel pour évoquer devant vous le brillant opérateur que nous avons admiré ensemble. Et je ne songe pas ici seulement à ces opérations délicates, autoplasties de la face, réparation de la fente palatine, restauration du périnée, où il excellait, mais aux interventions les plus diverses et les plus vulgaires, auxquelles il procédait avec le même soin, j'ai presque dit avec la même coquetterie. Il avait horreur de l'à peu près, et tendait sans cesse à la perfection, aussi bien pour le résultat final que pour tous les détails de l'acte opératoire. Dans sa pensée comme dans sa pratique' le beau s'associait nécessairement au bien. Une opération, pour mériter d'être dite achevée, devait avoir été proprement et élégamment conduite.

Un incident imprévu, un vice d'instrumentation, la faute d'un aide l'irritaient. Il manifestait parfois son mécontentement avec une certaine violence, élevant la voix, frappant du pied, envoyant même au loin le bistouri qui coupait mal. Mais ces colères n'étaient qu'à la surface; elles ne lui faisaient rien perdre de son sang-froid; et, l'opération terminée, il savait, soit par un mot bienveillant, soit seulement par son attitude, faire oublier sa vivacité.

Il poursuivait le fini de l'acte opératoire jusqu'au bout, apportant au placement des fils et au pansement, la même précision qu'à l'opération elle-même.

J'ajoute qu'il avait eu de tout temps, au plus haut degré, le souci de la propreté : propreté du malade, propreté des instruments, propreté du chirurgien. A cet égard, on pourrait dire qu'il fut un précurseur, ou du moins que la grande réforme accomplie par Lister devait trouver en lui un esprit bien disposé. Il fut, en effet, un des premiers, et presque le seul, parmi les chirurgiens de son âge, à se soumettre sans arrière-pensée aux règles de la plus minutieuse antisepsie. Il avait compris toute la portée de cette évolution de l'art chirurgical; il ne tarda pas à en constater par lui-même les bienfaits. Il les proclamait bien haut. « Il y a quinze ans, disait-il peu de temps avant sa mort, nous en étions encore à secouer cette robe de Nessus des complications septiques, infection purulente et autres; aujourd'hui, nous en sommes arrivés, non pas à discuter la guérison physiologique, qui ne peut être révoquée en doute, mais à rechercher les moyens qui nous permettront de l'obtenir de plus en plus fréquemment. » Et il entrevoyait le moment où, « par la connaissance de plus en plus complète de tous les agents, de toutes les ressources et de tous les détails de l'antisepsie, cette guérison devenant la règle, l'avenir de la chirurgie deviendrait lui-même indéfini ».

Une pareille adhésion, au jour où les pratiques de Lister n'avaient en France que de rares partisans, était précieuse. On a pu dire, non sans raison, qu'elle a été pour beaucoup dans l'avènement parmi nous et le triomphe aujourd'hui inconstesté de la méthode.

Trélat, dans cette phase de son existence chirurgicale, se montrait tel qu'il a toujours été. Ami éclairé du progrès, il n'était pas de ceux qui s'immobilisent dans leurs propres recherches, repoussant celles des autres, par crainte d'ébranler un édifice laborieusement construit. Accueillant avec intérêt toute idée nouvelle, il apportait à son étude le sens critique dont il était à un si haut point doué, et, s'il l'avait trouvée solide, s'en montrait le plus chaud défenseur. C'est ainsi qu'il se maintint toujours et jusqu'à la dernière heure à la hauteur du mouvement scientifique contemporain, ajoutant sans cesse à son propre fonds les richesses que le labeur humain créait autour de lui.

Les plus humbles trouvaient en Trélat un auditeur attentif et bienveillant. Avec une modestie bien rare chez les hommes arrivés à la grande situation qu'il occupait, il se plaisait à reconnaître qu'en certains points sa science pouvait être en défaut; et de quelque part que vînt la lumière, son esprit était ouvert pour la recevoir.

Il provoquait les confidences de ses élèves, les encourageant, s'il y avait lieu, dans la voie où ils s'étaient engagés, ou redressant avec sagacité leurs erreurs. Combien, dans cette enceinte, témoigneraient volontiers du précieux concours qu'il leur a prêté!

Trélat avait sa place marquée d'avance dans nos sociétés savantes; il n'en est pas une qui ne fût heureuse de l'accueillir.

L'Académie de médecine lui ouvrait ses portes en 1874, et l'appelait, en 1886, à l'honneur de présider ses séances. Il y marqua parmi les orateurs les plus écoutés. Ses discours, remplis de faits très étudiés, bien qu'en apparence improvisés, à la fois brillants de forme et de la plus haute valeur scientifique, sont des modèles.

Quelques-uns sont restés célèbres. Lors de la discussion soulevée, en 1882, par une communication du professeur Gosselin, sur le meilleur mode d'administration du chloroforme, il monta à la tribune et commença en ces termes :

« Messieurs, il y a un mois, jour pour jour, que M. Gosselin présentait ses premières observations sur le chloroforme et disait : « Le chloroforme, même légèrement impur, n'a pas de sérieux inconvénients, et surtout ne donne pas la mort, lorsqu'il est bien administré. » Ce même jour, 14 février, à onze heures du matin, j'opérais un jeune homme de vingt ans, pour un petit lymphadénome du cou... l'opération approchait de sa fin, la compresse avait été enlevée et le malade respirait librement... lorsque survint une syncope... » Je passe les détails de la scène dramatique qui suit et qui se termina par la mort de l'opéré... « Il y a, Messieurs, continuait-il, des coïncidences cruelles, et vous conviendrez que le verdict prononcé par M. Gosselin était dur, le jour où j'avais la douleur de perdre un malade sous le chloroforme. » Je ne puis reproduire ici le long et intéressant discours dans lequel notre collègue, partant de ce fait, montrait que, quelques soins que l'on mette à donner le chloroforme, quels que soient les artifices auxquels on s'adresse, le sujet soumis à l'anesthésie court fatalement certains dangers, inhérents à l'action de la substance employée. Mais en face de ces dangers, il plaçait les bienfaits de l'anesthésie. « Comptons nos morts, puisqu'il le faut, s'écriait-il; mais comptons aussi nos succès. Croyez-vous que, si l'on pouvait mettre d'un côté, comme dans un plateau de balance, tous ceux que le chloroforme a frappés en pleine vie, et de l'autre, toutes les survivantes de l'ovariotomie, de l'hystérectomie, tous ces revenants de laparotomies, des résections intestinales, et qu'on pût leur crier à tous : Levez-vous pour la défense de l'anesthésie, — croyez-vous que vos quelque deux cents morts de chloroforme ne feraient pas maigre figure en présence de toutes ces existences conservées, ou même arrachées aux étreintes du tombeau? » Et il terminait par ces mots qui soulevaient les applaudissements prolongés de l'assistance : « Autant que personne, autant que vous tous, chers collègues, je sens la grandeur et même la noblesse de notre profession; je sais qu'il y a des heures, des moments, où nous surtout, chirurgiens, nous tenons entre nos mains la vie de nos malades, où nous sommes les souverains maîtres, les arbitres suprêmes de leur existence. Chaque fois que je m'appproche d'un malade avec un fer rouge, une lame tranchante, ou une compresse de chloroforme, je suis pénétré de la responsabilité que j'assume, d'autant plus lourde qu'elle est plus complètement dépourvue du contrôle humain. Je sais que dans ces instants solennels nous n'avons pour guide, pour lumière, que la science et la conscience. Bien savoir, juger juste et sentir fortement, voilà la règle, la bonne doctrine, et je me sens plus à l'aise sous sa large égide qu'en employant, pour éviter les nombreux dangers de nos actes chirurgicaux, des recettes incertaines et décevantes. »

Il serait agréable, mais il n'est malheureusement pas possible de parcourir avec vous les bulletins de l'Académie, et de vous montrer notre collègue prenant part à toutes les discussions importantes avec une autorité et une éloquence sans égales : tantôt pénétrant dans le détail des faits et opposant à ses adversaires des arguments tirés de sa grande expérience personnelle, tantôt élevant le débat, dégageant la vérité des détails qui l'obscurcissaient, et la faisant éclater au-dessus d'eux dans sa pleine lumière.

La dernière fois que Trélat monta à la tribune de l'Académie, ce fut à propos de la prophylaxie de la tuberculose. Grâce à son heureuse intervention, la discussion qui durait depuis de longs mois, et menaçait de se terminer par un vote d'impuissance, put aboutir. Son discours, plein d'esprit et de bon sens, avait vaincu toutes les oppositions.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler longuement la part considérable prise par Trélat aux travaux de notre Compagnie. Membre titulaire de la Société de chirurgie depuis 1860, il fut successivement nommé par vous secrétaire annuel en 1864, secrétaire général en 1868, président en 1873. Il ne sollicita l'honorariat qu'en 1886, et n'en resta pas moins assidu à nos séances. Ce fut comme secrétaire général qu'il fut appelé à prononcer devant vous l'éloge de Velpeau et celui de Laborie ; en ces deux circonstances, vos séances annuelles furent vraiment des jours de fête. L'éloge de Velpeau, en particulier, est un morceau bien fait pour décourager ceux que votre confiance appelle à un poste illustré de telle façon.

C'est cependant plutôt par son active participation à nos réunions hebdomadaires, que le souvenir de Trélat reste vivant parmi nous. Il est permis de dire, sans exagération, qu'il fut pendant de longues années l'âme de notre société, ou, si vous le préférez, que sa présence au milieu de nous donnait à nos séances un singulier attrait. Prenant souvent la parole, et toujours à propos, il savait en quelques mots ranimer l'attention languissante, dissiper les confusions, remettre les choses au point, empêcher la discussion de se perdre dans les minuties. Il écoutait attentivement, et bien souvent n'intervenait que lorsque la liste des orateurs semblait épuisée ; résumant alors le débat, avec ampleur et clarté, il acculait, pour ainsi dire, ses auditeurs à des conclusions marquées au coin du bon sens et de la raison.

Je ne puis mentionner ici les nombreuses communications originales, dont il nous a donné la primeur. Qu'il me suffise de dire qu'il n'est pas un point de sa pratique hospitalière ou privée dont il ne se soit fait un devoir de nous entretenir, lorsqu'il le jugeait de nature à nous instruire ou seulement à nous intéresser.

Jusqu'à la fin, il demeura parmi nous. C'est le 12 mars 1890, qu'il prenait pour la dernière fois la parole, à cette place où nos yeux le cherchent encore. Quinze jours plus tard, nous avions la douleur d'apprendre qu'il n'était plus.

Trélat fut encore un membre actif de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle. Comme il le disait lui-même en occupant, en 1885, le fauteuil de la présidence de cette société, de nombreux liens le rattachaient à elle : « Souvenirs anciens et vénérés de l'éducation paternelle, premiers travaux personnels, vif intérêt, ou mieux passion pour l'amélioration de notre race et le développement de notre puissance nationale. »

Il se faisait, on le voit, une haute idée du rôle de l'hygiène sociale. Étudier les questions qui s'y rapportent, démontrer les bienfaits dont elle est capable, proposer de sages prescriptions sanitaires, et donner aux pouvoirs publics les moyens de les mettre à exécution, c'était, selon lui, servir son pays et travailler à augmenter le patrimoine humain. Noble ambition, bien digne d'un esprit large et généreux.

Aussi s'était-il de tout temps senti attiré vers ce genre d'études.

Lorsque, vers 1864, furent discutés les divers projets de reconstruction de l'Hôtel-Dieu, il s'éleva avec force contre celui qui voulait replacer le vieil hôpital dans la Cité ; il montrait que, la population hospitalière s'étant déplacée, un aussi vaste établissement, en un tel lieu, était inutile, qu'il serait horriblement coûteux (il évaluait la dépense à 40 millions, soit 50000 francs par lit), enfin, qu'il était impossible d'y satisfaire aux exigences de l'hygiène des malades.

Il provoqua à cette occasion, ici même, une discussion importante, et fit adopter par la Société de chirurgie, à la presque unanimité de ses membres, une série de propositions, véritable code d'hygiène hospitalière, qui ne modifièrent malheureusement en rien les plans de l'administration. Le parti était pris ; il fallait s'incliner devant une volonté souveraine.

Deux ans plus tard, il poursuivait son œuvre en étudiant avec vous l'hygiène des Maternités ; il n'avait pas de peine à établir que les règles applicables aux hôpitaux généraux devaient être suivies plus rigoureusement encore dans ces établissements spéciaux, où la mortalité était alors véritablement désastreuse ; la prophylaxie des maladies puerpérales réclamant de plus certaines mesures particulières, qu'il indiquait.

Cette fois, ce ne fut pas seulement auprès de collègues convaincus d'avance, mais auprès de l'administration elle-même qu'il obtint gain de cause. On a peine à croire qu'il ait fallu un tel effort pour faire triompher des vérités qui sont aujourd'hui de connaissance vulgaire.

Du reste, les recherches de Trélat sur les conditions de la salubrité ne se bornaient pas aux hôpitaux ; et, parlant sur sa tombe au nom de la Société de médecine publique, M. Napias pouvait rendre hommage à la haute compétence dont son collègue faisait preuve dans l'étude des questions d'hygiène les plus diverses.

C'est en raison de cette compétence, universellement reconnue, que Trélat fut appelé à siéger dans le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine. Là encore, il a laissé le souvenir de la rectitude de son jugement, de la sûreté de son conseil, de l'art avec lequel il exposait son opinion, de l'ardeur qu'il mettait à la défendre, sans que jamais la discussion la plus vive lui fît oublier la courtoisie des formes et le respect dû à des contradicteurs de bonne foi.

Ceux qui approchaient Trélat ne se sentaient pas de prime abord attirés vers lui. Son accueil n'avait rien d'avenant. Je me souviens de l'impression de respectueuse crainte que je ressentis lorsque, jeune élève en médecine, je fus pour la première fois mis en sa présence. Je le revois tel qu'il m'apparut alors, les traits fortement accusés, l'œil perçant, scrutateur, caché sous des sourcils noirs et fournis, le front chargé de rides volontaires, la bouche s'avançant en une sorte de moue menaçante, que dissimulait mal — qu'accentuait bien plutôt — une barbe courte, soignée, mais abondante, contribuant à donner à l'ensemble un aspect sombre et sévère.

Je ne soupçonnais pas, alors, mais je sus bientôt ce que cette apparence un peu farouche cachait de douceur et de bonté. Et, cependant, bon plutôt qu'aimable, plus soucieux de suivre le chemin qu'il s'était tracé que de chercher à plaire, sachant ce qu'il valait, supportant mal qu'on parût en douter, Trélat ne fut pas de ceux qui s'entourent d'amitiés faciles.

Celles qu'il détermina n'en furent que plus solides. On le vit bien, le jour qu'il disparut. Au concert de louanges qui s'éleva de toutes parts se joignit un cri de douleur. Pouvaient-ils ne pas le pleurer, ceux qui avaient su trouver en lui, comme le disait l'un d'eux, et non le moins éloquent, « l'ami fidèle et qui ne variait pas... se donnant à ses amis, comme il se donnait à ses élèves, de la totalité de son âme aimante » ?

Trélat fut aimé. Peut-être fut-il plus encore admiré. Il était difficile, en effet, de le voir de près, et surtout de l'entendre, sans être sous le charme.

Possédant une instruction des plus variées, toujours au courant, il était prêt à tenir tête à ses interlocuteurs, quel que fût le terrain sur lequel il était conduit. Arts, sciences, littérature, religion, politique, questions sociales, rien ne lui semblait étranger.

Et l'on ne savait ce qui étonnait le plus en lui, ou de la valeur de ses connaissances, ou du sens critique qui le conduisait comme

d'instinct aux solutions justes, ou de la forme merveilleuse, toujours claire, pleine de saillies, que, dans les plus simples causeries, il donnait à sa pensée. Esprit éminemment généralisateur, il saisissait les questions par leur côté le plus large. C'était plaisir de le suivre dans ces hautes envolées où, planant au-dessus des petitesses et des arguties, il s'élevait à ces hauteurs où les vues d'ensemble dominent les faits particuliers et les expliquent.

Un de ceux qui ont le plus joui de son amitié, de sa société et lui ont gardé le plus affectueux souvenir, m'écrivait à ce sujet quelques lignes qui ne seront peut-être pas déplacées ici :

« Ceux-là ne semblent pas avoir complètement connu la puissance de parole d'Ulysse Trélat, qui n'ont pas été admis dans son intimité. Cet homme était l'éloquence même. A table, entouré de sa famille et de deux ou trois amis, cette verve oratoire s'échappait comme malgré lui. Que de fois — en vérité presque chaque fois que j'ai dîné chez lui — j'ai été témoin de ce phénomène. Un sujet quelconque tombait dans l'entretien : chacun disait son mot, soutenait une thèse plus ou moins paradoxale; Trélat se taisait; mais le bouillonnement intérieur se faisait. On le sentait arriver à ses lèvres; il lançait d'abord de petites maximes hachées, incisives, s'écoulant comme des filets précurseurs; puis la phrase et la pensée grondaient, montaient; sans jamais perdre pour centre le point précis en discussion, le discours s'élargissait, les images neuves, brillantes, se suivaient, parfois se heurtaient; la parole allait, de plus en plus chaude, vibrante, abondante; les sophismes étaient réduits en poudre; c'était vraiment l'éruption d'un volcan, et c'était aussi la clarté du soleil. Est-il étonnant que, lorsqu'une pareille voix s'est tue, tout, à l'entour de la place demeurée vide, ait semblé morne et décoloré ? »

Ainsi doué, Trélat aurait pu prendre une grande place dans le monde politique, où l'attiraient d'ailleurs des souvenirs paternels, un certain penchant naturel, ses nombreuses et hautes relations. Il ne le voulut pas et ferma toujours l'oreille aux sollicitations qui cherchaient à l'engager dans cette voie. Il avait le sentiment très net qu'il ne pourrait remplir exactement les nouveaux devoirs qu'il s'imposerait, sans sacrifier quelque chose de sa véritable vocation. S'il franchissait volontiers les frontières de la science où il était passé maître, il entendait, cependant, et par-dessus tout, rester chirurgien et donner à son art, à ses malades, à ses élèves, le meilleur de son temps et de ses efforts.

Dans une seule occasion, il consentit à abandonner l'hôpital. Ce fut lors de la guerre de 1870. Il crut être plus utile à son pays en portant son activité au dehors. Un des premiers, il partit à la tête d'une ambulance et paya bravement de sa personne en ces jours douloureux, dont il garda un cruel souvenir.

Nul ne ressentit plus vivement que lui les humiliations patriotiques; mais jamais il ne désespéra de l'avenir de la France. Il la voyait d'avance retrempée par l'épreuve, se mettant de nouveau à l'œuvre, et reprenant son rang dans le monde. Sa piété filiale avait vu juste.

Mais ici encore je veux lui laisser la parole. C'était au lendemain de nos désastres. Chargé de vous présenter une analyse des travaux accomplis par la Société de chirurgie pendant l'année terrible, il ne put, au milieu de l'émotion générale, imposer silence à la sienne, et fit précéder le compte rendu habituel de ces fortes paroles :

« Toutes les douleurs et tous les deuils ont eu leur retentissement dans ce modeste asile de paix et de science. Sachons en conserver le vivant souvenir. C'est la colonne lumineuse qui désormais doit guider notre marche vers la vraie, la seule vengeance digne d'un grand pays. S'il ne nous est pas donné de l'atteindre nous-mêmes, sachons du moins apprendre à nos enfants qu'il faut remonter péniblement, pas à pas, la rude côte où nous nous sommes laissés choir. Faisons comme le Corse, qui lègue à ses fils la vendetta sacrée; et disons-leur : « La vengeance, elle est au bout du chemin, mais ne craignez ni la longueur, ni la fatigue de la route; car chaque étape vous donnera plus de vigueur et doublera votre agilité vers le but... » Pardonnez à ces paroles, Messieurs, ajoutait-il. Qui peut échapper aujourd'hui à ces préoccupations ? Et où sont-elles hors de place? Dans quelque voie que nous soyons engagés, n'avons-nous pas tous senti que notre responsabilité s'est accrue, que nous avons à faire beaucoup, vite et bien? Tout le monde connaît le mot de Newton à propos de la pesanteur : *C'est en y pensant toujours*, disait-il. Mot simple et vrai, dont nous devrions faire désormais notre règle. »

Parlerai-je de l'intégrité de Trélat, de sa probité, de son désintéressement? Peut-être ne serait-il pas nécessaire de rappeler qu'il possédait à un haut degré ces vertus cardinales du médecin, si nous ne vivions en un temps où faire fortune est, dit-on, pour quelques-uns la préoccupation suprême, et où, parfois, pour atteindre le but, on ne se montre pas très scrupuleux sur le choix des moyens. Trélat ne connut aucune de ces défaillances. Et, par là encore, il nous laisse un salutaire et fortifiant exemple.

Il était de mœurs simples, conservant, au milieu de la grande aisance que lui procurait son travail, un train de maison modeste.

Sa vie n'était pas celle de tout le monde. Il se levait tard et avait pour cela une large excuse. Il dormait peu et mal. Tourmenté par les quintes d'une toux dont vous avez encore dans l'oreille les pénibles éclats, il ne trouvait un peu de repos que dans les dernières heures de la nuit. Cette infirmité, qu'aucun traitement ne parvint à atténuer, fut une vraie souffrance. Ceux qui l'ont vu, peu après son lever, en proie à ces horribles secousses qui ébranlaient son corps à le briser, peuvent seuls comprendre ce qu'il lui fallait d'énergie pour aborder, sans faiblesse, la tâche de chaque jour. Il n'en faisait pas moins son service avec régularité et avec soin; mais il le commençait tard et sortait tard de l'hôpital. Il fallait ensuite suffire aux devoirs et aux occupations multiples de la journée et on avait vite fait de l'accuser d'inexactitude, lorsqu'il ne se montrait pas aussi esclave de la ponctualité que d'autres mieux portants que lui.

Aussi bien, faut-il l'avouer, il n'était pas dans son caractère de se soumettre à des règles rigides. Il s'abandonnait volontiers à la fantaisie du moment, ne résistant pas au plaisir de deviser avec l'ami rencontré au sortir d'une réunion; tout surpris, au bout de quelques instants, de constater que le temps avait passé; achevant cependant la phrase commencée, causant encore l'espace d'une cigarette, puis courant au rendez-vous promis, où il arrivait en retard. Parfois aussi, on le voyait s'arrêter à l'échope d'un marchand de tableaux et de curiosités, découvrant d'un coup d'œil l'objet de valeur, se plaisant à en rechercher l'origine, à l'estimer, le maniant avec la passion d'un fin connaisseur, s'oubliant là plus peut-être qu'il n'eût fallu.

Petits travers que vous me pardonnerez de rappeler! Ne font-ils pas partie de la physionomie de notre collègue, de cet homme si foncièrement original qui, aux connaissances précises du savant, aux qualités du praticien le mieux pondéré et le plus possesseur de lui-même, joignait l'imprévu, le brillant, ce je ne sais quoi de poétique fantaisie qui est le propre de l'artiste.

Artiste, Trélat l'était dans l'âme. Il avait, au plus haut point, l'amour du beau, de l'achevé, du parfait sous toutes les formes et dans toutes les branches du savoir humain. Tel nous l'avons vu jusque dans sa pratique chirurgicale, tel il était dans toutes les circonstances de la vie. Il aimait à s'entourer d'objets d'arts, de tableaux de maître, de faïences de choix, de belles tentures. Il les admirait chez les autres, au point qu'on a pu lui reprocher plaisamment de sembler prendre plus d'intérêt à la décoration de la chambre qu'au malade pour lequel on l'avait appelé : simple apparence, ai-je besoin de le dire, qui ne pouvait en imposer qu'aux esprits malveillants ou superficiels! De fait, rien n'échappait à son œil clairvoyant. Une étoffe heureusement drapée, un meuble bien planté et de formes harmonieuses, l'objet le plus simple, pourvu qu'il eût quelque valeur artistique, attirait immédiatement son attention et sa critique. Son goût était sûr, délicat, éclairé. Il n'appréciait pas seulement avec justesse, mais savait

donner les raisons de ses préférences; qualité rare qui rendait sa conversation particulièrement attrayante et, comme l'on dit aujourd'hui, suggestive. Il comptait de nombreux amis parmi les artistes de profession, qui le considéraient comme un des leurs.

Il semble donc que rien ne manquait à Trélat pour réaliser le type de l'homme accompli. Intelligence de premier ordre; possédant à fond les secrets de la science et les procédés de la pratique; ouvert aux sensations et aux plus hautes jouissances de l'art; orateur incomparable et causeur charmant; maître aimé, écouté, recherché par tous; ayant à ses côtés, vous me permettrez de le dire, une compagne digne de lui, ferme soutien et guide sûr dans les jours difficiles, grande artiste, elle aussi, et maîtresse dans son art, et deux enfants qui ne lui donnaient que de la joie, — son sort n'était-il pas de tous points enviable? ne devons-nous pas, en déplorant sa disparition avant l'heure, reconnaître au moins que les jours qu'il passa sur cette terre furent ceux d'un homme heureux?

Et pourtant Trélat ne fut point un heureux.

« Sa nature inquiète, disait de lui un ami qui le connaissait bien, toujours en quête du mieux, lui avait refusé cette sereine philosophie, qui n'attend de la vie que ce qu'elle peut donner. » Il aspirait toujours plus haut pour lui-même, pour les siens, pour son pays, et souffrait de voir la réalité répondre si mal à ses désirs. Plaignons-le, Messieurs, ne le blâmons pas. « La nature de l'homme, a dit un grand écrivain contemporain, est composée d'aspirations infinies que notre condition présente ne peut satisfaire. » Bien peu ont le sentiment et le souci de cette impuissance. Les âmes bien nées, éprises d'idéal, connaissent seules d'aussi nobles tourments. Trélat appartenait à cette élite.

Peu de temps avant sa mort il eut une vraie joie. A l'occasion de sa nomination au grade de commandeur dans l'ordre de la Légion d'honneur, un banquet lui fut offert, où se pressèrent en foule ses élèves, ses amis, ses collègues. Il en éprouva une satisfaction profonde. Il sentait, comme le lui disait dans une chaude allocution son plus ancien camarade et son plus fidèle ami, qu'en un tel jour on ne rendait pas seulement hommage à sa grande autorité de savant et de chirurgien, mais aussi « à sa réputation d'intégrité et de justice, à sa droiture et à l'élévation de son caractère, à son absolue probité scientifique et professionnelle ».

Jamais éloge ne fut plus mérité. Trélat nous a quittés, laissant un nom glorieux et sans tache. Aussi n'est-il pas mort tout entier. Son souvenir bienfaisant nous reste et ses œuvres le suivent.

PROCLAMATION DES PRIX POUR 1892

Prix Duval (300 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Vigneron (de Marseille).

Prix Laborie, 1891-1892 (2400 francs). — Le prix est partagé comme suit : 1000 francs à M. le docteur Sieur, médecin-major à Lyon; 800 francs à M. le docteur Reboul (de Marseille) et 600 francs à M. le docteur Choux, médecin-major à Vincennes.

PRIX PROPOSÉS POUR 1893

Prix Gerdy. — *De la cure radicale des hernies ombilicales.* — Ce prix n'ayant pas été décerné en 1891, la somme à distribuer en 1893 sera de 4000 francs.

Prix Demarquay (700 francs). — *Des opérations pratiquées par la voie sacrée. Indications. Résultats. Manuel opératoire.*

Prix Laborie (1200 francs).

Prix Duval (300 francs).

Prix Ricord (300 francs).

Les concours seront clos le 1er novembre 1893.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la constipation chez les enfants.

Teinture de cascarille	}	
— de rhubarbe	}	
— de cannelle	}	*àà* 10 grammes.
— de colombo	}	
— de gentiane	}	
— de noix vomique		5 —

(Jules Simon).

Traitement externe de la sciatique par la fleur de soufre. — D'après M. le docteur Tissier (*Annales de médecine*), voici le mode d'application employé par Barthel.

On saupoudre une bande de toile de fleurs de soufre, de façon à en avoir une couche épaisse, et on applique cette bande le long du trajet du nerf sciatique, de façon à ce qu'elle recouvre tous les points douloureux, et on la fixe à l'aide d'une bande enroulée autour du membre inférieur et de l'extrémité inférieure du tronc.

Laaser, Makrochi, Barthel auraient obtenu des succès rapides et durables dans des cas tenaces de sciatique ayant résisté à d'autres médications.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les dernières questions orales du concours de l'internat, ont été les suivantes :

Col de l'utérus. Symptômes et traitement de l'éclampsie puerpérale. — Hile du poumon. Symptômes du pneumothorax. — Rapports du pharynx. Abcès aigus rétro-pharyngiens. — Veine porte. Symptômes de la cirrhose atrophique alcoolique. — Creux poplité. Névralgie sciatique. — Veines jugulaires. Symptômes de la méningite tuberculeuse. — Région ombilicale. Symptômes du cancer de l'estomac. — Canal inguinal. Symptômes et diagnostic de la tuberculose testiculaire. — Veines saphènes. Causes et symptômes de la phlegmatia alba dolens.

Ce soir la dernière séance.

— Un concours pour trois places de médecin au Bureau central sera ouvert le lundi 27 février 1893, à midi, à l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Le registre d'inscriptions, ouvert le mercredi 1er février 1893, sera clos le lundi 13 du même mois, à trois heures.

— Le concours pour l'internat en pharmacie des hôpitaux de Paris s'ouvrira le jeudi 16 mars 1893, à deux heures précises, 47, quai de la Tournelle.

Le registre d'inscriptions, ouvert le mercredi 1er février, sera clos le mardi 28 du même mois.

— *Hôpitaux de Versailles.* — Après un brillant concours pour lequel douze candidats étaient inscrits et huit se sont présentés, ont été reçus internes: MM. Guilleminot, Raymondi et Baulle.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire d'électricité médicale, avec les principales applications à la physiologie et à la thérapeutique, par le docteur Lecercle, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, avec une préface par M. le docteur A. Imbert, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. 2e édition entièrement refondue avec 215 figures. 1 volume in-8°. — Prix : 8 francs. — Paris, G. Masson.

Leçons cliniques sur les maladies des enfants faites à l'Hôpital général de Montpellier (1889-1892), par le docteur Leopold Baumeli, professeur à la Faculté de médecine : appareil digestif, appareil respiratoire, appareil circulatoire, appareil nerveux,

appareil locomoteur, peau et organes des sens, appareil génito-urinaire. 1 vol. in-8°. — Prix : 6 francs. — Paris, G. Masson.

Guide Rosenwald, annuaire de statistique médicale et pharmaceutique (7e année, 1893). 1 vol. in-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Lucien Rosenwald, éditeur, 87, rue Lafayette.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 9. — SAMEDI 21 JANVIER 1893. 66e ANNÉE. SAMEDI 21 JANVIER 1893. — N° .

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Charpentier vient de porter à la tribune de l'Académie la question du traitement de l'éclampsie. L'important travail qu'il a lu sur ce sujet, peut se résumer dans les propositions suivantes :

Toujours examiner les urines des femmes enceintes, et à la moindre apparition d'albuminurie, recourir au lait.

En présence d'une éclampsie confirmée, saignée et médication chloralique.

Laisser, autant que possible, l'accouchement se terminer seul. Si les contractions utérines sont trop faibles, appliquer le forceps.

Rejeter absolument l'opération césarienne.

Une discussion s'est immédiatement engagée à laquelle vont prendre part les représentants de l'obstétrique : M. Guéniot a, tout d'abord, établi une distinction entre ces deux éléments pathogéniques, l'excitation des réflexes médullaires et la toxémie. Le pronostic, suivant lui, est très variable selon que l'un ou l'autre de ces deux éléments prédomine, l'éclampsie d'origine toxémique étant beaucoup plus grave que celle dans laquelle l'excitation des réflexes médullaires est presque seule en jeu.

M. Tarnier a insisté sur deux points, tant au point de vue du traitement qu'à celui du pronostic : traitez, dit-il, la plus légère apparition d'albuminurie, chez les femmes enceintes, par le régime lacté exclusif et absolu et vous n'aurez pas d'éclampsie. La toxémie, dans l'éclampsie confirmée, joue un très grand rôle au point de vue du pronostic, ainsi que le prouvent les expériences entreprises par M. Tarnier. Si on injecte à des lapins du sérum de sang d'éclamptique, suivant la plus ou moins grande quantité de ce sérum qui sera nécessaire pour tuer le lapin, l'éclampsie sera plus ou moins grave. Il y a donc, dans cet examen du sang des éclamptiques, un élément de pronostic des plus importants.

M. Albarran a présenté un malade auquel il a pratiqué la symphyséotomie comme opération préliminaire d'une résection de la vessie nécessitée par un épithélioma. Le résultat de l'opération est, jusqu'ici, très satisfaisant. L'opération, préconisée par les accoucheurs, a été ici fort heureusement appliquée et pour la première fois, croyons-nous, chez l'homme.

REVUE GÉNÉRALE

De la gastro-entérostomie.

Par H. Morestin, prosecteur à la Faculté de médecine.

On désigne, sous le nom de gastro-entérostomie, la création d'une voie artificielle, mettant en communication l'estomac et l'intestin grêle.

Cette opération, imaginée par Wölfler, porte aussi le nom d'opération de Wölfler.

On l'appelle encore gastro-entéro-anastomose.

Opération palliative, elle rétablit la voie alimentaire dans les cas d'obstruction du pylore.

Accueillie d'abord avec défiance, et méconnue en France pendant plusieurs années, elle est maintenant acceptée des chirurgiens opérateurs et considérée comme une utile ressource de la thérapeutique chirurgicale.

Il nous semble opportun d'en résumer ici l'histoire, les indications, le manuel opératoire, les suites et les résultats.

I

Le 28 septembre 1881, Wölfler, assistant de Billroth, opérait, pour un cancer du pylore, une femme de trente-huit ans. Il comptait pratiquer la pylorectomie, opération encore neuve à cette époque, mais déjà fort en honneur à la clinique de Billroth. Ayant ouvert le ventre, il trouva un carcinome encore mobile, mais ayant envahi le pancréas et le petit épiploon, et jugea qu'il fallait renoncer à la résection du pylore. Nicoladoni, qui assistait à l'opération, émit alors une idée qu'il avait déjà caressée, celle de mettre en communication, par une voie artificielle, l'estomac et le duodénum. Wölfler se décida à aboucher l'estomac avec l'intestin grêle. L'estomac fut incisé longitudinalement à un travers de doigt au-dessus de l'insertion du grand épiploon, incisé sur une longueur de 5 centimètres. Une anse intestinale fut ouverte sur son bord libre, dans une égale étendue, et les bords correspondants des plaies intestinale et stomacale rapprochés par une double suture. Les résultats de l'opération furent infiniment simples. Il eut la satisfaction

d'obtenir un irréprochable succès opératoire. Le huitième jour, la malade put prendre des aliments solides. Jusqu'à la quatrième semaine, on put constater une amélioration graduelle de l'état général, la suppression des douleurs, le retour des digestions faciles et des selles normales. Cette malade vécut quatre mois.

L'opération improvisée par Wölfler fut pratiquée pour la deuxième fois, en 1882, par Lucke, à Strasbourg. Ne pouvant extirper un cancer adhérent du pylore, il imita la conduite de Wölfler, et obtint, comme lui, un beau succès.

Kocher fit de même, quelques jours après : son opéré mourut le lendemain.

En 1883, nouvelle gastro-entérostomie, pratiquée à Bâle, par Courvoisier, suivant un procédé sur lequel j'aurai à revenir. Sa malade succomba quelques jours après.

Puis viennent les observations de Rydygier (1884), Socin (1884), Barker (1885).

Dans tous ces cas, des circonstances défavorables avaient, pour ainsi dire, imposé la gastro-entérostomie, comme une opération de nécessité.

Les deux opérations de Roux (1888) lui donnent une mort opératoire et un assez beau succès.

Puis les cas se multiplient. Kocher, Perman (de Stockholm), Beatson, Clarke en publient de nouvelles observations.

Au Congrès de Berlin, 1890, Billroth rend compte de 28 gastro-entérostomies pratiquées par lui ou ses assistants, Wölfler, Salzer, Eiselsberg.

Lauenstein (de Hambourg) relate 11 cas de gastro-entérostomie.

Angerer, 6.

Roekwitz, dans un important mémoire, expose la pratique de son maître Lucke. Il cite 8 observations nouvelles de Lucke.

Chez nous, la première gastro-entérostomie a été pratiquée par M. Pozzi, en 1887 : son opéré succomba le lendemain de l'opération.

La seconde appartient à M. Péan (1889). L'observation est relatée dans l'important mémoire de M. Guinard sur le traitement chirurgical du cancer de l'estomac.

Au moment où paraissait le travail de M. Guinard, ces deux gastro-entérostomies étaient les seules qu'on eût pratiquées en France, 2 cas sur 105 que comptait déjà la science.

Aujourd'hui, on revient de la répugnance qu'excitait chez nous cette opération. Le 28 juin 1892, M. Michaux communique, à l'Académie de médecine, son beau succès. Dans la même séance, M. Perier fait un rapport sur plusieurs opérations pratiquées sur l'estomac par Doyen (de Reims). Parmi ces opérations, une gastro-entérostomie et deux cas de pylorectomie combinée à la gastro-entérostomie.

A la Société de chirurgie, MM. Reclus, Terrier citent des cas heureux et encourageants.

M. Schwartz apporte une nouvelle observation.

Depuis la récente discussion de la Société de chirurgie, l'opération de Wölfler a été plusieurs fois pratiquée dans différents hôpitaux, et avec de si bons résultats, qu'elle paraît bien définitivement entrée dans nos mœurs chirurgicales. Le nombre des gastro-entérostomies françaises grossira évidemment très vite. Il deviendrait bientôt considérable, si les médecins, surmontant leur aversion, voulaient aussi se convertir à la chirurgie stomacale, et livrer plus facilement aux chirurgiens leurs malades atteints de cancer du pylore.

II

Indications. — Comme on en peut juger déjà par ce court historique, chez nous, il n'y a pas encore bien longtemps, quand il s'agissait de poser les indications de l'anastomose gastro-intestinale, on disait surtout qu'elle était contre-indiquée.

M. Le Fort écrivait : « La gastro-entérostomie est presque aussi dangereuse que la résection stomacale », et la résection de l'estomac, il la proscrivait sévèrement.

Cependant, déjà, en 1888, M. Heydenreich (de Nancy), exposant, dans la *Semaine médicale*, les diverses opérations applicables aux rétrécissements du pylore, est loin de repousser la gastro-entérostomie.

M. Heydenreich déclare que « les faits ne sont pas assez concluants pour nous éclairer sur le traitement chirurgical qui convient aux rétrécissements du pylore ».

Dans les cas de rétrécissement cicatriciel, l'opération de Heincke est celle qui le tenterait le plus. La gastro-entérostomie serait indiquée, quand celle-ci serait impraticable.

« Pour le rétrécissement cancéreux, l'indication d'intervenir peut également être pressante. Mais comme l'intervention est purement palliative, et que, d'autre part, elle est entourée de dangers, bien des chirurgiens hésiteront à agir. »

« La résection n'est acceptable que lorsque la tumeur est nettement circonscrite, et que les adhérences sont faibles. »

« Dans tous les autres cas, les résultats de la résection sont désastreux, et on devra s'adresser à la gastro-entérostomie. »

Ces conclusions sont encore acceptables à l'heure actuelle.

Mais M. Monod, rapporteur à la Société de chirurgie des opérations de Roux, formulait de grandes réserves. L'opération, suivant lui, ne devait être tentée que sur des sujets jeunes, non affaiblis, dont la maladie était récente. C'était restreindre singulièrement le champ de l'opération.

M. Jalaguier reconnaît que, « *malgré tout*, il est légitime de l'entreprendre dans les cas inopérables, de même qu'on pratique la trachéotomie pour faire respirer un malade étouffé par un cancer du larynx ». Il faut remarquer que « l'opération n'est pas sans danger et que les bénéfices sont peu durables » et, en outre, que la mortalité de 48 p. 100 « est seulement un peu inférieure à celle de la pylorectomie qui, entre les mains des mêmes chirurgiens, donne 50 p. 100 ».

Dans leur récent *Traité de thérapeutique chirurgicale*, MM. Reclus et Forgue se montraient encore hostiles à l'opération de Wölfler. On lit dans ce livre : « Cet abouchement de l'estomac avec une anse supérieure de l'intestin grêle, n'est point l'opération déclarée si simple par quelques-uns. Qu'on essaie sur le cadavre, on verra combien la manœuvre est malaisée. » Plus loin : « L'anastomose gastro-intestinale comporte presque autant de risques opératoires (que la pylorectomie), avec un résultat thérapeutique bien moins sûr et simplement palliatif. » Et enfin : « Pour les sténoses cancéreuses, l'intervention qui apporte la mort dans une proportion de 50 p. 100, ne confère point une prolongation notable : les malades de Billroth ont succombé entre trois et sept mois. Mieux vaut les laisser mourir de leur néoplasme, ils y mettront au moins autant de temps. »

Aujourd'hui, M. Reclus, tout le premier, s'inscrirait en faux contre cette conclusion et reconnaîtrait qu'il y a des

cas où il faut opérer, s'il en est d'autres où il vaut mieux s'abstenir.

N'a-t-il pas déclaré tout récemment que chaque fois qu'on se trouve en présence d'un cancer du pylore, avec menaces d'obstruction, il faut intervenir par la gastro-entérostomie au même titre qu'on doit intervenir par un anus iliaque, en présence d'un cancer du rectum, par une gastrostomie, en présence d'un rétrécissement cancéreux de l'œsophage ?

La gastro-entérostomie est, en effet, très comparable à l'anus iliaque ou à la gastrostomie. C'est une opération palliative et ce mot, à la rigueur, dispenserait d'insister longuement sur ses indications et contre-indications. Cette opération, applicable aux sténoses du pylore, est très certainement la meilleure quand il s'agit de cancer et probablement la meilleure quand il s'agit d'un rétrécissement d'une autre nature.

Dans le traitement du cancer du pylore, cette opération palliative, n'ayant d'autre ambition que de soulager un malade et de prolonger sa vie, s'oppose à la gastrectomie, opération curative pratiquée dans le but d'obtenir une guérison temporaire, sinon durable. Ce sont les deux seules interventions auxquelles on doive actuellement songer.

On a proposé, il est vrai, d'autres opérations pour remédier aux sténoses cancéreuses du pylore. Daniel Mollière a eu l'idée assez malheureuse de pratiquer la divulsion digitale du pylore après gastrotomie. Personne, je suppose, n'aura envie de l'imiter.

Hahn a dilaté le pylore cancéreux, sans ouvrir l'estomac, en introduisant de force, dans la lumière du rétrécissement, son doigt coiffé de la paroi stomacale. C'était avant l'opération de Wölfler, et Hahn lui-même déclare n'avoir plus envie de recommencer.

Augustin Bernays (du Missouri) fait le curetage de l'estomac cancéreux. Cette pratique aurait donné de bons résultats à l'auteur, mais jusqu'à présent, aucun autre chirurgien n'a voulu imiter sa conduite.

Cependant une opération qui expose à de graves hémorragies, à la perforation de l'estomac, qui nécessite la fistulisation de cet organe, et qu'il faut d'ailleurs recommencer de temps à autre, ne peut guère être mise en parallèle avec la gastro-entérostomie.

La jéjunostomie paraît être aussi une opération qu'il faut oublier.

A mon sens, on ne doit plus être partisan exclusif de la gastro-entérostomie ou de la pylorectomie. Les deux opérations ne s'excluent pas, elles ont des indications différentes.

Il ne faut les repousser ni l'une ni l'autre, mais savoir à propos pratiquer l'une ou l'autre. Il ressort de la lecture des observations que la pylorectomie est une opération d'une effroyable gravité toutes les fois que les lésions ne sont pas absolument limitées. C'est presque un lien commun d'insister aujourd'hui sur la difficulté du diagnostic précoce, sur la rareté des cancers mobiles, dépourvus d'adhérences, n'ayant pas envahi l'épiploon, le pancréas, ou déterminé d'engorgements ganglionnaires. L'extirpation de ces cancers adhérents et étendus est laborieuse et difficile, l'opération est démesurément longue et donne une mortalité considérable. Dans les cas où l'opéré ne succombe point, elle ne lui procure qu'une survie bien courte, la récidive étant fatale à bref délai.

J'en conclus qu'il est absolument déraisonnable de tenter ces extirpations et qu'il est temps de renoncer à ces inutiles entreprises de médecine opératoire.

Dans ces cas, précisément, il y aura lieu de recourir à l'opération palliative.

Mais de temps à autre, je veux bien que le cas soit assez rare, on trouve un néoplasme petit, circonscrit et bien mobile. Il n'y a pas à hésiter : le plus simple et le meilleur est d'en pratiquer une très large extirpation. La trêve obtenue ne sera peut-être pas bien longue. On en revient toujours là dans la chirurgie du cancer : les résultats sont peu durables et quand on parle d'opération curative ou de cure radicale, on exprime bien moins les résultats obtenus que le but poursuivi. Mais du moins, on court toujours la chance d'assurer à son malade, sinon la guérison, du moins une survie assez longue.

Donc, il existe des cas où l'indication de la pylorectomie est formelle, mais le nombre de ces cas est extrêmement restreint. C'est actuellement l'opinion des chirurgiens sages, prudents et soucieux de leurs malades.

La gastro-entérostomie doit être « l'opération commune ».

Il est bien entendu qu'il n'y a indication opératoire que dans les cas de *rétrécissement* du pylore. « Toutes les fois que le cancer de l'estomac ne s'accompagne pas d'obstruction (je cite M. Guinard) et par conséquent d'inanition forcée, il ne saurait être question d'intervention chirurgicale. Tout néoplasme de mauvaise nature, qui ne s'oppose pas au cours des matières alimentaires, doit être abandonné au traitement médical. Cela revient à dire que la chirurgie n'a rien à tenter dans la majorité des cancers de l'estomac. »

Pour les rétrécissements non cancéreux, il y a lieu également d'intervenir. On aura le choix entre la divulsion du pylore, par la méthode de Loreta, la pyloroplastie, par le procédé de Heineke-Mickulicz, et la gastro-entérostomie, qui, toutes trois, donnent de bons résultats. Il me semble tout d'abord que la gastro-entérostomie doit être préférée à l'opération de Loreta, divulsion aveugle et bien moins sûre au point de vue de la guérison définitive.

Entre l'anastomose gastro-intestinale et l'opération de Heineke, le chirurgien choisira, suivant ses préférences, l'habitude plus ou moins grande qu'il aura de pratiquer l'une ou l'autre, ou bien encore, il s'inspirera des circonstances opératoires pour pencher d'un côté ou de l'autre.

III

Le chirurgien ne peut jamais dire, avant l'ouverture du ventre : « Je ferai une pylorectomie. » Tout au contraire, dans un grand nombre de cas, il peut dire : « Je ferai une gastro-entéro-anastomose. » La pylorectomie, opération curative, ou ayant la prétention de l'être, est subordonnée à la possibilité d'enlever en totalité les tissus cancéreux.

Or la palpation renseigne bien peu et bien mal sur les limites d'un cancer du pylore. Il faut toucher du doigt les lésions pour en connaître l'étendue et prendre parti. Au contraire, la gastro-entérostomie, opération palliative, s'adressant à des symptômes, est à peu près indépendante du volume, de l'étendue et des connexions du cancer (je dis à peu près, car il faut tenir compte de cas comme celui de M. Routier) et même de la nature du rétrécissement.

Il est rare qu'il y ait urgence, dans le sens absolu du mot, à pratiquer la gastro-entérostomie. On a toujours deux, trois, quatre jours devant soi. La plupart des chirurgiens

en profitent pour faire subir à leurs malades un traitement pré-opératoire.

Traitement pré-opératoire. — Celui-ci consiste en lavages quotidiens et répétés de l'estomac, avec le tube de Fauche, dans le but d'aseptiser, autant que possible, cette cavité. Le liquide employé peut être de l'eau simple bouillie et tiède, ou de l'eau boriquée.

Pour être utiles, ces lavages doivent être *répétés* et prolongés. Immédiatement avant l'opération, on pratiquera un lavage plus minutieux que les autres. Les manœuvres que nécessitent ces lavages, leur répétition et leur durée fatiguent quelquefois beaucoup des malades déjà épuisés. En outre, si malgré tout la précaution est toujours bonne à prendre, il ne faut pas se flatter de vider l'estomac de tout ce qu'il contient d'impuretés, de détritus de toute sorte. J'ai assisté à la gastro-entérostomie pratiquée par M. Reclus. Ces précautions avaient été prises et le jour même de l'opération, on pratiqua des lavages pendant plus d'une heure. Il était sorti, par le tube, une incroyable quantité de détritus cancéreux et de parcelles d'aliments.

Or, quand on ouvrit l'estomac, il s'en échappa bien davantage et il fut bien manifeste que nos lavages, si consciencieux, n'avaient pas servi à grand'chose.

On peut encore, la veille de l'opération, après avoir soigneusement désinfecté la paroi abdominale, y appliquer un pansement antiseptique. Cette précaution est bien loin d'être indispensable.

Opération. — Jusqu'à présent, les malades ont toujours été chloroformisés. Mais on a proposé récemment à la Société de chirurgie d'opérer à la cocaïne, ce qui est, à la rigueur, possible. Cette anesthésie, purement locale, aurait deux avantages : 1° de ménager les forces d'un malade affaibli, en rendant moindre le choc opératoire ; 2° de ne pas l'exposer aux vomissements ultérieurs, les vomissements constituant un très gros danger post-opératoire.

Une incision médiane est de beaucoup la plus commode. Cette incision sera longue, elle s'étendra de l'appendice xyphoïde à l'ombilic et même le dépassera.

Introduisant la main dans le ventre, le chirurgien explore l'estomac, apprécie sa mobilité, l'attire dans l'aire de la plaie abdominale et le confie aux mains d'un aide.

Il faut alors rechercher l'anse de l'intestin grêle qu'on veut aboucher.

On peut pratiquer soit une gastro-duodénostomie, soit une gastro-jéjunostomie. La première opération, très rarement possible dans les cas de cancer, est plus généralement applicable aux cas de rétrécissement cicatriciel. La portion qu'on abouche est alors la partie supérieure du duodénum, facile à trouver sous le foie.

1° *Procédé de Wölfler.* — Ordinairement on pratique l'abouchement sur une anse du jéjunum, le plus haut situé possible.

Si l'on veut éviter la compression du côlon et les tiraillements de l'intestin grêle, il faut choisir une portion entre 20 et 25 centimètres de l'angle duodéno-jéjunal. La recherche de cet angle est chose facile, quand on sait où le trouver. « Le chirurgien doit être, premièrement, lettré d'anatomie, car sans icelle, il n'y a rien de fait en chirurgie. »

L'anse intestinale choisie, amenée aussi dans l'aire de la plaie abdominale, on opère pour ainsi dire hors du ventre, dans les cas favorables, quand l'estomac se laisse attirer à l'extérieur.

Une incision de 5 ou 6 centimètres est pratiquée sur la face antérieure de l'estomac, à la partie inférieure de cette face, à un travers de doigt au-dessus de l'insertion du grand épiploon, parallèlement à cette insertion. Des compresses ont été disposées au préalable pour protéger le péritoine. La paroi stomacale est assez vasculaire, et la plaie saigne un peu. C'est pourquoi quelques chirurgiens ont pratiqué la section au thermocautère. C'est au moins inutile. Il suffit de pincer les vaisseaux.

On pratique une incision pareille à l'intestin, sur *son bord libre.* On peut, auparavant, interrompre la circulation des gaz dans cette anse de jéjunum, par l'application de pinces à pression douce.

Il reste à unir les bords des deux ouvertures.

Multiplier les sutures et les plans de suture est une condition essentielle de succès.

Il faut donc faire *au moins* un plan de sutures séro-séreuses et un plan de sutures muco-muqueuses.

Il faut commencer par affronter les lèvres postérieures des incisions stomacale et intestinale, puis les lèvres antérieures.

On pratiquera donc successivement une première rangée de sutures séro-séreuses, puis une rangée de sutures muco-muqueuses postérieures, une de muco-muqueuses antérieures, et enfin une de séro-séreuses antérieures. Chaque rangée sera composée de points très rapprochés, pratiqués à la soie fine, avec une mince aiguille montée, ou l'aiguille de Chaput, ou un Reverdin très fin.

On peut pratiquer la première rangée de sutures séro-séreuses avant d'ouvrir l'estomac et l'intestin. C'est assez commode.

M. Chaput recommande, pour la suture muco-muqueuse, un mode de sutures un peu particulier. Il pratique « une série de ligatures en chaîne, réunissant ensemble la muqueuse stomacale et intestinale, comme s'il s'agissait d'un large pédicule vasculaire ». M. Chaput reconnaît lui-même que « ce mode de suture diminue considérablement l'étendue de l'incision des muqueuses ».

J'ai pratiqué cinq fois, sur des chiens, la gastro-entérostomie, en utilisant un mode de suture que je n'hésiterais pas à appliquer sur l'homme, et qui a surtout l'avantage d'abréger considérablement l'opération. Au lieu de points séparés, j'ai pratiqué une série de *surjets*, avec une aiguille *à coudre* ordinaire. Un premier surjet rapproche les deux organes, suivant une ligne courbe à concavité antérieure. On incise alors l'un et l'autre. Un deuxième surjet unit la lèvre postérieure de l'incision stomacale à la lèvre postérieure de l'incision intestinale, en ne comprenant que la partie musculo-séreuse de leur bord libre. Un troisième affronte les deux muqueuses. De même, en sens inverse, pour les lèvres antérieures. L'opération est ainsi faite en quelques minutes. On n'a pas même besoin d'un aide.

D'ailleurs, la nécessité d'agir vite et de simplifier le manuel opératoire a été sentie par beaucoup de chirurgiens. De là est né le procédé de Nicolas Senn. Senn emploie des plaques d'os décalcifié, en forme de disques, perforées à leur centre d'un large orifice ovale, autour duquel sont percés quatre petits trous aux extrémités du grand et du petit diamètre de l'orifice. Par ces trous on passe des anses de catgut ou de soie, toutes les anses du même côté. Un fil

circulaire traverse toutes ces anses et les empêche de repasser à travers le trou qu'elles ont franchi.

Une plaque ainsi préparée est introduite dans la plaie stomacale, une autre dans la plaie intestinale. Les fils qui correspondent au petit diamètre du grand trou de la plaque sont passés de dedans en dehors, à travers toute l'épaisseur de la paroi, les autres sont attirés à travers la plaie. On noue solidement les fils homologues, en juxtaposant soigneusement les deux ouvertures.

Mayo Robson (de Leeds) déclare avec raison qu'avec ces plaques, il y a toujours à redouter l'écoulement dans le péritoine du contenu de l'estomac et de l'intestin, ou un rétrécissement du nouvel orifice de communication. Son procédé, assure-t-il, est de tous points supérieur. Il se sert de *tubes* d'os décalcifié, ayant la forme d'une bobine de fil ordinaire. « Comme l'os décalcifié est dissous au bout de quelques jours, le danger que pourrait présenter plus tard la présence d'un corps étranger disparaît. » D'autre part « l'épaisseur plus grande des extrémités empêche le tube de changer de position ». Il reste en place jusqu'au moment où il est dissous, mais alors sa présence n'est plus nécessaire. On place sa bobine et l'on fait tout autour une série de sutures sans crainte de trop rétrécir l'orifice de communication.

Sans doute, tout cela est très simple, mais il est encore plus simple de faire autrement. Il faut compliquer le moins possible son arsenal d'instruments.

J'ai parlé de ces divers modes d'abouchement à propos du premier procédé de Wölfler, parce que ce procédé est encore le plus communément employé, et qu'on peut utiliser tous ces modes d'abouchement et de suture, sans cesser d'exécuter le procédé de Wölfler.

Par procédé de Wölfler, on doit entendre simplement abouchement d'une anse jéjunale à la face *antérieure de l'estomac*, en passant *en avant du côlon.*

2° *Procédé de Courvoisier.* — Dans ce passage de l'intestin grêle, en avant du côlon transverse, on a vu un danger pour le côlon. Cette crainte sera certainement chimérique, si l'on veut bien laisser 20 centimètres d'intestin entre l'angle duodéno-jéjunal et le point d'abouchement. Cependant, pour obvier à cette compression, Courvoisier (de Bâle) incise le mésocôlon transverse, incise le grand épiploon, et à travers la perforation du mésocôlon amène l'intestin au contact de la *paroi postérieure* de l'estomac, et l'abouche.

Le côlon n'est plus comprimé, mais l'anse de l'intestin grêle qui traverse la boutonnière du mésocôlon peut l'être par les lèvres de cette boutonnière. En outre, on détruit un certain nombre des vaisseaux du côlon, ce qui n'est pas prudent.

3° *Procédé de von Hacke.* — Aussi von Hacke pratique une incision *radiaire*, autant que possible dans un point où il n'y a pas de vaisseaux, et par cette boutonnière abouche les deux organes, *sans rien détruire du grand épiploon.* On peut reprocher à cette manière d'opérer de n'être pas bien commode.

Tout en faisant passer l'intestin grêle en avant du côlon, on peut l'aboucher sur la face postérieure de l'estomac, en effondrant une partie du grand épiploon. Cette pratique a été défendue à la Société de chirurgie par M. Pozzi.

Procédés pour empêcher le reflux de la bile dans l'estomac. — Un opéré de Billroth, ayant succombé dix jours après qu'il eût subi la gastro-entérostomie, après avoir présenté des vomissements bilieux depuis l'opération jusqu'à sa mort, on reconnut à l'autopsie que l'anse intestinale abouchée à l'estomac s'était coudée, de manière à former un éperon, conduisant la bile dans l'estomac et s'opposant au passage des aliments dans le bout inférieur.

Wölfler proposa alors de rétrécir le calibre du bout supérieur, en créant, au moyen de sutures (séro-séreuses) au pli saillant, une sorte de valvule dans la cavité de l'intestin, et, en outre, d'aboucher très largement le bout inférieur à l'estomac.

Billroth, dans le même but, pratiqua une fixation complémentaire de l'anse intestinale à l'estomac, pour orienter plus convenablement le cours de la bile et la voie alimentaire.

Rockwitz recommande de croiser les deux jambes de l'anse fixée à l'estomac, « afin que les mouvements péristaltiques de l'estomac puissent se continuer dans le même sens sur l'intestin. » De plus, la bile, ayant à parcourir un chemin vertical, a moins de tendance à s'engager dans l'estomac.

Wölfler conseille encore de couper transversalement l'intestin et d'anastomoser le bout périphérique à l'estomac.

Le bout central est oblitéré par des sutures, puis, un peu au-dessus de son extrémité, on l'anastomose avec le bout périphérique. De cette façon, la bile ne passe point dans l'estomac.

M. Chaput conseille « d'établir d'abord la gastro-entérostomie sans entrecroiser les jambes de l'anse grêle. Ceci fait, entre la portion qui monte et celle qui descend, il établit une entéro-anastomose avec un orifice de 2 centimètres » et termine en plaçant une ligature lâche « sur l'anse ascendante entre les deux anastomoses, afin de la rétrécir sans couper les tissus ».

Les procédés de Wölfler et de Chaput sont très ingénieux sans aucun doute, mais à mon sens, ils ne doivent pas être tentés d'abord. Il est probable que, dans les conditions ordinaires de la gastro-entérostomie, il passe toujours un peu de bile dans l'estomac. Le mal est sans doute moins grand qu'on ne le dit. Les cas sont rares dans lesquels on signale des accidents analogues à ceux que présenta l'opéré de Billroth.

Dans le cas de M. Reclus, la malade, opérée depuis cinq mois, n'a jamais présenté rien de semblable. Il vaut mieux attendre les accidents, s'il doit en venir. Il sera temps d'y remédier. Pratiquer, immédiatement après la gastro-entérostomie, l'anastomose que recommandent Wölfler et M. Chaput, c'est compliquer beaucoup l'opération et la rendre bien longue. Et n'y a-t-il pas un immense danger à prolonger outre mesure l'acte opératoire ?

Gastro-entérostomie combinée à la pylorectomie. — Billroth a fait connaître cette opération au XIV[e] congrès de la Société allemande de chirurgie. On commence par l'opération de Wölfler, puis on extirpe la tumeur et, finalement, on invagine l'extrémité libre du duodénum dans la lumière de ce conduit et on ferme par une série de sutures séro-séreuses. L'estomac est traité de même. Les deux viscères se terminent donc en cul-de-sac, au-dessus de leur anastomose.

L'exemple de Billroth a été imité plusieurs fois à l'étranger.

En France, M. Doyen a pratiqué deux opérations analogues, en modifiant un peu le procédé de Billroth. Il fait la

pylorectomie, ferme l'intestin grêle, suture l'estomac et ménage à l'extrémité inférieure de la suture stomacale un orifice suffisant, qu'il réunit ensuite à une ouverture pratiquée sur le duodénum.

Traitement post-opératoire. — Pendant plusieurs jours après l'opération, le malade reste exposé au gros danger de la désunion de ses sutures. Il faudrait se hâter de le nourrir, le gorger de toniques, pour l'aider à réparer un peu ses forces épuisées. Et, d'autre part, la plus extrême prudence doit être apportée dans l'alimentation, pour ne pas troubler le travail de réunion des deux viscères. Je lis, dans les observations de M. Roux, qu'on a donné, le jour même de l'opération, du champagne aux opérés. C'est une grave imprudence que de remplir de liquides gazeux un estomac fraîchement suturé. L'estomac distendu, les sutures sont tiraillées. On s'expose à les voir *couper* les tissus qu'elles étreignent. Il y a à redouter la désunion des bords de la plaie et l'effusion dans le péritoine du contenu de l'estomac.

Il faut, autant que possible, laisser l'estomac tranquille, alimenter le malade par le rectum, lui rafraîchir la bouche avec de la glace, lui faire avaler par cuillerées seulement du rhum ou du cognac glacés (ce sont d'assez bons antiseptiques dans l'espèce).

Il est prudent d'administrer un peu d'opium pour prévenir ou calmer les vomissements.

Dès le troisième jour, on pourra faire prendre à son malade un peu de lait et de bouillon, toujours très peu à la fois.

IV

Suites opératoires. — Quand l'opération doit réussir, les choses, en général, marchent avec une grande simplicité et les suites opératoires n'existent pour ainsi dire pas.

Quand l'opéré succombe, ou bien il meurt de choc opératoire le soir ou le lendemain, ou bien il est emporté par une péritonite le quatrième ou le cinquième jour.

Dans le premier cas, il s'agit, en général, d'un cancéreux profondément cachectisé, opéré trop tard. Il est comme foudroyé par l'acte opératoire.

Dans le second, il y a eu infection du péritoine, *en général* par « déhiscence » des sutures.

Bien faite et *pratiquée en temps opportun*, la gastro-entérostomie ne peut être une opération grave. Supprimant les douleurs, les vomissements, elle rend tolérable l'existence du malade. Rétablissant le détroit gastro-intestinal, elle permet la digestion intestinale, l'absorption intestinale, la nutrition du malade, et, dans une certaine mesure, le retour à un état général plus satisfaisant. Elle permet, en outre, l'évacuation vers l'intestin des produits de destruction du cancer, qui, auparavant, stagnaient dans l'estomac, s'y putréfiaient, joignant leur influence délétère à toutes les autres causes de dénutrition.

J'ai dit *bien faite*. Il est indubitable qu'il faut une certaine expérience de la chirurgie abdominale, pour mener à bien cette délicate anastomose. L'opération peut être infiniment dangereuse dans des mains inexpérimentées. Il est possible que la vulgarisation de la gastro-entérostomie ait pour première conséquence une véritable hécatombe de cancéreux. Il suffit d'une suture mal serrée pour que tout soit perdu. Ce ne doit pas être une opération du domaine commun. Il est au moins prudent, avant de l'entreprendre sur l'homme, de la répéter sur des animaux.

D'autre part, si l'on attend que le malade, absolument épuisé et cachectique, soit à la veille de succomber, on s'exposera au chagrin de perdre son opéré. Pratiquée trop tard, l'opération achève le malade, beaucoup plus souvent qu'elle ne prolonge son existence. On peut ainsi noircir la statistique, sans rien prouver ni pour ni contre l'opération, sans rien prouver, sinon qu'on n'a pas su poser l'indication opératoire.

V

Résultats. — En comparant les observations publiées de gastro-entérostomies, on voit que les morts deviennent de moins en moins fréquentes, ce qui tient d'une part à ce que l'opération est mieux et plus méthodiquement pratiquée, ensuite à ce que les chirurgiens savent mieux choisir les cas.

Quand le malade guérit de l'intervention, on a un succès opératoire. Quand la voie artificielle, ainsi pratiquée, permet l'évacuation régulière et constante du contenu stomacal vers l'intestin, on a obtenu du même coup un succès thérapeutique. C'est la règle, quand on opère dans de bonnes conditions.

Quand il s'agit d'un rétrécissement fibreux, ce succès est durable, et l'opéré, revient et généralement d'une façon définitive, à la vie normale.

Quand l'opération a été pratiquée pour une sténose cancéreuse, le malade, toujours considérablement soulagé, est destiné à vivre un temps variable, en général assez court; mais l'existence est pour lui tolérable. Il se retrouve dans les conditions d'un cancéreux, dont le néoplasme siégerait sur la grande courbure ou sur l'une des faces. La symptomatologie du cancer est supprimée, en tant que cancer d'un orifice.

Souvent le malade reprend de l'embonpoint, augmente de poids, et peut se croire guéri pendant quelque temps.

Puis après « cette lune de miel des opérations palliatives », pour parler le langage de M. Verneuil, de nouveau il se cachectise, s'affaiblit graduellement, il meurt tranquillement de son néoplasme, il s'éteint.

La survie a été quelquefois très courte, trois semaines, un mois, deux mois, quelquefois beaucoup plus. La malade de M. Reclus a vécu cinq mois dans un état relativement satisfaisant. « La marche du mal, dit M. Guinard, reprend son cours, au bout de quatre mois en moyenne, mais la mort ne survient guère qu'après un an. »

Il n'est peut-être pas bien utile de faire intervenir ici la statistique pour juger des résultats de cette opération. Il n'y a pas lieu d'attacher trop d'importance aux chiffres exprimant la mortalité opératoire de la gastro-entérostomie.

Au début, on trouve 11 morts sur 17, c'est-à-dire plus de 64 p. 100.

Actuellement, en prenant une moyenne générale des cas publiés, on trouverait encore 31,50 p. 100.

« Mais comme le fait observer M. Guinard, les statistiques doivent être interprétées judicieusement ; et on peut considérer la gastro-entérostomie comme absolument innocente, malgré les apparences contradictoires. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 janvier 1893. — Présidence de M. LABOULBÈNE.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend des lettres : 1° de MM. Mottet et Laugier, qui se portent candidats à la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale; 2° de M. Fernet, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de pathologie médicale.

COMMUNICATION

Traitement de l'éclampsie. — M. CHARPENTIER achève la lecture de son travail qu'il résume par les conclusions suivantes :

1° Toute femme enceinte, albuminurique, étant exposée à être prise d'éclampsie, et le régime lacté donnant des résultats merveilleux contre l'albuminurie, et contre l'albuminurie gravidique en particulier, on doit examiner avec le plus grand soin les urines de toutes les femmes enceintes, et si l'on y constate la présence de l'albumine, si minime que soit la quantité de cette albumine, il faut instituer d'emblée le régime lacté absolu et exclusif. C'est le traitement préventif par excellence de l'éclampsie;

2° Toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'une éclamptique, débuter, si la malade est forte, vigoureuse et très cyanosée, par une saignée de 4 à 500 grammes; puis administrer la médication chloralique, en suivant les préceptes que nous avons donnés, et faire prendre du lait aussitôt que cela sera possible;

3° Si la femme est plus délicate, si les phénomènes de cyanose sont peu marqués, les accès peu fréquents, se borner à la médication chloralique ;

4° Attendre que le travail se déclare spontanément, et laisser l'accouchement se terminer seul, toutes les fois que cela sera possible;

5° Si, le travail s'étant déclaré spontanément, l'accouchement ne se termine pas, parce que les contractions utérines sont trop faibles, terminer l'accouchement par une application de forceps ou une version, si l'enfant est vivant; par une céphalotripsie, une basiotripsie, une cranioclasie, si l'enfant est mort;

6° Attendre, pour intervenir ainsi, que l'état des parties malades soit tel (dilatation complète ou dilatabilité du col) que l'on puisse le faire impunément, c'est-à-dire sans violence, et, par suite, sans danger pour la mère;

7° Réserver l'accouchement provoqué pour quelques cas exceptionnels où le traitement médical aura échoué complètement;

8° Rejeter absolument l'opération césarienne et l'accouchement forcé, surtout l'accouchement forcé par les incisions profondes du col, c'est-à-dire la méthode sanglante.

DISCUSSION

M. GUÉNIOT est d'accord avec M. Charpentier sur la plupart des moyens thérapeutiques à opposer à l'éclampsie. Toutefois, l'éclampsie n'est pas toujours semblable à elle-même; il faut tenir compte de deux éléments : 1° la toxémie ou l'intoxication du sang; 2° la superexcitation des réflexes médullaires. C'est l'association de ces deux éléments qui constitue l'éclampsie. Il y a des cas légers, dans lesquels tous les traitements réussissent et qui même peuvent guérir spontanément. On voit, en effet, un certain nombre de femmes qui ont une attaque d'éclampsie, et chez lesquelles il suffit de hâter la sortie du fœtus pour voir cesser tous les accidents. Ces cas sont ceux dans lesquels les réflexes médullaires sont surtout en jeu ; dans d'autres faits non moins rares, il s'agit d'une véritable hypertoxicité du sang; quelque traitement qui soit mis en œuvre dans ces cas, les femmes succombent par intoxication du sang.

Il importe donc de bien distinguer ces cas les uns des autres, au point de vue de la thérapeutique. Entre ces cas légers et ces cas graves, il y en a d'intermédiaires, dans lesquels le traitement peut encore avoir une grande efficacité. Tandis que nous sommes puissamment armés pour combattre l'éclampsie qui a surtout pour origine les réflexes médullaires, nous restons à peu près impuissants en présence de celle qui est surtout causée par la toxémie. Malheureusement, la symptomatologie ne nous permet pas de distinguer ces faits les uns des autres.

Au point de vue du traitement, M. Guéniot attache la plus grande importance à l'emploi du chloroforme, mais il insiste sur ce fait, qu'il faut entretenir le sommeil anesthésique pendant cinq, six heures et même davantage.

Ce moyen est d'une efficacité merveilleuse dans les cas où les réflexes médullaires sont surtout en jeu. Au contraire, lorsqu'il s'agit d'intoxication du sang, il peut être dangereux de pousser trop loin l'anesthésie par le chloroforme.

M. Guéniot rapporte l'observation d'une éclamptique qu'il a ainsi tenue pendant plus de six heures consécutives sous l'action du chloroforme, il croit qu'il importe d'éviter chez ces malades tout ce qui peut exciter les réflexes. C'est pour cela qu'il n'est pas partisan de l'emploi des sangsues ni de la saignée, c'est pourquoi il repousse l'usage des sinapismes. Il importe aussi d'éviter trop de lumière, il ne faut pas de bruit, pas d'excitation cutanée, pas même d'excitation de l'odorat.

Dans les cas graves d'éclampsie maligne, il y a des troubles généraux. On trouve, à l'autopsie, des lésions du foie et le degré d'intoxication est tel qu'on n'arrive pas à empêcher les femmes de succomber.

En résumé, dans les cas d'origine réflexe, supprimez les accès et vous supprimerez la maladie. Dans les cas de toxémie, la thérapeutique reste le plus souvent inefficace.

M. TARNIER partage à peu près l'opinion de M. Charpentier sur le traitement de l'éclampsie. Il faut dire bien haut que ce traitement est des plus importants, car l'éclampsie est toujours une maladie très grave. Or, c'est surtout sur le traitement préventif qu'il faut insister, traitement qui, comme on le sait, consiste dans le régime lacté absolu. On sait, en effet, que chez presque toutes les femmes menacées d'éclampsie, on trouve de l'albuminurie, c'est pourquoi M. Tarnier a préconisé, depuis longtemps déjà, le régime lacté. Dans les premiers temps, il avait quelque tendance à se montrer conciliant et à ne pas exiger d'emblée, des malades, l'usage exclusif du lait. Mais depuis, il a reconnu la nécessité de prescrire de suite le régime lacté absolu et exclusif, dès qu'apparaît chez les femmes enceintes la moindre trace d'albuminurie, la moindre menace d'éclampsie. Depuis que cette ligne de conduite est sévèrement suivie dans les Maternités et à l'hôpital des cliniques, on ne voit plus que des cas exceptionnels d'éclampsie ; encore ceux-ci ne s'observent-ils que chez les femmes venant de la ville. Il faut donc examiner avec le plus grand soin les urines et user du régime lacté absolu, dès qu'apparaît la moindre trace d'albumine.

M. Tarnier a cependant vu une femme, qui n'avait jamais présenté d'albuminurie, avoir des attaques d'éclampsie, mais elle avait de l'œdème, et il est hors de doute, pour lui, qu'il y avait dans ses urines de l'albumine qui n'avait pas pu être décelée.

Il y a, en effet, des cas où il est très difficile de reconnaître la présence de l'albumine. Quand les chimistes nous auront appris un moyen sûr de la découvrir, ils pourront alors avoir toujours recours avec succès au traitement préventif de l'éclampsie.

La péritonite puerpérale est toujours une maladie mortelle, mais nous la prévenons par l'antisepsie ; il en sera de même de l'éclampsie que nous pourrons toujours prévenir par le régime lacté absolu donné à temps.

M. Guéniot a distingué deux formes d'éclampsie : l'une ayant pour origine une toxémie, l'autre une excitabilité réflexe. M. Tarnier partage cette manière de voir, mais il croit qu'on peut arriver à reconnaître l'intoxication du sang. Il a fait une série d'expériences avec le sérum du sang des éclamptiques. Voici comment il procède : aussitôt qu'il se trouve en présence d'une éclamptique, il fait aussitôt pratiquer une saignée comme

moyen de traitement; on recueille le sang et l'on injecte le sérum à des lapins; il faut 10 grammes de sérum humain normal pour tuer 1 kilogramme de lapin. S'il suffit de 8, de 6 ou de 4 grammes pour le tuer, c'est qu'il y a empoisonnement du sang. Quand cet empoisonnement est profond et que 3 grammes de sérum ont suffi pour tuer le lapin, on peut affirmer que la femme qui a produit ce sérum succombera. Quand il faut 8 grammes de sérum, on peut, au contraire, en conclure que la femme survivra. M. Tarnier communique l'observation suivante : Une femme est prise, dans le service de M. Bar, d'une éclampsie légère; M. Bar fait une saignée et prévient au laboratoire de M. Tarnier, afin qu'on examine le sang. Lorsqu'on vient le chercher, M. Bar déclare que la malade n'a eu qu'une seule attaque et qu'elle est en voie de parfaite guérison. Toutefois, on injecte le sérum à un lapin, qui est tué avec 3 grammes; on retourne chez M. Bar pour lui donner le résultat de l'examen, et on apprend que la malade est morte. M. Tarnier a eu à soigner simultanément dans son service deux femmes éclamptiques, le sérum de l'une a tué le lapin à la dose de 3 grammes; il a fallu 8 grammes du sérum de l'autre pour amener la mort de l'animal.

La première malade est morte et la seconde a survécu.

En pratiquant la saignée, on retire du sang toxique, mais on n'abaisse pas le titre de l'empoisonnement de ce sang. Dans ce but, M. Tarnier ajoute à la saignée l'ingestion directe de lait dans l'estomac, à l'aide du tube Faucher. Il dilue ainsi la masse sanguine. M. Tarnier ajoute à l'emploi de la saignée celui du chloral et chloroforme. Lorsqu'il était interne de M. Danyau, il a maintenu une femme sous le chloroforme pendant toute la nuit et cette malade a guéri.

En même temps que l'on a recours au traitement médical, il faut faire l'accouchement avec le plus de rapidité possible, mais M. Tarnier n'est pas partisan de l'opération césarienne. En se résumant, il insiste sur ce fait qu'il importe, avant tout, de recourir au traitement préventif par le régime lacté.

M. ALBERT ROBIN répond à M. Tarnier au sujet de l'insuffisance des réactifs propres à déceler la présence de l'albumine dans les urines, que le moment de la journée où l'on recherche cette albumine a une grande importance chez beaucoup de malades. En effet, on n'en trouve que dans les urines émises deux ou trois heures après les repas; il ne faut donc pas rechercher l'albumine dans les urines des vingt-quatre heures, mais bien dans les urines émises à différents moments de la journée et plus particulièrement après les repas.

M. TARNIER admet que l'albuminurie est de règle, comme accident précurseur de l'éclampsie. Toutefois, il y a des cas de véritables empoisonnements du sang, dans lesquels on n'a jamais trouvé d'albumine.

La suite de la discussion est remise à la séance prochaine.

LECTURE

Symphyséotomie chez l'homme. — M. ALBARRAN présente un malade à qui il a pratiqué, en septembre 1892, la symphyséotomie. Cette opération a été le temps préliminaire d'une résection de la vessie nécessitée par un épithélioma de cet organe.

Il s'agit d'un homme de trente et un ans qui fut opéré une première fois par M. le professeur Guyon, en avril 1890, d'un épithélioma de la vessie par la taille hypogastrique. La récidive locale survint, mais l'état général continua à bénéficier de la première opération. Le 8 septembre 1892, après avoir précisé par le cystoscope l'existence d'un néoplasme sessile situé dans la partie antéro-latérale gauche de la vessie, presque au niveau du col, M. Albarran pratiqua la symphyséotomie. L'incision cutanée longitudinale se terminait en bas, à 1 centimètre en deçà de la racine de la verge par deux petites branches en Y dans le but d'empêcher la déchirure de la peau, lorsque la symphyse serait écartée. Un écarteur ayant été placé entre la vessie et la symphyse, l'articulation fut attaquée d'abord au bistouri, puis avec le ciseau et le marteau. On obtint très facilement un écartement de 42 millimètres entre les deux pubis, et toute la face antérieure de la vessie se trouva à nu. Cette large brèche permit à l'opérateur d'enlever facilement un segment de la vessie de 6 centimètres sur 4 centimètres de largeur comprenant toute l'épaisseur de la paroi vésicale. La plaie de la vessie fut complètement fermée et on plaça une sonde à demeure. Pendant dix-sept jours, le malade resta dans une gouttière de Bonnet et la guérison fut obtenue rapidement malgré la formation d'une fistule urinaire sous-pubienne qui survint vers le dix-huitième jour et se referma d'elle-même. Aujourd'hui, quatre mois et demi après l'opération, le malade, qui a beaucoup engraissé et qui marche très facilement sans éprouver la moindre gêne, peut retenir trois heures de suite l'urine dans la vessie.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Le récit de l'exécution de Louis XVI, d'après le médecin Ph. Pinel.

Par M. le docteur CABANÈS.

Les historiens, qui ont pour la plupart puisé leur inspiration dans les journaux du temps, nous ont fait un récit de la mort de Louis XVI, qui n'est qu'un reportage sec et sans couleur. A part la relation de Samson, l'exécuteur des hautes-œuvres, et de l'abbé Edgeworth de Firmont, qui avait accompagné le roi jusque sur les marches de l'échafaud, nous retrouvons partout la même note; l'exécution d'un monarque passe presque aussi inaperçue que celle d'un criminel de droit commun. A peine lui consacre-t-on quelques lignes, tout comme à un fait-divers de minime importance. Le document que nous publions plus loin a une tout autre valeur.

C'est un témoin oculaire qui parle et qui consigne son impression quelques instants après l'exécution à laquelle il vient d'assister. C'est, de plus, un médecin, c'est-à-dire un homme que sa situation sociale met à même de bien observer et surtout de sainement juger.

Philippe Pinel assistait à l'exécution de Louis XVI en qualité de garde national. Il ne jouait à l'époque, quoi qu'on ait dit, aucun rôle politique. Il avait bien été officier municipal, mais sous la Constituante, et n'avait gardé ses fonctions que quelques semaines. Ce n'est pas qu'il manquât de courage civique; il en avait donné des preuves en maintes circonstances. Alors qu'il était médecin de Bicêtre (1), il avait sauvé d'une mort certaine plusieurs personnes, un évêque entre autres, en les faisant passer pour aliénés. C'est également à Pinel que Condorcet avait dû quelque temps son salut. C'est chez Mme Vernet, parente des grands peintres de ce nom, que Pinel et Boyer conduisirent et cachèrent le célèbre girondin. Cette respectable dame habitait au n° 22 de la rue Servandoni, où elle recevait quelques pensionnaires. Elle admit avec empressement le noble réfugié sur la recommandation de ses deux anciens locataires, qui n'étaient pas, à l'époque, deux jeunes gens, comme l'avance Louis Blanc, mais deux personnages d'âge mûr, puisque l'un était âgé de trente-cinq ans et l'autre approchait de la cinquantaine.

Bien qu'il eût des opinions fermement républicaines, Pinel appréciait sévèrement les excès de la Terreur. Sa mo-

(1) Pinel entra à Bicêtre le 11 septembre 1793, c'est-à-dire à la fin de l'an I de la République et en sortit pour aller à la Salpêtrière le 30 germinal an III (21 avril 1795).

dération, son honnêteté, sa passion de la justice, son horreur du despotisme le portaient à blâmer énergiquement ce qu'il considérait tout au moins comme des abus de pouvoir. Rostan a conté quelque part que, pendant qu'il était officier municipal, Pinel déclara un jour à ses collègues, qu'il ne se reconnaissait pas capable de partager plus longtemps leurs travaux, et qu'il préférait se retirer, plutôt que de s'associer à des mesures qu'il n'approuvait pas. Il adressa alors une requête à ses collègues pour être relevé de ses fonctions, et demanda, en échange, un emploi dans les hôpitaux, assurant qu'il rendrait, dans son nouveau poste, plus de services à la chose publique. Quelques jours après, le corps municipal prenait un arrêté, en date du 25 août 1793, qui nommait Pinel médecin de Bicêtre (1).

Il n'occupait pas encore ce poste au moment où il fut commandé pour le service d'ordre, le 21 janvier 1793.

La lettre que nous reproduisons a été trouvée dans les papiers de Pinel. Elle fut écrite le soir même de l'exécution par Philippe Pinel à son frère qui habitait la province. Le narrateur s'est proposé, avant tout, de dire la vérité, sans souci d'en tirer effet, puisque sa lettre est un épanchement intime qui, dans sa pensée, n'était assurément pas destiné à la publicité. Il a suivi tous les détails du drame, et en a noté les moindres péripéties. Il conte à la manière de Tacite, avec l'esprit de concision qui caractérise l'historien des Césars (2). Au surplus, voici le document :

Paris, 21 janvier 1793.

Je ne doute pas que la mort du Roi ne soit racontée diversement, suivant l'esprit du parti, et qu'on ne défigure ce grand événement soit dans les journaux, soit dans les bruits publics, de manière à dénaturer la vérité. Comme je suis ici à la source et que, éloigné par principe de tout esprit de parti, j'ai trop appris le peu de cas qu'il fallait faire de ce qu'on appelle *aura popularis*, je vais te rapporter fidèlement ce qui est arrivé.

C'est à mon grand regret que j'ai été obligé d'assister à l'exécution en armes, avec les autres citoyens de section et je t'écris le cœur pénétré de douleur et dans la stupeur d'une profonde consternation.

Louis, qui a paru extrêmement résigné à la mort par ses principes de religion, est sorti de sa prison du Temple vers les neuf heures du matin et il a été conduit au lieu du supplice dans la voiture du maire, avec son confesseur et deux gendarmes, les portières fermées.

Arrivé près de l'échafaud, il a regardé, avec fermeté, ce même échafaud et dans l'instant, le bourreau a procédé à la cérémonie d'usage, c'est-à-dire qu'il lui a coupé les cheveux, qu'il a mis dans sa poche, et aussitôt Louis est monté sur l'échafaud. Le roulement d'un grand nombre de tambours qui se faisaient entendre et qui semblaient apostés pour empêcher le peuple de demander grâce, a été interrompu d'abord par un geste qu'il a fait lui-même, comme voulant parler au peuple assemblé; mais à un autre signal, qu'a donné l'adjudant du général de la garde nationale, les tambours ont repris leur roulement, en sorte que la voix de Louis a été étouffée et qu'on n'a pu entendre que quelques mots confus, comme : « Je pardonne à mes ennemis, etc. » Mais en même temps, il a fait quelques pas autour de la fatale planche où il a été attaché, comme par un mouvement, ou plutôt par une horreur si naturelle à tout homme qui voit approcher sa dernière fin, ou bien par l'espoir que le peuple demanderait sa grâce, car quel est l'homme qui n'espère pas jusqu'aux derniers moments?

L'adjudant du général a donné ordre au bourreau de faire son devoir et, dans l'instant, Louis a été attaché à la fatale planche de ce que l'on appelle la guillotine, et la tête a été tranchée, sans qu'il ait eu presque le temps de souffrir (1), avantage qu'on doit du moins à cette machine meurtrière qui porte le nom d'un médecin qui l'a inventée (2). Le bourreau a aussitôt retiré la tête du sac où elle s'engage naturellement et l'a montrée au peuple.

Aussitôt qu'il a été exécuté, il s'est fait un changement subit dans un grand nombre de visages, c'est-à-dire que d'une sombre consternation, on a passé rapidement à des cris de : Vive la nation ! du moins la cavalerie, qui était présente à l'exécution, et qui a mis ses casques au bout de ses sabres.

Quelques citoyens ont fait de même, mais un grand nombre s'est retiré, le cœur navré de douleur, en venant répandre des larmes au sein de sa famille.

Comme cette exécution ne pouvait se faire sans répandre du sang sur l'échafaud, plusieurs hommes se sont empressés d'y tremper, les uns, l'extrémité de leur mouchoir, d'autres, un morceau de papier ou toute autre chose, pour conserver le souvenir de cet événement mémorable, car il ne faut pas se livrer à des interprétations odieuses.

Le corps a été transporté dans l'église Sainte-Marguerite, après que des commissaires de la municipalité, du département et du tribunal criminel ont eu dressé le procès-verbal de l'exécution.

Son fils, le ci-devant Dauphin, par un trait de naïveté qui intéresse beaucoup en faveur de cet enfant, demandait avec instances, dans son dernier entretien avec son père, d'aller l'accompagner pour demander sa grâce au peuple...

Suivaient quelques considérations d'ordre politique sur les conséquences du grand événement qui venait de se produire. D'après Pinel, la Convention a outrepassé son droit. Les pouvoirs judiciaire, législatif et exécutif doivent être distincts. Si l'assemblée qui légifère applique les lois qu'elle rend, la vie et les biens des citoyens ne sont plus à l'abri d'un coup de main du pouvoir.

C'est aux ministres, au conseil exécutif provisoire de nommer une commission extraordinaire, chargée de juger le souverain déchu. N'est-ce pas, d'ailleurs, ce qui s'est passé pour Charles I[er]? Le Parlement d'Angleterre s'est bien gardé d'intervenir.

Pinel est persuadé que la nation aurait voté, en majorité, pour la réclusion, si le jugement n'avait été si précipité.

Incidemment il rappelle qu'il a eu des velléités politiques, mais qu'il s'en est vite guéri, quand il a vu les agissements des clubs et des sociétés populaires. Depuis, il est resté éloigné de tous les postes publics qui ne se rapportaient pas à sa profession de médecin. Il félicite son frère de vivre loin du tourbillon qui menace de tout engloutir, loin du spectacle des factions et des sourdes intrigues.

(1) Il était préparé de longue date à ses nouvelles fonctions. Il avait reçu en 1789 la mission de visiter Bicêtre et de faire un rapport sur la division des aliénés. Il en profita pour recueillir des observations et rédiger de nombreuses notes sur le traitement moral de l'aliénation.

(2) Pinel était un grand admirateur de Tacite, comme aussi de Virgile, d'Horace, de Cicéron et de Pline. Il avait entrepris d'écrire une *Histoire de Louis XI* en prenant Tacite pour modèle. Le docteur Bricheteau possédait un petit fragment de cette histoire dans lequel se trouvaient intercalés plusieurs passages de l'histoire romaine. L'auteur ne craignait pas de comparer son héros à Tibère.

(1) On remarque la préoccupation du physiologiste se demandant si le sentiment survivait à la décollation. On sait que cette question passionna beaucoup le monde médical au moment de l'invention de la nouvelle machine à décapiter.

(2) On n'ignore pas aujourd'hui que la guillotine ne porte pas à vrai dire le nom de son inventeur.

Pour lui, il appréhende l'avenir gros de menaces, et son âme reste agitée de sombres pressentiments.

Avec son instinct prophétique, il prévoyait les jours sanglants de la Terreur.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — La Faculté, dans sa séance du jeudi 19 décembre, a réélu, comme doyen, M. le professeur Brouardel et a proposé, pour la place de professeur de médecine opératoire :

En première ligne, M. Terrier.
En deuxième ligne, M. Berger.
En troisième ligne, M. Terrillon.

— *Hôpitaux de Paris.* — Le concours de l'internat en médecine et en chirurgie s'est terminé par la nomination de 66 internes titulaires et 66 internes provisoires. En voici la liste, par ordre de mérite :

Internes titulaires. — MM. : 1. Mouchet, Dujon, Collet, Binot, Lévy (Émile), Ravanier, Lapointe, Thomas, Lévi (Charles), Bensaude.

11. Bodin, Baraduc, Auclair (Jules), Josué, Ranglaret, Laurens, Baudet, Isidor, Flandre, Jeannin.

21. Gasne, Griner, du Bouchet, Robineau, Hermary, Philippe, Ouvry, Apert, Gesland, Baillet.

31. Diriart, Émery, Desfosses, Boquel, Brouardel, Leblanc, Macé, Collinet, Petit (René), Albert Martin.

41. Kuss, Mourette, Fauquez, Pochon, Faguy, Venot, Vermorel, Claude, Guillemot (Louis), Lapeyre.

51. Caboche, Fredet, Ramond, Derocque, Petit (Raymond), Beaussenat, Magdeleine, Bellot (Eugène), Benoit, Paul-Boncour.

61. Schmid, Cocquelet, Courtillier, Lévy (Samuel), Mermet, Bolognesi.

Internes provisoires. — MM. : 1. Salmon, Long, Martin (Charles), Blanc, Miquet, Hepp, Anghelesco, Vanverts, Bigeard, Garnier (Marcel).

11. Lenoble, Piaget, Estrabant, Eliacheff (Mlle), Pouquet, Bonnus, Guibert-Lassalle, Jacobson, Wiart, Gellé.

21. Noir, Plicot, Batigne, Bouchacourt, Chauvel, Chabry, Didsbury, Lorrain, Lévy (Armand), Zeimet.

31. Dominici, Fauvelle, Roger, Grasset (Hector), Escat (Jean), Papillon, Luton, Millon, Choppin, Fournier.

41. Tissier (Henri), Marçais, Thoumire, Lenoir, Bruyère, Poix, Grenet (Alphonse), Hobbs, Tariel, Berthelin.

51. Haury, Escat (Étienne), Brunet (Louis), Pinault, Delamare, Bartoli, Bonnet (Saint-René), Rudaux, Nordmann, Trinel.

61. Charnaux, Beaularon, Siguier, Pasteau, Griffon, Crochet.

— Les cartes de placement dans les services hospitaliers pour l'année 1892 seront délivrées :

A MM. les élèves internes de deuxième, troisième et quatrième années, le mardi 24 janvier, à une heure et demie.— De première année et à MM. les internes provisoires, le mercredi 25 janvier à une heure et demie.

A MM. les élèves externes : de troisième et deuxième années (première moitié de la liste), le jeudi 26 janvier à une heure et demie. — De deuxième année (deuxième moitié de la liste), le vendredi 27 janvier, à une heure et demie. — De première année (première moitié de la liste), le samedi 28 janvier à onze heures du matin. — La deuxième moitié de la liste, le même jour à trois heures.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Tabary, conseiller général du canton de Bourg-du-Péage ; A. Toussaint (de Mézières).

— M. Richelot commencera ses leçons cliniques à l'hôpital Saint-Louis, le mercredi 8 février 1893, à neuf heures et demie, et les continuera les mercredis suivants.

A partir du 1er février, les travaux du service seront organisés comme il suit :

Lundi : Opérations à l'amphithéâtre. — Consultation externe.
Mardi : Examen des malades par les élèves. — Consultation du spéculum (salle Denonvilliers).
Mercredi : Leçon clinique à l'amphithéâtre. — Opérations.
Jeudi : Opérations abdominales (chalet).
Vendredi : Opérations à l'amphithéâtre. — Consultation externe.
Samedi : Opérations abdominales (chalet).

— M. le docteur Léon Petit fera, le samedi 21 janvier, à huit heures et demie du soir, dans la galerie Georges Petit, sous la présidence de M. Jules Simon, une conférence sur « les crimes contre l'enfant ».

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine, publié sous la direction de MM. Charcot, professeur de clinique des maladies nerveuses à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut ; Bouchard, professeur de pathologie générale à la Faculté de médecine, membre de l'Institut ; Brissaud, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine ; par MM. Babinski, Ballet, Brault, Chantemesse, Charrin, Chauffard, Gilbert, Guinon, Le Gendre, Marfan, Marie, Mathieu, Netter, Œttinger, André Petit, Richardière, Roger, Ruault, Thibierge, Fernand Widal.

Tome IV. — *Maladies des fosses nasales, Maladies du larynx,* par A. Ruault. — *Asthme,* par E. Brissaud. — *Coqueluche,* par P. Le Gendre. — *Maladies des bronches, Maladies chroniques du poumon, Maladies du médiastin,* par A.-B. Marfan. — *Maladies aiguës du poumon, Maladies de la plèvre,* par Netter. 1 vol. in-8° de 1100 p., avec figures noires et en couleur. — Prix : 22 francs. — Paris, G. Masson.

Traité des maladies des voies urinaires de l'homme et de la femme. Hygiène et traitement pratique des maladies de l'urèthre, de la vessie, des reins, calculs, spermatorrhée, diabète, etc., par le docteur Henri Picard. 1 vol. in-18 jésus de 360 pages avec figures, cartonné. — Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

L'hygiène nouvelle dans la famille, par le docteur A. Cancalon. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Traité pratique d'hygiène et d'allaitement de la première enfance, par le docteur P. Rougeot. 3e édit., 1 vol. in-12. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, 23 janvier 1893.

L'événement du jour est la fondation, à Paris, d'un hôpital international. M. Péan a inauguré cet hôpital, qu'il vient de construire à ses frais, samedi 21 janvier 1892, à neuf heures et demie, en présence d'un grand nombre d'amis, de confrères et de notabilités. L'œuvre généreuse qu'il vient d'accomplir couronne une belle carrière et nous sommes heureux de joindre nos éloges à ceux qui lui ont été prodigués devant nous à cette séance d'ouverture. M. Thomas, maire du XIIIe arrondissement, dans lequel se trouve l'Hôpital international, a tenu à témoigner, par sa présence, l'intérêt qu'il porte à cette fondation. Tous ceux qui s'intéressent au bien des pauvres ne pourront que féliciter M. Péan du don princier qu'il vient de leur faire.

Presque tous les journaux médicaux ont poussé le cri d'alarme à propos du budget de l'Assistance publique, et quelques rares intéressés persistent à trouver que tout est pour le mieux dans la meilleure des administrations.

Nous ne voulons point revenir sur ce fait sans précédent d'une administration aliénant le capital qu'elle est chargée de gérer.

Le déficit s'accroîtra ainsi d'année en année, tant qu'on n'aura pas trouvé le moyen de combler le trou qui se creuse progressivement dans le budget des pauvres. Qu'importe ! dira-t-on, le Conseil municipal n'est-il pas là pour remplir la caisse et combler le déficit? C'est encore là une circonstance aggravante, qui doit peser lourdement sur les épaules de ceux qui sont à la tête de l'administration. Ne voit-on pas qu'en aliénant son capital, l'Assistance publique aliène aussi son indépendance et son autonomie, qu'elle se jette dans les bras du Conseil municipal qui aujourd'hui s'arroge le droit de surveillance sur le conseil de surveillance de l'Administration?

On l'a bien vu par ce qui s'est passé lors de l'incident Salmon, qui a si honteusement tourné pour l'Administration. La crainte de déplaire au Conseil municipal avait enlevé à la direction de l'Assistance tout son sang-froid et tout son bon sens. — Que sera-ce dans l'avenir, s'il faut chaque année demander à la Ville de nouveaux sacrifices ?

A la suite de notre dernier article sur le budget de l'Assistance publique, plusieurs de nos confrères sont venus apporter des faits nouveaux de gaspillage, faciles à éviter. « Les histoires de ce genre sont légion », dit notre collègue Broca, dans son article de la *Gazette hebdomadaire*, et il termine en disant :

« A tous égards, il y aurait un intérêt réel à décentraliser et, comme c'est d'ailleurs jusqu'à un certain point l'avis du conseil de surveillance et du Conseil municipal, à accorder à chaque établissement une autonomie relative. Chacun, directeurs et médecins, serait ainsi aux prises directement avec ses propres responsabilités. »

C'est absolument la conclusion à laquelle nous étions arrivé, dès l'année dernière, quand nous disions (1) : « Il y a un remède à cet état de choses, remède bien facile à employer, s'il ne heurtait de front toute la routine accumulée depuis tant d'années par nos paperassiers administratifs. C'est d'assigner à chaque hôpital un budget dans les limites duquel il serait strictement enfermé. »

Là est-il le remède? Qui peut l'affirmer! Mais il y a, pour ceux qui dirigent l'Assistance publique, un impérieux devoir de tenter quelque chose.

L'observation, présentée par M. Barth à la Société médicale dans sa dernière séance (20 janvier), est un remarquable exemple de la façon extraordinaire dont le cœur peut, dans certains cas, s'accommoder de conditions mécaniques inconciliables en apparence avec la persistance de la vie. Une jeune femme meurt, dans son service, de broncho-pneumonie, après avoir depuis quelque temps présenté des accidents, assez légers en somme, d'asystolie. Sans la maladie aiguë de poitrine qui l'a enlevée, il est vraisemblable qu'elle aurait pu vivre encore un temps peut-être relativement prolongé. Or, à l'autopsie, on trouva des lésions de tous les orifices du cœur, sauf de l'orifice de l'artère pulmonaire. Il y avait rétrécissement mitral, rétrécissement tricuspidien, rétrécissement et insuffisance de l'orifice aortique. Le rétrécissement aortique était si marqué, que l'on pouvait à peine y faire passer l'extrémité d'une pince ne mesurant guère plus de 5 millimètres de diamètre. Comme cette femme avait, depuis son enfance, pré-

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 698.

senté des manifestations attribuables à une affection cardiaque, on peut penser que ces lésions, moins accusées sans doute, il est vrai, que dans les derniers temps, existaient cependant déjà depuis longtemps. C'est à se demander si le fait que ce rétrécissement portait à la fois sur presque tous les orifices, ne contribuait pas à maintenir l'équilibre circulatoire.

M. Galliard a trouvé, dans l'observation de la dernière épidémie de choléra, matière à d'intéressants travaux. Il fait une nouvelle communication sur les rapports de la fièvre typhoïde et du choléra. Il a été souvent remarqué que les épidémies de choléra étaient souvent accompagnées ou suivies d'épidémies de fièvre typhoïde. On a vu le choléra survenir chez des malades atteints de fièvre typhoïde ; tantôt les malades sont morts, tantôt ils ont guéri. Chez ces derniers, on a vu alors la fièvre typhoïde reprendre, comme si de rien n'était, son cours interrompu.

M. Galliard a vu, pour sa part, la fièvre typhoïde survenir deux fois dans la convalescence du choléra, et il tend à penser que ces deux malades avaient été surpris par le choléra, alors qu'ils étaient déjà en incubation de fièvre typhoïde. On peut interpréter les choses autrement et se demander, avec M. Chantemesse, si le choléra n'a pas préparé les voies à l'infection typhoïde.

M. Netter donne, à propos de la coïncidence des épidémies de choléra et de fièvre typhoïde, des détails curieux sur ce qui s'est passé, dans la banlieue de Paris, lors de la dernière épidémie. A Sarcelles, où il y a eu 240 décès cholériques pour 10000 habitants (il n'y en a eu que 122 p. 10000 à Hambourg) et à Argenteuil, où l'épidémie a été également sévère, on a vu la fièvre typhoïde faire de nombreuses victimes. Cela s'explique facilement, si l'on admet que l'eau est le véhicule commun des germes de contagion pour les deux maladies.

Autre coïncidence de deux infections : M. Comby a vu un tuberculeux, entré à l'hôpital pour des lésions limitées au sommet du poumon droit, être enlevé rapidement par une poussée de granulie pulmonaire à la suite d'un grave érysipèle ambulant ; M. Le Gendre a vu également, dans quelques cas, l'érysipèle donner un coup de fouet à la tuberculose. Cette aggravation n'est, cependant, pas fatale, ainsi qu'en témoignent, d'autre part, des faits cités par MM. Richardière et Catrin.

C'est aussi de l'érysipèle que M. Richardière entretient la Société. Au cours de cette infection, on peut voir des arthrites suppurées à distance, ou des arthrites par propagation directe dans des jointures immédiatement sous-jacentes à la peau atteinte d'érysipèle. Ce sont là des arthrites sous la dépendance directe de l'agent érysipélateux. Ces arthrites sont isolées, immobiles, rebelles au salicylate de soude. Trois observations recueillies par M. Richardière montrent, au contraire, que le rhumatisme articulaire aigu vrai, à arthrites superficielles et mobiles, peut être provoqué chez des rhumatisants par l'érysipèle. Ce rhumatisme est alors heureusement influencé par le salicylate de soude. Il peut s'accompagner de complications cardiaques.

Qu'il s'agisse du réveil d'une diathèse ou d'une association microbienne, le fait clinique n'en reste pas moins intéressant et bon à retenir.

HOPITAL INTERNATIONAL. — M. Péan.

Conférence d'inauguration.

Messieurs,

En inaugurant cet amphithéâtre, je vois, de tous côtés, de nombreux amis : permettez-moi de vous en remercier en vous adressant un salut cordial et reconnaissant.

I

Je n'ai pas cru devoir donner à cette première séance un caractère de solennité exceptionnelle, comme on le fait toujours à la fondation d'une œuvre charitable, philanthropique. Dans le cours de ma longue carrière, c'est uniquement au corps médical, si plein de dévouement, si digne d'éloges, que je me suis adressé pour faciliter ma tâche. Continuer sera ma ligne de conduite, et je vois, par votre nombreuse et sympathique assistance, que mon espoir ne sera pas déçu.

Beaucoup de nos confrères qui s'intéressent à notre œuvre m'avaient conseillé de convoquer à l'avance, à cette séance d'inauguration, les personnalités officielles et mondaines les plus connues. Mes relations, déjà anciennes, avec les personnages les plus influents, les plus considérés, qui m'ont, à maintes reprises, secondé toutes les fois qu'il s'est agi de secourir les pauvres, m'étaient un sûr garant qu'ils auraient répondu à mon appel. Mais j'ai pensé qu'il n'y avait pas lieu de recourir à cette forme de solennité. La fortune de l'œuvre que nous entreprenons ne dépend pas, ce me semble, de discours pompeux prononcés devant des membres importants, soit du gouvernement, soit de cette admirable société française qui s'emploie si activement à soulager les misères partout où elles se trouvent ; elle s'appuie avant tout sur le travail persévérant de ses membres et sur le dévouement généreux de ses fondateurs.

Je n'en adresse que de plus vifs remerciements à tous ceux qui, sans avoir été officiellement convoqués, ont bien voulu se joindre à nous et rehausser par leur présence cette séance d'inauguration.

II

Vous demanderez peut-être pourquoi, au lieu de faire devant vous, dans cet hôpital, une leçon clinique et des opérations, comme nous l'avons fait, tous les samedis, depuis une trentaine d'années, nous vous avons conviés à une conférence dont le but paraît différent. En voici le motif. C'est qu'en vous accueillant dans ce nouvel hôpital, nous tenons tout d'abord à vous démontrer qu'il ne suffit pas, pour un chirurgien, de savoir traiter les malades : il lui faut encore, de bonne heure, avant même qu'il exerce sa profession, connaître toutes les ressources que l'hygiène bien entendue met à sa disposition. Et ce n'est pas un des moindres progrès de la chirurgie contemporaine que d'avoir conduit les opérateurs à prévoir, à l'avance, en temps de paix comme en temps de guerre, tout ce qui se rattache à l'organisation et à l'administration des hôpitaux civils et militaires. Les études, les travaux qui ont été faits à ce sujet sont si nombreux, si importants qu'il faudrait plusieurs séances pour les passer simplement en revue. Si vous le voulez bien, je me contenterai aujourd'hui de vous

montrer qu'un chirurgien doit être à la fois doublé d'un hygiéniste et d'un organisateur.

III

Deux raisons m'ont poussé à construire cet hôpital. En premier lieu, c'est que, arrivé au couronnement de ma carrière, j'ai pensé qu'il convient, dans le but d'être utile à vous et à tous ceux que le traitement des malades intéresse, les conditions qu'il faut remplir pour constituer un établissement hospitalier.

Avec la meilleure volonté possible, je n'aurais pu entreprendre une œuvre semblable au début de ma carrière. A cette époque, j'avais à lutter contre les difficultés quotidiennes de l'existence et un premier devoir qui, d'ailleurs, s'impose à tout chef de famille, m'incombait : celui d'assurer l'avenir de mes enfants. Aujourd'hui, grâce à mes efforts et à un travail persévérant, la situation est tout autre, et j'ai cru ne pouvoir mieux faire que de créer une œuvre utile entre toutes. Pour y parvenir, il nous a fallu, Messieurs, surmonter de sérieuses difficultés, mais nous avons tenu à mener à bien cette institution qui nous permettra de continuer devant vous un enseignement auquel nous avons consacré nos forces, sans relâche, depuis tant d'années.

Un second motif, et ce n'est certes pas le moins puissant, c'est, et personne n'y peut contredire : la nécessité d'augmenter le nombre des hôpitaux.

Le spectacle que j'ai eu sous les yeux pendant toute la durée de ma pratique nosocomiale, a été pour moi un objet de préoccupation constante. Malgré les efforts de l'Assistance publique, malgré la générosité de quelques bienfaiteurs, dont le principal souci est de faire profiter de leurs succès les deshérités de la fortune, j'ai vu, et nous voyons encore chaque jour l'impuissance des efforts tentés par tous les gens de bien pour soulager les nécessiteux autant qu'il convient. La charité, toujours renouvelée, se heurte à des besoins toujours nouveaux et non moins dignes d'intérêt que ceux que l'on vient d'essayer d'apaiser. A une misère en succède une autre et le plus souvent, ce sont des enfants, des femmes, des vieillards qui, atteints d'affections médicales, ne recevant pas, au début, les soins nécessaires, deviennent incurables : des phtisiques, des cancéreux, pour ne citer que ceux-là, en faveur desquels nous avons prêché de véritables croisades !

Notre profession chirurgicale m'a permis de soigner et de guérir un grand nombre de ces malades, quand cela était encore possible; mais que de fois ai-je dû en refuser d'autres parce que les lits qui m'étaient confiés n'étaient pas assez nombreux, parce que souvent aussi ces lits restaient occupés par des malades, que l'administration ne pouvait pas placer ailleurs aussi rapidement qu'elle l'eût désiré ! Combien j'aurais voulu, pour sauver ces malheureux, avoir des ressources pécuniaires moins limitées ! C'est pour obéir à ce sentiment, dès que je l'ai pu, que je n'ai pas hésité à fonder un nouveau service de chirurgie, soucieux de mettre à leur disposition mes études spéciales et d'enrichir, de mon mieux, l'œuvre si habilement dirigée par l'Assistance publique.

Je viens de vous dire, Messieurs, quels ont été les motifs de ma détermination de fonder un hôpital. Permettez-moi de vous indiquer maintenant de quelle façon je comprends son installation et son fonctionnement.

IV

La construction des hôpitaux a beaucoup occupé les chirurgiens de nos jours et ils ont entraîné les architectes eux-mêmes dans une voie nouvelle. Au lieu de se contenter, comme autrefois, d'édifier, au milieu des villes, des bâtiments réguliers, imposants, qui exigent de lourdes dépenses, au point que quelques-unes en sont devenues légendaires à force d'exagération, architectes et chirurgiens ont compris qu'il fallait avant tout, pour une construction de ce genre, rechercher un lieu élevé, spacieux, bien aéré, situé dans des quartiers peu populeux. A ce point de vue quelques villes ont même dépassé les intentions des promoteurs et ont reporté l'établissement à une distance telle qu'il en résulte une véritable gêne pour le transport des malades, pour les médecins retenus souvent par des occupations urgentes, et pour les familles auxquelles leur peu de fortune ne permet pas alors de donner à leurs parents des consolations aussi fréquentes qu'elles le désireraient. Et vous savez combien peuvent influer les satisfactions morales sur la guérison des malades !

Le but que poursuivent ces municipalités est louable, à coup sûr, parce que, avec des ressources moindres, elles peuvent faire plus grand et parce que l'air est d'autant plus pur que l'on s'éloigne davantage du centre de la cité. Quand on satisfait aux lois de l'hygiène hospitalière, cette dernière raison perd heureusement la plus grande partie de sa valeur.

D'autres villes ont établi au loin des constructions basses, légères, destinées à écarter des salles de chirurgie les salles de médecine et particulièrement les pavillons destinés aux contagieux. Cela convient peut-être pour un hôpital chargé d'un très grand nombre de malades atteints d'affections médicales; mais cela n'a pas la même raison d'être pour les services de chirurgie, surtout pour ceux qui ont trait à la chirurgie d'urgence. Nous estimons que, pour ces derniers, il y a tout avantage à les isoler complètement des services de médecine et à faire les hôpitaux plus petits, plus nombreux, moins éloignés, extrêmement hygiéniques, afin que les praticiens les plus occupés puissent s'y rendre promptement sans faire perdre aux blessés et à eux-mêmes un temps précieux.

En place de bâtiments fort coûteux, et qui ne sont pas, malgré tout, mieux agencés, l'hôpital destiné à la chirurgie, tel que nous le comprenons, doit viser à reporter tout le luxe sur ce qui est nécessaire aux soins des blessés et des opérés. Les façades monumentales en pierres de taille, les salles disposées de façon à contenir un grand nombre de lits, comme on le faisait avant ces dernières années, c'est bien; mais mieux vaut, à mon avis, s'occuper, dès que le malade se présente à l'hôpital, de désinfecter ses vêtements, de le laver, le panser et, s'il y a lieu, le conduire et le coucher dans des salles plus petites, il est vrai, mais dans lesquelles il est facile d'entretenir la plus rigoureuse antisepsie. S'il doit être opéré, il faut une salle d'opérations inondée de lumière naturelle ou artificielle, et dont il soit aisé d'entretenir la plus parfaite asepsie. Il est indispensable que toutes les pièces de pansement, les meubles qui entrent dans cette salle, soient aussi aseptiques (j'insiste sur ce point) que possible; c'est grâce à ces soins, non moins qu'aux progrès accomplis dans l'exécution du manuel opératoire, que le nombre des guérisons s'est accru progressivement dans ces dernières années, au point que les plus exercés ne peuvent faire taire leur admiration.

V

Voyons, Messieurs, comment nous avons cherché à réaliser les conditions nécessaires au bon fonctionnement de notre hôpital.

Sans vouloir flatter l'œil par un aspect monumental, nous nous sommes ingénié à flatter la vue par l'aspect des constructions, des jardins.

Pourquoi ne pas égayer l'asile de la tristesse ?

Nous avons surtout visé à perfectionner tout ce qui se rapporte à l'hygiène hospitalière et vous verrez, en parcourant avec nous cet établissement, que nous n'avons rien négligé, non seulement pour égaler tout ce qui a été fait, jusqu'à présent, en France et à l'étranger, au point de vue de l'asepsie et de l'antisepsie, mais encore pour faire un pas de plus dans cette voie.

Dès qu'un malade est reçu dans cet hôpital, ses vêtements sont immédiatement passés à l'étuve de désinfection pour être rendus en bon état à la sortie. Une salle de bains, placée tout à côté de l'étuve, permet de donner les mêmes soins, souvent bien nécessaires, au porteur des vêtements, avant son entrée dans les salles. Celles-ci, comme vous pourrez en juger, ont été construites de façon à ce que, de chaque côté, elles prennent largement air et lumière sur de vastes jardins. Le chauffage et le nettoyage en sont des plus faciles. Aux deux extrémités, nous avons fait établir des salles de bains confortablement aménagées, des latrines constamment lavées à grande eau et évacuées par le système du « tout à l'égout » et des trémies qui permettent de faire tomber dans un réservoir bien clos, situé dans les caves, sans qu'ils aient eu le temps de séjourner auprès des malades, tous les linges qui sont destinés à être lavés ou brûlés.

Une opération s'impose-t-elle sur l'heure, nous avons une salle d'opérations, dans laquelle la lumière entre en abondance de tous les côtés, et, si le jour est brumeux, ou même si c'est la nuit qu'un cas urgent se présente, l'électricité, que nous avons installée partout, nous permet de soulager immédiatement des maux irrémédiables ailleurs.

Quant à l'eau, soit froide, soit chaude (celle-ci toujours à 80 degrés), elle arrive toujours dans la pièce, filtrée et stérilisée. Un stérilisateur, d'un nouveau modèle, assure l'asepsie des instruments nécessaires, des pièces de pansement, de même que la grande étuve, dont je vous ai parlé au début, a permis l'épuration complète de toute la literie.

Ai-je besoin de vous dire que tous les objets qui servent au lavage et au pansement des plaies : éponges, linges, etc., ont été également traités de façon à détruire tous les germes qu'ils pourraient contenir, et que, jusqu'au moment d'être utilisés, ils sont maintenus à l'abri de l'air, dans des bocaux de verre hermétiquement fermés?

L'opération terminée, le malade est reporté soit dans les chambres communes, soit dans les salles d'isolement, si le traumatisme a été grave (salles dont je vous dirai quelques mots tout à l'heure), et le transport s'effectue sans secousses, grâce aux brancards articulés et aux ascenseurs que nous avons fait établir.

Toutes les salles, de même que la salle d'opérations, sont construites de façon à être facilement lavées, tous les angles sont arrondis, elles sont carrelées, si bien que murs et planchers peuvent être balayés et lavés convenablement et journellement à grande eau.

Vous comprenez, Messieurs, que pour obtenir de pareils résultats, il a fallu faire des *substructions* importantes, grâce auquelles rien n'est négligé de ce qui concerne l'établissement de la désinfection et du lavage des linges, du chauffage, de l'éclairage et de la ventilation des salles.

Au moyen d'une machine à vapeur qui, comme tout l'hôpital, a été édifiée sur d'immenses piliers pour ajouter à la solidité de la construction et empêcher l'ébranlement des pièces contiguës, nous sommes parvenus à activer une laverie dans laquelle tous les linges sont blanchis dans une eau filtrée et stérilisée puis séchés, à faire manœuvrer l'étuve dans laquelle tous les objets venus du dehors et tous ceux qui servent aux pansements sont également appropriés, à mouvoir une machine dynamo pour l'éclairage par l'électricité jour et nuit, à chauffer au besoin, à toute heure, les thermo ou les électro-cautères nécessaires à nos opérations. Grâce à cette machine puissante, l'eau est distribuée en abondance, dans toutes les parties de l'établissement, stérilisée pour le service de l'alimentation et des pansements, naturelle dans les latrines où elle arrive en assez grande abondance pour obtenir une forte chasse.

Le chauffage est obtenu avec des appareils de récente invention assez puissants pour obtenir dans toutes les pièces une température constante de 18 degrés, même par les saisons les plus rigoureuses, comme celle que nous traversons.

Quant à la ventilation, elle est installée de manière à renouveler, heure par heure, l'air de chaque salle au moyen de bouches disposées soit au ras du sol, soit à la naissance des plafonds. Elle est encore activée par les ouvertures à persiennes ménagées entre les ébrasements des croisées. L'étendue des salles et le nombre des lits ont été calculés, de telle sorte que chaque malade dispose de 43 mètres cubes d'air.

L'air chaud parvient dans les salles complètement exempt d'oxyde de carbone et expurgé des poussières et des micro-organismes qu'il pourrait tenir en suspension. Voici par quels moyens :

Pour empêcher la production de l'oxyde de carbone, tous les foyers ont été construits en terre réfractaire, d'après un système déjà expérimenté avec succès dans divers hôpitaux de la province. La purification de l'air se fait à l'orifice des prises d'air sur un tissu d'amiante ou même de toile, incessamment humecté par un mince filet d'eau. Ces tissus, établis en plans inclinés, se contrariant les uns les autres, tamisent l'air qui doit pénétrer dans les chambres de chauffe et le forcent à en lécher les surfaces, sur lesquelles, en raison de leur humidité, se fixent les poussières ainsi que les microbes qu'il peut contenir.

Il serait trop long, Messieurs, de vous montrer les mille détails de construction qu'il a fallu exécuter pour donner à ces travaux toute la précision désirable. Ils font honneur à tous ceux de nos amis qui nous ont aidé à les réaliser, en particulier à M. Poirier, mon beau-frère, qui, en dehors de son dévouement éclairé, n'a pas craint de soustraire à ses occupations un temps précieux et a montré qu'un bon magistrat peut en même temps être un excellent architecte.

Déjà nous avons eu la satisfaction de voir plusieurs de nos confrères des départements et de l'étranger, qui ont bien voulu visiter cet établissement, prendre des notes à ce sujet et adresser à leurs municipalités et leurs gouvernements des vœux pour qu'il en fût construit de semblables dans leur pays.

VI

Bien que cet hôpital soit tout récemment construit, beaucoup de confrères et d'amis nous ont déjà demandé dans quelles conditions y sont admis les malades et si nous ne donnerons nos soins qu'aux pauvres. Quelques-uns croyaient, dès l'instant où l'hôpital n'était pas sous la dépendance de l'Assistance publique, que nous y recevrions des malades ayant quelque fortune, comme ceux que l'on traite dans les diverses maisons de santé disséminées dans Paris. Nous sommes absolument opposés à cette manière de voir.

VII

Nous tenons essentiellement à ce que les malades soient admis et traités dans notre établisement comme dans tous ceux subventionnés par la Ville de Paris; c'est donc un hôpital gratuit, entièrement consacré aux indigents. Il importe qu'il n'y ait sur ce point aucun malentendu.

Peut-être quelques-uns nous objecteront-ils que chez nous, comme dans les autres hôpitaux, quelques malades riches se glisseront parmi les consultants et déroberont aux pauvres une part du temps que nous voulons leur réserver. A ces confrères nous répondrons, que nous blâmons aussi sévèrement qu'eux ces subterfuges qui permettent à certains malades de tromper les médecins de la ville aussi bien que ceux de l'hôpital ; que nous sommes prêts à nous liguer avec eux pour empêcher ces abus, qui ne relèvent que de la justice morale puisque le code est impuissant à les réprimer et que nous leur saurons gré, toutes les fois qu'ils le pourront, de nous dévoiler ces indélicatesses afin que nous puissions y parer dans les limites les mieux justifiées.

VIII

Quelques confrères nous demandent également si nous recevrons à la fois les enfants et les adultes, comme on le fait habituellement à l'étranger, en Angleterre, par exemple. Nous croyons que le chirurgien doit s'occuper d'opérer tous les malades, quel que soit leur âge. Si, dans les grands hôpitaux de Paris, les chirurgiens ne peuvent admettre dans leurs services que des enfants ou des adultes, cela peut offrir quelques avantages au point de vue administratif et pour la commodité de l'enseignement spécial, mais est fâcheux pour le chirurgien qui tient à être agréable à la fois aux malades, aux familles et au médecin traitant. D'ailleurs, il n'y a pas de différence assez sensible entre la chirurgie de l'enfance et celle de l'adulte pour qu'il y ait lieu d'établir des distinctions subtiles à cet égard. Nous accorderons donc indifféremment nos soins aux enfants, aux adultes et aux vieillards.

IX

Les malades de nos départements nous intéressent au même titre que ceux de Paris. Depuis de longues années bon nombre de nos confrères nous adressent leurs malades pauvres qui ont besoin, pour leurs opérations, d'aides nombreux et exercés. Nous avons toujours fait de notre mieux pour leur donner satisfaction.

N'est-il pas pénible, pour les confrères des divers points de la France, de voir leurs malades non accueillis dans les hôpitaux pour avoir négligé de remplir certaines formalités?

Nous savons bien qu'en pareil cas, si la vie du patient est en danger, l'Assistance publique n'a jamais refusé ses secours; mais les malades se butent souvent à des difficultés que nos confrères eussent peut-être aplanies si leurs nombreuses et fatigantes occupations leur eussent laissé le loisir de prendre les mesures nécessaires.

Nous continuerons comme par le passé à faire notre possible pour atténuer ces difficultés : cet hôpital sera largement ouvert pour les nécessiteux que nous adresseront nos confrères de la province. On ne verra plus des malades, ignorant les formalités administratives, retourner chez eux sans être guéris et n'avoir plus, quelquefois, les ressources nécessaires pour parer aux frais d'un second voyage.

X

Nous venons de dire que la Ville de Paris refuse de recevoir les malades pauvres. En province, toutes les fois que les communes ou le département ne sont pas disposés à prendre à leur charge leurs frais de séjour dans les hôpitaux, à plus forte raison, refuse-t-elle de garder gratuitement ceux qui viennent de l'étranger.

Nous ne pouvons l'en blâmer. Gênée déjà dans ses ressources pécuniaires pour donner les soins nécessaires à ses propres indigents, elle hésite tout naturellement à recueillir les autres. Pourtant on peut objecter, non sans quelque raison, que Paris, capitale de la France, tire une bonne partie de ses ressources de ses relations avec la province et l'étranger et que, à ce titre, il serait désirable de lui voir ouvrir plus largement les portes de ses hôpitaux.

Pour nous qui ne sommes relié directement à aucune administration, et qui tenons à conserver notre indépendance, nous n'avons pas les mêmes raisons d'obéir à cette règle.

Nous désirons faire profiter de nos soins les malades pauvres de toute nationalité. Comme la science, notre art n'a point de patrie! N'est-ce pas pour ce motif que les nations civilisées se sont entendues pour soigner en temps de guerre, avec le même dévouement, les malades et les blessés, sans avoir à s'enquérir de la nation à laquelle ils appartiennent?

N'est-il pas honorable d'ailleurs, pour notre pays, de voir des malades qui n'ayant pu trouver dans le leur les moyens de sauver leur existence au prix d'une opération délicate, venir dans le nôtre solliciter un secours que nous serons fier de leur accorder? Ce sera un des effets heureux de notre œuvre que de pouvoir soigner ceux qui nous seront adressés par nos confrères de l'étranger et, déférant à leur désir, nous accorderons à leurs protégés nos conseils ou nous les soulagerons par une intervention directe. La France ne pourra qu'y gagner au point de vue moral et la science y trouvera son compte.

On pourra même, grâce à ces satisfactions accordées aux étrangers, soigner un certain nombre d'affections n'existant guère que dans leur pays et que nous sommes depuis longtemps habitués à guérir.

XI

Mais si nous sommes disposé à accepter, dans notre hôpital, tous les malades, quel que soit leur âge, quelle que soit leur nationalité, dont l'état nécessite une intervention chirurgicale, personne, je le pense, ne nous blâmera de ne pas recevoir ceux qui, en raison de la nature de leur affection, pourraient contagionner les autres ou troubler leur tranquillité. Nous ne saurions trop d'ailleurs féliciter l'Assistance publique d'avoir institué, pour ces malades, des hôpitaux spéciaux et même d'avoir établi, pour les y diri-

ger, des moyens de transport perfectionnés qu'elle met gratuitement à la disposition des particuliers. Lorsque de pareils sujets nous seront présentés, nous leur donnerons les indications et l'appui nécessaires pour qu'ils trouvent, auprès de l'administration compétente, les secours qu'exige leur état.

XII

Pendant ma longue carrière, j'ai pu constater comme tous mes collègues que si les soins donnés aux malades, par les chirurgiens, dans leurs salles, sont aussi complets et dévoués que possible, le service des consultations laisse malheureusement beaucoup à désirer. Presque toujours, lorsque le chef de service a consacré le temps dont il peut disposer aux malades des salles et à l'instruction des élèves, il ne lui en reste plus pour s'occuper sérieusement de ceux qui viennent réclamer ses conseils et qui n'ont pas tous besoin d'être hospitalisés. La plupart du temps le soin de la consultation incombe à des élèves qui, déjà avancés dans leurs études, ne peuvent que donner de bons conseils; mais comme ils sont eux-mêmes absorbés par les soins quotidiens qu'ils prodiguent aux blessés et aux opérés, comme ils sont obligés de donner une partie de leur temps à la préparation des examens qui précèdent leur entrée dans la pratique, il en résulte qu'ils ne peuvent satisfaire à toutes les exigences de ces consultations.

De plus, la façon de recevoir le malade, de lui parler, de lui faire comprendre, sans l'effrayer, la gravité de son affection, ne s'acquiert qu'avec une expérience prolongée, que l'on ne peut demander à des jeunes gens n'ayant pas encore connu les difficultés de l'existence.

On sait enfin que le domaine de la chirurgie s'est tellement agrandi qu'il est impossible au même praticien, quelle que soit l'étendue de ses connaissances, de pouvoir exceller dans toutes les branches. Voilà pourquoi il se fait de plus en plus une tendance à se spécialiser, si bien qu'un malade, ignorant la spécialité du chirurgien qu'il consulte, se trouve étonné d'être bien souvent renvoyé de service en service, d'hôpital en hôpital, sans qu'il puisse être non seulement convenablement traité, mais même admis, alors que cela serait indispensable.

C'est pour parer à cet inconvénient que les chirurgiens des hôpitaux et que l'Assistance publique, témoins de ces faits, ont maintes fois réclamé pour chaque hôpital des chirurgiens s'occupant spécialement de la consultation, ainsi que cela se pratique au Bureau central, dans le but de diminuer d'autant la tâche de ceux de leurs collègues qui traitent les malades dans les salles.

Il m'a semblé, pour ce motif, quand j'ai fait construire cet hôpital, qu'il y avait dans ce sens une lacune à combler; et, à l'instar d'établissements similaires qui sont depuis longtemps en faveur dans certains pays étrangers, l'Angleterre, l'Autriche, l'Allemage, les États-Unis par exemple, j'ai pris le parti de créer une polyclinique dans laquelle tous les services soient confiés, non pas à des élèves, mais à des praticiens déjà connus par le long exercice de leur art. Sans nul doute, si j'avais été guidé exclusivement par mes préférences personnelles, j'aurais prié ceux de mes amis qui, depuis le commencement de ma carrière, ont excellé dans chaque spécialité, de me prêter leur précieux concours; mais comme chacun d'eux, depuis cette époque, est déjà à la tête de cliniques privées de premier ordre, il ne pouvait leur convenir de les quitter. J'ai pensé qu'il était préférable d'infuser à notre création un sang plus jeune, en choisissant des hommes qui, tout en ayant une valeur reconnue, dans chacune de leurs spécialités, eussent encore assez de temps et d'énergie pour pouvoir se consacrer à la fois au bien des pauvres et au culte de la science. Je suis convaincu que leur choix est à la hauteur des espérances que nous sommes en droit d'exiger de leur savoir.

XIII

De cette manière, chaque fois qu'un malade atteint d'une affection chirurgicale viendra réclamer les soins qui lui sont légitimement dus, il trouvera sans tarder des conseils éclairés, quel que soit le siège, quelle que soit la gravité de la maladie dont il est affecté; il pourra retourner chez lui sans délai si ces conseils suffisent, ou être hospitalisé sans retard si son état l'exige. Tels sont pour eux les avantages de l'hôpital et de la polyclinique combinés.

XIV

Si cette organisation est avantageuse pour les malades, elle ne l'est pas moins pour les médecins qui seront assurés, lorsqu'ils viendront les accompagner, de trouver le moyen d'entrer en relation avec le chirurgien traitant. Ils pourront, quand leurs occupations ne le leur permettront pas, s'en rapporter à ceux de leurs confrères qu'ils trouveront à la polyclinique et, s'ils le jugent utile, ils pourront même demander au chirurgien des élèves de l'hôpital ou de la polyclinique qui les seconderont gratuitement en ville sur leur demande et sous leur direction.

XV

Pour toutes ces raisons les élèves trouveront d'incontestables avantages à suivre de près les malades de l'hôpital et de la polyclinique, puisque, sans avoir besoin de perdre leur temps en courses stériles, ils pourront chaque jour passer en revue toutes les affections chirurgicales, générales et spéciales. Nous ne saurions donc trop les engager à consacrer le plus de temps possible à l'examen et au traitement des malades, afin, lorsqu'ils arriveront dans leur clientèle privée, qu'ils soient pourvus d'une sérieuse expérience pratique dont ils ne tarderont pas à reconnaître les bienfaits.

XVI

C'est encore en leur faveur, et pour compléter leur instruction théorique et pratique, que nous avons fait construire des salles parfaitement aménagées pour les travaux de longue haleine qu'exigent la chimie biologique, l'anatomie pathologique et la bactériologie. Ces laboratoires seront dirigés par des hommes profondément versés dans chacune de ces branches scientifiques.

A côté de ces laboratoires, d'autres salles ont été construites pour d'autres branches accessoires telles que la masso et l'électro-thérapie, de telle sorte que rien ne soit omis de ce qui touche à l'enseignement technique et pratique de la chirurgie.

XVII

Est-ce trop présumer, avec tous ces moyens d'instruction, de penser que bon nombre d'entre vous continueront, comme par le passé, à suivre nos opérations et nos leçons cliniques? Nous ne le pensons pas, et c'est pour ce motif que nous avons fait construire pour vous l'amphithéâtre dans lequel vous êtes réunis. Il peut contenir trois cents personnes. Il

est plus grand que celui de l'hôpital Saint-Louis dans lequel je viens de passer avec vous une vingtaine d'années, a l'avantage d'être mieux éclairé, mieux installé. Il vous permettra de continuer à travailler avec nous et de suivre tous les temps de chaque opération sans que votre vue soit masquée par les assistants. Vous savez que c'est une règle que je n'ai jamais cessé d'appliquer. Suivant moi, en effet, un chirurgien d'hôpital, vraiment soucieux de son art, ne doit pas oublier qu'il ne suffit pas d'être utile aux malades en les opérant convenablement, mais qu'il doit en même temps faire profiter de son travail, tous ceux qui, comme lui, sont appelés à agrandir le domaine de la chirurgie. Si c'est pour moi un réel honneur de voir les élèves et même les chirurgiens exercés de tous les pays venir étudier dans mon service les méthodes opératoires que j'ai créées, je ne manquerai pas plus que par le passé, de faire à mon tour tout ce qui dépendra de moi pour leur être utile, trop heureux si mon enseignement continue à porter ses fruits.

Cet amphithéâtre, situé entre l'hôpital et la polyclinique, permettra de même à ceux de mes confrères qui s'occupent de la chirurgie spéciale, de faire devant vous, en dehors de nos réunions hebdomadaires des samedis, de nombreux cours dans lesquels vous pourrez recueillir à profusion de riches matériaux d'études.

XVIII

Vous savez, Messieurs, que presque toutes les opérations chirurgicales peuvent être faites sans danger, même les plus graves, en présence d'un très grand nombre de spectateurs, grâce aux progrès de l'antisepsie. Quelques-unes, cependant, en raison de leur siège, de leurs complications, de leur longue durée, de leur gravité, exigent que le chirurgien ne néglige aucune des précautions propres à en assurer le succès. C'est pour ce motif que, dans ces dernières années, l'Assistance publique a fait construire dans presque tous ses hôpitaux des salles d'opérations et d'isolement, aménagées de telle façon qu'il n'y ait rien de plus à exiger au point de vue de l'éclairage et de l'asepsie.

Je vous ai parlé de l'éclairage de nos salles, je n'insisterai pas. Permettez-moi seulement d'ajouter que cet éclairage est si bien disposé qu'il peut servir pour la photographie, ce qui importe, car ce mode de reproduction des cas pathologiques a une incontestable valeur.

Comme dans le grand amphithéâtre, où nous faisons les autres opérations, nous pouvons au besoin recourir à l'éclairage électrique.

Cette salle, Messieurs, ne peut contenir qu'un nombre restreint de spectateurs. Quelques chirurgiens, sinon en France, du moins à l'étranger, pensent que, pour assurer le succès de chacune de ces opérations, il ne faut rien moins que réduire au minimum le nombre des aides, les revêtir durant la séance de costumes neufs et leur faire prendre à tous, aussi bien qu'à soi-même, un grand bain. Mes anciennes statistiques prouvent que ces précautions sont exagérées, puisqu'elles sont aussi favorables que possible, sans que j'aie dû recourir à un pareil luxe de précautions. Il est vrai que je n'ai jamais cessé, depuis le début de ma pratique, de proclamer que la *propreté* de l'opérateur, des aides, du malade, des instruments, des objets de pansement, des salles de malades et des salles d'isolement sont de rigueur pour assurer le succès de ces opérations. Cependant nul plus que moi n'a été disposé à applaudir ceux qui ont ajouté à ce mode d'asepsie, tout ce qui pouvait en augmenter la valeur. Est-il besoin, d'ailleurs, de rappeler que, grâce à l'asepsie, grâce à l'antisepsie dont j'ai, des premiers, proclamé l'importance, je suis parvenu à guérir presque tous mes grands opérés, longtemps avant que les chirurgiens aient fait construire des appareils pour obtenir la stérilisation de tous les objets qu'il faut utiliser au cours d'une opération. Cependant, comme je ne veux rien omettre de ce qui est capable d'assurer le succès, j'ai eu soin moi-même de perfectionner ces appareils avant de les placer dans les salles d'opérations.

XIX

Ce n'est pas tout, Messieurs. A proximité des salles d'opérations, j'ai fait disposer des salles d'isolement pour les grands opérés, afin qu'ils n'aient pas à souffrir du transport, qu'ils soient éloignés des autres malades, qu'ils aient plus de tranquillité, qu'ils reçoivent, de jour et de nuit, les soins spéciaux qui leur sont indispensables. J'ai toujours pensé en effet que, pour le succès de ces grandes opérations, il faut des soins tout particuliers, dont on ne doit pas calculer le prix, et des personnes extrêmement exercées en ce qui concerne les soins consécutifs. C'est parce que je n'avais pas trouvé, jusqu'à ces derniers temps, dans les services qui m'étaient confiés par l'Assistance publique, les salles d'isolement et le nombre d'infirmiers nécessaires, que, pendant près de trente années, je n'ai jamais hésité à faire admettre, au prix de sacrifices pécuniaires souvent considérables, dans des maisons de santé de choix, tous les malades pauvres qui m'étaient adressés à l'hôpital pour les très grandes opérations.

Personne n'ignore ces faits : les malades y ont gagné en ce que leur vie a été sauvée; les élèves et les médecins de tous les pays, en ce qu'ils ont pu tout aussi bien assister à mes opérations, sachant que toutes les facilités leur en étaient accordées, et notre pays lui-même en a bénéficié, puisque le succès de ces opérations ajoutait à son prestige, en permettant d'établir la comparaison avec les statistiques des autres pays.

XX

Il est résulté, Messieurs, du soin que j'ai pris, au début de ma carrière, de traiter moi-même les malades auxquels Nélaton et moi avions pratiqué les plus graves opérations, que j'ai pu de bonne heure instruire les personnes préposées à la garde de jour et de nuit des malades. A mesure que le temps a marché, infirmiers et infirmières sont devenus plus habiles et ont pu rendre à mes collègues les plus signalés services. Je suis tellement convaincu que, pour assurer le succès de l'opération, non seulement l'opérateur et les aides doivent être habiles et exercés, mais encore que les infirmiers doivent être habiles, probes, dévoués, que je n'ai jamais oublié de les encourager et de les soumettre à une surveillance rigoureuse. N'oubliez pas que c'est grâce à tous ces soins, qui nécessitent une dépense de temps et de forces considérable, que vous-mêmes obtiendrez des succès réels chez vos grands opérés.

Aussi ai-je applaudi aux efforts qui ont été faits, dans ces dernières années, pour instruire les infirmiers et infirmières des règles et des devoirs de leur profession. Peut-être même faut-il regretter, au moins en ce qui concerne la Ville, qu'un nombre de diplômes trop grand, comme il arrive aux instituteurs, ait été délivré à ces personnes qui

croient que cette distinction suffit pour leur assurer un gain considérable, alors que le nombre ne permet pas de les utiliser tous et que leurs études offrent plus de ressources à leur dévouement qu'à leur fortune pécuniaire.

XXI

Comme vous le voyez, Messieurs, je n'ai rien négligé pour être utile aux malades et à ceux qui sont appelés à les secourir.

Aux malades pauvre, à ceux qui ont des souffrances physiques et morales, que la misère, la faim, le froid ne font qu'augmenter, j'ai offert un asile et les secours désintéressés de notre profession. Ce sont eux qui, depuis le début de ma carrière, ont eu chaque jour la primeur de mes travaux; je continuerai à les servir.

Aux élèves qui, comme vous, veulent se consacrer aux soins de l'humanité, nous offrons, mes confrères et moi, notre collaboration : qu'ils profitent de leur jeunesse pour s'instruire et pour nous aider dans la tâche laborieuse où nous les avons précédés.

Aux confrères qui m'ont toujours fait l'honneur de suivre mon enseignement, j'offre les fruits de mon expérience et l'assurance, quelle que soit leur nationalité, qu'ils trouveront toujours près de nous des auxiliaires infatigables toutes les fois qu'il s'agira de secourir les blessés et les opérés de la ville et de l'armée. En récompense je leur demanderai, comme par le passé, leurs encouragements. Pour notre part, je serai toujours fier de leurs succès.

J'offre aussi notre œuvre aux bienfaiteurs étrangers qui donnent l'exemple du bien sans en chercher les limites, à ceux qui, comme nous, prennent pour idéal le soulagement et la guérison de tous ceux qui souffrent, sans demander à quel pays ils appartiennent, à ceux enfin qui n'hésitent pas à recueillir dans leurs hôpitaux nos malades pauvres. Qu'ils sachent bien désormais que leurs compatriotes indigents trouveront ici un asile dans lequel ils seront traités en frères et cela aux jours de paix et de calme, comme aux jours d'épreuves et de tourments qui assaillent successivement chaque nation.

On a pu reprocher à la France d'être trop chevaleresque. On ne lui a jamais reproché d'être égoïste. Nous suivrons les sages traditions de notre généreuse patrie et nous continuerons l'œuvre de ses enfants les plus chers, les plus dévoués : missionnaires, explorateurs, médecins, qui, au péril de leur vie, ne craignent jamais d'aller porter les secours de la civilisation aux tribus les plus sauvages.

Que de fois n'avez-vous pas entendu dire, dans ces concours de bienfaisance, que la palme du succès revenait de droit aux médecins! Et que, en arrachant les malheureux à la mort, ils leur avaient inspiré l'amour de la France et de son drapeau!

Dès l'instant, Messieurs, où une phalange d'élite, comme celle que vous représentez, voudra bien nous seconder dans nos efforts et nous aider à accomplir notre idéal, nous sommes assuré non seulement que le flambeau de la science en tirera un plus vif éclat, mais encore que nous parviendrons tous à faire triompher le sentiment sublime qui fait battre nos cœurs à l'unisson, qui plane au-dessus de toutes les dissensions humaines, qui nous a fait inscrire comme devise au fronton de cet édifice : *Charité internationale*.

L'ABUS DU LAIT CHEZ LES ALBUMINURIQUES

Par MM. Lecorché et Talamon.

Au moment à la discussion s'engage à l'Académie sur le traitement de l'albuminurie des femmes enceintes, il nous a paru curieux de reproduire les parties essentielles d'un travail de MM. Lecorché et Talamon, paru dans l'un des derniers numéros de la *Médecine moderne :*

« Pour nombre de médecins, le traitement de l'albumine se résume en une formule unique et immuable, le régime lacté. Ceci forme dans leur esprit une sorte d'équation quasi algébrique, *albuminurie=lait*, dont le premier terme appelle nécessairement le second. Tout individu convaincu d'albuminurie est *a priori* pour eux un condamné au lait à perpétuité. Hors de là, point de salut et pas de traitement. Et ils croient avoir tout fait quand, ayant constaté de l'albumine dans l'urine, ils ont prescrit, sans autre forme de procès, le lait, et seulement le lait, et toujours le lait.

Certes, le lait est le médicament par excellence des néphrites, et nous ne songeons pas à contester son utilité chez les albuminuriques. Mais, enfin, c'est un médicament qui a ses indications et ses contre-indications, comme tout médicament, et il est aussi peu raisonnable de donner du lait à tout individu qui a de l'albumine dans l'urine que de prescrire la digitale à toute personne qui présente un souffle au cœur.

En fait, si le régime lacté est une alimentation suffisante pour un malade alité, c'est une alimentation insuffisante pour un malade valide et actif; or, les trois quarts des albuminuriques sont pendant des mois et des années des malades valides, que nous n'avons aucun motif de condamner à l'inaction.

Donc, quand on prescrit le lait à un albuminurique, ce n'est pas comme aliment, c'est comme médicament qu'on doit le prescrire et, dès lors, comme tout médicament, son emploi demande à être surveillé; donné à contre-temps, il peut être inutile ou devenir dangereux.

D'une manière générale, ordonner le régime lacté dans la période de rémission du mal de Bright, chez les albuminuriques qui ne présentent d'autre trouble morbide que la présence de l'albumine dans l'urine, quand la quantité d'eau est supérieure à la normale ou même simplement normale, quand les matières constituantes, l'urée, l'acide urique, sont en proportion régulière, est un pur contre-sens.

Si on se propose de faire disparaître les traces d'albumine que contient encore l'urine, on se leurre d'une espérance vaine. Quand le lait a calmé l'irritation aiguë du rein ou rétabli l'activité circulatoire de l'organe, quand en déterminant la polyurie il a paré aux dangers de l'accumulation dans le sang des principes qui doivent s'éliminer par la sécrétion urinaire, il a fait tout ce qu'il peut faire. On aura beau prolonger son usage, on ne fera pas disparaître complètement l'albuminurie.

Qu'on nous comprenne bien; nous ne nous élevons pas contre l'*usage* du lait chez les albuminuriques; bien dirigée, aucune médication n'est supérieure à la médication lactée contre les néphrites; nous protestons seulement contre l'*abus* de ce médicament précieux donné à tort et à travers et sans distinction, chaque fois qu'on trouve de l'albumine dans l'urine.

Il faut imposer le régime lacté absolu et il faut s'efforcer, par tous les moyens, de le faire tolérer aux malades toutes les fois qu'il y a indication nette d'exciter la sécrétion urinaire et de provoquer la polyurie, c'est-à-dire toutes les fois que la diminution des urines traduit la menace d'une défaillance circulatoire ou d'une insuffisance rénale; en premier lieu, dans les néphrites aiguës, quelle qu'en soit la cause; en deuxième lieu, dans les épisodes aigus du mal de Bright, dans ce que nous avons appelé les « poussées aiguës brightiques », que ces poussées soient *hématuriques*, *albuminuriques*, *urémiques* ou *hydropiques*.

Mais, même dans ces cas, il faut savoir s'arrêter à temps; on ne doit pas s'acharner à faire disparaître toute trace d'albumine et, sous ce prétexte, continuer indéfiniment le régime lacté. En

général, au bout de huit à quinze jours en moyenne, on a obtenu du lait tout ce qu'on pouvait en obtenir; il faut revenir progressivement au régime normal, en combattant l'albuminurie par d'autres moyens.

Dans les périodes de rémission du mal de Bright, quand les fonctions rénales, sauf la présence de l'albumine, se maintiennent satisfaisantes, il est absolument inutile de prescrire le lait dans l'intention de prévenir les accidents urémiques; car nous ne savons pas si les albuminoïdes du lait diffèrent au point de vue de la formation des toxines organiques des autres albuminoïdes.

Enfin dans les albuminuries minima, liées à l'uricémie et à la goutte ou reliquat d'affections aiguës microbiennes, non seulement le lait est inutile, parce qu'il ne fait pas disparaître, même par un usage prolongé, les traces d'albumine que contient l'urine, mais il est nuisible et dangereux, parce qu'il expose aux troubles digestifs et à « l'anémie lactée » des sujets qui ont surtout besoin d'être stimulés et fortifiés. »

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des résections et des opérations conservatrices qu'on peut pratiquer sur le système osseux (1), par L. Ollier.

On n'analyse point une œuvre aussi considérable que celle de M. le professeur Ollier, commencée en 1885, continuée en 1888, terminée en 1891 : elle représente toute une vie de travaux scientifiques de la plus haute valeur. Cette œuvre, essentiellement personnelle, d'expérimentation, de physiologie, de clinique et de technique opératoire a le grand et bien rare mérite de reposer sur des faits, dont l'observation remonte pour quelques-uns à plus d'un quart de siècle.

Le côté expérimental et théorique est, sans nul doute, des plus importants; mais quel intérêt n'acquiert-il pas par la constatation des résultats obtenus! Cette constatation, M. Ollier a tenu à la faire. A la fin de son ouvrage, se trouve indiqué l'état d'un grand nombre de réséqués qu'il a pu revoir au dernier moment. C'est cette constatation des résultats anciens qui est la véritable consécration des méthodes opératoires de la chirurgie conservatrice. Il ne suffit pas, pour proclamer l'excellence d'une méthode, de publier à grand bruit des résultats immédiats, quelque brillants qu'ils soient; ils doivent être consacrés et confirmés par une longue observation.

Aussi ce troisième volume, qui termine le traité des résections, intéresse-t-il avant tout ceux qui se préoccupent des applications de l'expérimentation à la clinique. Il démontre d'une façon incontestable la supériorité incomparable de la méthode sous-périostée sur la méthode ancienne, suivant laquelle on pratiquait autrefois les résections.

Grâce aux procédés modernes, la mortalité opératoire est presque entièrement supprimée. C'est une des conclusions à laquelle arrive M. Ollier, en terminant. Chez les tuberculeux, bien qu'on en ait dit, la résection permet d'obtenir les résultats les plus remarquables, constatés vingt et même trente ans après l'opération. C'est avec la conviction la plus entière que M. Ollier parle aujourd'hui de la grande quantité de vie que les résections articulaires ont apportée à l'ensemble de ses opérés.

La bénignité opératoire a singulièrement multiplié les indications des résections orthopédiques. Mais, dans ces cas, ainsi que le fait fort bien remarquer M. Ollier, c'est le résultat fonctionnel, et non le résultat opératoire, qu'il faut seul envisager.

L'ouvrage de M. Ollier, comme nous le disions en commençant, est de ceux qu'on ne saurait analyser, c'est un véritable traité, que tout chirurgien, digne de ce nom, doit étudier et méditer.

(1) 3 vol. in-8°. Prix : 50 francs. — Paris, G. Masson.

L'hygiène nouvelle dans la famille (1),
par le docteur A. Cancalon.

Notions d'hygiène à l'usage des familles rédigées d'un style agréable, sous forme de lettres à une dame. C'est une lecture à conseiller aux pères et mères. On y trouvera les données les plus importantes relatives à la contagion, à l'hérédité, à la tuberculose, à l'antisepsie et à l'asepsie; des indications sur ce qu'il y a à faire, en attendant le médecin dans des cas d'urgence, d'empoisonnement en particulier.

De la valeur et des effets du lait bouilli et du lait cru dans l'allaitement artificiel (2), par le docteur H. Drouet.

Voici les conclusions de cet ouvrage qu'a couronné l'Académie de médecine (prix de l'Hygiène de l'enfance, 1891) :

1° S'il est incontestable que certains enfants digèrent mieux le lait cru que le lait bouilli, on peut néanmoins affirmer que, dans l'immense majorité des cas, l'ébullition ne diminue aucunement la digestibilité du lait;

2° Le pouvoir nutritif du lait bouilli est grandement suffisant pour subvenir aux besoins des jeunes enfants;

3° Le lait bouilli se conserve sans altérations plus longtemps que le lait cru;

4° Le lait est très souvent le véhicule des germes contagieux de certaines maladies;

5° Parmi celles-ci, la tuberculose est de beaucoup la plus fréquente;

6° L'ébullition du lait met à l'abri de tout danger de contagion par ce liquide;

7° Il est donc absolument indiqué de faire bouillir le lait destiné à l'allaitement artificiel.

PRÉFECTURE DE POLICE

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS

Par M. le docteur Passant.

Statistique du 1er octobre au 31 décembre 1892.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total
1er	20	17	5	42
2e	15	22	4	41
3e	28	49	21	98
4e	41	61	35	137
5e	41	54	22	117
6e	18	26	5	49
7e	19	29	6	54
8e	11	12	1	24
9e	11	32	6	49
10e	35	49	18	102
11e	95	139	76	310
12e	19	59	28	106
13e	51	101	52	214
14e	55	76	50	181
15e	63	60	41	164
16e	13	24	7	44
17e	51	93	29	173
18e	84	157	90	331
19e	76	93	71	240
20e	132	209	108	449
	878	1 362	675	2 915

La moyenne des visites par nuit est de 32,70. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 27,60.

(1) In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Société d'éditions scientifiques.
(2) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

MALADIES OBSERVÉES

Maladie	Nombre
A. Angines et laryngites	199
Croup	37
Coqueluche	21
Ophtalmie	3
Otite	1
B. Asthme	65
Affections du cœur	105
Bronchites aiguës et chroniques	343
Pleuro-pneumonie	153
Congestion pulmonaire	55
C. Affections et troubles gastro-intestinaux	230
Cholérine et affections cholériformes	116
Choléra	7
Dysenterie	1
Athrepsie	85
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	89
Hernie étranglée	47
Rétention d'urine	24
Orchite	7
Chute du rectum	1
Corps étranger du vagin	1
D. Métrite, métro-péritonite	68
Métrorrhagie	61
Fausse couche	77
Accouchement, délivrance	200
Accouchements non terminés	31
E. Affections cérébrales	111
Convulsions, éclampsies	75
Névralgie	37
Névroses	96
Epilepsie	27
Aliénation mentale	8
Alcoolisme, delirium tremens	32
Chorée	1
Tétanos	1
Catalepsie	2
F. Rhumatisme	43
Affections éruptives	60
Fièvre intermittente	3
Fièvre typhoïde	37
Hémorrhagies de causes internes et externes	96
G. Plaies, contusions	144
Fractures, luxations, entorses	27
Brûlures	5
Empoisonnements	15
Asphyxie par le charbon	6
Suicide	4
H. Mort à l'arrivée du médecin	55
Total	2915

Les hommes entrent dans la proportion de 29 p. 100.
Les femmes — — 49 —
Les enfants au-dessous de trois ans 22 —

Visites du quatrième trimestre de 1891	2 514
Visites du quatrième trimestre de 1892	2 915
Différence en plus	401

RÉSUMÉ POUR L'ANNÉE 1892.

	Hommes.	Femmes.	Enfants.	TOTAL.
1er trimestre	889	1 518	611	3 018
2e trimestre	778	1 179	542	2 499
3e trimestre	1 152	1 676	633	3 461
4e trimestre	878	1 362	675	2 915
	3 697	5 735	2 461	11 893

Pour l'année 1891, le nombre des visites de nuit était de 9 313
Pour l'année 1891, — — est de 11 293

Différence en plus pour 1892 2 580

PROGRESSION DU SERVICE DEPUIS SON ORGANISATION.

1876, première année	3 616	visites de nuit.
1877, deuxième année	3 312	—
1878, troisième année	3 571	—
1879, quatrième année	5 282	—
1880, cinquième année	6 341	—
1881, sixième année	6 521	—
1882, septième année	6 891	—
1883, huitième année	6 895	—
1884, neuvième année	8 712	—
1885, dixième année	7 494	—
1886, onzième année	7 553	—
1887, douzième année	7 168	—
1888, treizième année	7 408	—
1889, quatorzième année	8 544	—
1890, quinzième année	9 110	visites de nuit.
1891, seizième année	9 313	—
1892, dix-septième année	11 893	—

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bellancourt (de Blangy-sur-Bresle); Bellet (des Loges); Hardy (de Bohain); Titeca, rédacteur en chef des « Archives médicales belges ».

— M. le docteur Madeuf fait son cours libre sur les affections du nez, de la gorge et du larynx, les lundis et jeudis à cinq heures, à l'École pratique de la Faculté. — Les vendredis, conférence pratique à sa clinique, 46, rue de l'Arbre-Sec.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des résections et des opérations conservatrices qu'on peut pratiquer sur le système osseux, par M. le professeur L. Ollier. In-8°. —Prix de l'ouvrage complet (3 vol.) : 50 francs. — Paris, G. Masson.

Atlas of clinical medicine, by Byrom Bramwell, M.-D. Assistant physician to the Edinburgh royal Infirmary. Vol. II, 1re partie. — Prix du volume : 40 francs. — Edinburgh, MM. Constable, University Press.

Les tumeurs de la vessie, par J. Albarran, chef de clinique des maladies des voies urinaires à la Faculté de médecine de Paris (hôpital Necker). 1 vol. grand in-8°, avec 75 figures et 9 planches. — Prix : 18 francs. — Paris, G. Steinheil.

Traité pratique des eaux minérales et éléments de climatothérapie, par le docteur Mœller, membre correspondant de l'Académie de médecine de Belgique. (Balnéologie, balnéographie, balnéothérapie et climatothérapie.) 1 vol. in-8°. — Prix : 15 francs. — Paris, G. Masson.

Leçons de thérapeutique, par le docteur G. Hayem, professeur de thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, membre de l'Académie de médecine. *Les Médications*, quatrième et dernière série. 1 fort vol. in-8°. — Prix : 12 francs. — Paris, G. Masson.

Variolo-vaccine; contribution à l'étude des rapports qui existent entre la variole et la vaccine; réponse à M. le docteur Chauveau, par Ch. Haccus. In-8°. — Prix : 5 francs. — Genève, H. Georg; Paris, G. Masson.

Le régime des diabétiques, par le professeur W. Ebstein. Traduit de l'allemand par le docteur J. Dagonet, médecin adjoint de l'asile Sainte-Anne. 1 volume in-8° de 205 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

Neurasthénie (*Bibliothèque Charcot-Debove*), par le docteur Albert Mathieu. 1 vol. in-16, rel. d'amateur, tête dorée.— Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

Le choléra, ses causes, moyens de s'en préserver, par le docteur G. Daremberg, correspondant de l'Académie de médecine. 1 vol. broché. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

Les causes de la fièvre typhoïde (*Bibliothèque Charcot-Debove*), par le docteur J. Gasser. In-16, reliure d'amateur, tête dorée. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

Vals Précieuse — *Foie. Calculs. Gravelle. Diabète. Goutte.*
Charbon naphtolé *granulé* **Fraudin.**

Pilules Mercier (*Podophyllin, Cascara et Savon médicinal*) réussissent touj. ctre la constipation, 1 ou 2 au coucher ou au repas du soir.
Dyspepsies — *Vin de Chassaing*, Pepsine et Diastase.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

93

SIROP DU DOCTEUR DUFAU

A L'EXTRAIT DE STIGMATES DE MAÏS.
Maladies aiguës et chroniques de la vessie.
Diathèse urique. — Gravelle. — Cystite. — Catarrhe vésical. — Dysurie.
DIURÉTIQUE PUISSANT ET INOFFENSIF.
Hydropisies, affections du cœur, albuminurie.
et tous les cas dans lesquels la digitale et les autres diurétiques sont mal supportés.

Dose : Deux à quatre cuillerées de sirop par jour, à prendre à jeun de préférence, dans un verre d'eau froide ou chaude.
Boisson très agréable. Prix : **3** fr. le flacon.

PHOSPHURE DE ZINC (GRANULES TROIS CACHETS)

4 milligr. (1/2 milligr. de Phosphore actif).

Ces Granules sont faits exclusivement avec du Phosphure de Zinc cristallisé ($PhZn^3$). On peut donc être assuré de la pureté du produit et des effets qu'on est en droit d'en attendre.

Anémie, Rachitisme, Chlorose, Hypocondrie, Hystérie, Névralgie et autres Névroses, Métrorrhagies, Dysménorrhées, Spermatorrhées, Tremblement alcoolique ou mercuriel, Incontinence d'urine, etc.

Dose : Un, puis deux granules à chacun des principaux repas. Prix : **3** fr. le flacon.

43

FIÈVRE PALUDÉENNE ET CONVALESCENCE D'INFLUENZA

GRAND REMÈDE FÉBRIFUGE

du docteur G. GAUDIN, des Sables-d'Olonne.
EN 60 BOLS
FER, QUINA ET PRINCIPES AMERS
Préparé par F. Barthélemy,
pharmacien de 1re classe, ex interne des hôpitaux, *seul dépositaire*, 5 et 7, r. Dugommier, Nantes.

44

VIN NOURRY IODOTANÉ

EXACTEMENT TITRÉ
Une cuillerée à bouche contient :
0gr,05 d'Iode
et 0gr,10 de Tanin,
exempt de tout iodure alcalin.

Par son assimilation et sa tolérance parfaites, le **VIN NOURRY** est le curatif par excellence des affections qui ont l'Iode ou les Iodures pour base de traitement, telles que : **Lymphatisme, Scrofule, Anémie, Menstruations difficiles**, etc.....

Doses. — Enfants : 1 cuillerée à café ;
Adultes : 1 cuillerée à soupe,
avant les deux principaux repas.

Paris, 28, rue Saint-Claude, et Pharmacies.

54

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de 50 et 100g.
Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.
Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.
31, rue des Petites-Écuries, Paris

36

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

Dose : Un petit verre après les principaux repas.
Dépot : Dans toutes les bonnes pharmacies.— Vente en gros chez tous les droguistes.

43

CAPSULES MATHEY-CAYLUS

Au Copahu et à l'Essence de Santal.
Au Copahu, au Cubebe et à l'Essence de Santal.
Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

« Les CAPSULES MATHEY-CAYLUS à enveloppe mince de Gluten constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables. »

« L'ESSENCE DE SANTAL associée au Copahu ou autres balsamiques possède une efficacité réelle et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du Col, et les affections des organes génito-urinaires. »

En prescrivant les Capsules MATHEY-CAYLUS. MM. les médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et parfaitement dosés.

Gros : **Clin & Cie**, 20, r. des Fossés-St-Jacques, Paris. — Détail : *Dans les bonnes Pharmacies.*

29

ÉLIXIR ET DRAGÉES FERRO-ERGOTÉS MANNET

Chloro-anémie, Métrorrhagies, Métrite, Incontinence d'urine.— 2, pl. Vendôme, Paris.

60

COMPAGNIE LIEBIG
CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS
SEUL VERITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

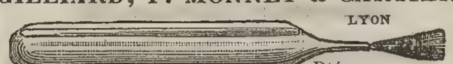
Bouillon concentré de viande de bœuf
SANS GRAISSE NI GÉLATINE
Les plus hautes distinctions aux grandes expositions internationales depuis 1867.
HORS CONCOURS DEPUIS 1885.

Précieux pour ménages, malades, usages nombreux pour potages et sauces.
Cet extrait ne se détériore jamais.
Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur Bon Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.
Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

77

CHLORURE D'ÉTHYLE PUR

Anesthésique local du Prof.-Docteur Redard.
PRÉPARÉ PAR
GILLIARD, P. MONNET & CARTIER
LYON



Bté s. G. D. G.
(Tube réduit au 5e de la grandeur naturelle,)

Innocuité absolue.— Anesthésie parfaite. Guérison des névralgies, sciatiques, etc.
DÉPÔT DANS TOUTES LES PHARMACIES
Prix : **9 fr.** *la boite de 10 tubes.*
Expéres: Fribourg et Hesse, 26, r. de Ecoles, Paris.

80

GRAINS CRÉOSOTÉS SABOURDY

Ctre *Affections pulmonaires, Bronchites, Emphysème, Asthme, Phthisie, Scrofule, Rachitisme.*
Dose : 3 à 6 grains avant chaque repas.
Dépôt : 275, rue Saint-Honoré, Paris, et phies.

66

GRANULES DE CATILLON

à 1 milligr. d'**Extrait titré** de
STROPHANTUS

C'est avec ces granules qu'ont été faites les expérimentations discutées à l'**Académie** en 1889; elles ont démontré que 2 à 4 par jour produisent une **diurèse rapide**, relèvent le **cœur affaibli**, font disparaître l'**Asystolie**, la **Dyspnée**, l'**Oppression**, les **Œdèmes**, les accès d'**Angine de poitrine**, etc. On peut en continuer l'usage sans inconvénient, pas d'intolérance.

Eviter les imitations et les teintures infidèles.
Paris, 3, boulev. Saint-Martin et Pharmacies.

16

SOLUTION DE SALICYLATE DE SOUDE

DU DOCTEUR CLIN
Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris
(PRIX MONTYON)

La **Solution du Docteur Clin**, toujours identique dans sa composition et d'un goût agréable, permet d'administrer facilement le *Salicylate de Soude* et de varier la dose suivant les indications qui se présentent.

Employée dans le traitement des Rhumatismes aigu et chronique, de la Goutte, de la Gravelle, etc., cette Solution contient très exactement :

2 grammes *Salicylate de Soude* par cuillerée à bouche.
0,50 centigr. *Salicylate de Soude* par cuillerée à café.

Gros : **Clin & Cie**, 20, r. des Fossés-St-Jacques, Paris. — Détail : *Dans les bonnes Pharmacies.*

11

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ Mariani** est prescrit avec succès, par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du Diabète**, l'**Anémie**, la **Chlorose**, la **Gastralgie**, les **Laryngites** et les **Granulations de la Gorge**, etc.

Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux à trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

Mariani, phien, 41, Bd Haussmann, et ttes phies.

34

MALADIES DE POITRINE

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX

DU Dr CHURCHILL

Sous l'influence des hypophosphites, la toux diminue, l'appétit augmente, les forces reviennent, les sueurs nocturnes cessent et le malade jouit d'un bien-être inaccoutumé.

Prix : 4 fr. le flacon.
Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

52



Débilité, Anémie, Maladies de l'enfance,
sont combattues avec succès par la

FUCOGLYCINE GRESSY

Ce Sirop, à base d'algues marines, remplace avantageusement l'Huile de Foie de Morue, dont il possède toutes les propriétés, sans en avoir la saveur ni l'odeur désagréables.

Le Perdriel et Cie, Paris.

66

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO.

viande crue, Alcool, Ec. d'oranges am.
Phthisie, anémie, convalescence.
Paris, 20, place des Vosges.

67



LIQUIDES BROWN-SÉQUARD

Prospectus et renseignements franco.
BOUTY, *119, r. d'Aboukir, Paris.*

N° 11. — JEUDI 26 JANVIER 1893. 66e ANNÉE. JEUDI 26 JANVIER 1893. — N° 11.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine, sur la douloureuse nouvelle de la mort de son ancien président M. Hardy, professeur honoraire de la Faculté, a levé la séance en signe de deuil.

Avec M. Hardy disparaît une des figures les plus respectées de la Faculté. Ses obsèques ont eu lieu aujourd'hui à la Madeleine, au milieu d'un immense concours d'amis et de confrères.

L'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les candidats au titre d'associé national. Sont présentés : en première ligne, M. Arloing (de Lyon); en deuxième ligne *ex æquo*, MM. Galtier (de Lyon) et Laulanié (de Toulouse).

HOPITAL NECKER. — M. PETER.

Médication hypodermique (1) : des injections sous-cutanées de créosote.

Nous allons parler aujourd'hui du traitement de la tuberculose par les injections sous-cutanées de créosote; mais auparavant, je dois vous dire quelle est l'idée mère de ce mode de traitement.

Après la découverte du bacille de Koch, on pouvait croire que la thérapeutique de la tuberculose serait révolutionnée, qu'en anéantissant le bacille, on anéantirait la tuberculose elle-même. Malheureusement, il n'en a rien été. C'est qu'en effet, l'état général est atteint. Les bactéricides peuvent bien tuer quelques bacilles, mais les bacilles renaissent. La tuberculose est une maladie intrinsèque et non extrinsèque. Si le bacille a envahi l'organisme, c'est parce que celui-ci était déchu; il était comme une place forte qui, démantelée, n'offre plus de résistance à l'ennemi, et ce qui le prouve, c'est que les médecins et ceux qui vivent dans les hôpitaux sont rarement atteints par la contagion de cette maladie, si peu contagieuse malgré son bacille. Si quelques-uns deviennent tuberculeux, c'est parce qu'ils y étaient prédisposés, qu'ils ont commis quelque infraction à l'hygiène alimentaire ou aérienne, ou encore qu'ils se sont surmenés.

La découverte de Koch a fait faire fausse route à la médication de la tuberculose ou du moins a changé sa route. Du reste, elle a changé, à tous les points de vue, l'idée qu'on se faisait de la tuberculose.

Au point de vue étiologique, on en a fait une maladie parasitaire.

Au point de vue pathogénique, on a supposé que c'était par les vaisseaux sanguins et surtout par les vaisseaux lymphatiques, que le bacille avait envahi de proche en proche l'organisme, jusqu'à ce qu'il atteignît le poumon.

Enfin au point de vue thérapeutique, on a supposé qu'il suffirait d'anéantir le bacille, ou d'arrêter son développement, pour guérir la tuberculose, d'où l'idée du traitement par la créosote, l'acide phénique, etc. Ces idées sont erronées, ainsi que le prouvent les chiffres. Des expériences de Bouchard, il résulte, en effet, qu'il suffirait de 3gr60 de créosote pour anéantir le bacille en stérilisant le « milieu intérieur » d'un homme de 60 kilogrammes. Voilà qui n'est pas irréalisable. Comment donc et pourquoi n'est-ce pas réalisé ? C'est d'abord parce que, s'il est facile de tuer le bacille « in vitro », il ne l'est pas autant de le détruire « in vivo ». Il est arrivé, en effet, à M. Burlureaux, d'injecter en un jour 14 grammes de créosote à un malade. Tous les microbes auraient dû être tués. Il n'en a rien été, ou si, par hypothèse, tous les bacilles avaient été tués, c'est donc qu'ils renaissaient aussitôt, car on continuait d'en trouver dans les crachats.

Ces prémisses étant posées, voici ce qu'on a observé après les injections de créosote : les expériences cliniques, faites avec la créosote ou le gaïacol, ont prouvé que les malades qui guérissaient ou étaient améliorés étaient surtout ceux qu'on appelait autrefois des « scrofulo-tuberculeux », c'est-à-dire des malades dont les lésions si variables se présentent sous une foule d'aspects différents, depuis l'impétigo jusqu'au lupus. Or, dans ces affections, les bacilles sont très peu nombreux, c'est à peine si, sur quarante coupes de lupus, on les trouve une fois au microscope. Les lésions sont donc hors de proportion avec le nombre des bacilles et on peut se demander alors si les lésions ne préexistent pas aux bacilles. Le lupus est le trait d'union entre la scrofule et la tuberculose : une maladie semble conduire à l'autre. Dans la même famille, on trouve des scrofuleux, des lupiques, des tuberculeux, et on peut

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 1286, 1306 et 1391.

dire que « le scrofuleux est un candidat à la tuberculose », comme du reste les lymphatiques et les débilités. Eh bien, ce sont ces maladies — le lupus qui est une affection locale ne menaçant pas l'existence, les adénites aiguës ou chroniques, suppurées ou caséeuses, les scrofulo-tuberculoses — ce sont, dis-je, ces maladies qui guérissent par les injections de créosote, et elles guérissent, parce que ce sont des « scrofuloses *devenues* tuberculeuses », et c'est pourquoi elles sont bénignes ; mais il n'en est pas de même des tuberculoses que j'appellerai « tuberculoses *d'emblée* », qui atteignent les méninges, les poumons, le péritoine : celles-là ne sont pas curables par la créosote.

Voyons maintenant comment on a procédé à l'administration de la créosote. La première pensée qui vient à l'esprit, c'est de la faire pénétrer dans l'organisme par les voies digestives. C'est ce qu'a tenté M. Bouchard en 1877. Il a fait prendre 40 centigrammes à 1 gramme de créosote, sous forme de pilules, à des tuberculeux. Les résultats furent ce qu'ils devaient être. Il y eut diminution de l'expectoration, la toux devint moins fréquente et, par suite de la diminution de la fatigue produite par la toux, le sommeil devint meilleur ; triple bienfait qui n'est pas à dédaigner. Ce n'est pas tout, l'appétit devint plus vivace, les forces furent augmentées, un embonpoint relatif s'ensuivit. Mais s'il y eut amélioration des signes fonctionnels et généraux, il n'en fut pas de même des signes locaux qui restèrent les mêmes. Et l'on voit les premiers reparaître après une amélioration passagère. L'inconvénient de cette méthode, c'est l'irritation de l'estomac au bout de trois semaines, un mois. C'est même cette légère irritation qui augmente l'appétit au début; mais plus tard, l'appétit diminue et la dyspepsie survient. Cela est si vrai que MM. Bouchard et Gimbert ont cherché une autre voie, d'où les injections hypodermiques dont nous parlerons tout à l'heure.

Une autre idée non moins rationnelle a été d'introduire la créosote par les voies respiratoires. Curschmann et Schüler en Allemagne, MM. Legroux et Dreyfus-Brisac ont essayé de stériliser les voies bronchiques par des inhalations de créosote, mais ils n'ont pu empêcher les bacilles de coloniser à nouveau.

C'est alors qu'on a voulu faire des injections intra-pulmonaires. MM. Lépine et Truc à Lyon, M. Gouguenheim à Paris ont injecté de la créosote dans les sommets pulmonaires, à l'intérieur des cavernes. Le résultat n'a pas été encourageant. Il y a même eu des hémoptysies et d'autres accidents.

Arrivons maintenant aux injections sous-cutanées de créosote. C'est M. Bouchard qui, le premier, en a eu l'idée en 1875. M. Du Castel, en 1882, a fait des injections de peptones créosotées. M. Gimbert, en 1886, a fait des injections créosotées sur une grande échelle et son exemple a été bientôt suivi par M. Burlureaux.

M. Gimbert injecte un mélange de quatorze parties d'amandes douces pour une de créosote. L'injection se fait goutte à goutte pour empêcher la douleur et s'arrêter à temps en cas d'accident. Comme une injection demandait deux heures de temps, MM. Gimbert et Burlureaux ont inventé des appareils qui permettent de faire les injections sans nécessiter la présence du médecin près du malade. M. Gimbert injecte 1 gramme de créosote par jour. M. Burlureaux en a injecté jusqu'à 14 grammes.

Mais ces injections présentent des inconvénients. Des accidents redoutables peuvent éclater. C'est ainsi que si on injecte le liquide dans un vaisseau sanguin, la mort peut s'ensuivre par embolie graisseuse. A l'autopsie, on trouve des gouttelettes d'huile qui ont formé embolie. C'est ce qui m'est arrivé dans mon service, ainsi qu'à d'autres expérimentateurs. Le mieux est d'enfoncer l'aiguille seule, d'examiner s'il ne s'écoule pas un peu de sang et, dans ce cas, faire une piqûre ailleurs.

Voici maintenant la pratique de M. Burlureaux. En moyenne, il injecte 50 grammes de liquide par jour, mais souvent il dépasse 100 et 150 grammes, ce qui fait 3 grammes de créosote. Quelquefois même il a injecté jusqu'à 200, 220 grammes d'huile créosotée sans accident.

Il résulte de ses expériences, qui se chiffrent par centaines (400 environ), que si le goût de la créosote persiste dans la bouche, le cas sera grave, car l'élimination ne se fait pas rapidement. Si les urines sont noires, le malade sera peu amélioré, il en sera encore de même s'il existe des sueurs profuses après l'injection. Enfin le cas sera plus grave encore s'il y a hypothermie après l'injection et dans ce cas, il sera préférable de ne pas continuer.

J'ai examiné avec soin les travaux de M. Burlureaux et il en résulte, pour moi, la conviction que ces injections n'agissent bien que dans la scrofule ou les tuberculoses locales, c'est-à-dire dans des cas que la thérapeutique d'autrefois guérissait : tuberculose osseuse, ganglionnaire, testiculaire, abcès froid. Voici, par exemple, un cas cité par M. Burlureaux pour faire voir les bons résultats du traitement. Un officier, déjà opéré pour une tuberculose osseuse du sternum et des extrémités internes des deux clavicules, entre au Val-de-Grâce avec des adénites volumineuses du cou, dont deux en pleine suppuration. On lui applique le traitement intensif. Il prend en vingt-cinq jours, d'une part 1 800 grammes d'huile créosotée à 1/15 en injections hypodermiques et, d'autre part, 1 000 grammes de la même huile en cinq lavements donnés les jours où l'on ne fait pas de piqûre ; or le malade augmente de 3 kilos en vingt-cinq jours. Les suppurations ganglionnaires tarissent, et aujourd'hui, il est complètement guéri. Eh bien, voilà un cas qui aurait aussi bien guéri par la thérapeutique d'autrefois.

Il en est de même d'un autre malade qui, atteint de tuberculose du testicule, prend, en cinq mois, 5 kilos d'huile créosotée par la peau, 1 kilo en lavement. Il est soumis, nuit et jour, à l'atmosphère créosotée, et au bout de cinq mois, le noyau tuberculeux de l'épididyme avait complètement disparu.

Un garde républicain, atteint d'adénites volumineuses du cou, a été également guéri en vingt-deux jours de traitement.

M. Burlureaux rapporte beaucoup d'autres cas de guérison ; mais, je le répète, ce sont surtout des tuberculoses locales, adénites, abcès froid, tuberculoses testiculaires. Dans un cas, il a traité un abcès froid du sein chez une malade atteinte de tuberculose au second degré. L'abcès froid a guéri, mais la lésion pulmonaire est restée stationnaire. Ce qui était superficiel a disparu, mais ce qui était profond, c'est-à-dire la « tuberculose d'emblée », la tuberculose pulmonaire, n'a subi aucune modification. Voici un autre cas intéressant : un malade, atteint d'une forme pneumonique très grave, avec une caverne non douteuse, survenue à la suite de la poussée pneumonique et dans les crachats duquel les bacilles de Koch avaient été plusieurs fois constatés, sortit de l'hôpital presque guéri, après trois mois de traitement, ayant subi soixante-dix injections à

50 grammes d'huile en moyenne, soit 210 grammes de créosote. M. le professeur Bouchard, qui le revit trois mois après sa sortie, constata la guérison, et elle se maintient depuis un an.

Eh bien, il m'a été donné de voir des cas semblables guéris par la méthode ordinaire. J'ai soigné, avec le neveu du docteur Davaine, un jeune homme atteint de pneumonie caséeuse avec fièvre intense. La marche de la maladie était aiguë et le malade semblait devoir succomber rapidement. Grâce à un traitement antiphlogistique et à l'huile de foie de morue administrée à haute dose, il se produisit une amélioration considérable. Deux cautères appliqués sur la paroi thoracique et entretenus pendant deux ou trois mois, continuèrent les bienfaits de cette première médication, et maintenant ce malade est complètement guéri.

Il faut reconnaître, cependant, que c'est un véritable progrès de faire prendre à un malade beaucoup de créosote. Celle-ci a pour effet de faire disparaître en partie la toux, l'expectoration et les symptômes généraux; elle contribue, par conséquent, à produire une amélioration considérable.

Mais si ce traitement réussit bien dans les formes apyrétiques, il faut dire cependant que ces formes s'améliorent souvent rapidement par le traitement ordinaire. Combien de fois n'avons-nous pas vu des malades entrer à l'hôpital avec une tuberculose pulmonaire déjà avancée et un état général mauvais, sortir au bout d'un mois, six semaines, très améliorés par le repos physique et moral, une bonne nourriture et de l'huile de foie de morue! Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que la créosote améliore encore davantage des maladies de ce genre.

Suivant leur tolérance pour la créosote, M. Burlureaux a divisé les tuberculeux en quatre catégories, et il en a tiré des conclusions très importantes au point de vue du pronostic.

Dans la première catégorie rentrent les cas de tolérance parfaite du médicament avec résultats excellents. Ce sont surtout des cas de scrofulo-tuberculose.

La seconde catégorie comprend les cas où il y a une tolérance parfaite du médicament, mais où les résultats thérapeutiques sont nuls ou médiocres; l'état général a été amélioré, mais l'état local n'a pas suivi une régression parallèle. Voici un cas d'autant plus intéressant qu'il a été présenté au Congrès de la tuberculose, pour prouver l'innocuité du traitement : c'est le cas d'un homme de vingt-huit ans, soigné au quatrième mois d'une tuberculose que M. Burlureaux avait vue naître, et chez lequel l'amélioration de l'état général avait été telle qu'il en avait conçu d'abord le plus brillant espoir. Malgré l'amélioration de l'état général, les crachats renferment toujours des bacilles et M. Burlureaux suit mois par mois, avec inquiétude, les progrès de la lésion pulmonaire. Vous voyez combien M. Burlureaux est sincère! Tel autre malade, employé du ministère de la Guerre, vint au Val-de-Grâce pendant trois mois prendre une injection de 60 grammes d'huile créosotée en moyenne. L'état général s'améliora rapidement, mais la lésion pulmonaire évolua silencieusement, les crachats, de moins en moins abondants, contenaient toujours des bacilles. Ici encore l'état local n'avait pas suivi l'amélioration présentée par l'état général.

Dans une troisième catégorie rentrent les cas où la tolérance est parfaite d'abord, l'état général s'améliore; mais la lésion continue à évoluer comme chez les malades de la deuxième catégorie. Puis brusquement, sans qu'on sache pourquoi, surviennent des phénomènes d'intolérance. A partir de ce moment, le pronostic devient des plus sombres, et l'on peut dire que tout homme qui tolérait la créosote d'abord et ne la tolère plus à un moment donné, est un malade perdu.

Enfin, la quatrième catégorie comprend les cas où il y a intolérance dès le début du traitement. Le pronostic est alors très grave, et il faut désespérer de la guérison. Quels sont ces signes d'intolérance? Les voici, résumés aussi brièvement que possible : 1° quand le malade perçoit la saveur de la créosote dans la bouche pendant longtemps, alors qu'il n'en a reçu que des doses relativement minimes; 2° lorsque les urines sont noires après une administration minime de créosote ; 3° lorsque apparaissent des vertiges, de l'ivresse, voire même de la torpeur, et que ces phénomènes persistent longtemps; 4° lorsqu'il se produit des sueurs profuses avec frisson et fièvre, suivies d'une sensation de malaise indéfinissable, qui dure de dix à douze heures; 5° enfin, quand le malade éprouve une sensation de refroidissement avec hypothermie.

Cette classification fait honneur à la sincérité de M. Burlureaux; mais elle prouve en même temps, comme je vous l'ai déjà dit, que si la créosote agit bien dans les tuberculoses locales, bénignes, elle peut tout au plus améliorer l'état général dans les tuberculoses d'emblée, les tuberculoses générales.

Il ne faut pas croire, cependant, que les malades atteints de ces tuberculoses viscérales ne puissent guérir. Quand la tuberculose pulmonaire, même caséeuse, évolue sans fièvre, il n'est pas rare de voir survenir la guérison. Il m'a été donné de soigner des malades qui ont guéri complètement, ou du moins ont eu une survie très longue. J'ai à la mémoire en ce moment une malade âgée de soixante-cinq ans, qui, atteinte d'hémoptysie à dix-neuf ans, présente depuis cette époque des craquements humides aux deux sommets. Jamais elle n'a eu de fièvre depuis plus de quarante ans. Elle mange beaucoup, trop même parfois, et semble avoir inventé d'instinct la « suralimentation »; du moins l'a-t-elle appliquée sur elle; eh bien, elle conserve un état général excellent. Elle est restée tuberculeuse et n'est pas devenue phtisique.

Un célèbre professeur de clinique externe de notre Faculté avait été diagnostiqué tuberculeux à trente-deux ans, par Andral, Chomel et Louis, ses collègues d'hôpital et de Faculté, qui ne lui donnaient pas six mois de vie. Il est mort à quatre-vingt-deux ans, après avoir enterré ses trois « pronostiqueurs ». C'était un spirituel égoïste, ne se préoccupant que de lui, doué d'un excellent estomac, et passant six mois chaque année dans une magnifique propriété qu'il avait achetée aux environs de Fréjus. Il était, par conséquent, dans de bonnes conditions pour vivre longtemps.

Toutes les fois que vous verrez un tuberculeux avec un bon estomac et sans fièvre, vous pourrez porter un bon pronostic et affirmer presque toujours qu'il vivra longtemps encore.

Il m'a été donné de voir un homme qui touchait de près à la médecine. Soigné par un médecin des hôpitaux et moi pour des hémoptysies formidables, avec fièvre et cavernes; nous l'avons traité par les ventouses scarifiées, les vésicatoires et l'huile de foie de morue; un cautère quand il y eut amélioration. Puis, nous l'envoyâmes aux environs d'Alger, où il acheta quelques arpents de terre et se fit

colon au petit pied. Ce malade revint un an plus tard en France, absolument méconnaissable. Les cavernes étaient cicatrisées. On n'entendait plus qu'une respiration soufflante et dure. Il n'existait plus d'expectoration. Chose plus curieuse, cet homme vint me demander, six mois plus tard, s'il pouvait se marier. Je répondis par la négative. Il a passé outre et maintenant il se porte très bien et a des enfants qui n'ont pas eu, comme les précédents, de méningite tuberculeuse. Il a donc guéri encore sans créosote. Je ne m'oppose pas, je le répète, à l'administration de la créosote; mais je constate que, sans elle, les malades peuvent guérir.

Pour terminer les observations de M. Burlureaux, je vous citerai le cas d'un de ses malades, présentant tous les signes fonctionnels et physiques d'une tuberculose avancée : toux, sueurs profuses, craquements aux deux sommets en avant, râles sous-crépitants en arrière. Cet homme est sorti de l'hôpital très amélioré au point de vue général, ayant engraissé de 20 livres, ne crachant presque plus, mais non guéri au point de vue local. Il présente encore de l'expiration prolongée et une légère obscurité aux deux sommets, et cependant il a pris, en sept mois, 387gr66 de créosote pure.

M. Burlureaux fait remarquer que les injections d'huile créosotée agissent, non seulement par la créosote, mais encore par la grande quantité d'huile qui pénètre dans l'organisme, et qui pourrait suffire, à elle seule, pour expliquer l'augmentation de l'embonpoint, de l'appétit et des forces.

Ce qui appartient en propre aux injections créosotées, c'est, dit M. Burlureaux, la propriété qu'elles ont de révéler la gravité de la tuberculose, car, s'il y a intolérance révélée par les signes dont nous avons parlé plus haut, le pronostic est très grave et la mort prochaine.

Enfin, pour terminer, je dirai que M. Burlureaux, à la sincérité duquel je continue de rendre hommage, avoue qu'il y a de nombreux cas où « le traitement par la créosote n'est qu'un trompe-l'œil ». C'est par ces mots que je terminerai; ce n'est pas moi qui l'ai dit, et cependant j'ajouterai que de tous les médicaments employés contre la tuberculose pulmonaire avec expectoration abondante, c'est peut-être le moins mauvais.

En résumé, rappelez-vous que le tuberculeux l'est dans les profondeurs de son être. C'est parce que son organisme est déchu qu'il est devenu tuberculeux, qu'il a des bacilles dans ses poumons. La localisation de la tuberculose est là, la cause en est partout. Et voilà pourquoi les bacilles, détruits (par hypothèse) dans les poumons, y reparaissent, voilà pourquoi la thérapeutique de la phtisie pulmonaire reste ce qu'elle était — malgré Koch et ses bacilles — la thérapeutique de l'organisme tout entier; celle qui, modifiant l'hygiène du tuberculeux, fortifie son organisme et lui permet de résister à la tuberculose.

MÉDECINE PRATIQUE

Des injections de phosphate de cuivre dans la tuberculose. — Personne n'a encore oublié le grand retentissement qu'eut la publication de M. Lannelongue, lorsqu'il crut avoir trouvé une méthode curative des tuberculoses externes. Par des injections profondes de quelques gouttes d'une solution concentrée de chlorure de zinc, M. Lannelongue produisait l'apparition d'un tissu fibreux (méthode sclérogène), dont la rétraction cicatricielle devait étouffer le tubercule et l'arrêter dans sa marche.

L'expérience n'a guère confirmé les premiers résultats publiés par M. Lannelongue et par quelques-uns de ses élèves; aujourd'hui la plupart des chirurgiens de Paris ont renoncé à cette méthode par trop inefficace.

Nous en sommes donc encore à chercher, en dehors des interventions chirurgicales, un remède véritable contre la tuberculose externe. C'est ce qui nous engage à attirer l'attention sur un procédé vanté par M. E. Luton, dans la « Revue des maladies de l'enfance ».

Ce procédé est simple, inoffensif. Les résultats publiés paraissent encourageants.

Voici en quoi il consiste : « A l'aide de la solution suivante :

1° Phosphate de soude cristallisé .	5 grammes.
Eau glycérinée (à parties égales).	60 —
2° Acétate de cuivre (verdet) . . .	1 —
Eau glycérinée	40 —

Mélanger les deux solutions sans filtrer.

On fait une seule injection d'une seringue de Pravaz; et si besoin est, une seconde quinze jours après.

L'injection profonde se pratique de préférence au niveau de la région rétro-trochantérienne, avec toutes les précautions antiseptiques usitées.

Localemement la réaction varie, généralement elle est peu accentuée, sans grande douleur. Cet effet local n'offre qu'un intérêt secondaire, mais il n'en est pas de même de la réaction générale. L'injection de phosphate de cuivre est suivie dans l'organisme d'effets comparables à ceux qu'on a observés après la lymphe de Koch : fièvre plus ou moins vive, jusqu'à 39°5, de deux à trois jours au plus, congestion douloureuse des organes tuberculeux. »

Consécutivement au traitement cuprique, les lésions locales rétrocèdent rapidement après la poussée congestive de réaction; l'état général subit une grande amélioration.

Nous avons pu voir un des malades traités par M. Luton, c'est ce qui nous engage à appeler l'attention sur sa méthode. L'observation multipliée et prolongée pourra seule nous démontrer sa valeur réelle.

Conservation des solutions concentrées de bichlorure de mercure. — Il n'est pas de praticien qui n'ait à employer presque journellement les solutions de bichlorure de mercure. C'est l'antiseptique le plus communément usité, pour le lavage des mains, pour le nettoyage des régions blessées, pour le pansement des plaies, pour les irrigations, etc. Le médecin doit donc avoir à sa disposition une certaine quantité de sels de mercure pour pouvoir facilement préparer les solutions qu'il désire.

Tantôt il se sert de pastilles de sublimé, exactement dosées à 1 gramme ou à 50 centigrammes, tantôt il a recours à de petites lamelles de papier saturées de sublimé; leur emploi est des plus commodes. Mais le moyen le plus économique consiste à se servir soit de paquets préparés à l'avance, suivant la formule donnée, par M. Budin à l'Académie, soit d'une solution concentrée, dont la dilution est rapide et facile.

Les paquets de sublimé ont le grand inconvénient de s'altérer rapidement, s'ils ne sont pas conservés avec soin, à l'abri de toute humidité.

Les solutions concentrées se décomposent à la lumière et laissent déposer du proto-chlorure de mercure. La solution n'est donc plus exactement dosée. D'après le « Rundschau für Pharm. » du mois dernier (Répertoire de pharmacie), la formule suivante permettrait de conserver indéfiniment les solutions concentrées de sublimé.

Bichlorure de mercure.	1 gramme.
Acide acétique	5 —
Eau.	94 —

Lait humanisé stérilisé. — La Société de médecine et de chirurgie pratiques, la Société de thérapeutique ont mis, depuis

quelque temps, à l'ordre du jour de leurs séances, la question si intéressante de l'alimentation par le lait.

M. Vigier fait connaître que, depuis trois ans, il emploie une préparation connue, depuis plusieurs années, en Angleterre. La préparation consiste à enlever la proportion de caséine qui excède, dans le lait de vache, celle qui se trouve dans le lait de femme. Après quelques essais, on obtient les proportions correspondantes à celles du lait de femme : lait humanisé. Ce lait est stérilisé à l'étuve, par une température de 118 degrés.

D'après M. Vigier, les enfants accepteraient très bien ce lait et nombre d'observations, dit-il, prouvent qu'il ne donne ni diarrhée, ni indigestion. Dans l'estomac des jeunes enfants, le lait laisse précipiter sa caséine en caillots beaucoup plus fins que le lait ordinaire, presque semblables à ceux que donne le lait de femme.

Nous ne saurions contredire M. Vigier, et sa communication doit être enregistrée avec intérêt. Mais est-ce bien là le remède vraiment pratique à l'effrayante mortalité due à l'alimentation défectueuse des nouveau-nés ?

Ce lait artificiel fort coûteux pourra-t-il être utilisé dans la classe pauvre, là où la mortalité fait tant de ravages parmi les nourrissons? Nous voudrions qu'à chaque femme qui sort de nos Maternités, on délivrât une instruction claire et méthodique lui indiquant la façon dont elle doit nourrir son enfant. Tous les praticiens seront de notre avis quand nous dirons que les nouveau-nés succombent moins par la mauvaise qualité du lait que par la façon défectueuse dont il est administré.

De l'extirpation de l'anthrax. — Riedel publie, dans le « Deut. med. Woch. », son mode de traitement de l'anthrax. Il pratique une incision cruciale de la peau, jusque dans la région infiltrée, dissèque et relève les lambeaux, et résèque le foyer jusqu'à ce qu'il mette à nu l'aponévrose saine. Cette méthode s'accompagne d'une grande perte de sang et nécessite l'anesthésie, mais, suivant Riedel, en supprimant le foyer infectieux, on arrête de suite la marche du mal, on prévient l'infection générale, on évite la gangrène de la peau et la guérison est plus rapide.

Il est à croire que, malgré tous ces avantages, aucun chirurgien français ne disputera à Riedel la paternité de ce traitement.

Moyen simple d'arrêter les épistaxis. — M. le docteur Guénot (de Laroche-en-Breuil) envoie au « Journal de médecine et de chirurgie pratiques » la relation d'un fait où l'usage de l'antipyrine lui a permis d'arrêter une épistaxis rebelle.

Ce moyen, qu'il emploie depuis deux ans, lui a toujours réussi : il consiste à faire aspirer par les narines ou à injecter dans les narines une solution d'antipyrine au cinquième.

Les adultes aspirent facilement la solution, mais, chez les enfants jeunes ou indociles, il faut, leur tête étant solidement tenue et penchée en avant, injecter, avec une petite seringue, la solution dans les narines en leur faisant ouvrir la bouche. L'injection faite il faut pincer le nez avec les doigts pour fermer les narines pendant quelques minutes.

C'est là un moyen des plus simples, qui, s'il est aussi efficace que le prétend son parrain, deviendra le traitement usuel des épistaxis.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par suite du décès de M. Desnos, médecin à la Charité, les mutations suivantes auront lieu, à dater du 1er février, dans les services de médecine des hôpitaux de Paris :

M. Straus passe à la Charité ; M. Gingeot, à Laënnec ; M. Gaucher, à Saint-Antoine ; M. H. Martin, à l'hôpital du Danube ; M. Marie, à l'hôpital Debrousse.

— *Hôpitaux de Paris.* — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes, classées par ordre de mérite :

1. Cunéo, Ombredaine, Herbet, Bickert, Pédeprade, Chabry, Seringe, Gandy, Brin, Irimescu.

11. Pauly, Bernard (Léon), Monsseaux, Sauvage (Camille), Tournemelle, Bardury, Tissot (André), Cestan, Nobécourt, Rosal.

21. Deguy, Claisse, Cerf, Ferrand (Jean), Fournier (Edmond), Guéry, Riuréanu, Bramel de Clépule, Imbert, Péronnet.

31. Guilbaud, Lardennois, Audiau, Blandain, Frivet, Zamfiresco, Bellin, Chevrey, Clerc (Antonin), Colin (Gabriel).

41. Lacambre, Lambard, Mesnil, Nanu, Barnsby, Boumy, Bureau, Cannet, Cavalié, Comar.

51. Mme Eliacheff, Guibert-Lassalles, Leven, Rist, Vaquer-Bestard, Veillard, Wesberge, Liégeard, Lefèvre (Gaston), Thoyer.

61. Duclos, Le Fur, Weil (Émile), Mlle Bouet, Debienne, Dupuy (Émile), Jaulin, Lorrain, Raoux, Renault.

71. Babon, Eleutérescu, Leroy des Barres, Mlle Podobedoff, Pouquet, Robillard, Tallandier, Proust, Bouvard, Galca.

81. Bonnus, Bossan, Delestre, Giusez, Lecoq, Pératé, Thoizon, Walbaum, Wéber, Aldhuy.

91. Brosset, Cadol, Mlle Kédroff, Théohari, Tissier (Henri), Vignandon, Escat (Jean), Hauser (Achille), Minet, Kiffé.

101. Brinon, Grognot, Guillot (Hippolyte), Masbrenier, Petit, Pompéani, Andréau, Escat (Étienne), Jacomet, Mendelson.

111. Sauvage (Raymond), Soulier, Turot, Couvreur (Émile), de Font-Réaulx, Descazals, Duviard, Guillermain, Keim, Monod.

121. Siron, Lanoix, Puech-Legoyt, Thiénot, Tronchaud, Bossu, Ménier, Choppin, Cohan, d'Herbicourt.

131. Herrenschmidt, Kuborn, Levillain (Henry), Corby, Guilmard (Alfred), Jalaguier, Lafont, Pasquier, Thirard, Trujillo.

141. Unganer, Bacaloglu, Marçais, Morély, Zeimet, Chaillous, Debray, Kourilsky, Fournié (Jacques), Chéron.

151. D'Arbois de Jubainville, Mlle Marein, Mlle Schultz, Chevallier, Lenglet, Coursier, Schweisguth, Veuillot, Mlle Corodianu, Fancy.

161. Malartic, Marotte, Montalescot, Ovize, Wahl, Bécart, Choyan, Couillaud, Ducamp d'Orzas, Lucas.

171. Grosjean, Peaudecerf, Nicaise, Mlle Chrzanowska, Arnal, Brun, Canu, Guilleminot, Martinet, Neveu.

181. Ancelet, Emmerich, Ganault, Guessarian, Hauviller, Jay, Rochebois, Roglet, Chauveau, Boyon.

191. Janot, Pierrot, Schachmann, Tissier (Paul), Fernique, Leroy (Paul), Milian, Berthelin, Lacroix (Pierre), Nicoloff.

201. Garoflid, Rousseau, Bernard (Arthur), Grisel, Le Lionnais, Nollet, Ségall, Bertherand (Lucien), Bourg, Caracotchian.

211. Écart, Julien (Camille), Mulon, Picard (Henri), Bluysen, Boutin, Dauriac, Joguet, Bochon, Juillot (Maurice).

221. Marcille, Métivier, Richelot, Lejonne, Pasquet (Victor), Chalochet, Hallet, Baranger, Bürmann, Cros.

231. Forestier, Baudrand, Bertrand (Gabriel), Bluzat, Lanos, Marcotte, Cels, Guillemot (Albert), Herscher, Bouquet.

241. Ehrmann, Clément, Bellot, Arago, Faure, Langlois, Mlle Myzynska, Patricopoulos, Abdullahian, Desbordes.

251. Garin, Laroche, Dardonnat, Bron, Cahuzac, Labbé, Legay, Mercier, Mlle Broïdo, Siems.

261. Soukernik, Sibut, Rousseau (Paul), Villeneuve, Boricaud, Brusset, Delmond-Bibet, Retournard, Grenet, Minelle.

271. Planchon, Dally, Le Maguet, Cauchemez, Plésoïanu, Cochemé (H.), Got, Spindler (H.), Glindziez, Mlle Lapre.

281. Bourdier, Farabeuf, Marchais, Chéloldaeff, Elias, Hernette (Louis), Quentin, Archambault, Bruchon, Devié.

291. Dulac, Grasset, Kottenberg, Boulle (Félix), Dézon, Lévy (Armand), Vlantassopoulo, Dupouy (Marcel), Bonté, Thielmans.

301. Boullier, Degrenne, Boyer, Rochory, Mlle Bromberg, Devoir, Dujon, Néret, Bernard (Armand), Fsorman.

311. Bucquet, Etable, Carcy, Loubet, Tsakiris, Viollet, Dézanneau, Fortunet, Guibé, Salvy.

321. Lefèvre (Charles), Magne (Joseph).

— Par décision, en date du 19 janvier 1893, le ministre de la Guerre a accordé des témoignages de satisfaction aux médecins ci-après dénommés, qui ont fait preuve de dévouement en donnant, depuis de longues années, des soins gratuits aux militaires de la gendarmerie ainsi qu'à leurs familles, savoir :

MM. les docteurs Bergot (de Lesneven), Carreau (de Saint-Symphorien-sur-Coise), Joyeux (de Mirecourt), Bitterlin (de Joinville-le-Pont), Dumas (de Blanzaguet), Aribaud (de Condrieu), Roquefeuil (du Caylar), Mestre (de Gigean), Massin (de Pierre-en-Bresse), Sansen (de Hondschoote) ;

M. Durand-Lasserre, officier de santé, au Verdom.

— L'Académie de médecine a reçu les lettres de candidature de : 1° MM. Martin, Napias et Magnan, pour la place laissée vacante par M. Guéneau de Mussy, dans la section d'hygiène ; et 2° de MM. Straus, Troisier, Rendu et Joffroy, pour la place laissée vacante par M. Villemin, dans la section de pathologie interne.

— *Hôpitaux de Saint-Étienne.* — M. le docteur Montagnon est nommé médecin des hôpitaux.

— MM. les docteurs Chantemesse et Charrin sont nommés membres du Comité consultatif d'hygiène publique de France, en remplacement de MM. Pasteur et Peter, démissionnaires. M. Pasteur est nommé président honoraire du comité.

— M. Joseph Körösi, directeur du bureau de statistique de la ville de Budapest, a fondé *un prix de* 1 500 *francs*, qui sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur le but et le progrès de la démographie. L'auteur devra préciser la tache scientifique de la démographie, faire la critique des différentes théories régnantes et des plus importants travaux démographiques, faits dans les principaux pays de l'Europe et des États-Unis d'Amérique pendant les cinquante dernières années. L'auteur aura donc à mettre en relief principalement le développement des recensements et les progrès de la statistique de natalité et de mortalité, en établissant où, quand et par qui ces branches de la science démographique ont été perfectionnées.

L'ouvrage peut être rédigé en langue allemande, anglaise, française, italienne. Il doit être envoyé, sans aucune indication pouvant révéler le nom de l'auteur, avant le 1er mars 1894, à M. Joseph Körösi à Budapest. L'auteur mettra son nom dans une enveloppe cachetée qu'il joindra à l'envoi de son mémoire. Les ouvrages des concurrents seront examinés par les membres du comité mentionné ci-après. Conformément au vote de ce jury, le prix sera décerné dans la séance générale d'ouverture du Congrès de Budapest, à l'auteur de l'ouvrage ayant la plus grande valeur absolue.

Le jury se compose des membres suivants : M. le docteur Jacques Bertillon, directeur des travaux statistiques de la Ville de Paris ; M. Luigi Bodio, directeur général de la statistique d'Italie, secrétaire général de l'Institut international de statistique ; M. le docteur V. v. John, professeur à l'Université de Innsbruck ; M. Joseph Körösi, directeur du bureau de statistique de la ville de Budapest ; M. le docteur W. Lexis, vice-président de l'Institut international de statistique, professeur à Göttingue ; M. le docteur W. Ogle, du Registral General of Births, Deaths and Marriages, à Londres.

— M. le docteur P. Budin reprendra ses leçons de clinique obstétricale le jeudi 25 janvier à dix heures du matin, à l'hôpital de la Charité (amphithéâtre Velpeau).

— A partir du 1er février, M. Marfan, agrégé, chargé du cours de clinique des maladies de l'enfance, fera ses leçons à l'hôpital des Enfants-Malades, à quatre heures de l'après-midi, les mardis et samedis.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en leur recommandant le Lait stérilisé et en publiant ci-après, p. 103, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de pathologie externe, par Poulet et Bousquet, professeurs agrégés au Val-de-Grâce. 2e édition entièrement remaniée et remise au courant de la science, par A. Ricard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et H. Bousquet, professeur de clinique à l'École de médecine de Clermont-Ferrand. 3 forts vol. in-8°. Tome Ier : « Pathologie chirurgicale générale, maladies des tissus », avec 173 fig. dans le texte. — Tome II : « Pathologie des régions (tête, cou, poitrine et abdomen) », avec 231 fig. dans le texte. — Tome III : « Abdomen ; Organes génito-urinaires ; Membres », avec 343 fig. dans le texte. — Prix de l'ouvrage : 50 francs. — Paris, O. Doin.

Nouveaux éléments de pathologie et de clinique chirurgicales, par Fr. Gross, J. Rohmer et A. Vautrin, professeurs à la Faculté de médecine de Nancy. — Tome I. « Maladies de la tête », 1 vol. in-8° de 880 p. ; prix : 12 francs. — Tome II. « Maladies du cou et du tronc ». « Rachis et moelle épinière ». « Poitrine ». « Abdomen ». « Anus et rectum », 1 vol. in-8° de 1004 p. ; prix : 12 francs. — Tome III. « Organes génito-urinaires de l'homme et de la femme. » « Membres », 1 vol. in-8° de 1000 p. ; prix : 12 francs. — Prix de l'ouvrage complet : 36 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Manuel d'exploration clinique et diagnostic médical, par E. Spehl, professeur à la Faculté de médecine de Bruxelles. 1 vol. in-8° cart., de 663 pages, avec 172 fig. dans le texte et 7 pl. hors texte dont 6 en couleurs. — Prix : 12 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Clinique chirurgicale, par le professeur A. Richet (de l'Institut), professeur à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. gr. in-8° de 700 pages. — Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Traité des maladies de l'enfance, par le docteur G. Comby, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-18 de 900 pages, relié peau pleine. — Prix : 12 francs. — Paris, Rueff et Cie.

Le vade-mecum du médecin expert, guide médical ou aide-mémoire de l'expert, du juge d'Instruction, des officiers de police judiciaire, de l'avocat, par A. Lacassagne, professeur de médecine légale à l'Université de Lyon, correspondant de l'Académie de médecine. 1 vol. in-18 cartonné toile souple. — Prix : 5 francs. — Paris, G. Masson.

Considérations générales sur le traitement des maladies du foie (conférences de thérapeutique de l'hôpital Cochin), par le docteur Dujardin-Beaumetz. 1 vol. in-8° de 163 pages avec fig. dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Les hémorrhoïdes (*Bibliothèque Charcot-Debove*), par le docteur Ozenne. 1 vol. in-16, rel. d'amateur, tête dorée. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

Pathogénie et traitement des néphrites et du mal de Bright (*Bibliothèque Charcot-Debove*), par le docteur Labadie-Lagrave. In-16, reliure d'amateur, tête dorée. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

Petit précis de thérapeutique oculaire usuelle, par le docteur A. Bourgeois. 1 brochure de 51 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Recherches expérimentales sur les leucocytes, par le docteur E. Maurel. VIIe fascicule : « Action des corps animés des microbes pathogènes et de la bactéridie charbonneuse sur les leucocytes. » 1 vol. in-8° de 115 p. avec fig. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

De l'influence des accès isolés d'épilepsie sur la température, par MM. Mairet, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, et Bosc, chef de clinique médicale. Broch. in-8° avec tableaux. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Compte rendu de chirurgie oculaire, année 1891 (Statistique et analyse), par le docteur A. Bourgeois. 1 brochure de 24 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin.

Maladies chroniques — *Papier d'Albespeyres.*
Blennorrhagie — *Capsules Raquin.*

Tumeurs malignes et bénignes, traitées par le *Thuya Wuhrlin.*
Alimentation des enfants — *Phosphatine Falières.*
Contrexéville-Pavillon — Goutte, gravelle, diabète, voies urin^res.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Kystes hydatiques du poumon.

Par Ch. MIRALLIÉ, interne des hôpitaux.

I

L'histoire des kystes hydatiques pulmonaires ne remonte guère au delà de notre siècle. Wolckerus (1), Maloet (2), Richter (3) en ont cependant publié des observations au siècle dernier; Laënnec consacra à cette affection un chapitre de son traité de l'auscultation.

Jusqu'à l'époque actuelle, le côté clinique de la question attira surtout l'attention : observations de Andral (4), mémoire de Vigla (5), leçon de Trousseau (6), thèse de Hearn (7), M. Davaine (8).

Grâce aux nouvelles méthodes antiseptiques, cette maladie, jadis abandonnée à elle-même, a pu être combattue avec succès. Nous citerons particulièrement M. Bouilly, en France, Davies Thomas et Gairdner, en Australie, qui ont surtout contribué, par leur exemple, à soutenir la cause de l'intervention.

Les échinocoques du poumon sont assez rares en France. Leur fréquence varie d'ailleurs suivant les villes, et on les rencontrerait plus fréquemment dans l'Est que dans l'Ouest. En Allemagne et en Angleterre, on les observe plus souvent; mais c'est en Australie et en Islande, qu'ils sont surtout signalés.

La fréquence de l'échinocoque pulmonaire, par rapport aux kystes des autres régions, a été diversement appréciée. Davies Thomas (9) les place au second rang, mais loin derrière les kystes hydatiques du foie : 53 cas d'hydatides pulmonaires contre 166 hépatiques sur 307 cas. Finsen leur assigne la troisième place, n'en ayant observé que 7 sur 237 cas d'échinocoques, contre 175 au foie et 54 dans la cavité abdominale. Cobbald les fait même descendre au quatrième rang. M. Davaine est d'accord avec D. Thomas pour leur attribuer la seconde place.

L'échinocoque peut arriver aux poumons par deux voies différentes : suivant certains auteurs, il pénétrerait directement dans les voies aériennes, entraîné par les poussières de l'air (Bird). La plupart des auteurs admettent, au contraire, qu'il entre d'abord dans le tube intestinal. Là, il peut prendre divers chemins. Il peut suivre la veine-porte, traverser le foie et le cœur droit et s'arrêter dans les capillaires pulmonaires : c'est l'hypothèse la plus admissible. Il est plus difficile de lui faire suivre, comme on l'a voulu, les fentes lymphatiques qui unissent le péritoine à la plèvre. M. Chachereau (1) émet cette opinion que l'échinocoque pénètre dans la circulation rectale, arrive directement dans la veine-cave inférieure, traverse le cœur droit et se fixe sur le poumon, sans avoir été en contact avec le foie. Cette pénétration du kyste par la voie digestive expliquerait la fréquence de la multiplicité des kystes hydatiques chez le même individu. D'après Hearn, sur un total de 82 cas d'échinocoque, on trouve le poumon droit pris seul 6 fois, le gauche seul 8 fois; les deux poumons atteints ensemble 4 fois, un poumon et un autre organe 47 fois. D'après ce relevé, le poumon gauche serait donc pris isolément plus souvent que le droit. Cependant le nombre des cas d'hydatides du poumon droit dépasse, et de beaucoup, celui des échinocoques du poumon gauche. Cette différence tient au voisinage du foie et à la fréquence de la coïncidence des lésions dans les deux organes. Certains auteurs admettent même qu'une hydatide exogène, née d'un kyste du foie, pourrait traverser le diaphragme et aller se greffer sur le poumon droit.

En somme, c'est sur le poumon droit et en particulier dans son lobe inférieur, que se localisent de préférence les hydatides. Mais cette localisation n'est pas absolue et souvent l'échinocoque occupe le lobe supérieur ou même le sommet de l'un ou l'autre poumon.

II

L'étude des symptômes des kystes hydatiques du poumon a été faite depuis longtemps et, principalement, par Hearn

(1) WOLCKERUS, cité in DAVAINE. *Traité des entozoaires*, 1877, p. 851.
(2) MALOET. *Mem. Acad. Roy. des Sc.*, 1732.
(3) RICHTER, in DAVAINE. Loc. cit., p. 487.
(4) ANDRAL. *Cliniques*, t. IV.
(5) VIGLA. *Arch. gén. de méd.*, 1855, p. 282.
(6) TROUSSEAU. *Cliniques*, t. 1.
(7) HEARN. Th. de Paris, 1875.
(8) DAVAINE. *Traité des entozoaires*, 1877.
(9) D. THOMAS. *The Lancet*; 1879, t. I, p. 297.

(1) CHACHEREAU. Th. de Paris, 1883-1884.

qui publia, en 1875, une excellente thèse sur ce sujet.

L'évolution de la maladie peut être divisée en plusieurs périodes : 1° une première où le kyste inclus dans le parenchyme pulmonaire, isolé des bronches et de la plèvre, ne révèle sa présence que par des phénomènes de compression. Il se comporte comme un corps étranger du poumon; 2° un épisode aigu, la rupture du kyste et l'irruption de son contenu dans les bronches ou dans la plèvre; 3° une période terminale, d'évacuation du kyste et de réparation, ou de suppuration mortelle.

En général, l'échinocoque s'installe sournoisement, insidieusement, et ne se révèle pendant des mois et des années que par une petite toux sèche et de la dyspnée.

La toux est fréquente et précoce ; elle peut même constituer, pendant longtemps, le seul signe de la maladie. Elle est d'abord sèche, quinteuse, coqueluchoïde, tant que le kyste est petit et le parenchyme pulmonaire peu irrité. Puis à mesure que le kyste grossit, le tissu pulmonaire s'enflamme, la muqueuse bronchique est aussi intéressée et l'expectoration devient muqueuse, muco-purulente; assez souvent, elle contient du sang.

L'hémoptysie constitue en effet l'un des symptômes capitaux de la maladie. Sa fréquence est telle que les auteurs l'ont considérée comme de règle. Au début, elle consiste en un simple suintement sanguin, les crachats présentent quelques fines stries rougeâtres ; assez souvent, ils sont grisâtres ou brunâtres. Dans nombre d'observations, on signale la présence de crachats rouillés [Hearn, Delgrange (1), Leclerc et Tillier (2), Marconnet (3)]. Dans son observation personnelle, M. Chachereau décrit une expectoration un peu spéciale : « Les crachats sont très petits, très compacts, non aérés, opaques, ne présentant pas la moindre striation; leur homogénéité est parfaite, ils ne sont pas visqueux. On peut les appeler, d'après leur couleur, crachats cassis. » Enfin, dans certains cas, l'expectoration pourrait être, dès le début, fétide et purulente, soit par intensité de la bronchite concomitante, soit par communication de la cavité kystique avec les bronches, par un orifice très étroit, insuffisant pour donner passage à des débris membraneux. Peut-être, dans ce dernier cas, l'examen microscopique révélerait-il des crachats?

Le malade accuse parfois une douleur au niveau du thorax, fixe, persistante, localisée ou avec irradiations; tantôt aiguë, lancinante, tantôt pongitive, sorte de sensation de poids. Finsen la considère comme constante et comme le premier symptôme de la maladie. M. Chachereau l'a ressentie dès le début de son affection. Cependant elle est loin d'être constante et son importance diagnostique est peu considérable (Hearn).

La dyspnée ne manque jamais, en rapport d'ailleurs avec le volume du kyste et l'irritation des parties voisines. Peu intense au début, elle va en augmentant progressivement et peut arriver à l'orthopnée. Elle peut être continue ou se présenter par accès. M. Davaine la considère comme le signe le plus constant et le plus marqué. Hearn (4) confirme cette opinion, bien qu'en n'accordant à ce symptôme qu'une valeur relative au point de vue du diagnostic. En effet, Thomas a vu un kyste occuper toute une moitié de la cage thoracique, sans entraîner de phénomène dyspnéique bien marqué (1).

Tels sont les signes propres au kyste hydatique lui-même; à côté se placent des troubles de voisinage dus au volume du corps étranger. Les palpitations, et surtout le déplacement du cœur, sont assez fréquents : cependant Hearn n'en cite que trois cas : ceux de Bally (2), de Moutard-Martin (3) et de Pillon (4). De l'examen des observations, il ressort que ce phénomène est beaucoup moins rare. Geoffroy et Dupuytren (5) ont vu le cœur battre à la région épigastrique. Vigla (6), Southey (7) ont senti les battements cardiaques seulement dans l'aisselle gauche. MM. Cornil et Gibier (8) ont publié une observation où le cœur battait dans le troisième espace intercostal droit, à 6 centimètres de la ligne médiane. Le cas de M. Delgrange (9) est des plus intéressants : « La malade s'aperçut elle-même, avant son entrée à l'hôpital, que son cœur battait de plus en plus vers la droite. Au mois de décembre 1878, quatre ans après le début de l'affection, le cœur occupe, à droite, la région correspondante à celle à laquelle il répond d'ordinaire à gauche; la pointe bat dans le sixième espace intercostal droit. » Enfin M. Derignac (10) a publié une observation où le cœur se faisait sentir au niveau des cinquième, sixième et septième espaces, en dehors du mamelon, à 120 millimètres de la ligne médiane. Dans un cas que nous avons observé avec notre maître, M. Netter (11), le même déplacement cardiaque existait. C'est surtout dans le cas de kyste pulmonaire gauche, que ce déplacement du cœur se produit et c'est alors vers la droite qu'il a lieu. Cependant, même dans les cas d'échinocoques du poumon gauche, la déviation peut se faire vers la gauche [Bally, Vigla, Southey, Tœplitz (12)]. Cette anomalie apparente tient à ce qu'il n'y a pas simple refoulement du cœur, mais aussi rotation, torsion du cœur autour de son axe, comme l'ont montré les autopsies de MM. Cornil et Gibier et de M. Derignac. Cette torsion serait même, suivant ce dernier auteur, la cause des accidents syncopaux que l'on observe pendant le développement du kyste, quand le liquide s'écoule rapidement, pendant les lavages et sous l'influence d'une impression morale ou d'un mouvement. Il est d'ailleurs à remarquer que cette déviation du cœur peut n'être que passagère. Ainsi chez notre malade, nous avons vu le cœur reprendre peu à peu sa situation normale, à mesure que le kyste se vidait, si bien qu'au moment de l'opération, toute trace de déviation avait disparu. De même, Vigla vit le cœur reprendre sa place, pendant qu'il retirait par ponctions 2 450 grammes de liquide de la poche du kyste. C'est là, il nous semble, un phénomène d'une certaine importance et dont il faut tenir grand compte pour le diagnostic.

Les autres phénomènes de compression sont moins im-

(1) Delgrange. *De l'expectoration dans les kystes hydatiques*, Th. de Paris, 1879.
(2) Leclerc et Tillier. *Lyon méd.*, 8 sept. 1889.
(3) Marconnet. *Progr. méd.*, 27 juin 1891.
(4) Hearn. Loc. cit., p. 36.

(1) Thomas. *Med. Times and Gaz.*, London 1881, t. I, p. 64.
(2) Bally. *Journ. des conn. méd.*, 1838.
(3) Moutard-Martin, in Th. de Garreau, Paris 1836.
(4) Pillon. *Bull. de la Soc. anat.*, Paris 1836, p. 309.
(5) Geoffroy et Dupuytren. *Bull. École méd.*, 1805.
(6) Vigla. Loc. cit.
(7) Southey. *Bartholom. Hosp. Rep.*, 1867.
(8) Cornil et Gibier. *Progrès méd.*, 5 avril 1884, p. 264.
(9) Delgrange. Loc. cit.
(10) Derignac. *Progr. méd.*, 1883, p. 507-509.
(11) Netter. Soc. méd. des hôpit., juillet 1892.
(12) Tœplitz (de Breslau). *Berlin. klin. Wochens.*, 1877, p. 341.

portants : M. Leroux (1) a signalé l'œdème des membres supérieurs par compression de la veine-cave supérieure; MM. Caron et Soubeiran (2), l'œdème du côté droit du tronc, de la face et du cou, avec dilatation des veines de ce côté. L'œdème des membres inférieurs est plus fréquent [Pinaut (3), Moutard-Martin (4), Genouville (5), Arrowsmith (6), Babington (7)]. Habershon (8)] a vu la perforation d'une veine pulmonaire; Lebert (9) une érosion d'une branche de l'artère pulmonaire; Federici (10) la compression de l'aorte. On a encore observé quelques phénomènes rares : enrouement de la voix (Hearn, Chachereau); laryngite, angine, épistaxis (Chachereau).

L'état général est variable. Le malade accuse parfois une sensation de dépression profonde. Hearn (11) la compare à l'état d'anéantissement qu'éprouvent les malades atteints de maladie bronzée. Chachereau, qui l'a éprouvée, la rapproche « de la somnolence que provoque l'ingestion du chloral; il y a, en effet, tendance au sommeil, assoupissement ». M. Casabianca (12) l'a observée chez un de ses malades. Ces auteurs insistent sur le contraste qui existe entre cet état d'affaissement et la conservation de l'embonpoint et du système musculaire. On est loin d'observer dans tous les cas ce bon état général, souvent le malade est amaigri, émacié, sans force, assez semblable d'aspect à un tuberculeux.

Tels sont les signes fonctionnels de l'hydatide pulmonaire au début. Ils ne présentent rien de net, de caractéristique. Les signes physiques sont les plus importants. L'examen du thorax révèle parfois une diminution dans l'amplitude des mouvements thoraciques; le thorax reste en état de moyenne dilatation, et ce phénomène est surtout marqué par l'inspiration [Letulle (13)].

Un autre signe plus important est la dilatation du thorax. Bird la considère comme très fréquente. Hearn, au contraire, sur 144 cas, ne la mentionne que 23 fois. Nous l'avons retrouvée dans un certain nombre d'observations publiées depuis son travail (1875), et la fréquence de ce signe semble plus grande que le veut cet auteur. Sa valeur diagnostique est assez considérable. Trousseau (14) y insiste longuement, et tous les observateurs se rangent à son avis. Les caractères de cette dilatation sont un peu variables. Parfois c'est une dilatation diffuse, en masse, d'une moitié de la cage thoracique; les côtes semblent relevées, les espaces intercostaux sont saillants et élargis : l'aspect se rapproche alors beaucoup d'une pleurésie totale. Tantôt, et c'est alors que ce symptôme a sa plus grande valeur, c'est une saillie limitée, circonscrite, globuleuse, une voussure d'un point du thorax. Parfois enfin, comme dans le cas de M. Derignac (15), on observe à la fois les deux genres de déformations : une dilatation en masse du côté gauche et, en plus, une saillie sous-claviculaire du même côté.

Les vibrations thoraciques sont souvent abolies au niveau du kyste.

En règle générale, on peut dire que la percussion donne de la matité. Mais le degré de la matité est variable suivant le cas. Lorsque le kyste est superficiel, accolé à la paroi thoracique, on obtient une matité franche. La zone mate est nettement limitée, et entourée sans transition d'une zone où la sonorité est éclatante et tympanique. Bird a insisté sur ce passage brusque de la matité du kyste à la sonorité pulmonaire, et ce signe se retrouve dans un grand nombre d'observations. Quand le kyste est central, les phénomènes sont un peu différents. La percussion profonde donne de la submatité plus ou moins nette, plus ou moins étendue, suivant la position du kyste au milieu du parenchyme pulmonaire et suivant son volume. Au contraire, la percussion superficielle, qui n'agit que sur le tissu périkystique, indique alors, au lieu de la submatité, une sonorité se rapprochant de la normale.

Les renseignements fournis par l'auscultation sont aussi très variables. Au début, un kyste petit et central ne manifestera sa présence par aucun symptôme appréciable. Le kyste peut même rester latent pendant toute son évolution. Un kyste volumineux entraîne, dans une certaine étendue de la surface pulmonaire, la disparition du murmure vésiculaire. Tant qu'il reste isolé, le silence peut être absolu. La compression d'une bronche de calibre, l'inflammation de sa muqueuse donnera naissance à des souffles bronchiques et à des râles ronflants et sibilants. L'irritation de la plèvre se traduira par des bruits de frottement ou par les signes classiques de l'épanchement. Enfin, autour du kyste, dans la zone pulmonaire comprimée et irritée, on percevra assez souvent des râles fins, crépitants ou sous-crépitants.

Le frémissement hydatique n'a jamais été bien nettement constaté. Cependant, Lorieux (1) a obtenu « une sensation particulière, plutôt une ondulation ou un chatouillement qu'un frémissement, et cela avait été interprété comme un signe caractéristique ».

Comme dans toutes les affections chroniques des voies respiratoires, on peut observer la déformation des doigts, dite doigts hippocratiques. D'après Chachereau, on ne l'observe que 2 à 3 fois sur 100 cas.

Cette première période a une durée très variable, impossible d'ailleurs à préciser. On ne peut déterminer exactement le moment où le parasite vient se greffer sur le parenchyme pulmonaire. Cependant, la rupture du kyste peut se faire attendre longtemps. M. Marconnet raconte que sa première pleurésie remonte à 1884, alors que le kyste ne se fit jour dans les bronches qu'en 1890. M. Chachereau eut une pleurésie en 1872; en 1879 apparut la douleur au sommet gauche; l'expectoration des hydatides n'eut lieu, pour la première fois, que le 16 juin 1882.

Cette première période peut même être absolument latente. Le kyste ne donne lieu à aucun phénomène réactionnel, et sa rupture est la première manifestation de son existence. Ce sont ces cas, d'ailleurs assez rares, qui ont fait admettre un début subit à l'affection. Mais ce début brusque n'est qu'apparent; c'est un accident aigu dans l'évolution d'une maladie depuis longtemps commencée.

(1) Leroux, in Davaine. *Traité des entozoaires*, p. 433.
(2) Caron et Soubeiran. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1852, t. IV, p. 171.
(3) Pinaut. *Bull. de la Soc. anat.*, Paris 1854. p. 406.
(4) In Ganeau. Th. de Paris, 1836.
(5) Genouville. *Bull. de la Soc. anat.*, 1857, p. 56.
(6) Arrowsmith. *Prov. Med. Journ.*, 1854, fasc. vi, Bd. IV, p. 475.
(7) Babington, *Guy's Hosp. Rep.*, 1844, p. 97.
(8) Habershon. *Id.*, 1872-1873.
(9) Lebert. *Klinik der Binstkrankheiten*, 1874.
(10) Frederici. *Riv. clin. di Bologna*, 1868, t. VII, p. 11-12.
(11) Hearn. Loc. cit., p. 89.
(12) Casabianca. Th. de Paris, 1888-1889.
(13) Letulle. *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. Kyste hydatique du poumon.
(14) Trousseau. Loc. cit., p. 850.
(15) Derignac. Loc. cit.

(1) Lorieux. Th. de Bordeaux, 1888-1889, p. 27.

En effet, un interrogatoire minutieux fait souvent rappeler des accès de toux légère ou fugace, des crises passagères d'oppression dont le malade avait presque perdu le souvenir.

Classiquement, la rupture du kyste se fait brusquement, avec un cortège symptomatique tragique. A la suite d'un traumatisme, d'une émotion violente [Finsen (1), Davaine], parfois sans cause appréciable (Marconnet), le malade ressent dans la poitrine une douleur extrêmement aiguë, sensation de déchirure ou de constriction, parfois même assez vive pour entraîner une syncope (2). Au milieu d'une violente quinte de toux, avec suffocation imminente, arrive à flot à la bouche un liquide de saveur salée, renfermant des hydatides entières et des débris membraneux. Immédiatement apparaît une hémoptysie des plus abondantes (deux cuvettes et demi dans le cas de Marconnet); les quintes de toux sont incessantes, l'anxiété extrême, la respiration des plus pénibles et des plus difficiles.

La quantité de sang expectorée peut être telle que le malade meurt subitement [Kidd (3)]. D'ordinaire, l'hémoptysie est beaucoup moins abondante et se fait en un ou plusieurs actes successifs; peu à peu l'hémorragie se calme, la toux s'apaise; parfois tout rentre immédiatement dans l'ordre; plus souvent le malade continue à rejeter encore dans la journée quelques gorgées de sang, à peu près pur. Dans un certain nombre d'observations, les choses se passent beaucoup plus simplement : au lieu de cette vomique, le kyste s'ouvre dans les bronches insidieusement, sans hémoptysie, sans douleur, sans quinte de toux; tel a été le cas pour notre malade. Au lieu de se frayer une voie vers l'extérieur, le kyste peut s'ouvrir dans la cavité pleurale. On assiste alors à l'évolution d'un hydropneumothorax à début suraigu. L'ouverture peut encore se faire à la fois dans la plèvre et dans les bronches; la cavité pleurale communique alors avec l'air extérieur par l'intermédiaire de la cavité kystique. Exceptionnels sont les cas où on a vu l'hydatide pulmonaire s'ouvrir dans l'intestin (4) et même à l'ombilic [Dupuytren (5)].

Nous entrons alors dans la troisième période. Parfois la guérison se fait très vite, le kyste se vide d'un coup et la cavité pulmonaire se cicatrise rapidement.

Plus souvent la cavité kystique, en communication directe et permanente avec l'air extérieur, se met à suppurer. L'expectoration devient fétide et purulente, en même temps qu'elle augmente de quantité; les crachats sont muco-purulents, aérés, avec amas verdâtres, nummulaires, assez semblables aux crachats tuberculeux. Des stries sanglantes, ou même de véritables hémoptysies apparaissent de temps à autre. En examinant avec soin cette expectoration, on y rencontre par intervalles des points blanchâtres, brillants, d'aspect nacré, membranes enroulées sur elles-mêmes, ou même hydatides entières. La fétidité des crachats peut être extrême; l'haleine du malade présente la même odeur, analogue souvent à celle de la gangrène pulmonaire. On comprend, d'ailleurs, comment, dans un poumon ainsi altéré, la cavité kystique, mal nourrie, sera facilement envahie par les micro-organismes de la suppuration. D'autres fois, l'odeur est plutôt acide, aigrelette, analogue à l'odeur fraîche de la compote de pruneaux (Chauffard, Eichhorst).

Nous n'insisterons pas sur les signes stéthoscopiques à cette période : ce sont ceux de la caverne pulmonaire. Cependant, il nous faut relever le caractère métallique que prennent les bruits divers entendus à l'auscultation : voix, souffle, respiration. C'est là un phénomène que l'on trouve signalé dans presque toutes les observations. Les râles pulmonaires présentent même assez souvent une résonnance éclatante, un timbre fort, assez particulier [Widal (1), Lebert (2)]. Lorieux (3) a entendu, et nous l'avons observé chez notre malade, un bruit très manifeste de clapet, de soupape, se montrant à la fin de l'inspiration.

Dans les cas heureux, l'état général se relève à mesure que le tissu pulmonaire se cicatrise. Cette cicatrisation se fait, d'ailleurs, assez rapidement. Il en est tout autrement quand le kyste suppure. En même temps que les forces déclinent, les masses musculaires disparaissent, la fièvre s'allume et revêt les caractères de la fièvre hectique, les sueurs nocturnes apparaissent, et le malade présente l'aspect d'un phtisique à la dernière période.

Sauf à cette dernière période ou à moins de complication, l'affection est apyrétique. Cependant, MM. Bard et Chavannes (4) admettent « que l'évacuation du kyste se fait au milieu de phénomènes inflammatoires et le tracé thermique traduit par sa défervescence rapide l'amélioration brusque qui résulte de l'évacuation des fausses membranes ». Il semble plutôt, à la lecture de l'observation, que ces poussées inflammatoires soient dues à de petits foyers pneumoniques à évolution rapide, sur lesquels nous reviendrons bientôt. D'ailleurs, pour notre malade, la température a été relevée avec soin : toute l'évolution a été sans fièvre, sauf au début et à la fin de l'affection, l'élévation thermique correspondait nettement à une invasion de pneumocoques.

III

Tels sont les symptômes de l'hydatide pulmonaire. Pendant l'évolution de l'affection peuvent se présenter un certain nombre de complications dont la connaissance est très importante au point de vue du diagnostic.

Une de ces complications pourrait, dans les cas douteux, faire porter le diagnostic : nous voulons parler de l'urticaire. Elle apparaît spontanément, à une époque quelconque de la maladie ou après une ponction. Parfois, elle se montre à intervalles plus ou moins réguliers, sorte d'urticaire à répétition, comme dans le cas de Chachereau. Son apparition peut coïncider avec la pénétration du liquide dans la plèvre, mais souvent aussi on l'observe, alors que le kyste est encore inclus en plein parenchyme, par simple résorption du liquide. Arnault (5) a observé, dans un cas, une éruption d'urticaire généralisée et confluente.

La gangrène pulmonaire est assez souvent notée.

La pleurésie a été signalée par beaucoup d'auteurs. Elle peut même constituer la première manifestation de la maladie. Elle présente des caractères un peu spéciaux. Mar-

(1) Finsen. *Arch. gén. de méd.*, 1869.
(2) Broadbent. *The Lancet*, 1875.
(3) Kidd. *The Lancet*, 1885, p. 520.
(4) Laennec. *Traité de l'auscultation.*
(5) Dupuytren. *Leçons orales*, t. III, p. 379.

(1) Widal. *Gaz. des hôp.*, 1872.
(2) Lebert. *Klinik des Brustkrankheiten*, 1874.
(3) Lorieux. Loc. cit., p. 27.
(4) Bard et Chavannes. *Rev. de méd.*, 1886.
(5) Arnault. *Bull. méd. du Nord*, oct. 1881.

connet, six ans avant le rejet des membranes, a été atteint, à plusieurs reprises, de pleurésies à allures bizarres, fugaces, apparaissant un jour pour disparaître le lendemain. M. Chachereau fut atteint d'une pleurésie bizarre, à allures remarquablement insidieuses, se résorbant vite, sans toux, ni fièvre. L'hydrothorax est plutôt un des modes d'évolution de la maladie qu'une véritable complication.

De toutes les complications de l'hydatide pulmonaire, une des plus fréquentes et des plus intéressantes est la pneumonie. Les auteurs lui ont, cependant, accordé peu d'importance, c'est à peine même si quelques-uns la mentionnent. Cependant, Walske (1) insiste sur la présence presque constante de lésions pulmonaires autour du kyste, pneumonie fibrineuse, congestions. Andral (2) signale que, dans un cas, la maladie a produit les symptômes de la pneumonie double. Hearn (3), en parlant de l'expectoration, dit que, dans deux ou trois observations, l'on signale des crachats visqueux et rouillés, indices probables d'une pneumonie développée sur le pourtour du kyste. M. Chachereau ne parle que de congestion pulmonaire. Casabianca admet la possibilité d'une inflammation avec foyers de broncho-pneumonie. Delgrange attribue les crachats rouillés à une inflammation avec exsudat fibrineux. Bard et Chavannes chez un de leurs malades ont observé une pneumonie intercurrente, anormale : ils considèrent « cette période pyrétique comme un épisode aigu dans une marche apyrétique; l'affection procède par paroxysmes se caractérisant par de la bronchite, de la congestion et de la fièvre; les phénomènes peuvent être assez intenses pour faire croire à une pneumonie ». M. Lorieux est beaucoup plus catégorique : la maladie s'est révélée par une pneumonie, et c'est dans le cours de cette affection que les symptômes du kyste, jusque-là latents, ont apparu; il va même jusqu'à admettre que cette pneumonie, faisant du tissu pulmonaire un *locus minoris resistentiæ*, a été le point de départ d'une poussée d'accroissement du kyste. En étudiant les observations publiées, on retrouve fréquemment cette complication. Dans 30 cas sur 144 Hearn a relevé la présence de râles crépitants; d'autres auteurs ont signalé le souffle tubaire. Enfin, assez nombreux sont les cas où le mot de pneumonie est prononcé. C'est presque toujours au début de l'affection qu'on la signale, c'est par elle que le kyste revèle sa présence [Wallmann (4), Lebert (5), Baron (6), Mac Gillivray (7), Brunn (8), Laveran (9), Sally-Lœvy (10)]. Quain (11) a même vu la maladie commencer par une pneumonie double, Vega (12), Baron (13) l'ont observée pendant l'évolution. Enfin, Trochon (14), Neucourt (15) ont vue leurs malades, dont le kyste était reconnu, succomber à la pneumonie. Chez notre malade, nous avons relevé deux poussées de pneumonie : une au début au moment de l'entrée au service, l'autre pendant la convalescence, après l'opération. L'examen bactériologique, fait à ces deux périodes par notre maître M. Netter, a révélé la présence des pneumocoques. Il est probable que dans beaucoup de cas, où l'on voit signaler une poussée fébrile avec râles crépitants, avec ou sans souffle, cas que les auteurs rattachent pour la plupart à une congestion pulmonaire simple, on a affaire à une lésion pneumococcique. L'examen bactériologique est seul capable de juger la question. Mais il ne semble pas irrationnel d'admettre que la présence du kyste détermine dans le poumon des conditions favorables au développement du pneumocoque, et si l'on peut admettre avec M. Lorieux une influence de la pneumonie sur l'évolution du kyste, on peut comprendre aussi que le kyste, jusque-là latent, a été un point d'appel pour le pneumocoque, et que le premier signe apparent de la maladie a été la pneumonie.

A titre exceptionnel, nous signalons l'ouverture d'une artère pulmonaire [Lebert (1), Waldayer (2), Wolf (3), Habershan (4)].

(1) Walske. *Progrès méd.*, 1882, p. 514.
(2) Andral. Loc. cit., p. 391.
(3) Hearn. Loc. cit., p. 25.
(4) Wallmann. *Wien. Med. Wochens.*, 1861, Bd. XVII, n° 26.
(5) Lebert. Loc. cit.
(6) Baron. *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1845, p. 248; 1865, p. 220.
(7) Mac Gillivray. *Austr. Med. Journ.*, 1845.
(8) Brunn. *Deuts. Med. Wochens.*, 1er mai 1869.
(9) Laveran. *Arch. de méd. et pharm. milit.*, 1885, Obs. I.
(10) Sally-Lœvy. *Beïtrage zur casuistik der Lungenechinococcen*, Greifswald, 1885.
(11) Quain. *Transact. of pathol. Soc. London*, mai 1873.
(12) Vega. *Caustatt Jahrberikt*, 1851, t. IV, p. 249.
(13) Baron. Loc. cit.
(14) Trochon. *Bull. de la Soc. anat.*, 1840, p. 211.
(15) Neucourt. *Idem*, 1842.

IV

La durée de l'affection est impossible à préciser, car on ne sait jamais à quel moment précis l'hydatide est venue s'implanter sur le parenchyme pulmonaire. Davaine lui donne une durée de deux à quatorze ans. D'ailleurs, l'affection peut être constamment latente, sans éveiller aucun phénomène morbide ou réactionnel : le kyste est alors une trouvaille d'autopsie [Limperopoulo (5)].

Le pronostic est grave. Davaine compte 25 morts pour 15 guérisons. Hearn note 60 guérisons et 82 morts, soit une mortalité de 57,7 p. 100.

L'ouverture du kyste dans les bronches est une des terminaisons habituelles, et une des plus heureuses : Hearn cite un grand nombre de cas guéris de cette façon. Par contre, la communication du kyste avec l'atmosphère, l'expose à la suppuration, et les cas de mort par hecticité ne sont pas rares.

L'irruption du kyste, dans la plèvre, est infiniment plus grave : la mort en est presque toujours la conséquence, soit immédiate, soit à bref délai [Fouquier (6), Garreau (7)]. La torsion du cœur prédispose à la mort par syncope, mais c'est là un fait exceptionnel (Derignac). Plus fréquente est la mort par asphyxie, au moment de la rupture du kyste dans une bronche : un lambeau de membrane s'engage dans les voies aériennes supérieures et vient obturer la glotte. Ces dernières causes de mort sont de véritables raretés. Notons enfin que, dans un cas (8), on a trouvé un kyste hydatique pulmonaire guéri par transformation graisseuse.

(1) Lebert. Loc. cit.
(2) Malgaigne, in Sée. *Mal spécifique non tuberculeux des poumons*, art. Kyste hydatique.
(3) Wolf (de Breslau), in Hartwig. *Zur casuistik der prindren Lungenechinococcen*, Th. inaug., Halle 1883.
(4) Habershon. *Guy's Hosp. Rep.*, 1872-73.
(5) Limperopoulo. *Bull. de la Soc. anat.*, 25 juin 1884.
(6) Fouquier. Clinique des hôpitaux, *Journ. analyt.*, n° 5, p.
(7) Garreau. Th. de Paris, 1836.
(8) Limperopoulo. Loc. cit.

V

Le diagnostic de cette affection est un des points les plus intéressants de son étude. En lisant les observations, on est frappé combien peu souvent la maladie a été reconnue, nous n'avons même pas rencontré de cas où le diagnostic ait été porté à la première période. Cela se conçoit facilement. Les signes observés sont ceux d'un corps étranger quelconque du poumon; l'affection est au début des plus silencieuses, ou s'annonce par des phénomènes sans caractère spécial, sans netteté suffisante. Nous avons vu d'ailleurs que c'est souvent par une complication que s'ouvre la scène. On comprend sans peine, devant un tableau clinique aussi varié, l'embarras du médecin.

Les diagnostics portés, au début, sont donc des plus variables. La pneumonie a précédé à de longues distances les signes propres du kyste. Marconnet a été soigné pour des pleurésies à répétition, derrière lesquelles on cherchait en vain des signes de tuberculose. Il en a été de même de M. Chachereau. L'hydropneumothorax et le pyopneumothorax ont souvent amené le clinicien à pratiquer un empyème qui donnait issue à des hydatides. Mais l'erreur la plus souvent commise est celle de tuberculose pulmonaire. Neuf fois sur dix, tel est le diagnostic porté à l'entrée du malade à l'hôpital. Et, cependant, en lisant les observations, on remarque que ce diagnostic n'est presque jamais affirmé, toujours on l'entoure de réticences; on ne l'émet qu'à regret. La rareté de l'échinocoque pulmonaire est telle qu'on ne songe pas à sa présence, et l'on penche, avec les plus grandes chances de probabilité, pour la tuberculose pulmonaire.

Il serait stérile et peu intéressant d'essayer un diagnostic différentiel entre ces diverses affections. Nous rappellerons seulement quelques-uns des caractères sur lesquels s'appuient les auteurs. Les kystes hydatiques occupent de préférence la partie moyenne et les bases des poumons. Mais ils peuvent siéger au sommet; et la coïncidence du kyste avec la tuberculose n'est pas chose si exceptionnelle. Bird admet que l'absence de phénomènes morbides périkystiques ou leur faible intensité est en faveur de l'échinocoque. Gardner (1) cite de nombreux points de repère, parmi lesquels nous relèverons seulement l'importance qu'il attribue à la voussure du thorax. Delgrange insiste sur la présence des crachats sanglants, répétés pendant longtemps, sans signe de lésion tuberculeuse, sans lésion cardio-vasculaire, et coïncidant avec une pleurésie. On voit par ce court exposé sur quelles nuances se base le diagnostic : rien de net, rien de précis pour affirmer une opinion. En somme, tous les auteurs reconnaissent dans l'analyse des symptômes quelque chose de choquant, de contradictoire, et comme on ne songe guère à l'hydatide, le diagnostic est forcément erroné.

L'examen bactériologique est ici d'un grand secours, mais non d'une valeur absolue. L'absence du bacille de Koch, après plusieurs examens répétés, élimine la tuberculose; mais la présence de ces bacilles n'est pas suffisante pour repousser l'existence du kyste, car rien n'est plus fréquent que la coïncidence des deux affections.

Quand le kyste est ouvert dans les bronches ou dans la plèvre, le diagnostic est plus facile. La ponction capillaire donnant issue à un liquide eau de roche, sans albumine, aura une grande valeur. Mais souvent le kyste est déjà suppuré quand on pratique cet examen. La constatation des crochets, soit dans le liquide, soit dans l'expectoration, sera une preuve absolue de l'existence du kyste. C'est en rencontrant un crochet dans l'expectoration, à l'occasion d'un examen histologique, que M. Laveran porta le diagnostic de kyste hydatique (1).

Mais c'est surtout par le rejet des membranes que le diagnostic a été posé dans la plupart des cas. Malheureusement, ce n'est pas un symptôme constant. Hearn ne l'a noté que 74 fois sur 144 cas; dans presque tous les cas où il a manqué, le diagnostic a été erroné. Nous n'insisterons pas sur l'aspect bien connu et si caractéristique de la membrane. Nous étudierons plutôt son mode d'expectoration. Au moment de l'ouverture brusque du kyste, avec sa mise en scène dramatique, l'attention est fortement attirée du côté de l'expectoration. Assez souvent, on voit flotter dans le liquide des vésicules blanchâtres, nacrées, plus ou moins volumineuses, ou des larges débris de membrane. Le diagnostic n'offre alors aucune difficulté. Mais dans l'immense majorité des cas, les choses se passent tout autrement. Le kyste s'est rompu insidieusement; depuis longtemps, l'expectoration est peu abondante, verdâtre, mucopurulente. Les vésicules sont rompues, on ne trouve plus de larges lambeaux expectorés, mais de petits fragments enroulés sur eux-mêmes, à peine reconnaissables à l'œil nu. Ce n'est alors que par un examen sérieux de l'expectoration, qu'on peut arriver à les rencontrer. Plusieurs jours se passent souvent, sans qu'on rencontre le moindre lambeau; l'expectoration des membranes est en effet intermittente, à intervalles variables. Chez notre malade, l'examen des crachats a été fait chaque jour et avec le plus grand soin, et du 16 mai au 13 juin, nous n'avons rencontré des fausses membranes que cinq fois. Cet exemple montre combien est délicate cette recherche et avec quel soin on doit la pratiquer. A un examen superficiel, la fausse membrane échappe presque toujours. Enroulée sur elle-même, elle se montre comme un point brillant, nacré, à peine distinct du liquide muqueux dans lequel elle baigne; mise dans l'eau, elle flotte et s'étale immédiatement. Sa recherche est d'autant plus difficile, qu'on ne songe guère, au premier examen, à rencontrer une membrane hydatide. Dans notre cas, c'est en pratiquant la recherche des bacilles tuberculeux, que notre maître, M. Netter, rencontra cette membrane qui, dans le crachoir, avait passé absolument inaperçue; et nous savons quelle attention il nous a fallu dans la suite pour retrouver d'autres débris membraneux. Il ne faut donc pas croire que, même à cette période d'expectoration, le diagnostic soit chose facile. Ce sera le plus souvent en faisant l'examen bactériologique de l'expectoration que l'on trouvera la membrane ou un crochet, les deux seuls signes qui permettent de reconnaître l'affection.

L'existence du kyste reconnue, il faut rechercher s'il siège dans le poumon ou dans la plèvre. Davaine considère le kyste pleural comme infiniment rare : il n'en connaît qu'un seul cas bien prouvé. Trousseau partage cette façon de voir. Ce diagnostic est assez délicat et Davaine insiste sur la difficulté de reconnaître le point de départ du kyste, plèvre ou poumon, pendant la vie. « Il est impossible de reconnaître sur l'homme vivant si le siège d'une hydatide est dans la cavité pleurale même ou dans les tissus voisins,

(1) Gardner. *Edinb. Med. Journ.*, 1867.

(1) Laveran. Loc. cit., Obs. I.

car le plus souvent, entre la paroi de la poitrine et le kyste, il ne reste du tissu pulmonaire atrophié qu'une lame extrêmement amincie et tout à fait imperméable à l'air » (1). Il y a cependant entre les deux variétés de kystes quelques différences cliniques : dans l'échinocoque pleural, la douleur persiste pendant toute la durée de l'affection (Vigla); la toux est plus rare, non quinteuse; elle reste toujours sèche; les hémoptysies sont exceptionnelles; les vibrations thoraciques sont complètement abolies, la matité est absolue et jamais, à ce niveau, on n'entend le murmure vésiculaire. Lorsque le kyste est pulmonaire, mais superficiel, on pourra retirer de précieux renseignements des signes comparés de la percussion superficielle et de la percussion profonde. La sonorité dans le premier cas sera remplacée par de la submatité dans le second. L'élasticité thoracique est aussi mieux conservée et, à ce niveau, on entend d'ordinaire le murmure vésiculaire.

Enfin on s'attachera à déterminer la situation précise du kyste et son volume. Ce diagnostic a une grande importance. Grâce à lui, on saura où pratiquer l'intervention et quelle dimension donner à l'incision ; c'est dire que l'opération sera plus rapide, plus sûre et plus bénigne. L'examen minutieux et répété du malade permettra seul de résoudre ce dernier problème.

VI

Le traitement des kystes hydatiques pulmonaires a subi, dans ces dernières années, un changement complet dû aux avantages de la méthode antiseptique. Dans les pays où le kyste est fréquent, en Australie et en Islande, la prophylaxie est une question fort importante. Diminuer le nombre des chiens, boire de l'eau filtrée, tels sont les moyens recommandés par le médecin de ce pays. L'un d'eux va même plus loin et propose de supprimer totalement la race canine.

En présence d'un kyste reconnu, la conduite à tenir a été diversement dictée suivant les auteurs. Attaquer le parasite dans sa vitalité, a été d'abord le but des médecins. Divers agents de la thérapeutique médicale ont été administrés dans cette vue. Presque tous ont donné quelques succès, mais aucun n'a présenté une série de résultats vraiment encourageants. Baumès a vanté le proto-chlorure de mercure. La térébenthine n'agit seulement que sur les phénomènes phlegmasiques (Hearn, Casabianca). Laënnec recommandait le chlorure de sodium à l'intérieur et sous forme de bains; Hawkins, MM. Desnos, Jaccoud, l'iodure de potassium. Bird, sans ajouter grande confiance au traitement médical, aurait obtenu de bons effets du bromure de potassium, qui hâterait la mort du kyste lorsque la ponction a été pratiquée. Le kamala, utilisé en Islande par Hjaltetin, n'a donné aucun résultat à Mac Gillivray. Certains auteurs ont essayé d'agir directement sur l'hydatide à l'aide de pulvérisations d'iode, de camphre, de santonine. Aucun de ces remèdes n'a donné de résultats sérieux ; nous ne possédons actuellement aucun agent thérapeutique agissant efficacement contre le parasite.

Doit-on pour cela abandonner les malades à eux-mêmes? Trousseau commande l'expectation; Davaine, en présence d'un kyste ouvert dans les bronches, conseille de ne pas intervenir; ces kystes, dit-il, guérissent dans une proportion plus considérable que ceux qui ont été opérés. Cependant les résultats de cette thérapeutique négative ne sont guère satisfaisants. Hearn, sur 128 cas abandonnés à leur évolution naturelle, compte 82 morts, soit une mortalité de 64 p. 100. Madelung (1), sur 19 cas laissés sans intervention, compte 6 guérisons, 3 améliorations et 6 morts, soit une mortalité de 31,5 p. 100. Davies Thomas (2), sur 133 cas ouverts dans les bronches, obtient 31 morts, 80 guérisons et 22 résultats inconnus, soit 23,3 p. 100 de morts. En présence de pareils résultats, et avec les ressources de la méthode antiseptique, l'intervention s'impose. Plusieurs méthodes s'offrent à nous.

La ponction simple a été tout d'abord employée. Elle est indiquée quand l'hydatide est superficielle, petite, non ouverte ou encore dans les cas de kystes de la plèvre. En opérant sur un kyste jeune, uniloculaire, et en le vidant complètement, elle a pu donner quelques succès; Hearn cite 5 cas de guérison par cette méthode. Cependant elle est loin d'être jugée de la même façon par les auteurs. Trousseau la repousse comme dangereuse. M. Dieulafoy considère la ponction aspiratrice comme inoffensive et donnant pas mal de chances de guérison. M. Labbé a presque toujours vu récidiver, au bout de deux à trois ans, les hydatides traitées par la ponction simple et considérées comme guéries. Israël (3) regarde ce mode de traitement comme très dangereux et souvent même fatal. D'après Bird (4), le danger de l'opération est presque nul, l'on peut même renvoyer les malades chez eux, quelques heures après la ponction. En présence d'opinions aussi contradictoires, nous avons relevé les observations où la ponction a été employée.

Ces cas, qui sont au nombre de 43 (5), ont donné 11 guérisons, 22 morts et 10 résultats négatifs (6), soit 26 p. 100 de guérison.

---

(1) *Traité des entozoaires*, 1877, p. 428.

(1) Madelung. *Beitrage Keckemburgische ærtze zur Lehre von der Echinococcenkrankheil*, Stutgard 1885.

(2) D. Thomas. *Austral. Med. Journ.*, 1889.

(3) Israel. *Centralbl. f. Chir.*, 1886, nº 24.

(4) Bird. *Austral. Med. Journ.*, 1873.

(5) Voici le relevé des cas dans lesquels la ponction a été pratiquée :

Guérisons : Brugnon (In Valleix *Arch. gén. méd.*, 1839, t. V, p. 580); Babington (*Guy's Hosp. Rep.*, 1844); Mac Gillivray (*Austr. Med. Journ.*, 1865); Mac Gillivray (*Idem*, 1867); Mac Gillivray (*Idem*, 1867); Bird (*Idem*, 1871); Bird (*Med. Times and Gaz.*, 1873, 3 cas); Mac Mullen (*Austr. Med. Journ.*, 1873); Blair (*Idem*, 1873).

Morts : Caron et Soubeiran (*Gaz. méd. Paris*, 1852); Dunn (*Austr. Med. Journ.*, 1863, p. 23); Mac Gillivray (*Idem*, 1865); Mac Gillivray (*Idem*, 1867); Huppert (*Echinococcus pulmonum*, dissert. inaug., Iéna, 1875); Frænkel (*Char. Ann.*, 1876); Broadbent (*The Lancet*, 1878, p. 175); Allen (*Austr. Med. Journ.*, 1881, p. 198); Cornil et Gibier (*Progr. méd.*, 5 avril 1884); Verco et D. Thomas (*Austr. Med. Journ.*, 1889, p. 305); Shield (*Idem*, 1884, p. 360); Londel Holden (In D. Thomas, *Idem*, 1889, p. 305, 2 cas); Hinckeldeyn (In Madelung, *Beitræge mecklemburgische ærtze zur lehre von der Echinococcenkrankheiten*, Stuttgard, 1885); Scholtz (In Madelung, loc. cit.); Schede (In Madelung); Bristowe, Aller, Acland, Philip (Soc. clin. de Londres, 12 décembre 1890); Duffey (Dublin, *Journ. of Med. Sc.*, avril 1891); H. Mackensie (*Semaine méd*, 11 avril 1892).

Cas négatifs : Southey (*Bartholom. hosp. Rep.*, 1867); Mac Gillivray (*Austr. Med. Journ.*, 1867); Moutard-Martin (*Gaz. hebd.*, 1871); Delgrange (Th. doct. Paris, 1879, 2 cas); Bucquoy (Soc. méd. des hôpitaux, 1882); Derignac (*Progr. méd.*, 1883, p. 507); Varnier (Soc. Anat., 11 mai 1886); Leclerc et Tillier (*Lyon méd.*, 8 septembre 1889); Soupault (Soc. anat., 1889).

(6) Sous la rubrique de « résultats négatifs », nous avons réuni les cas où la ponction n'avait amené qu'une amélioration passagère, sans guérir le malade, et dans lequel on a été obligé consécutivement de pratiquer l'empyème.

Les résultats ne sont guère encourageants, et ce mode d'intervention est passible de sérieuses objections. La ponction est souvent blanche ; alors même que l'aiguille est introduite dans le kyste, rien ne sort par la canule ou bien après l'issue d'une petite quantité de liquide, subitement l'écoulement s'arrête : un débris membraneux, une vésicule fille est venue s'appliquer contre l'orifice et vient former clapet (Moutard-Martin, Broadbent). La ponction se fait ; le liquide est évacué sans accident ; mais souvent l'hydatide ne meurt pas, le liquide se reproduit, et une nouvelle ponction devient nécessaire ; Blair n'obtint la guérison qu'après onze ponctions. Il est un reproche beaucoup plus grave et qui seul suffit à faire rejeter l'opération : c'est la mort subite ou rapide. Si nous examinons les 22 cas de mort relatés ci-dessus, nous voyons qu'on peut les décomposer ainsi : Dans 1 cas (Broadbent) le malade meurt après une ponction blanche ; dans le cas de Allen il existait en même temps un kyste au foie. Les malades de Huppert, Verco et Davies, Hinckeldeyn succombèrent à un pneumothorax. L'hecticité fut la cause de la mort dans les observations de Shield, Frænkel, Schalth. La mort se produisit dans les cas de Caron et Soubeiran, au bout de cinq jours ; dans celui de Dunn au bout de quatre jours, de Mac Gillivray après deux jours. Dans les 10 autres cas la mort fut rapide ou presque subite : Acland, Waller, Philipp, Mac Gillivray : une minute ; Holden, cinq minutes ; Bristowe, sept minutes ; Schœde, quelques minutes ; Lansdale et Holden, une demi-heure ; Mackensie, Hector, deux heures ; MM. Cornil et Gibier, neuf heures ; Duffey, treize heures. Voici comment les choses se passent dans ces cas : au moment de la ponction, le malade est pris d'un formidable accès de toux ; il suffoque et rejette par la bouche une abondante quantité de liquide hydatique et de sang ; la face se cyanose, les extrémités se refroidissent et la terminaison fatale se produit. Les auteurs accusent de cette grave complication l'ouverture d'une bronche. Si la mort en est le plus souvent la conséquence, cependant Bird, Mac Mullen, M. Moutard-Martin ont vu leurs malades guérir après cette crise de suffocation.

En résumé, la ponction peut amener la guérison ; mais le résultat est assez souvent négatif et la mort est souvent la conséquence de l'intervention : c'est donc une méthode infidèle et que l'on ne doit employer qu'avec précaution.

L'injection de liquide antiseptique dans le kyste pulmonaire, contrairement à ce qui a eu lieu pour l'échinocoque du foie, a été rarement employée. Vigla a ponctionné un kyste avec le trocart de Reybaud, évacué 2450 grammes de liquide et injecté ensuite 250 grammes de solution iodée. Il obtint un succès (1). Bird eut aussi de bons résultats en enfonçant un gros trocart dans le kyste, lavant à l'eau boriquée, et drainant ensuite la cavité. Ce procédé a été peu employé.

La dernière méthode qui nous reste à examiner consiste dans l'incision du kyste. Deux procédés sont ici utilisés. Souvent le kyste est superficiel, la lame pulmonaire qui le recouvre est amincie et sclérosée, et le parenchyme n'existe pour ainsi dire plus à ce niveau ; le kyste est sous-pleural. Un empyème permet d'arriver directement sur la tumeur. On l'incise, évacue le liquide et retire ensuite la poche kystique. La plaie est drainée pendant les premiers jours et la cicatrisation s'obtient rapidement. L'empyème s'emploie encore dans d'autres circonstances, beaucoup plus défavorables d'ailleurs : après rupture du kyste dans la plèvre. Ces cas sont surtout graves quand il y a en même temps communication du kyste avec les bronches.

(1) Vigla.

Le siège de l'incision cutanée varie suivant les cas. L'empyème destiné à aller ouvrir un kyste fermé, sans communication avec la plèvre, sera pratiqué au siège précis de la tumeur.

Après irruption du kyste dans la plèvre, on aura surtout pour but de débarrasser celle-ci des hydatides qu'elle contient, et d'assurer un facile écoulement du liquide : on choisira alors le lieu d'élection de l'empyème, le point le plus déclive.

Cette opération de l'empyème donne d'assez bons résultats : Nous en avons relevé 20 cas (1) qui ont donné 13 guérisons et 6 morts, soit 65 p. 100 de guérison (2). Sur ces 19 cas d'empyème nous relevons : 1 cas d'empyème spontané avec communication du kyste avec les bronches : guérison (Thompson) ; 5 cas d'empyème après l'échec d'une ou plusieurs ponctions, avec 2 morts (Mac Gillivray, Leclerc et Tillier) et 3 succès (Southey, Moutard-Martin, Bucquoy). Enfin, des 5 morts, 4 seulement sont imputables à l'opération ; dans le cinquième cas (Landouzy-Derignac), le malade succomba trois jours après l'empyème, à une syncope attribuée à la rotation du cœur autour de son axe.

Un dernier mode d'intervention reste à étudier, la pneumotomie. Elle a été faite en France pour la première fois, par M. Bouilly (3). En Australie, elle est couramment employée. Davies Thomas la considère comme l'opération de choix (4) : « Toute poche hydatique un peu volumineuse est impuissante à se frayer un chemin par les bronches et la plèvre ; des accidents de putridité et de fièvre hectique surviennent inévitablement, d'où la nécessité d'une intervention chirurgicale pour extraire le corps étranger. L'opération n'est contre-indiquée que dans la région sous-claviculaire en raison de la présence des gros vaisseaux, et dans la région recouverte par l'omoplate. » Truc (5) reconnaît à la pneumotomie deux indications : le volume trop grand du kyste et la suppuration.

Le siège de l'incision thoracique se trouve commandé par le siège même de l'échinocoque. Au point maximum de la voussure, à la zone de matité, on pénètre dans l'espace intercostal pour arriver directement sur le parasite. Cependant, pour les kystes du sommet qui font saillie à la

(1) Cas d'empyème. *Guérisons :* Fréteau, de Nantes (*Journ. gén. de Sédillot*, t. XLIII, 1812, p. 121) ; Thompson (*Royal med. and surg. Soc.*, march, 26, 1850) ; Southey (*Bartholom. Hosp. Rep.*, 1867) ; Moutard-Martin (*Gaz. hebd.*, 1871) ; Delgrange (Th. doct. Paris, 1879) ; Bucquoy (Soc. méd. des hôp., 1882) ; Otto (*St-Petersburgh med. Woch.*, 1884, nº 11) ; D. Thomas (*Austr. Med. Journ.*, 1889, 3 cas) ; Maydl (Soc. império-royale de Vienne, 20 décembre 1890) ; Revilliod (*Rev. de la Suisse romande*, 1890, nº 8) ; Hartwig (Th. inaug., Halle, 1883).

Morts : William (*The Lancet*, 1864, vol. II, p. 632) ; Mac Gillivray (*Austr. Med. Journ.*, 1867) ; Bird (*Idem*, 1871) ; Derignac (*Progr. méd.*, 1883, p. 507) ; Leclerc et Tillier (*Lyon méd.*, 8 septembre 1889) ; Hartwig (Th. inaug., Halle, 1883).

(2) Nous ne tenons pas compte, dans cette statistique, du malade de Braquehaye, qui était seulement en voie d'amélioration lorsque l'observation a été communiquée à la Société anatomique, 1892.

(3) Bouilly. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1886. — D. Thomas signale, dans son travail, deux cas antérieurs au cas de M. Bouilly, et que ni cet auteur, ni M. Truc, n'ont pu retrouver. Il s'agit très probablement des cas de Fréteau et de Moutard-Martin, qui sont de simples empyèmes et que nous avons signalés ci-dessus.

(4) D. Thomas. *Brit. Med. Journ.*, oct. 1885, p. 692.

(5) Truc. Th. de Lyon, 1884-1885. — *Rev. de méd.*, 1886, p. 271.

région sus ou sous-claviculaire, en raison des conditions anatomiques de ces régions si riches en vaisseaux, on aura tout avantage à les attaquer par la région axillaire. Cette variété de kyste est d'ailleurs assez rare, et Davies Thomas, sur un relevé de 37 cas, n'en signale que 5 du sommet.

Le procédé opératoire employé est celui décrit par M. Bouilly : un lambeau en U à base inférieure est dessiné et disséqué; les muscles grand pectoral et petit pectoral sont incisés verticalement, et leur rétraction met largement les côtes à nu. Les côtes sont dénudées et réséquées sur une étendue de 6 à 7 centimètres. On obtient ainsi une large fenêtre quadrangulaire. On enfonce alors un trocart conducteur jusque dans la caverne pulmonaire. L'issue de gaz qui sort en sifflant, de liquide clair ou purulent et de sang indique que l'on a pénétré dans la cavité. On incise alors au thermocautère et suivant une direction transversale les plèvres dont les deux feuillets sont soudés et non reconnaissables. On pénètre alors dans le parenchyme pulmonaire carnifié et résistant, et on arrive ainsi sur la cavité que l'on incise. On nettoie la poche purulente, mais sans faire de lavage de la cavité; on pourrait au besoin les toucher avec une solution de chlorure de zinc. Un drain est introduit profondément dans la caverne, la plaie cutanée suturée et pansée. Le pansement n'est refait que quelques jours après; et le drain peut être retiré assez rapidement.

Nous insisterons sur quelques points de ce manuel opératoire. Avant d'introduire le trocart directeur dans le kyste, on fera bien d'attendre que le malade soit endormi : on évitera ainsi tout réflexe, et, par suite, l'on aura moins à craindre la mort subite que nous avons signalée à propos de la ponction. La résection costale devra presque toujours être employée. Cette intervention rend l'opération plus facile et n'entrave en rien la cicatrisation. Les adhérences qui unissent, toujours d'après Maydl, les deux feuillets de la plèvre, éloignent toute crainte de laisser le liquide kystique pénétrer dans la cavité de la séreuse. Donc inutile de faire l'opération en deux temps ou de suturer la plèvre viscérale au feuillet pariétal.

Pour inciser le parenchyme pulmonaire, tous les auteurs sont d'accord pour rejeter le bistouri et employer le thermocautère. On évite ainsi des hémorrhagies souvent abondantes et difficiles à arrêter. « Le poumon, même sclérosé et carnifié, saigne abondamment, d'autant plus que les efforts de toux et la gêne respiratoire favorisent l'introduction du sang dans les bronches et le larynx et provoquent des quintes de toux et de dyspnée qui peuvent être inquiétantes. » Arrivé sur la poche kystique, il est ordinairement facile de la saisir avec des pinces et de l'énucléer : on peut ainsi retirer l'hydatide entière. D'accord avec la plupart des auteurs, M. Bouilly rejette l'emploi des lavages qui sont irritants pour le poumon et produisent des quintes de toux. On évite ainsi de voir des débris membraneux, projetés dans le larynx, venir obstruer la glotte et produire des accès de suffocation. L'opération est rapide. Elle n'a pas dépassé vingt minutes dans chacun des cas opérés par M. Bouilly. La guérison est prompte : l'expectoration diminue le jour même pour disparaître très vite, la fièvre tombe, les forces reviennent. La cicatrisation de la plaie pulmonaire se fait rapidement. En quelques jours les signes stéthoscopiques se modifient, les phénomènes cavitaires disparaissent et le parenchyme recouvre son intégrité.

Quels sont les résultats opératoires de cette intervention? Davies Thomas, dans un important mémoire (1), relevait 37 cas de pneumotomie avec 32 guérisons, soit 86,5 p. 100 de succès. Mais dans cette liste, Davies Thomas range des cas d'empyème simple : ce sont ceux de William, Bird, Fréteau, Souttey, Mac Gillivray, Moutard-Martin. En recueillant les observations publiées, depuis ce travail, nous avons relevé de nouveaux cas, ce qui porte le nombre des cas à 55 (2). Ces cas se décomposent ainsi : 41 Australiens, 8 Allemands, 3 Français, 1 Anglais, 1 Autrichien, 1 Américain, et sur ce total de 55 cas, nous trouvons 4 morts et 50 guérisons, soit 90,9 p. 100 de succès.

Les résultats sont donc aussi satisfaisants que possible. La proportion des guérisons est infiniment supérieure à celle des autres méthodes. Les dangers de l'intervention sont d'ailleurs des plus minimes. A ce propos, nous citerons le fait suivant qui met nettement en évidence cette bénignité : M. Bouilly (3) signale un fait personnel de M. Moutard-Martin dans lequel cet auteur déclare, qu'en 1873, il a fait une pneumotomie pour arriver sur un kyste du foie ouvert dans les bronches : le malade guérit parfaitement.

VII

Conclusions. — Le kyste hydatique du poumon, rare en France, est beaucoup plus fréquent en Australie. Son siège de prédilection est la base du poumon droit. Ses symptômes et son évolution n'offrent aucun trait caractéristique et le diagnostic ne repose que sur la présence des crochets ou des membranes dans le liquide retiré par ponction ou expectoré. Le pronostic est grave. Le traitement est entièrement chirurgical, et la pneumotomie constitue la méthode de choix.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de clinique chirurgicale (4), par le docteur Péan.

Le huitième volume des cliniques de M. Péan comporte près de 1500 pages; il renferme dix-sept leçons professées pendant les années 1887 et 1888, dont huit ont trait à la gynécologie opératoire. Les lecteurs y trouveront, exposées par le maître, ses idées

---

(1) D. Thomas. *Austral. Med. Journ.*, 1889.

(2) Cas de pneumotomie. *Guérisons* : Landau (*Arch. f. Gyn.*, VIII, h., 2); Blair (*Austr. Med. Journ.*, 1875, 144); Bird (*Idem*, 1875 p. 304, 7 cas); Bird (*Idem*, 1881, p. 173); Bird (*Idem*, 1884, 15 avril); Fenger et Hollister (*The American Journ. of the med Sc.*, octobre 1881); Baily (*British med. assoc.*, 29 july, 1881); Baily (In Thomas, *Austr. Med. Journ.*, 1889); D. Thomas (*Idem*, 1889, 3 cas); Verco (In D. Thomas, loco citato); Groom (*The Lancet*, 1884, vol. I, p. 846); Isaiah de Zouche (*Austr. Med. Journ.*, 1883); Bouilly-Gombault (Société chir., 1886); Breitkopf (*Uber die operative Behandlung eines Lungen-echinococcus.*, Inaug. dissert., Greifswald, 1882); Way (*Adelaïde Hospital*, 1885); Way (*Idem*, 1886); Pardey (*Austr. Med. Journ.*, 1891, 15 aug.); Wood, Cooke (*Idem*, 1885, p. 165, 2 cas); Maydl (Société império-royale de médecine, Vienne, 20 décembre 1890); Mosler et Vogt (*Berlin. klin. Woch.*, 1883, p. 601; In Truc (*Rev. de méd.*, 1886, 2 cas); Israel (*Centralb. f. Klin. Chir.*, 1886, nº 24); Gardner (Congrès des méd. australiens, 1889, 9 cas); D. Thomas (Sterne, Congrès, 4 cas); Kuester (*Berlin. klin. Woch.*, 13 septembre 1890); Hoffmann (Soc. med. de Greifswald, 1er novembre 1890, 2 cas); Bouilly, Netter (Soc. méd. des hôp., juillet 1892); Polaillon (In Th. Richerolle, Paris, 1892).

Morts : Bird (*Austr. Med. Journ.*, 1881, p. 171); Allen (*Idem*, 1881, p. 193); D. Thomas (*Idem*, 1889); Ord (*Sem. méd.*, janvier 1892, p. 35).

(3) Bouilly. Soc. de chir., 26 juillet 1886.

(4) In-8°. Prix : 25 francs. — Paris, F. Alcan.

sur le diagnostic et le traitement de certaines tumeurs de l'utérus et des annexes, par la voie vaginale. Le traitement des suppurations pelviennes par l'extirpation de l'utérus, ainsi que la technique opératoire de cette castration utérine, y sont longuement et méthodiquement exposés. C'est un fervent plaidoyer en faveur de la castration utérine, plus simple, moins hasardeuse et plus efficace que la castration ovarienne.

Les quatre autres leçons, sur les maladies des organes génitaux de la femme, sont consacrées aux kystes utérins, aux fistules vésico-vaginales, et à un nouveau procédé de vagino-fixation, contre le prolapsus utérin.

Les leçons, sur le morcellement des tumeurs, complètent celles du volume précédent. C'est là un des mérites, et non des moindres, du chirurgien de Saint-Louis d'avoir su imposer cette méthode qu'il a faite sienne, tant par l'opiniâtreté avec laquelle il l'a défendue envers et contre tous, que par les perfectionnements qu'il a apportés dans son exécution.

Les six autres leçons traitent de certains rétrécissements de l'intestin, du rectum, du traitement de l'épilepsie par la trépanation, et des tumeurs veineuses intra-craniennes.

La dernière partie comprend la presque totalité du volume (1200 pages), ce sont les observations intéressantes du service chirurgical de Saint-Louis, classées par région, et la statistique des nombreuses laparotomies et hystérectomies vaginales, faites depuis le 1er janvier 1888 au 31 décembre 1889.

Nouveaux éléments de pathologie et de clinique chirurgicales (1), par Fr. Gross, J. Rohmer et A. Vautrin.

Ce troisième et dernier volume contient la description des maladies des organes génito-urinaires de l'homme et de la femme, du bassin et des membres.

En rendant compte des deux précédents volumes, nous avons dit tout le bien que nous pensons de cet ouvrage. Clairement écrit, méthodiquement exposé, tenu au courant des publications les plus récentes de la France et de l'étranger, ce livre fait le plus grand honneur à ses auteurs. Bien supérieur aux publications similaires, un peu trop élémentaires, il tient le juste milieu entre le manuel, trop court et forcément insuffisant, et les grands traités chirurgicaux qui s'adressent à un public restreint.

Nous regrettons seulement, que, pour faciliter à l'étudiant la lecture d'un texte aussi fourni et aussi riche en faits, on n'ait pas enrichi l'ouvrage de gravures et de dessins, presque indispensables pour ceux qui débutent. Leur absence donne à la lecture une aridité regrettable, qui rend l'ouvrage difficile à lire pour le jeune étudiant. Le succès du livre, en amenant une seconde édition, permettra, sans nul doute, de réparer cette lacune, qui est grande à nos yeux. Cette amélioration, dut-elle modifier le caractère de la publication, est trop utile, pour n'être pas ultérieurement apportée à un ouvrage de cette valeur.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le banquet offert à M. Péan, par ses amis et ses élèves, à l'occasion de sa croix de commandeur, a eu lieu hier soir à l'Hôtel Continental. Deux cent cinquante convives sont venus se presser autour du maître, qui a été fêté, loué comme il le mérite. L'Institut, l'Académie de médecine, la presse étaient dignement représentés; les hôpitaux, un grand nombre de confrères de Paris, de la province et de l'étranger, la plupart des anciens élèves de M. Péan, enfin beaucoup d'amis sont venus honorer cette fête de leur présence.

(1) T. III, 1 vol. in-8° de 1000 pages. Prix : 12 francs; l'ouvrage complet (3 vol.) : 36 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

M. le professeur Peter prend le premier la parole en ces termes :

« Je viens, simple médecin, porter un toast à un chirurgien tel que Péan, promu au grade de commandeur de la Légion d'honneur.

Dans ce toast, je dirai que ce que j'admire en notre ami Péan, ce n'est pas seulement sa science anatomique profonde qui lui a permis d'entreprendre des opérations jusque-là considérées comme irréalisables.

Ce n'est pas seulement son impeccable habileté chirurgicale qui l'a mis à même de les réaliser.

Ce que j'admire, c'est encore, et surtout, son inaltérable bon sens;

Ce bon sens qui lui a inspiré ses nombreuses découvertes;

Ce bon sens qui lui a fait, d'instinct et d'emblée, découvrir ce que, depuis, on a appelé prétentieusement *asepsie*, mot grec qui, en bon français, veut dire *propreté*. C'est par la propreté avant, pendant et après l'opération, que Péan a, le premier en France, réussi l'ovariotomie et, par son succès, donné à cette opération, jusqu'alors repoussée, ses grandes lettres de naturalisation.

C'est encore le bon sens qui lui a fait inventer ses pinces à hémostase, instrument si merveilleusement simple, qu'il semble que chacun de nous en aurait fait autant (comme toujours l'œuf de Christophe Colomb !).

Eh bien ! c'est par cette hémostase que Péan a évité la chute du sang dans le péritoine et réussi l'ovariotomie.

C'est par cette hémostase qu'il évite à ses opérés toute perte de sang, et, par suite, toute anémie consécutive.

C'est par cette hémostase qu'il opère pour ainsi dire à blanc et obtient ainsi la sérénité du couteau.

C'est toujours par ses pinces qu'il a pu, sans péril, enlever par morcellement d'énormes tumeurs vasculaires.

Et ses pinces sont si bien à lui qu'à l'étranger, le chirurgien ne dit point à ses aides : « Passez-moi une pince à hémostase, » mais : « Passez-moi un Péan », locution familière qui, dans sa brièveté voulue, est un hommage à la vérité.

Aussi, mon cher Péan, vois-je avec plaisir à votre cou cette cravate de commandeur, si bien méritée; cravate rouge dont on ne peut pas dire qu'elle est teinte du sang de vos opérés, puisque vos opérés n'en perdent pas !

Messieurs, je vous propose de boire à la santé de Péan pour son plus grand bien et pour le nôtre. »

M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, porte ensuite un toast fort applaudi, dans lequel il fait allusion à la nouvelle création de M. Péan, en disant que, s'il lui était possible de construire des hôpitaux valant ou dépassant ceux de l'Assistance publique, il ne sera pas aussi facile à l'Assistance publique de remplacer un chirurgien de sa taille et de son talent.

Enfin, après plusieurs autres toasts portés par MM. Camescasse, Guibout, Lavaux, Adrien Marx, Debacker, etc., le fils de M. Empis, jeune poète plein d'avenir, a dit une pièce de vers très applaudie.

— Par décision, en date du 26 janvier 1893, M. le docteur Péan a été nommé chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris.

— Une mission médicale dans l'Aurès, dirigée par M. le docteur Raymond, ayant donné de très bons résultats, le gouvernement de l'Algérie se propose d'en organiser d'autres à peu près permanentes et, même, d'établir dans les centres indigènes des dépôts de médicaments.

— M. le commandeur professeur Edouard Maragliano, directeur de l'Institut de clinique médicale à l'Université royale de Gênes et secrétaire général du XIe Congrès international de médecine, est venu récemment à Paris pour se mettre en rapport avec l'Association de la presse médicale, au sujet du prochain Congrès international de médecine qui doit avoir lieu, à Rome, du 24 septembre au 1er octobre 1893. Par les soins de l'Association de la presse médicale, un comité a été institué sous la dénomination de « Comité français d'initiative et de propagande pour le Congrès

international de Rome, en 1893 ». Ce comité a pour mission de mettre tout en œuvre pour assurer la participation de la France au Congrès de Rome.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Marcel Baudouin, secrétaire général de l'Association, 14, boulevard Saint-Germain, Paris.

— *Lait humanisé stérilisé.* — M. Vigier, à propos de la note que nous avons publié récemment sur ce sujet (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 101), nous écrit « que dans ce lait, il n'y a que la caséine en moins, tous les autres éléments restent. — Le prix est de 40 centimes le demi-litre. »

— Sur la plainte de M. le docteur Duchesne, le zouave Jacob vient d'être condamné à 15 francs d'amende pour exercice illégal de la médecine.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

47

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES
et GÉNITO-URINAIRES

LE TERPINOL ADRIAN

a les propriétés de l'essence de térébenthine, dont il dérive, mais il est plus facilement absorbé et surtout très bien toléré.

Se vend en CAPSULES de 15 centigrammes à prendre à la dose de 4 à 8 par jour.

PILULES et ÉLIXIR de TERPINE ADRIAN

36

AFFECTIONS
DU CŒUR ET DE LA RESPIRATION

Vin cardiaque du Dr Saison

(SPARTÉINE, CONVALLAMARINE & IODURE DE POTASSIUM)

DOSES :

Adultes : 2 cuillerées à bouche matin et soir.
Enfants : 2 cuillerées à café matin et soir.

45

« Le suc d'ortie est le remède le plus certain contre l'hémoptysie et toutes les hémorragies.
Dr CHOMEL. »

SIROP HÉMOSTATIQUE DE PÉNEAU

AU SUC D'ORTIE

CURATIF ET PRÉVENTIF DES

Hémorragies, Pertes, Crachements de sang
Saignements de nez
Hémorragies intestinales

56

SANTAL-CAMPHRÉ LANGLEBERT

(CAPSULES D'ESSENCE DE SANTAL PURE ET DE CAMPHRE)

Ces capsules réunissent, en une seule préparation, l'effet spécifique de l'essence de santal pure et l'action sédative si marquée du camphre sur les organes génito-urinaires.

60

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

71

BULLES GLUTINEUSES

de Ch. CORNU

Ces bulles sont inaltérables et n'irritent pas le tube digestif.

PROCÉDÉ BREVETÉ S. G. D. G.

BULLES IODURÉES

à 0gr25 d'iodure de potassium pur **en solution**
Prix : 4 fr. le flacon.

BULLES A L'IODURE DE FER

à 0gr05 d'iodure de fer pur **en solution**, correspondant à une demi-cuillerée à bouche de sirop d'iodure de fer du Codex.— *Prix : 3 fr. le flacon.*

BULLES CRÉOSOTÉES

à 0gr15 de créosote pure de hêtre, parfaitement assimilable, sans irritation du tube digestif.
Prix : 4 fr. le flacon.

BULLINES AU BICHLORURE D'HYDRARGYRE

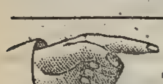
à 0gr01 de bichlorure d'hydrargyre **en solution.**
Prix : 3 fr. le flacon.

BULLES IODURÉES COMPOSÉES

contenant 0gr005 de bi-iodure d'hydrargyre et 0gr25 d'iodure de potassium **en solution**, correspondant ainsi à une demi-cuillerée de sirop de Gibert. — *Prix : 4 fr. 50 le flacon.*

USINE : 41, rue de Vanves, Paris.
DÉPÔTS : 35, rue Bourg-Tibourg; P. MEULEY, 133, rue St-Antoine, et WARIN, pharm., 6, rue Guilleminot, à Paris, et toutes pharmacies.

67



LIQUIDES BROWN-SÉQUARD

Prospectus et renseignements franco.
BOUTY, *119, r. d'Aboukir, Paris.*

55

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

11

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ Mariani** est prescrit avec succès, par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du Diabète**, l'**Anémie**, la **Chlorose**, la **Gastralgie**, les **Laryngites** et les **Granulations de la Gorge**, etc.

Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux à trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

MARIANI, phien, 41, Bard Haussmann, et ttes phies.

44

TRAITEMENT INTENSIF

DE LA TUBERCULOSE

PAR LA MÉTHODE DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES

La maison L. FRERE, A. CHAMPIGNY et Cie, successeurs, 19, rue Jacob, Paris, a l'honneur d'informer le corps médical qu'elle tient à sa disposition les produits ci-après, tels qu'ils ont été préparés dans son laboratoire pour les expériences faites dans les hôpitaux de Paris d'après cette nouvelle méthode. — Le nom et la marque de ces préparations ont été déposés.

HUILE CRÉOSOTÉE alpha

HUILE GAIACOLÉE alpha

	en flacons de	grammes
au quinzième. .	1000	
au dixième . .	500	—
	250	—
au cinquième. .	125	—
à parties égales.	30	—

*La maison fournit également l'***Huile neutre stérilisée**, *le* **Gaïacol alpha** *et la* **Créosote alpha** *en nature, par divisions variant de 30 grammes à 1 kilogramme.*

99

LABORATOIRE DE PRODUITS PHYSIOLOGIQUES

LIQUIDES D'EXTRAITS D'ORGANES

TESTICULAIRE
SUBSTANCE GRISE, ETC.
(admis dans les hôpitaux)

préparés selon la méthode

BROWN-SÉQUARD, D'ARSONVAL
(solution au 10e)

Chaque boîte de 12 ampoules : **20 fr.**
contre mandat-poste

ACCOMPAGNÉ DE LA CARTE DU MÉDECIN TRAITANT

CHAIX et RÉMY — MARQUE DE FABRIQUE B R DÉPOSÉE — *Rue de l'Orne, 10,* PARIS

33

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES

CAPSULES DU Dr CHASSIN

Créosote, Iodoforme et Pepsine.

Le fl., **3 fr.** Rue des Tournelles, **2**, Paris, et phies.

90

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmaci BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

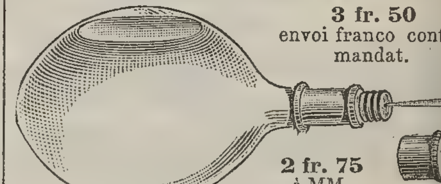
DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

42

CHLORÉTHYLE DU Dr BENGUÉ

anesthésique local et analgésique instantané.



3 fr. 50 envoi franco contre mandat.

2 fr. 75 à MM. les Médecins.

Dr BENGUÉ, pharm., 34, rue La Bruyère, Paris.

97

EAU MINERALE FERRUGINEUSE

OREZZA (CORSE)

ANÉMIE, CHLOROSE, DYSPEPSIE

LA PLUS RICHE EN FER & EN ACIDE CARBONIQUE

*Sans rivale dans toutes les maladies provenant de l'***Appauvrissement du sang** *ou de l'***Insuffisance de nutrition.**

39

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney.

INHALATIONS D'OXYGÈNE

APPAREIL DE LIMOUSIN

INHALATEUR, location, 3 francs par semaine. GAZ, 2 f. 50 le ballon de 30 litres.— Appareil complet pour fabriquer et respirer, avec boite, **130** fr. Phie LIMOUSIN, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

36

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN** *(caféine, iodoforme et strophantus).* DéptPhie Cie Fg Montmartre, Paris.

99

EAU RECONSTITUANTE & DIGESTIVE

DE

RENLAIGUE

(PUY-DE-DÔME)

ANÉMIE, CHLOROSE, DYSPEPSIE

22

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

N° 13. — MARDI 31 JANVIER 1893. 66e ANNÉE. MARDI 31 JANVIER 1893. — N° 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 30 janvier 1893.

Si les ministres tombent, les bureaux restent et continuent l'exécution des œuvres commencées. Il y a deux ans, sur l'initiative d'un ministre, qui depuis a abandonné le portefeuille de l'Instruction publique, un projet de loi portant la création de centres universitaires distincts et indépendants fut présenté à l'approbation des Chambres. Depuis, le projet est à peu près enterré, et bon prophète qui pourrait prédire l'époque de sa résurrection. Beaucoup pensent que cette tentative de décentralisation universitaire est bien définitivement morte, et qu'il ne convient pas de compter sur le miracle qui lui redonnerait la vie.

Moins sceptique est le directeur de l'Enseignement supérieur, à l'intelligence et à l'énergie duquel cet enseignement doit de si nombreuses améliorations. Dans un discours, prononcé à Bordeaux, devant l'Association des étudiants de cette ville, M. Liard fait espérer que, d'ici peu, le Sénat reprendra la discussion interrompue, et que le projet de loi sera, sauf quelques modifications de détail, adopté dans son ensemble.

Que vaut cette espérance, et quand sera-t-elle réalisée ? il est impossible de le prévoir. Les Chambres ont devant elles trop de difficultés accumulées, pour que nos représentants se préoccupent actuellement des questions qui se rapportent à l'enseignement.

Au moment où le projet de loi a été présenté, des objections sans nombre ont surgi, toutes ou presque toutes dictées par des rivalités mesquines, et par des intérêts personnels à peine dissimulés. On a même prétendu que la Faculté de médecine de Paris verrait d'un mauvais œil cette tentative de décentralisation, qui ne pourrait que nuire à son prestige en développant en dehors d'elle des centres d'enseignement, qui se perfectionneraient grâce au nouveau groupement.

C'est à tort que l'on prête à la Faculté de médecine de Paris une opinion qui n'est pas sienne. La Faculté est loin de jalouser les autres centres d'enseignement médicaux, et les toutes jeunes Facultés, créées d'hier. Chaque année, malgré ces créations nouvelles, le nombre des étudiants en médecine augmente à Paris, dans des proportions même inquiétantes. Cette année, au 15 janvier, le nombre des étudiants nouveaux, inscrits sur les registres de la Faculté, dépasse de plus de 500 le nombre des précédentes années.

La Faculté est fière du nombre de ses élèves, les professeurs, jeunes et vieux, se multiplient pour être à la hauteur de la tâche. Mais malgré leurs efforts, bien des perfectionnements, bien des réformes s'imposent. Il y a des programmes à modifier, des lacunes à combler, un enseignement clinique à perfectionner, mille choses encore, bien connues de tous les membres de la Faculté.

Mais chaque fois qu'une réforme est indispensable, urgente même, il semblerait qu'étant reconnue telle la chose soit faite et le progrès réalisé. Ce serait peu connaître nos rouages administratifs. La Faculté soumet le cas à l'appréciation du ministre. La réforme est approuvée, en principe, mais il y a un *non possumus* budgétaire devant lequel tout s'arrête.

Une même loi, des règlements identiques englobent dans un lien commun toutes les Facultés de médecine françaises, et si une réforme est faite à Paris, elle doit être faite partout où il y a une Faculté de médecine. Peu importe qu'à Paris il y ait plusieurs milliers d'étudiants, Paris n'a que 40 professeurs et 33 professeurs agrégés, alors que, pour instruire les quelques centaines d'étudiants de province, il y a plus de 100 professeurs et près de 90 agrégés.

Si l'on créait des Universités distinctes, chaque Faculté s'organiserait suivant les besoins particuliers de son enseignement. Aujourd'hui la Faculté de Paris souffre de sa réputation; les étudiants en médecine viennent en foule auprès d'elle, et le corps enseignant reste en insuffisance numérique. Tout le monde parle de la nécessité de remanier le mode d'enseignement qui s'y donne. Mais la chose est actuellement impossible. Il n'y a et il n'y aura qu'un seul règlement tant qu'il n'y aura qu'une seule Université ; et, il y aura autant de professeurs, ou à peu près, pour une Faculté qui possède 200 étudiants que pour celle qui en a plusieurs milliers.

Telle est la loi, ainsi le veut la routine. C'est pourquoi la Faculté de Paris, loin de s'opposer à la création d'Universités provinciales autonomes, la demande de tous ses vœux. C'est alors, mais seulement alors, qu'elle pourra proportionner ses dépenses à ses ressources, et créer un centre d'enseignement avec lequel nul pays ne pourra rivaliser.

Un docteur, qui passe sa thèse à Paris, a coûté à l'État 1500 francs, c'est à peu près ce qu'il donne en frais d'ins-

criptions et de consignations. Le docteur de Paris ne coûte donc rien à l'État. Or, il est certaines Facultés de province où chaque docteur reçu coûte au pays la somme nette de 15,000 francs. Est-il juste d'appliquer les mêmes règles à des Facultés aussi disparates? Est-il juste que la déchéance ou l'anémie des unes nuisent aux perfectionnements des autres?

Et, de ce que nous venons de dire, ne résulte-t-il pas ce fait que la création d'Universités indépendantes s'impose, mais à condition toutefois d'en restreindre singulièrement le nombre?

MM. Chantemesse et Widal font part, à la Société médicale des hôpitaux (27 janvier), de recherches en quelque sorte préliminaires sur le traitement de la fièvre typhoïde par les injections de sérum. Voici le point de départ et la justification de cette tentative de thérapeutique abortive. Les animaux (lapins, cobayes), auxquels on injecte du bouillon de culture de bacilles d'Eberth stérilisé par la chaleur, sont rendus réfractaires aux inoculations de fièvre typhoïde. Les animaux inoculés d'abord et rapidement soumis aux injections de bouillon stérilisé guérissent rapidement; la maladie suit, au contraire, son cours, lorsque l'injection vaccinale a lieu trop longtemps après l'inoculation typhique.

MM. Chantemesse et Widal ont fait, sur deux malades atteints de fièvre typhoïde, des tentatives analogues. A un premier malade, ils ont injecté une petite quantité de sérum d'animal immunisé, sérum qui a la propriété de rendre les autres animaux réfractaires. Il y a eu, au bout de quelques heures, un abaissement passager de la température; mais, en somme, la marche de la maladie n'a pas été sensiblement influencée. A un autre malade, ils ont injecté une dose de sérum beaucoup plus considérable (180 centimètres cubes), en rapport avec le poids du malade. Cette fois encore, il y eut un abaissement momentané de la température, puis la maladie reprit son cours et le malade succomba à des complications pulmonaires après avoir eu une artérite des membres inférieurs.

Chose curieuse, le sang des deux malades a rendu les animaux réfractaires à la fièvre typhoïde, comme le fait le sang d'individus ayant eu la fièvre typhoïde quelques semaines, quelques mois ou même quelques années auparavant.

MM. Chantemesse et Widal se proposent de renouveler ces expériences, en se plaçant dans de meilleures conditions, c'est-à-dire en faisant l'injection du sérum le plus près possible du début de la maladie. Malgré le résultat purement négatif de ces deux premières tentatives, il ne faut pas désespérer de trouver, en ce sens, quelque chose d'utile. Ce sont des recherches qu'il est légitime de faire, mais qu'il faut mener avec la plus grande prudence. Trouver dans la maladie le remède même de cette maladie, c'est là un idéal séduisant, mais *primum non nocere!*

On se rappelle les communications faites à la dernière séance par M. Comby sur l'influence de l'érysipèle sur la marche de la tuberculose, et par M. Richardière sur la faculté qu'aurait l'érysipèle de réveiller le rhumatisme articulaire aigu. M. Le Gendre a été, pendant six mois, à la tête d'un service d'isolement. Il a recueilli un nombre considérable d'observations d'érysipèle. Les faits qu'il a vus l'ont amené à cette conclusion que la survenue de cette infection aggrave les lésions et précipite la marche de la tuberculose pulmonaire. Il n'a jamais vu la diathèse rhumatismale réveillée par l'érysipèle. En revanche, il a vu quatre fois des arthrites suppurées dans le cours de l'érysipèle. L'ouverture de l'articulation a été faite deux fois; un des malades a guéri, l'autre a succombé à des accidents pulmonaires, après avoir eu, au voisinage de l'articulation, une sorte de phlegmon diffus; quant à l'articulation elle-même, elle était en aussi bon état que possible. M. Le Gendre conclut que l'arthrotomie doit être faite hardiment en cas semblable, dès que la ponction exploratrice a démontré la présence du pus dans une jointure.

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

Répartition des chefs de service, des chefs de clinique, des internes et externes, à dater du 1er février 1893.

HÔTEL-DIEU. — Médecin : M. le professeur Germain Sée; chef de clinique : M. Lyon; interne : M. Vermorel; externes : MM. Wintrebert, Mory, Thomas (J.), Levet, Canu, Wahl, Ganault, Rochebois, Nicoloff.

Médecin : M. Ferrand; interne : M. Ranglaret; externes : MM. Duran (Marie), Audoucet, Guillot, Liégeard, Moreau (Louis).

Médecin : M. Cornil; interne : M. Marie (René); externes : MM. Morin, Siron, Bouquet, Ancelet, Mlle Broïdo.

Médecin : M. Bucquoy; interne : M. Touchard; externes : MM. Fresson, Renon, Levrey, Paquet, Lallemand.

Médecin : M. Lancereaux; interne : M. Bernard (G.); externes : MM. Maugery, Touillon, Mlle Paulescu (Jeanne), MM. Gosset, Colin.

Médecin : M. Proust; interne : M. Landowski; externes : MM. Decrand, Hulmann, Martin (H.), Proust, Mendelson.

Chirurgien : M. le professeur Le Fort; chef de clinique : M. Villemin; internes : MM. Riche, Gesland, Diriart; externes : MM. Debled, Lardenois, Mlle Podobedoff, MM. Faley-Cohan, Ungauer, Morely, Mlle Schultz, M. Richelet.

Chirurgien : M. le professeur Panas; chef de clinique : M. Rochon-Duvignaud; internes : MM. Braquehay, Souligoux, Sourdille; externes : MM. Bouquet, Darin, Jaulin, Dauriac, Péchin, Segall.

Chirurgien : M. Polaillon; internes : MM. Vatel, Lapointe; externes : MM. Brunet (H.), Pau, Bompaire, Chevrey, Duclos, Legay.

HÔTEL-DIEU ANNEXE. — Médecin : M. Roger; interne provisoire : M. Vanvaërts; externes : MM. Le Fur, Talandier, Brinon, Neveu.

Médecin : M. Thibierge; interne provisoire : M. Bigeard; externes : MM. Marlartic, Berthelin, Garoflid, Bourg.

Médecin : M. Babinski; interne provisoire : M. Hepp; externes : MM. Chaillous (Joseph), Thoyer, Blondin, Montalescot, Bluysen.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — Médecin : M. le professeur Jaccoud; chef de clinique : M. Belin; interne : M. Martin; externes : MM. Baldet, Hopenhendler, Irimescu, Rosal, Renault, Boutin.

Médecin : M. Audhoui; interne : M. Auclair; externes : MM. Labady, Eleutrescu, Fournié, Guillermin, Bourilsky, Bouté.

Médecin : M. Moutard-Martin; interne : M. Dauriac; externes : MM. Arrizabalaga, A. Tissot, Bureau, Walbaum, Julien.

Médecin : M. Robin (Albert); interne : M. Michel; externes : MM. David (H.), Trastour, Texier, Faitout, Cange, Bacaloghi, Pouzol.

Médecin : M. Muselier; interne : M. Griner; externes : MM. Marchadier, Farabeuf, Couvreur, Jacomet.

Médecin : M. Faisans; interne : M. Mirallié; externes : MM. Dujarier, Guillou, Louis, Bossan.

Chirurgien : M. le professeur Tillaux; chef de clinique : M. Thiéry; internes : MM. Guitton, Wassilieff, Launay; externes :

MM. Villière, Douriez, Letorey, Dolbeau, Delabost, Massis, Girerd, Dreyer-Dufer.

Chirurgien : M. Reclus; internes : MM. Ferrier, Picou, Perregaux; externes : MM. Valois, Chauveau, Manesse, Costin, Coulloume, Labarthe, Carra.

Accoucheur : M. Maygrier; interne : M. Bonneau; externes : MM. Claverie, Vérin.

Hôpital de la Charité. — Médecin : M. le professeur Potain; chef de clinique : M. Vaquez ; interne : M. Martin-Dür; externes : MM. de Oliviera, Korassandji, Vast, Gaullieur Le Hardy.

Médecin : M. Straus; interne : M. Teissier; externes : MM. Potelet, Canuet, Schweisguth, Chevallier.

Médecin : M. Luys; interne : M. Levy (Samuel) ; externes : MM. Ecart, Clément, Vlantassopoulo, Carcy.

Médecin : M. Constantin-Paul; interne : M. Bernard (F.); externes : MM. Van Berghen, Veron, Descazals, Leven, Pérate, Minet.

Médecin : M. Brouardel; interne : M. Gouget ; externes : MM. Sebilleau, Comte (A.), Pressat, Gentilhomme.

Médecin : M. Bouchard; interne : M. Veillon; externes : MM. Guinard, Rouquès, Monod (J.), Seringe.

Chirurgien : M. le professeur Duplay; chef de clinique : M. Demoulin; internes : MM. Bois, Damourette, Mouchet; externes : MM. Auguy, Druault, Gaffié, Juvara, de Font-Réaulx, Veillet.

Chirurgien : M. Després; internes : MM. Derocque, Cocquelet; externes : MM. Lefèvre (G.), Guessarian, Bertrand, Gabriel, Cels.

Accoucheur : M. Budin; interne : M. Dubrisay; externes : M. Guerlain, Mlle Pasternack.

Hôpital Saint-Antoine. — Médecin : M. le professeur Hayem; interne : M. Hulot; interne provisoire : M. Bouchacourt; externes : MM. Barau, Ghika, Lévy (Henri), Reille, Mlle Zlotowska.

Médecin : M. Hanot; interne : M. Boix ; externes : MM. Leroux, Deneux, Riche (A.), Oppenot, Mesnil.

Médecin : M. Gaucher; interne : M. Lantzenberg; externes : MM. Bresson, Chaumier, Bailli, Saurel.

Médecin : M. Tapret; interne : M. Demantké; externes : MM. Guillemin, Voronoff, Crétel, Sellerier.

Médecin : M. Letulle; interne : M. Jayle; externes : MM. Virey, Fontoynont, Monscourt, Fuchs, Spaletta, Desvaux.

Médecin : M. Merklen; interne : M. Dudefoy; interne provisoire : M. Roger ; externes : MM. Lacour, Gouvernaire, Boulai, Moulin.

Médecin : M. Brissaud; interne : M. Tollemer ; externes : MM. Roland, de Combes, Barbellion, Mme Peltier.

Médecin : M. Ballet; interne : M. Beaussenat; externes : MM. Le Fournier, Coville, Martin (A.), Vignaud Dupuy de Saint-Florent.

Chirurgien : M. Monod; internes : MM. Frey, Raffay, Zuber; externes : MM. Cottet, Frémin, Goguel, Syméphias, Mlle Nafpliotou, M. Degorce.

Chirurgien : M. Blum; internes : MM. Desfosses, Jeannin, Du Bouchet; externes : MM. Ghazarossian, Larrieu, Mlle de Lesly, MM. Hubrecht, Gagey, Spindler (H.).

Hôpital Necker. — Médecin : M. le professeur Peter; chef de clinique : M. Lion; interne : M. Auvray; externes : MM. Markowitch, Herzenberg, Wintrebert (Maurice), Théoary, Bergeron, Hugonnet.

Médecin : M. Dieulafoy; interne : M. Dupasquier; externes : MM. Daguillon, Terrien, Jolly, Hardel.

Médecin : M. Rigal; interne : M. Deguéret; externes : MM. Wateau, Sabatier, Mortagne, Millet (G.), Mlle Desmolières.

Médecin : M. Rendu ; interne : M. Chaillou ; externes : MM. Bernard (J.), Jay (A.), Pissavy, Lemasson, Laroche.

Chirurgien : M. le professeur Guyon; chef de clinique : M. Legueu; internes : MM. Delbet, Genouville, Baudron; externes : MM. Luys (G.), Mettetal, Macrez, Brin, Coursier, Duchemin.

Chirurgien : M. le professeur Le Dentu; chef de clinique : M. Lyot; internes : MM. Cestan, Morestin, Walch; externes : MM. Lévy (M.), Maggiar, Gay, Chéron, Weber, Desternes, Cestan, Mollenthiel.

Chirurgien : M. N.; internes : MM. Gauthier, Robineau; externes : MM. Sauvage (C.), Bouvart, Masbrenier, Guilmard.

Hôpital Cochin. — Médecin : M. Dujardin-Beaumetz ; internes : MM. Jorand, Malapert; externes : MM. Tonnelier, Lecomte, Mlle Marein, MM. Pompéani, Hérard, Cololian, Turot, Desbordes.

Médecin : M. Gouraud; interne : M. Mignot; externes : MM. Guérin, Villate de Peufeilloux, Lacambre, Bouny, Andreau.

Chirurgien : M. Schwartz ; internes : MM. Banzet, Touche ; externes : MM. Patay, Sarrot, Gheorghiu, Poirrier.

Chirurgien : M. Quenu; internes : MM. Lepetit, Savariaud, Thévenard ; externes : MM. Jolly (Louis), Fréteau, Demongeot de Coufevron, Branca, Carnot, Barbier (Georges), Urcelay (B.).

Chirurgien : M. Bouilly; internes : MM. Bouglé, Giresse; externes : MM. Chantier, Chatenay, Audiau.

Hôpital Beaujon. — Médecin : M. Millard; interne : M. Meunier; externes : MM. Gibert (Marc), Bonamy, Plancke, Le Juge de Segrais.

Médecin : M. Guyot ; interne : M. Reymond ; externes : MM. Catunéanu, Prévost (Ph.-Aug.), Béal, Weill, Delestre, Béchet.

Médecin : M. Gombault (Constant); interne : M. Lasserre; externes : MM. Bize, Nimier, Roques, Leroy (Raoul).

Médecin : M. Fernet; interne : M. Lemariey; externes : MM. Mauger, Auclair, Chandebois, Langlois.

Chirurgien : M. Labbé (Léon); internes : MM. Veslin, Laurent-Préfontaine; externes : MM. Gauchet, Fays, Cosmabey, Bobier, Chevereau, Robet, Dupaigne, Morange.

Chirurgien : M. Anger (Benjamin); internes : MM. Pochon, Lapeyre; externes : MM. Riffé, Kuborn, d'Arbois, Lacroix, Debray.

Chirurgien : M. Anger (Théophile) ; internes : MM. Artus, Navarro; externes : MM. Keller, Tucker, Rémond, Bacquelin, Pasquier, Wormser.

Accoucheur : M. Ribemont-Dessaignes ; interne : M. Leblanc; externes : MM. Richard (Louis), Tennant.

Hôpital Lariboisière. — Médecin : M. Duguet; interne : M. Mangin-Bocquet; externes : MM. Grosjean, Foubert, Rabé, Semen, Paté.

Médecin : M. Gérin-Roze; interne : M. Émery; externes : MM. Mérieux, Foucart, Vié, Valot, Houssay.

Médecin : M. Gouguenheim ; interne : M. Michel-Dansac ; interne provisoire : M. Estrabaut ; externes : MM. Derome, Berg, Rousseau, Ménier, Iselin, Kottenberg, Chéboldaeff.

Médecin : M. Raymond; interne : M. Durante; externes : MM. Vergues, Froussard, Contensoux, Hardiviller, Grandguillot.

Médecin : M. Troisier; interne : M. Marmasse; externes : MM. Bourguignon, Le Roy (G.), Dardel (P.), Termet, Petit (L.), Vouzelle.

Médecin : M. Landrieux; interne : M. Brunswic; externes : MM. Pelisse, Lourdin, Dubois, Bastard, Cocagne, Quelmé.

Chirurgien : M. Perier ; internes : MM. Perruchet, Orrillard; interne provisoire : M. Anghelesco ; externes : MM. Meyer (H.-E.), Millienne, Comar, Redhon, Mlle Kalopothakès, MM. Bonnardot, Costinescu, Kriéger.

Chirurgien : M. Berger; internes : MM. Michon, Glantenay; externes : MM. Delthil, Nissim, Gésua, Zadoc, Mlle Kédroff, MM. Argelliès, Tissier (P.).

Chirurgien : M. Peyrot; internes : MM. Guépin, Houzé; externes : MM. Flandrin, Faure, Decloux, Bouquet, Baigue.

Chirurgien : M. Delens ; internes : MM. Ripault, Laurens ; externe : M. Clamousse.

Accoucheur : M. Porak ; interne : M. Paquy ; externes : MM. Condamy, Gellé, Sauvage (R.), Bernard (G.).

HÔPITAL TENON. — Médecin : M. Cuffer; interne : M. Leblond; externes : MM. Leroty, Bruyer, Chatelain, Mlle Leclerc, MM. Haas, Gröll.

Médecin : M. Roques; interne : M. Martin (Albert); externes : MM. Derrien, Prévost, Neveu, Djélalian, Lacaze.

Médecin : M. Oulmont; interne : M. Bensaude; interne provisoire : M. Bruyère; externes : MM. Fialon, Boudeau, Ogusse, Bourbon, Gachon.

Médecin : M. Talamon; interne : M. Schwab; externes : MM. Baron, Morel (J.), Vassal (P.), Lucas (Gustave).

Médecin : M. Brault; interne : M. Baraduc; externes : MM. Rosenblat, Lardeux (René), Aubry (Émile), Cernéa.

Médecin : M. Barié; interne : M. Küss; externes : MM. Chastanet, Golescéanu, Durand-Fraugois, Dellac.

Médecin : M. Comby; interne : M. Kahn; externes : MM. Vaslet de Fontaubert, Darzens, Sanvert, Delisle, Roesch.

Médecin : M. Hirtz; interne : M. Lévy (E.); externes : MM. Lustgarten, Marchais, Lesné, Durville, Prédal.

Chirurgien : M. Felizet; internes : MM. Harou, Hermary; interne provisoire : M. Piaget; externes : MM. Hannebelle, Georgesco, Mlle Besson, MM. Guelpin, Zysmans, Aldhuy.

Chirurgien : M. Reynier; internes : MM. Marie (Auguste), Floersheim, Donnet; externes : MM. Girard (J.), Cadol, Thoizon, Robillard, Frenkel, Brunati.

Chirurgien : M. Nélaton; internes : MM. Brésard, Binot, Ravanier; externes : MM. Perdriat, Gourichon, Fort, Monod, de Fayard.

Accoucheur : M. Champetier de Ribes; interne : M. Magniaut; externes : MM. Moreau (E.), Milhau, Tsakiris.

HÔPITAL LAENNEC. — Médecin : M. Ball; interne : M. Jacquinet; externes : MM. Piard, Champenier, Pauly, Péronnet, Emmerich.

Médecin : M. Gingeot; interne : M. Follet; externes : MM. Bramel de Cléjoule, Ovize, Relle, Le Lionnais, Guilleminot.

Médecin : M. Landouzy; interne lauréat : M. Claisse; interne : M. Collinet (Ed.); externes : MM. Baudrée, Iliesco, Jacob (Lucien), Fosse, Gay (Noël), Wolf, du Mesnil.

Médecin : M. Dreyfus-Brisac; interne : M. Bezançon; externes : MM. Litinsky, Arié, Watin, Labbé (Marcel), Pédeprade.

Chirurgien : M. Nicaise; internes : MM. Gallet-Duplessis, Collet; interne provisoire : M. Blanc; externes : MM. Poulain Carpentier, de Miranda, Gandy, Herbert, Claisse.

Service provisoire de médecine. — Médecin : M. Lermoyez; interne provisoire : M. Pouquet; externes : MM. Coyon, Caracotchian, Hallé, Baranger, Planchon, Minelle.

HÔPITAL BICHAT. — Médecin : M. Huchard; interne : M. Barrié; externes : MM. Poirson, Pinesse, Castaigne, Cougnot, Page (A.).

Médecin : M. Lacombe; interne : M. Gasne; externes : MM. Cunéo (J.), Kaminer, Bourgeois, Hemery, Manceau.

Chirurgien : M. Terrier; interne lauréat : M. Guillemain; internes : MM. Baillet, Carrel, Morax; externes : MM. Lachowski, Chevillot, Millet (C.), Etchepare, de Varona, Beach, Lieffring, Clerc (A.).

HÔPITAL D'AUBERVILLIERS. — Médecin : M. Bolognési; interne provisoire : M. Wiart; externe : MM. Lochelongue, Legrand (E.), Schultz, Ducamp d'Orgas.

HÔPITAL ANDRAL. — Médecin : M. Debove; internes : MM. Sottas, Auscher; externes : MM. Levis, Hamant, Laugier, Manheimer, Boué, de Gaulejac.

HÔPITAL BROUSSAIS. — Médecin : M. Barth; interne : M. Lévi (L.); externes : Mlle Zlotowska, MM. Le Dard, Roché (H.), Pascal.

Médecin : M. Chauffard; interne : M. de Massary; externes : MM. Ballet, Ardouin, Dally, Dujardin-Beaumetz.

Chirurgien : M. Campenon; internes : MM. Mavet, Duvivier; externes : MM. Lhomme, Lucas (Ch.), Champion, Perceau, Bournhonet.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — Médecin : M. le professeur Fournier; chef de clinique : M. Hudelo; chef de clinique adjoint : M. Wickham; interne : M. Mendel; externes : MM. Ozanon, Bernard (A.), Grenet, Bardury, Deguy.

Médecin : M. Besnier; interne : M. Sabouraud; externes : MM. Maurice, Bouley (Ch.), Barozzi, Bertherand.

Médecin : M. du Castel; interne : M. Dufour; externes : MM. Abdullahian, Hauser, Soulier, Trouchaud.

Médecin : M. Hallopeau; interne : M. Brodier; interne provisoire : M. Gellé; externes : MM. Richard d'Aulnay, Cavasse, Schachmann, Cavalié.

Médecin : M. Quinquaud; interne : M. Sée; externes : MM. Angerant, Sibut, Levillain, Lecoq.

Médecin : M. Tenneson; interne : M. Dutournier; externes : Mlle Protopopoff, MM. Wesberge, Puech-Legoyt, Dupouy (M.), Gayman.

Chirurgien : M. Lucas-Championnière; internes : MM. Chibret, Gervais de Rouville, Jourdan; externes : MM. Horay, Lagnoux, Chailloux (E.), Héresco, Bernard (L.), Plésoianu.

Chirurgien : M. Marchand; internes : MM. Chapt, Bodin, Saguet; externes : MM. Wilinski, Beauvallet, d'Heilly, Vassal (M.), Tisserand, Grunberg.

Chirurgien : M. Richelot; internes : MM. Perrin, Finet, Meslay; externes : MM. Angot, Devillas (F.), Piras, Guéry, Couillaud, Grisel.

Accoucheur : M. Bar; interne : M. Bernard (A.); externes : MM. Differdange, Tacquet, Darquier, Spindler.

HÔPITAL DU MIDI. — Médecin : M. Mauriac; interne : M. Caboche; externes : MM. Picard, Villeneuve, Dulac.

Médecin : M. Balzer; interne : M. Mermet; externes : MM. Dézanneau, Fortunet, Guibé.

Chirurgien : M. Humbert; interne : M. Venot; externes : MM. Devé, Thielemann, Dujon, Bucquet.

HÔPITAL DE LOURCINE. — Médecin : M. de Beurmann; interne : M. Claude; externes : MM. Devoir, Birman, Cros, Dordonnet, Cahuzac.

Médecin : M. Renault; interne : M. Courtillier; externes : MM. Élias, Boulle, Boullin, Degrenne, Firman.

Chirurgien : M. Pozzi; internes : MM. Le Moniet, Cazenave; interne provisoire : M. Salmon; externes : MM. Dartigues, Cotta, P. Bourgoin, Martinet, Barnsby.

HÔPITAL DE LA MATERNITÉ. — Médecin : M. Labadie-Lagrave; interne : M. Potel.

Chirurgien : M. Guéniot; interne : M. Taurin.

CLINIQUE BAUDELOCQUE. — Accoucheur : M. le professeur Pinard; chef de clinique : M. Lepage; externes : MM. Sainton, Cobilovici, Bayeux, La Guern, Brosset.

HÔPITAL DE LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS. — Chirurgien : M. le professeur Tarnier; chef de clinique : M. Demelin; externes : MM. Monbouyran, Ventuejol, Mlle Bouët, MM. Bellot (P.) Larroux, Duchemin.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — Médecin : M. Lecorché; interne : M. Cautru; externes : MM. Rastouil, Korngold, d'Herbécourt.

Médecin : M. Danlos; interne : M. Macé; externes : MM. Laforest, Ansselin, Imbert.

Chirurgien : M. Segond; internes : MM. Cazin, Malherbe; externes : MM. Durrieux, Fauvel, Bonnet (L.), Flammarion.

Chirurgien : M. Prengrueber; internes : MM. Baudet, Appert; externes : MM. Tursner (Robert), Harlez, Devillas (J.).

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — Médecin : M. le professeur Grancher; chef de clinique : M. Aviragnet; chef de clinique adjoint : M. Boulloche; interne : M. Potier; externes : MM. Lavillauroy, Guisez, Trujillo, Nanu, Vaquer-Bestard, Veillard.

Médecin : M. Jules Simon; interne : M. Pompidor; externes : MM. Pierreson, Roger (P.), Gosset (P.), Foy, Grasset (P.), Thiénat.

Médecin : M. Descroizilles; interne : M. Danseux; externes :

MM. Decés, Mousseaux, M[lle] Corodianu, MM. Nollet, Bluzat, Soukernik.

Médecin : M. d'Heilly; interne : M. Damaye; externes : MM. Raoux, Chalochet, Archambault, Bruchon, Dézon, Bochory.

Médecin : M. Ollivier; interne : M. Sergent; externes : MM. Lafont, Forestier, Marcotte, M[lle] Myszynska, MM. Siems, Cochemé.

Chirurgien : M. de Saint-Germain; internes : MM. Boquel, Petit (René); externes : MM. Joguet, Guillot (M.), Marcille, Lanos, Rousseau (P.), Boricaud, Bourdier.

Hôpital Trousseau. — Médecin : M. Legroux; interne : M. Halipré; externes : M. Ardillaux, M[lle] Scheinziss, MM. Corby, Thirard, Veuillot.

Médecin : M. Sevestre; interne : M. Péron; externes : MM. Bruneau, Planque, M[lle] Gorwitz, MM. Delmond-Bébet, Vignaudon.

Médecin : M. Moizard; interne : M. Fournier; externes : MM. Le Damany, Ferron, Deroyes, Malpison, Daumy.

Chirurgien : M. Lannelongue; internes : MM. Delanglade, Manson; externes : MM. Cachau, Martirené, Dreyfus, Pachabezian, Piatot, Simon, Mulon, Métivier.

Hospice des Enfants-Assistés. — Médecin : M. Hutinel; internes : MM. Thiercelin, Nicolle; interne provisoire : M. Martin (Ch.); externes : MM. Delaroche, Gatay, Galca, Grognot, Arnal.

Chirurgien : M. Kirmisson; internes : MM. Bodin, Isidor; externes : MM. Fournier (L.), Riuréanu, Zanfiresco.

Hospice de Bicêtre. — Médecin : M. Déjerine; interne : M. Chrétien; interne provisoire : M. Long.

Médecin : M. Bourneville; internes : MM. Bellot (E.), Paul-Boncour; interne provisoire : M. Noir.

Médecin : M. Charpentier; interne : M. Magdeleine; interne provisoire : M. Lévy (A.).

Médecin : M. Deny; interne : M. Flandre; interne provisoire : M. Didsbury.

Médecin : M. Féré ; interne : M. Schmid; interne provisoire : M. Batigne.

Chirurgien : M. Brun; internes : MM. Fiquet, Thomas (André); interne provisoire : M. Jacobson.

Hospice de la Salpêtrière. — Médecin : M. le professeur Charcot; chef de clinique : M. Dutil; chef de clinique adjoint : M. Guinon; internes : MM. Charcot, Londe; externes : MM. Vanderhagen, Guiart, Bossu, M[lle] Chrzanouska, MM. Duviard, Farabeuf, Cauchemez, Le Magnet.

Médecin : M. Joffroy ; interne : M. Phulpin; interne provisoire : M. Lenoble; externes : MM. Vigneron, Hauviller, Lefèvre, Lacroix, Laroche.

Médecin : M. Voisin (Auguste); interne : M. Beaussenat; externes : M. Marchal, M[lle] Bromberg.

Médecin : M. Voisin (Jules) ; interne : M. Fauquez; externes : MM. Lefilliâtre, Behr.

Médecin : M. Falret; interne : M. Brouardel; externe : M. Néret.

Chirurgien : M. Terrillon; internes : MM. Brindeau, Longuet; externes : MM. Dupuy (P.), Vidal (E.), Peaudecerf, Hivet.

Hopital du Danube. — Médecin : M. Martin (Hip.) ; interne : M. Collinet (P.) ; interne provisoire : M. Grasset (H.); externes : MM. Thibaud, Rosenbaum, Calton, Rochon (E.).

Hospice des Incurables (Ivry). — Médecin : M. Gombault; interne : M. Philippe ; interne provisoire : M. Bonnus; externe : M. Thomas (Charles).

Chirurgien : M. Jalaguier; interne : M. Auvry; interne provisoire : M[me] Eliacheff; externe : M. Barbary.

Hospice des Ménages (Issy) et Hospice Devillas. — Médecin : M. Chantemesse; interne : M. Thomas; interne provisoire : M. Guibert-Lassalle; externe : M. Funck-Brentano.

Institution Sainte-Périne et Maisons de retraite Chardon-Lagache et Rossini. — Médecin : M. Josias; internes : MM. Poussard, Benoit.

Maison de retraite de La Rochefoucauld. — Médecin : M. Brocq; interne provisoire : M. Garnier (Marcel).

Hospice Debrousse. — Médecin : M. Marie (H.); interne provisoire : M. Chabry.

Bureau central. — Service de la consultation. Externes : MM. Durville, Angerant, Halmann, Grunberg, Coursier, Rochon, Rottenberg, M[lle] Broïdo, MM. Ardillaux, Morel, Tsakiris, Devillas.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Clinique chirurgicale (1), par A. Richet.

Ce livre est un pieux hommage au maître regretté d'un de ses élèves, qu'il affectionnait. M. le docteur Blum s'est chargé de réunir en un volume les cliniques du professeur Richet. Ce volume comprend quarante leçons.

Les huit premières sont consacrées à l'étude de la scapulalgie. La neuvième et la dixième ont trait à l'ectropion. Les trois suivantes étudient la rhinoplastie et la cheiloplastie. La quartorzième traite des exostoses. Les six leçons suivantes constituent une étude complète et raisonnée des fractures de jambe. Ces six leçons ont eu un grand retentissement au moment où elles ont été professées. Les enseignements qu'elles comportent sont devenus classiques; et c'est rendre grand service aux travailleurs que de les avoir publiées dans ce volume.

Le professeur Richet passe en revue, dans les dernières leçons, certaines affections des nerfs, de l'urèthre, de la vessie, de l'anus, des organes génitaux, des os.

Dans ces différentes leçons, qui constituent le type de l'enseignement clinique, ceux qui ont connu le professeur Richet retrouvent son raisonnement judicieux, son diagnostic si exact et la discussion précise des indications opératoires.

Cependant, bien des paragraphes sont à changer, bien des conclusions sont à modifier; la chirurgie a marché vite en ces dernières années, ne respectant pas tout ce que l'on considérait comme immuable et définitivement acquis. Mais, malgré ces modifications apportées par l'évolution nouvelle de la chirurgie, ce livre n'en présente pas moins le type de d'enseignement clinique, avec une analyse minutieuse des faits, une discussion rigoureuse du diagnostic qui doivent continuer à servir de guide aux nouvelles générations chirurgicales.

Aide-mémoire de clinique chirurgicale et de diagnostic (2), par le professeur (?) Paul Lefert.

Il ne faut pas demander à ce petit volume une grande rigueur scientifique. Il fait partie du « Manuel du doctorat en médecine », destiné, dans l'idée des auteurs et éditeurs, à donner le moyen d'acquérir des notions *suffisantes* (!) sur toutes les matières des cinq examens de doctorat en médecine.

Dans une première partie, l'auteur traite du diagnostic chirurgical, des moyens physiques d'exploration en général et des méthodes d'exploration de chaque organe en particulier. La deuxième partie, consacrée à la thérapeutique chirurgicale générale et à la petite chirurgie, traite de l'anesthésie, de l'asepsie et de l'antisepsie, des pansements, des bandages et appareils, des émissions sanguines et des ventouses, des incisions et de la cautérisation, tous sujets de chirurgie journalière pratique.

Bien que l'auteur qui, sous un nom d'emprunt, signe ces petits volumes, soit, sans nul doute, un homme intelligent et instruit, l'œuvre qu'il publie n'est pas de celles que nous aimons à encourager. On ne doit pas passer un examen de médecine avec des manuels. On peut « truquer » ainsi la préparation au bac-

(1) Gr. in-8°. Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-16 de 312 pages, avec fig., cart. Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

calauréat, cela n'a peut-être pas grande importance ; mais on ne fera pas des docteurs sérieux avec de pareils livres, et je doute que les acheteurs du « Manuel du doctorat » se recrutent parmi l'élite de nos futurs docteurs.

Formulaire de l'antisepsie et de la désinfection (1), par H. Bocquillon-Limousin.

Ce petit livre peut rendre de grands services à tous les praticiens, en général.

On y apprendra facilement, en quelques heures, la manière de se servir de produits dont on ne connaissait ni la provenance, ni la préparation. On y trouvera un guide éclairé au milieu des innombrables produits, plus ou moins antiseptiques, qui voient le jour.

Mais, à côté du chirurgien et du médecin, qui trouveront un égal profit à consulter le « Formulaire de l'antisepsie », il y a l'hygiéniste, qui ne sera pas moins intéressé à lire ce livre, où l'hygiène dans ses applications joue un rôle si important; nous signalons, en particulier, le chapitre consacré à la désinfection; la prophylaxie des maladies contagieuses, la désinfection, la stérilisation de l'eau et du lait jouent un grand rôle dans notre vie journalière, et chacun trouvera un renseignement précieux au sujet de ce qu'il faut faire, et de ce qu'il faut éviter.

Ce livre, sous ses dehors modestes, rendra grand service à ceux qui le liront, c'est-à-dire à tous ceux qui tiennent à s'instruire et à remplir leur tâche avec conscience.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Nous nous associons pleinement à la *France médicale* pour applaudir au jugement suivant du tribunal de la Seine :

M. le docteur G... fut, en 1889, appelé en consultation par M. le docteur S..., auprès de Mme U..., habitant la banlieue de Paris, et qui, depuis plusieurs jours, se trouvait en travail. L'accouchement ne se terminant pas, le cas était particulièrement difficile. Une intervention fut jugée nécessaire, pratique, et le résultat en fut des plus heureux pour la mère et l'enfant. Près d'un an après, M. le docteur G..., qui n'avait pas été soldé, fit présenter sa note d'honoraires s'élevant à 250 francs. Sur ce, M. U... fit *offres réelles par huissier* d'une somme de 50 francs. Refus du confrère, bien entendu. Après plaidoirie, le tribunal (7e chambre), à la date du 20 décembre 1892, vient de rendre le jugement suivant :

« Attendu que, suivant exploit de Rozier, huissier, du 14 mars 1890, G... a formé contre U... une demande en paiement de 250 francs pour honoraires, à raison du concours qu'il a donné à M. le docteur S..., lors de l'accouchement de la dame U...

Attendu que U... ne conteste pas devoir des honoraires à G..., mais soutient que la somme réclamée est exagérée, qu'il a, suivant exploit de Dupuy, huissier, du 7 février 1890, fait offre de 50 francs ; que ces offres ayant été refusées, il en a déposé le montant à la caisse des dépôts et consignations et a formé une demande en validité desdites offres ;

Attendu que pour apprécier le quantum des honoraires dus à un médecin, il convient de tenir compte tout à la fois de la situation scientifique de celui qui a fourni les soins, de la position de fortune du client, ainsi que du service rendu ;

Qu'en tenant compte de ces différents éléments, le tribunal est en mesure d'évaluer à 250 francs la somme due par le défendeur au demandeur ;

Que, dès lors, les offres de U... doivent être déclarées nulles comme insuffisantes ;

Par ces motifs, condamne U... à payer à G... la somme de 250 francs avec les intérêts tels que de droit ;

Déclare U... mal fondé en sa demande en validité d'offres réelles, lesquelles sont nulles comme insuffisantes ;

Et condamne U... aux dépens. »

(1) In-16, 306 pages, cart. Prix : 3 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision du sous-secrétaire d'État des colonies, en date du 25 janvier 1893, M. Mesnard, médecin de première classe des colonies, a été inscrit d'office au tableau d'avancement pour le grade de médecin principal (service de guerre au Dahomey).

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Dutailly, docteur ès sciences naturelles, est nommé préparateur du laboratoire de botanique, M. Hébert est nommé préparateur-adjoint des travaux pratiques de chimie.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Thiry est nommé préparateur d'histoire naturelle.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — M. Mougué est nommé préparateur de chimie.

Mlle Renalier, sage-femme de première classe, est nommée maîtresse sage-femme de la clinique obstétricale.

— *École de médecine d'Alger.* — M. le docteur Labbé est institué chef de clinique chirurgicale.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. le professeur Lenoël est nommé directeur de l'École.

— *École de médecine de Marseille.* — M. le professeur Magail, admis à faire valoir ses droits à la retraite, est nommé professeur honoraire.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. le docteur Brumauld de Montgazon est chargé d'un cours complémentaire d'histoire naturelle.

— M. le docteur Darasse, médecin-adjoint au Lycée de Mont-de-Marsan, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Dufau, décédé.

M. le docteur Daraignet, ex-interne des hôpitaux de Bordeaux, est nommé médecin-adjoint au lycée de Mont-de-Marsan, en remplacement de M. le docteur Darasse.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bourdeaux (de Lailly), Morel (Anselme) médecin en chef des hospices de Montdidier et de Donfront, décédé à Villers-Tournelle, le 23 janvier 1893, dans sa soixante-douzième année.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine, publié sous la direction de MM. Charcot, professeur de clinique des maladies nerveuses à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut ; Bouchard, professeur de pathologie générale à la Faculté de médecine, membre de l'Institut ; Brissaud, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine; par MM. Babinski, Ballet, Brault, Chantemesse, Charrin, Chauffard, Gilbert, Guinon, Le Gendre, Marfan, Marie, Mathieu, Netter, Œttinger, André Petit, Richardière, Roger, Ruault, Thibierge, Fernand Widal.

Tome IV. — *Maladies des fosses nasales, Maladies du larynx*, par A. Ruault. — *Asthme*, par E. Brissaud. — *Coqueluche*, par P. Le Gendre. — *Maladies des bronches, Maladies chroniques du poumon, Maladies du médiastin*, par A.-B. Marfan. — *Maladies aiguës du poumon, Maladies de la plèvre*, par Netter. 1 vol. in-8° de 1100 p., avec figures noires et en couleur. — Prix : 22 francs. — Paris, G. Masson.

Traité des maladies des voies urinaires de l'homme et de

la femme. Hygiène et traitement pratique des maladies de l'urèthre, de la vessie, des reins, calculs, spermatorrhée, diabète, etc., par le docteur Henri PICARD. 1 vol. in-18 jésus de 360 pages avec figures, cartonné. — Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Traité pratique d'hygiène et d'allaitement de la première enfance, par le docteur P. ROUGEOT. 3e édit., 1 vol. in-12. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a repris la discussion sur le traitement de l'éclampsie. M. Charpentier, qui a soulevé cette discussion, a eu surtout pour but de poser à ses collègues cette question : « En présence d'une éclampsie confirmée, faut-il recourir à l'accouchement prématuré? » Mais, comme il arrive souvent en pareil cas, toutes les questions relatives à l'éclampsie et à son traitement ont été traitées ou tout au moins touchées dans cette discussion, hormis précisément celle qu'a eue en vue M. Charpentier. C'est ce dont il s'est plaint dans cette séance, et c'est à peine s'il a pu obtenir de MM. Pinard et Guéniot une réponse négative, vaguement formulée. Quant à M. Tarnier, il s'est dérobé jusqu'ici aux pressantes sollicitations de M. Charpentier; il eût cependant été intéressant de savoir s'il persiste à préconiser l'accouchement prématuré chez les femmes éclamptiques et même chez les albuminuriques, ainsi que le déclare Delore dans l'article ÉCLAMPSIE du *Dictionnaire encyclopédique*.

M. Pinard, en prenant part à cette discussion, s'est montré de suite un fervent adepte de l'école de M. Bouchard. Pour lui, l'éclampsie, comme l'albuminurie des femmes enceintes, n'est qu'une manifestation résultant d'une auto-intoxication gravidique. Quant au traitement, il le résume ainsi : « Traitement préventif par le régime lacté, traitement des accès confirmés par les anesthésiques, traitement consécutif par une sévère antisepsie. » Tout le monde est d'accord sur ces trois points. Toutefois, M. Guéniot insiste sur le rôle de l'hyperexcitabilité médullaire et sur l'importance du traitement de cette hyperexcitabilité par les anesthésiques. M. Lancereaux, complètement d'accord avec M. Pinard sur la valeur de la lésion rénale, propose d'ajouter au lait l'emploi des drastiques. M. Albert Robin, s'appuyant sur les importantes recherches de Renaut (de Lyon), préconise les émissions sanguines au niveau du triangle de Jean-Louis Petit, et propose de favoriser les oxydations par les inhalations d'oxygène et de faciliter la solubilité des poisons par les acides benzoïque ou salicylique. Enfin, M. Tarnier a de nouveau confirmé l'efficacité du régime lacté en citant des faits dans lesquels des prodromes graves d'éclampsie, tels que la céphalalgie, la douleur épigastrique, voire même l'amaurose, ont complètement disparu, en quarante-huit heures, sous l'influence de ce régime, même sans qu'il y ait eu d'albuminurie.

Au début de la séance, M. Guéniot a communiqué une intéressante observation d'opération césarienne chez une rachitique, avec guérison de la mère et de l'enfant.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE REIMS

De la transfusion hypodermique.

Par M. le professeur LUTON, directeur de l'École.

Nous avons publié, en 1884, dans les *Archives générales de médecine*, un mémoire portant précisément le titre actuel. Ce n'était là qu'une application plus directe des injections de solutions salines que nous avions déjà tentées antérieurement, comme il appert de nos *Etudes thérapeutiques*, parues en 1882. Et vraiment, il faudrait se reporter aux premiers temps des injections hypodermiques, vers l'année 1863, pour trouver les germes de ces grandes recherches.

Aujourd'hui que la question commence à prendre de l'importance, ce n'est pas le moment d'abandonner des idées qui nous ont toujours tenu à cœur. Et lorsque nous voyons paraître, dans cet estimable journal, des leçons professées à l'hôpital Necker, par M. Peter, sans que notre nom soit même prononcé, il nous semble opportun de réclamer une priorité par trop méconnue.

M. Peter s'arrête, dans son examen historique, aux noms de MM. Chéron et Crocq (de Bruxelles), comme ayant fait usage de sérums artificiels, plus ou moins destinés à remplacer les liquides organiques de M. Brown-Séquard. Il n'y a pourtant pas bien longtemps (Comptes rendus, 1892) que, dans une note adressée à l'Institut, nous émettions cette proposition principale : « qu'il n'y avait aucun des effets obtenus avec lesdits liquides organiques, qu'on ne puisse reproduire à l'aide de certaines solutions salines, qualifiées de sérums artificiels, et dont le phosphate de soude est l'agent essentiel. »

Il m'était impossible, dans une simple note, naturellement restreinte, de développer les points les plus nécessaires

d'une pareille étude ; c'est pourquoi je voudrais, grâce à l'hospitalité de ce journal, revenir en quelques mots sur ce qui est relatif : 1° à la composition des sérums artificiels ; 2° à leur mode d'emploi ; 3° aux *doses* auxquelles on les administre ; et 4° aux applications qu'on peut en faire.

1° La *composition* moyenne que nous avons adoptée est celle-ci :

Eau distillée	100	gr.
Phosphate de soude cristallisé	5	—
Sulfate de soude	10	—

F. sol. — Faites bouillir par stérilisation et filtrez.

Le phosphate de soude est ici tout indiqué ; il est l'élément indispensable de tout sérum artificiel. C'est le phosphate de soude de la formule : (2 NaO + Ho), $PhO^5 + 24$ HO ; le sel admirable des anciens chimistes.

Quant au sulfate de soude, il est surtout destiné à donner à la préparation le degré de densité voulu ; il figure aussi le chlorure de sodium, plus particulièrement indiqué, mais trop irritant pour l'usage hypodermique, surtout à cette dose de 10 p. 100.

2° C'est, en effet, par la voie hypodermique que ces liquides doivent être introduits dans l'économie. Nous avons, dans notre Mémoire de 1884, donné les motifs de cette préférence sur l'ingestion par l'estomac. Les questions de quantité et de qualité s'y rattachent très directement ; et enfin le nom de transfusion hypodermique, donné à la méthode, et employé par nous tout d'abord, dérive encore des conditions mêmes de cette mise en œuvre.

3° En somme, et nous l'avons expressément déclaré, l'élément quantité ne joue ici qu'un rôle secondaire ; et c'est ainsi qu'en réduisant les doses au strict nécessaire, et les résultats n'en étant pas compromis pour cela, nous avons pu employer l'expression de « transfusion hypodermique », puisque nous obtenions des effets équivalents à ceux de la transfusion du sang, avec des injections ramenées à une proportion minimum de cinq grammes, par exemple. Dès lors, avec les simples procédés de l'injection hypodermique la plus ordinaire, et avec une seringue d'une capacité de cinq grammes, qu'on peut facilement se procurer chez les fabricants d'instruments de chirurgie ; ou bien, si l'on veut, en répétant cinq fois de suite l'injection, avec une seringue d'un gramme (sans retirer l'aiguille), on arrive facilement au but que l'on poursuit.

Mais il est encore une autre circonstance que l'on ignore généralement, c'est la persistance des effets d'une pareille injection ; et nous maintenons qu'une injection de 5 grammes, pratiquée une fois par mois, peut répondre aux besoins les plus impérieux. Nous citerons bientôt des faits à l'appui de cette affirmation, et qui assignent une fois de plus une grande valeur pratique à la méthode des injections corroborantes.

4° Reste à parler des effets et des applications de ladite transfusion hypodermique.

Les effets immédiats d'une injection de sérum artificiel sont peu marqués : l'impression première à peine sentie, surtout si l'on a soin de tiédir un peu le liquide ; l'emploi de la glycérine rend le premier contact plus facile à tolérer.

Consécutivement à l'absorption, le corps se réchauffe, une chaleur diffuse et modérée se répand partout. On remarque une légère excitation fonctionnelle, qui ne se borne pas, comme on pourrait le croire, aux fonctions génésiques. Quelquefois les malades accusent un peu de céphalalgie ; mais en même temps l'aptitude au travail et à la pensée se trouve notablement exaltée.

Les premiers moments d'excitation passés, les effets ultérieurs se développent, selon le cas, et persistent, c'est là le point capital, durant quelques jours, au grand avantage des malades.

Les applications thérapeutiques du sérum artificiel n'ont pas la précision d'un traitement défini d'une maladie quelconque ; mais leur emploi, comme auxiliaire d'une foule de cas pathologiques, ou semi-pathologiques, est d'une indication intéressante : débilités organiques, affaiblissement sénile, affections tabétiques, développement tardif de l'enfant, athrepsie, dyspepsie chronique, etc., etc. Voilà pour l'ensemble des applications indéterminées. Quelques exemples viendront à l'appui de ce qui précède.

Nous avons rapporté, dans notre Mémoire de 1884, le fait d'une femme qui, pendant huit ans, et tous les trois mois environ, est venue réclamer le secours de ces injections de sérum artificiel, pour remédier à un état habituel de dyspepsie, avec affaiblissement de tous les appareils organiques, qui la réduisait à l'inertie la plus complète, et ne lui permettait plus le moindre travail. Aussitôt l'injection reçue, elle reprenait courage, elle pouvait manger, et durant quelque temps elle retournait à ses occupations. Ce fait paraîtrait invraisemblable, si pendant plusieurs années nous n'avions pas pu contrôler cette espèce de résurrection périodique.

A l'heure présente, nous voyons encore un ouvrier plombier qui vient, environ toutes les six semaines, nous demander le secours de nos injections, pour pouvoir soutenir le travail pénible qu'il a à faire. C'est à la suite d'une maladie grave qu'il est resté ainsi débilité, trop heureux de pouvoir être réconforté à si bon compte.

Nous citerons encore une demoiselle qui, à la veille de ses règles, dont la venue est toujours pénible, trouve, chaque fois, dans une injection de sérum, la possibilité de franchir une crise qu'elle redoute à juste titre.

Nous pourrions citer bien d'autres faits du même genre. Aussi les injections sont-elles devenues pour nous de pratique courante ; et soit en ville, soit à l'hôpital, nous avons pu vérifier à loisir leur utilité. Nous avons dû à ce moyen les plus heureux résultats ; et nous pouvons affirmer que beaucoup d'individus affaiblis, et de vieillards plongés dans la débilité sénile, leur ont dû le relèvement de leurs forces, et la prolongation de leur existence.

Mais il y a mieux, et dans certaines maladies déterminées, l'emploi du sérum artificiel a puissamment concouru à la guérison. C'est ainsi que les choses se sont passées pour le choléra à l'hôpital des Enfants ; et qu'elles ont été relatées dans un travail publié par M. E. Luton, dans la *Revue de clinique et de thérapeutique* (septembre 1892, n° 38), les résultats, toute proportion gardée, se sont montrés supérieurs à ce qui a été rapporté partout ailleurs.

Mais il est un autre genre d'application des sérums artificiels, qui mérite d'être signalé en ce moment. Des liquides peuvent devenir des véhicules très utiles pour diverses substances employées par la voie hypodermique. Ils semblent communiquer à ces agents thérapeutiques leur propriété de pouvoir réduire les doses et la permanence de leurs effets.

C'est à l'usage du sel de cuivre, contre la tuberculose en général, que nous avons adapté cette association si avantageuse ; et aujourd'hui nous faisons presque exclusive-

ment usage d'un sérum cuprique contre cette maladie.

Voici la formule qui convient dans ce cas :

Pr. Sérum artificiel (voir plus haut). . . 100 gr.
Acétate de cuivre . . . . 20 centigr.

F. s. a. — Etant donné le sérum artificiel, on fait dissoudre, à part, l'acétate de cuivre dans le moins d'eau distillée possible. Puis on mélange les deux solutions : un léger trouble opalin, bleuâtre, se manifeste ; c'est une sorte de précipité, qui est en suspension à l'état colloïde. Aussi la liqueur ne doit-elle pas être filtrée.

Cinq grammes de ce produit peuvent être injectés à la fois, contenant assez exactement 1 centigramme d'un sel de cuivre. C'est la dose moyenne pour un adulte ; mais on peut réduire ladite dose jusqu'aux proportions d'une seringue de Pravaz ordinaire, c'est-à-dire un centimètre cube. Une pareille atténuation, loin de nuire au résultat total, lui vient plutôt en aide et répond à cette loi, que l'intensité de la réaction est en rapport exact avec la gravité du mal et son degré d'avancement. Celle-là donne à son tour la mesure de l'importance de l'affection que l'on a à combattre.

Ainsi, tandis que, pour le premier degré de la tuberculose, il n'y a pour ainsi dire pas d'autre restriction que celle qu'inspire la prudence la plus élémentaire ; pour les degrés ultérieurs, il y a plutôt lieu de modérer son action que de la développer. Il y a dans cette espèce de contradiction une difficulté que la pratique seule est appelée à résoudre.

Conclusion. — Un rapprochement tout naturel s'impose entre l'emploi des liquides organiques de M. Brown-Séquard et celui des sérums artificiels ; et ce n'est pas par une fin de non-recevoir que le professeur du Collège de France échappera à l'assimilation que nous, et d'autres expérimentateurs, avons tentée dans le pur intérêt des malades.

Quels que soient les mérites desdits liquides organiques, ils offrent dans leur emploi des difficultés de premier ordre. Tant qu'ils ne seront que des produits de laboratoire, ayant la garantie de ceux qui leur ont donné l'estampille, on pourra compter sur les effets annoncés. Mais songez un peu à ce qui adviendra lorsque ces liquides seront tombés dans le domaine de l'industrie privée. Dès lors, sous la nécessité de les fournir en quantité indéterminée, qui pourra nous assurer de leur pureté, de leur composition constante, et de leur conservation au delà d'un délai très court ?

En est-il de même pour les sérums artificiels ? Maintenant haut la main ce défi qu'ils ne le cèdent en rien aux liquides assez bizarres fournis sous le nom de M. Brown-Séquard, ils ont de plus un avantage inestimable de pouvoir être produits en telle quantité que ce soit, d'être d'une composition définie et stable, et enfin d'être d'une telle nature qu'on n'aura aucun intérêt à les adultérer.

A cela, ajoutez que la dose utile permet de nous tenir dans les limites de la transfusion hypodermique, et que la permanence des effets n'oblige pas à une répétition incessante de leur emploi ; ce qui peut se traduire par une formule ainsi conçue :

« Une injection mensuelle de cinq grammes de sérum artificiel, de la composition indiquée ci-dessus, peut entretenir un homme affaibli et valétudinaire dans un état d'énergie suffisante pour subvenir à un travail qui le fasse vivre. »

OPÉRATION CÉSARIENNE ET RACHITISME CONGÉNITAL

Par M. Guéniot, chirurgien à la Maternité.

Le 17 décembre 1892, nous avons pratiqué l'opération césarienne sur une jeune femme. Beaucoup de nos confrères ont pu voir et examiner la mère et l'enfant.

La mère est une primipare de dix-neuf ans, à la fois naine et rachitique, dont la taille, du sommet aux talons, mesure à peine 1m15. Avec son front proéminent, ses membres incurvés et sa petitesse générale, elle représente un type de malformation qu'il n'est pas commun d'observer. Les dimensions de son bassin se montrent particulièrement réduites ; le diamètre promonto-sous-pubien n'atteint guère que 55 millimètres. Aussi, la cavité pelvienne est-elle, pour ainsi dire, rudimentaire.

Dans ces conditions, la seule intervention qui pût faire espérer une heureuse délivrance, était évidemment l'opération césarienne.

Exécutée au terme de sa grossesse et dans les premières heures du travail, cette opération m'offrit, comme incidents, trois rencontres désagréables : d'abord, celle de la vessie qui, à défaut de place dans le bassin, occupait l'hypogastre jusqu'à proximité de l'ombilic ; puis, celle du placenta, qu'il me fallut traverser vivement pour arriver au fœtus ; enfin, celle d'une présentation de l'épaule, qui nécessita une version podalique à travers la plaie utérine. Comme ces particularités doivent être consignées dans une prochaine publication, je n'y insisterai pas ici, me bornant à remarquer que les suites de l'opération furent des plus simples et que la patiente atteignit promptement sa complète guérison.

Quant à l'enfant, c'est une petite fille du poids initial de 3150 grammes, et qui offre ceci de singulier, que sa conformation générale rappelle assez bien la conformation pathologique de sa mère. On constate, en effet, que son front forme un relief très accusé, qui surplombe la face ; que ses quatre membres sont relativement très courts et leurs segments supérieurs (bras et cuisses) comme rapetissés, arrêtés dans leur développement, assez semblables, en un mot, sauf les incurvations, aux membres difformes de la mère.

L'aspect de cet enfant, qui est en bonne voie d'accroissement, permet donc de le classer parmi les rachitiques de naissance. Dans l'espèce, ne pourrait-on pas dire qu'il s'agit aussi d'un rachitisme héréditaire ?

DU DIPLOMÈTRE

ET DE L'APPLICATION DE CET APPAREIL POUR DÉFINIR LA NATURE ET LE DEGRÉ DES PARALYSIES OCULAIRES

Par M. le docteur Galezowski.

Les paralysies des nerfs moteurs des yeux sont excessivement fréquentes, elles se rencontrent presque à tous les âges, et dans les conditions de santé des plus variées. L'ataxie locomotrice, la syphilis, le traumatisme, les méningites et les blessures en sont souvent les causes. Elles ne s'observent que sur un seul œil, dans d'autres cas, nous les voyons apparaître dans les deux yeux à la fois. Elles peuvent être partielles, la paralysie de la troisième paire n'occupant que quelques filets nerveux isolés, ou bien on voit le mal envahir plusieurs nerfs moteurs à la fois, sixièmes, troisièmes et quatrièmes paires.

On comprend la gravité des troubles de la vue qui en résultent et les difficultés du diagnostic au début du mal ; mais elles sont encore bien plus grandes avec la marche ultérieure de la maladie. Jusqu'à présent, on reconnaissait l'existence du mal, sans préciser le degré de déviation. Il y a aussi la diplopie, provoquée par des spasmes des fibres musculaires, chez les hystériques, et dans les différentes autres affections nerveuses, qui peuvent simuler la paralysie, et qu'il était, jusqu'à présent, difficile par moment de définir, car on n'avait pour cela aucun moyen.

Pour combler cette lacune et rendre possible la définition exacte du degré d'écartement des images doubles de la diplopie,

j'ai cru utile de construire un appareil qui nous permette de juger, jour par jour, du degré d'amélioration ou d' aggravement de la maladie. Cet appareil a été admirablement exécuté, d'après mes indications, par notre distingué et habile opticien, M. Peuchot. Il se compose d'un stéréoscope à deux œilletons. En avant de chacun d'eux est placée une plaque métallique portant une double fourche destinée à recevoir les verres sphériques et cylindriques; à l'arrière, un verre dépoli quadrillé. Chaque ligne verticale est numérotée à droite et à gauche en partant du centre, chaque ligne horizontale est représentée par une lettre A, B, C, etc. A la distance d'un mètre des œilletons, une tige verticale dont la hauteur correspond avec le centre du verre dépoli, à l'extrémité de cette tige, comme centre, une règle carrée portant une lampe, qui glisse à frottement doux sur la règle.

Cette règle tourne autour de son centre et décrit une circonférence parallèlement au stéréoscope. La lampe est montée de telle sorte qu'elle suit tous les mouvements en gardant sa position verticale.

HYDROLOGIE

Le laboratoire d'analyses médicales de la Bourboule.

Par le docteur X. Delmis.

Nous croyons devoir signaler à nos lecteurs une innovation due à l'initiative de la Compagnie des Eaux minérales de la Bourboule, innovation qui augmentera certainement la faveur dont jouit auprès du corps médical cette station thermale. C est la création d'un laboratoire d'analyses médicales, dont l'utilité n'est pas à démontrer dans une ville d'eau où figurent, parmi les maladies que l'on traite avec succès, le diabète, l'anémie et la tuberculose. Il y a deux ans que la Compagnie des Eaux, toujours attentive à suivre les conseils des médecins de la station et à perfectionner les moyens thérapeutiques mis à leur disposition a aménagé ce laboratoire dans un de ses établissements et en a confié la direction à M. Ph. Lafon, chimiste-expert, lauréat de l'Académie de médecine, bien connu et apprécié par un grand nombre de docteurs éminents de Paris. En outre, elle a créé, en 1892, des bons d'analyse gratuits offerts aux médecins pour leurs clients peu fortunés; et dès cette première saison, des observations intéressantes ont été recueillies, dont nous pouvons citer quelques-unes :

1° *Diabète.* — M. G... (médecin traitant, docteur Dauzat), diabétique depuis plusieurs années.

11 juillet 1892 : 3 litres urine par vingt-quatres heures; 56gr12 sucre par litre ou 168gr36 par jour; traitement 1 litre et demi d'eau Choussy-Perrière par jour en trois fois; bain d'une demi-heure à 35 degrés, douche de cinq minutes à 38 degrés.

23 juillet : urine 2 litres et demi, sucre 29gr50 par litre ou 73gr75 par vingt-quatre heures ; deux verres d'eau. Même traitement externe.

1er août: urine 2 litres, sucre 33gr3 par litre ou 66gr6 par jour; trois verres d'eau; douche générale en jet de deux minutes à 38 degrés.

18 août : urine 1 litre, sucre 30 grammes par litre ou 30 grammes par jour; état général satisfaisant, amélioration manifeste.

M. E.... (médecin traitant, docteur Fr. Morin), trente-huit ans, venu en 1889 et 1891, ayant la première fois 90 grammes de sucre, la seconde 50 grammes, réduits chaque fois à quelques grammes au départ; amélioration et engraissement notables. En 1892, 4 août, sucre 20gr72 par litre ; 21 août, sucre 0; état des plus satisfaisants.

M. M... (médecin traitant, docteur Noir) a fait plusieurs cures à Vichy; très affaibli et amaigri est venu en 1891 à la Bourboule avec 25 grammes de sucre par litre, réduits à 5 grammes. En 1892, le 4 août, 20gr72; le 16, 4 grammes. Eau en boisson et grande douche, part très amélioré.

M. S... (même docteur) a fait aussi plusieurs cures à Vichy, puis à la Bourboule; sucre réduit de 25 grammes à environ 1 gramme.

Chloro-anémie. — Mlle C..., seize ans (médecin traitant, docteur Dauzat), règles irrégulières, douloureuses, faiblesse générale, inappétence, palpitations.

Analyse du sang. 24 août, globules rouges 3 600 000, globules blancs 4 200, oxyhémoglobine 10 p. 100. — 1 verre d'eau, douche écossaise. Dès le lendemain appétit meilleur, et va en augmentant (1).

29 août, globules rouges 4 855 000, globules blancs 4 600, oxyhémoglobine 13 p. 100. Règles revenues. Progrès des forces et de l'appétit, jusqu'à la fin du traitement.

Mlle F..., vingt-sept ans (même docteur). Plus réglée, depuis un an, maigre et pâle, souffle dans les artères, palpitation, oppression au moindre effort.

10 août, globules rouges 3 900 000, globules blancs 7 200, oxyhémoglobine 9 p. 100. — 1 verre d'eau minérale. Bain de 20 minutes à 35 degrés.

27 août, globules rouges 4 092 000, globules blancs 6 100, oxyhémoglobine 12 p. 100. Guérison presque complète.

Mme V..., vingt-trois ans (même docteur). Mal réglée, teint pâle, gastralgie, palpitation. Vient à la Bourboule pour la troisième fois, en progrès sensible.

13 août, globules rouges 4 340 000, globules blancs 9 300, oxyhémoglobine 11 p. 100.— 1 verre d'eau en quatre fois, bain ou douche écossaise. Amélioration rapide.

29 août, globules rouges 500 300, globules blancs 4 300, oxyhémoglobine 11 p. 100. Part le 5 septembre, poids augmenté de 5 kilog. Tous symptômes d'anémie disparus.

Citons encore M. T... (docteur Méneau), néphrite interstitielle. Le 15 juillet 20 centigrammes albumine; tubes granuleux du rein. Le 2 août, simples traces d'albumine, plus de tubes, globules blancs réduits de 12400 à 6200. Sommeil et appétit revenus.

Ces observations concordent avec tous les faits constatés depuis plusieurs années à la station comme dans les hôpitaux. On sait que le très regretté docteur Danjoy, qui avait publié, dès 1877, une vingtaine de cas de diabète, a fait, en 1889, un travail beaucoup plus important, que l'Académie de médecine vient de récompenser d'une médaille d'or, et qui contient 188 observations, dont 175 améliorations notables et 13 insuccès. Pour la tuberculose, il y a plus de vingt-cinq ans que Noël Guéneau de Mussy avait établi, dans les hôpitaux, l'efficacité de l'eau Choussy-Perrière.

Nous reviendrons, plus tard, sur les nombreuses observations recueillies depuis lors, il nous suffit aujourd'hui d'avoir appelé l'attention sur le laboratoire dirigé par M. Lafon à la Bourboule. Cette création, avec l'adjonction des bons d'analyse gratuits, augmentera la confiance du corps médical dans les garanties d'efficacité du traitement de la Bourboule et contribuera à faire apprécier de plus en plus la valeur thérapeutique des sources arsenicales Choussy-Perrière dont la réputation est actuellement bien établie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 janvier 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

PRÉSENTATION

Rachitisme congénital; opération césarienne. — M. Guéniot. (Voir plus haut, p. 127.)

(1) C'est un des effets les mieux constatés de l'emploi de l'eau de *Choussy-Perrière*, à la station aussi bien que dans les hôpitaux de Paris, où l'on boit journellement de l'eau transportée. Non seulement elle rend très rapidement l'appétit aux personnes anémiées, mais encore elle arrête promptement les vomissements de celles dont l'estomac ne supporte plus les aliments.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'ÉCLAMPSIE

M. CHARPENTIER rappelle que le but principal de sa communication était de poser à ses collègues et de résoudre, autant que possible, cette question : Faut-il, en présence d'un cas d'éclampsie confirmée, recourir à l'accouchement prématuré? Or, aucun de ceux qui ont pris la parole après lui n'a répondu à cette question. Tous se sont trouvés d'accord sur l'importance du traitement préventif de l'éclampsie ; tous s'accordent également à rejeter l'opération césarienne. Mais à cette question : Faut-il, en présence d'une éclampsie, faire ou non l'accouchement prématuré? Personne n'a répondu. Or M. Charpentier renouvelle sa question et donne, de nouveau, lecture de la septième conclusion de son travail (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 79).

M. PINARD se trouve d'accord, de tous points, avec M. Tarnier. L'éclampsie, comme l'albuminurie, dit-il, ne sont pas des maladies, des entités morbides, mais bien des manifestations résultant d'auto-intoxication gravidique. Rappelant, à ce sujet, les travaux de MM. Gautier, Bouchard, Quinquaud, les opinions émises par MM. Jaccoud et Peter, M. Pinard résume les idées courantes à ce sujet et dit que, chez la femme enceinte, il peut se produire une auto-inoculation pouvant donner lieu à diverses manifestations, parmi lesquelles il faut mettre en première ligne l'albuminurie et l'éclampsie.

L'albuminurie des femmes enceintes guérit très bien sous l'influence du régime lacté. Depuis 1873, qu'il était interne dans le service de M. Tarnier, M. Pinard a porté son attention sur ce point, il a toujours vu, aussi bien entre les mains de M. Tarnier qu'entre les siennes, ce traitement donner les mêmes bons résultats.

Depuis 1889, 5 240 femmes sont passées à la consultation de la maternité Baudelocque. Sur ce nombre, il a été relevé 61 grandes albuminuriques, chez lesquelles on n'a pas trouvé moins de 4 à 11 grammes d'albumine par litre. Toutes ces femmes ont été soumises au régime lacté absolu. Aucune d'elles n'a été prise d'accès éclamptiques.

Il est vrai, ainsi que l'a fait remarquer M. Tarnier, que toutes les femmes atteintes d'éclampsie n'ont pas toujours eu de l'albumine dans les urines, soit qu'on n'ait pas pu l'y déceler, soit qu'en réalité, elles n'en aient pas eu. Mais ce qu'il faut bien retenir et ce qu'il faut dire bien haut à cette tribune, c'est que le régime lacté absolu prévient et empêche les accès éclamptiques, fait diminuer ou même fait disparaître l'albumine dans les urines. Le lait s'oppose à toutes les sources d'auto-intoxication chez la femme enceinte. On peut donc dire que le lait est pour l'éclampsie ce que les antiseptiques sont pour la fièvre puerpérale. M. Tarnier, en préconisant le régime lacté comme il l'a fait, a donc rendu un immense service.

Pour répondre à la question posée par M. Charpentier, M. Pinard déclare, qu'en présence de l'éclampsie, il ne faut jamais recourir à l'accouchement forcé.

Contre l'hyperexcitabilité nerveuse, sur laquelle M. Guéniot a appelé l'attention à juste titre, l'emploi des anesthésiques est, jusqu'ici, le meilleur moyen que les accoucheurs aient à leur disposition. Depuis 1883, M. Pinard a eu à soigner 79 femmes apportées éclamptiques à l'hôpital. Il a eu recours exclusivement aux anesthésiques ; il a eu 13 morts et 64 guérisons.

En résumé, le traitement de l'auto-intoxication gravidique peut se résumer dans ces trois principaux moyens : 1° traitement préventif par le régime lacté; 2° traitement des accès éclamptiques par les anesthésiques; 3° traitement consécutif par une antisepsie plus sévère que jamais.

M. GUÉNIOT est d'accord avec M. Pinard sur le rôle prépondérant de l'auto-intoxication comme cause de l'éclampsie. Mais, selon lui, l'hyperexcitabilité réflexe de la moelle a aussi son importance, tant au point de vue du pronostic qu'au point de vue du traitement, et il faut en tenir compte.

Indépendamment de l'albuminurie, il y a aussi l'oligurie qui peut devenir la source d'accidents d'auto-intoxication.

Au point de vue du traitement, M. Guéniot reste partisan de la saignée et des anesthésiques en présence de l'éclampsie confirmée, du traitement préventif par le régime lacté. Mais, pour lui, celui-ci devient insuffisant en présence de certains symptômes annonçant l'éclampsie. Quant à l'accouchement forcé, il le repousse absolument, d'accord, en cela, avec M. Charpentier.

M. LANCEREAUX pense, avec M. Pinard, que l'éclampsie est une manifestation résultant d'une into-intoxication chez la femme enceinte. Il y a, dit-il, une lésion rénale, entraînant une diminution dans la fonction excrémentitielle. Il en est de même, à ce point de vue, lorsqu'il y a de l'anurie ou de l'oligurie que lorsqu'il y a de l'albuminurie. M. Lancereaux partage donc complètement les opinions émises par M. Pinard.

M. Guéniot a insisté sur le rôle de l'hyperexcitabilité de la moelle, mais cette hyperexcitabilité n'est elle-même qu'une conséquence de l'auto-intoxication. L'accouchement, en provoquant cette hyperexcitabilité, peut devenir lui-même une cause d'éclampsie ; il en sera de même des impressions morales.

Relativement au traitement, M. Lancereaux propose d'ajouter à l'usage du lait, dont il est très partisan, l'emploi des purgatifs drastiques.

M. ALBERT ROBIN fait observer que tout le monde est d'accord sur l'importance du traitement préventif par le régime lacté. Mais là où les divergences commencent, c'est quand il s'agit du traitement curatif. Pour établir un traitement rationnel, il faut bien connaître quelles sont les causes de l'éclampsie, quelles sont les conditions dans lesquelles elle se produit. M. Guéniot a parlé de l'excitabilité médullaire; mais celle-ci n'est que secondaire. C'est une auto-intoxication qui est le point de départ de tous les accidents; cela est incontestable.

Il y a des principes toxiques qui ne sont pas éliminés, parce qu'il existe une lésion rénale.

Quelle est cette lésion? M. Renaut (de Lyon) a démontré anatomiquement que, dans ces cas, on trouve un œdème aigu du rein qui en diminue le pouvoir sécrétoire, M. Renaut a également fait cette constatation anatomique qu'il existe de nombreuses anastomoses entre les veines de la capsule du rein et les veines cutanées, anastomoses qui se font au niveau du triangle de J.-L. Petit. De là cette conclusion thérapeutique importante qu'en cas de congestion rénale, il faut faire des scarifications au niveau du triangle de J.-L. Petit.

Une autre indication rationnelle est celle qui consiste, lorsque des poisons circulent dans l'organisme, à réveiller ou à exciter les oxydations. A ce point de vue, les inhalations d'oxygène pourraient rendre de grands services. Enfin, il est également indiqué de solubiliser ces poisons par tous les moyens possibles, les poisons rendus solubles pouvant s'éliminer plus facilement. L'acide benzoïque, l'acide salycilique pourraient être utiles à ce point de vue.

M. TARNIER proteste contre cette opinion émise par M. Guéniot que le régime lacté est excellent quand il y a albuminurie, mais qu'il est inutile lorsqu'il y a simplement toxémie, caractérisée par des maux de tête, des troubles de la vue, etc.

Dans les deux cas il faut recourir au régime lacté.

A l'appui du rôle de la moelle dans la production des attaques d'éclampsie, M. Lancereaux a fait remarquer que l'excitabilité médullaire était précisément mise en jeu par le traumatisme de l'accouchement. M. Tarnier ne le conteste pas, mais il n'y a pas lieu d'attacher trop d'importance à cette cause : l'éclampsie, en effet, éclate surtout pendant la grossesse et quelquefois seulement pendant le travail. Encore faut-il remarquer, dans ce dernier cas, que l'éclampsie a souvent précédé le travail.

M. Robin recommande d'activer l'oxydation des matières organiques. M. Tarnier s'y applique autant que possible.

M. GUÉNIOT fait observer, à propos de la thérapeutique de l'éclampsie, que cette dernière est essentiellement une maladie à marche rapide.

On ne peut espérer la combattre efficacement qu'en gagnant du terrain sur elle. Dès lors, comment admettre que les purgatifs,

l'acide salicylique, etc., etc., pour rationnel que soit leur emploi, auront le temps d'agir? Et puis, il faut encore pouvoir les faire prendre aux malades, et le plus souvent elles sont prises de vomissements qui les font tout rejeter.

COMMUNICATION

De l'ischio-pubiotomie. — M. PINARD a été surpris d'entendre M. Charpentier, parlant de l'ischio-pubiotomie, l'accuser d'avoir dépossédé M. Stoltz.

L'ischio-pubiotomie que M. Pinard a décrite, est bien réellement une conception nouvelle appartenant à M. Farabeuf.

Ceux qui les premiers ont pratiqué les pubiotomies ne se sont occupés que des bassins rétrécis ordinaires, c'est-à-dire symétriques, dont les os iliaques ont conservé leur mobilité sur le sacrum et, par conséquent, peuvent s'écarter après une section quelconque de l'arc antérieur du bassin. M. Stoltz, en particulier, a proposé d'arriver à ce résultat en sciant l'un des pubis à côté de la jointure.

M. Farabeuf s'est contenté, tout au contraire, de rendre possible l'accouchement à terme dans le bassin oblique ovalaire, bassin asymétrique, dans lequel l'un des os iliaques est ankylosé avec le sacrum. Tout le côté correspondant est déformé, rétréci, immuable, et ce bassin, connu depuis les travaux de Nœgelé, a été considéré jusqu'à présent comme un *noli me tangere*. Or, c'est à propos de ce bassin de Nœgelé que M. Farabeuf a fait de nombreuses recherches, et c'est à son sujet qu'il a formulé ce précepte, à savoir que : la section du côté ankylosé et rétréci, faite à une distance donnée (5 centimètres) de la ligne médiane, donnait seule l'agrandissement suffisant. C'est dans ces conditions qu'il a établi le manuel opératoire qu'a décrit M. Pinard.

ÉLECTION

M. Arloing est nommé associé national.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 27 janvier 1893, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Villemin, Garcin, Sauvineau, Monnier, Papillon, Ménard, Gastel, Colas, Charrin, Mallet, Dorel, Brodu, Le Joubloux, Baumann, Tulasne, Capony, Chabory, Louazet, Redureau, Chevallier, Callégari, Roux, Teyssèdre, Levadoux, Ogier et Péchaud.

— Par décret, en date du 30 janvier 1893, ont été promus dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat, pour services de guerre au Dahomey :

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Mesnard.

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de deuxième classe Carrière.

— Par décret, en date du 30 janvier 1893, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur de Cotte, ancien médecin de deuxième classe de la marine.

— *École de médecine d'Angers.* — M. le professeur Legludic est maintenu dans ses fonctions de directeur de l'École.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Deschamps (Léon-Eugène) est nommé préparateur du cours et du laboratoire d'hygiène, en remplacement de M. Martin, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Lehaussois (Henri) est nommé préparateur de physique, en remplacement de M. Lambert, appelé à d'autres fonctions.

— La séance annuelle de l'Association générale des médecins de France (Société centrale) aura lieu le 5 février prochain, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, sous la présidence de M. le docteur Bucquoy.

— M. le docteur Eugène Monod, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux, est chargé d'une mission scientifique en Autriche, à l'effet d'étudier les questions qui se rattachent à l'enseignement clinique de la gynécologie dans ce pays, et principalement à Vienne.

— La Société de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris se réunira le vendredi 3 février, à huit heures du soir, salle Prat, 10, cité du Retiro (rue Boissy-d'Anglas).

— Le Conseil général des Facultés a frappé d'une peine disciplinaire deux élèves sages-femmes pour indiscipline.

— M. le professeur Charles Richet vient de faire don, à la bibliothèque de notre Faculté, des manuscrits de son très regretté père. Ces manuscrits, reliés en quatre fort beaux volumes, comprennent notamment des notes et des observations sur son service de l'Hôtel-Dieu.

— M. le docteur Hirigoyen est nommé médecin-adjoint au lycée de Bordeaux, en remplacement de M. le docteur Arnozan, démissionnaire.

— M. Hallopeau reprendra le dimanche 5 février, à neuf heures et demie, dans la salle des conférences de l'hôpital Saint-Louis, ses leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

— M. le docteur Humbert commencera ses conférences cliniques à l'hôpital du Midi, le mardi 7 février à neuf heures et demie, et les continuera les mardis suivants à la même heure.

— M. le docteur de Saint-Germain reprendra le jeudi 16 février, à neuf heures, ses leçons cliniques à l'hôpital des Enfants-Malades, et les continuera les jeudis à la même heure.

Ces leçons seront exclusivement consacrées à la thérapeutique des affections chirurgicales de l'enfance.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Guide de l'étudiant à l'hôpital, par M. André BERGÉ, interne des hôpitaux. Petit in-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Les poisons de l'organisme : Poisons de l'urine, par le docteur A. CHARRIN, professeur agrégé, chef du laboratoire de pathologie générale à la Faculté de médecine de Paris. Petit in-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Pratique de l'accouchement normal, par le docteur Ad. OLIVIER, chef du service des accouchements à la Policlinique de Paris. Petit in-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 15. — SAMEDI 4 FÉVRIER 1893. 66e ANNÉE. SAMEDI 4 FÉVRIER 1893. — N° 15.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Diagnostic des abcès du foie,

Par le docteur V. Leblond (de Beauvais),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

La suppuration du foie peut revêtir deux modalités bien distinctes : l'une qui forme le groupe des petits abcès du foie, souvent impossibles à diagnostiquer, et qui correspond aux foyers métastatiques de l'infection purulente, à la péri-pyléphlébite et à la péri-angiocholite par lithiase biliaire; l'autre qui répond à des foyers plus considérables, souvent uniques, pouvant avoir mêmes causes que les précédents, mais succédant surtout aux diverses variétés d'hépatite circonscrite, dont le type est l'hépatite des pays chauds. Dans cette hépatite dysentérique, toute ulcération de l'intestin est une brèche qui permet aux microbes pyogènes leur passage et leur transport jusqu'au foie, par les branches de la veine-porte.

Mais il ne faut pas exagérer cette distinction et il est permis, aujourd'hui, d'assimiler le processus de l'hépatite dysentérique à celui des abcès métastatiques de l'infection purulente ; cette théorie, encore contestable lorsque Budd admettait une phlébite mésaraïque comme cause des suppurations dysentériques du foie, déjà vraisemblable quand Virchow fit triompher sa doctrine de l'embolie, devient maintenant très rationnelle, après la découverte des mêmes microbes dans les deux espèces d'abcès du foie.

Les différences sont parfois bien minimes entre les abcès métastatiques et les dysentériques; et il n'est pas rare, dans l'hépatite dysentérique, qu'un même foie présente, à côté d'une ou deux grandes poches purulentes, une foule de petits abcès disséminés. Cependant, comme le diagnostic des abcès métastatiques du foie est presque impossible, ils seront éliminés de cette étude.

Mais avant d'aborder le diagnostic des abcès du foie, qu'on peut reconnaître et opérer, nous essaierons, en quelques lignes, d'en esquisser un tableau symptomatique.

Sans doute, il est difficile de faire ainsi une description à la fois exacte et complète, car il manque souvent des symptômes essentiels et le tableau de la maladie reste inachevé ; ou bien une forme, d'abord régulière, est dénaturée par la prédominance ou l'exagération de quelques phénomènes morbides qui rendent malaisé un diagnostic qui, le plus souvent, serait très facile.

On comprend ainsi comment les abcès du foie ont pu simuler une tuberculose pulmonaire ou un cancer de l'estomac, un kyste hydatique du foie ou un phlegmon péri-néphrétique, une pleurésie purulente diaphragmatique, un abcès du grand droit ou bien une fièvre typhoïde.

Nous n'étudierons ici, au point de vue du diagnostic différentiel, que les affections le plus souvent confondues avec les abcès du foie, suivant que ces abcès présentent des signes ou symptômes plutôt thoraciques, abdominaux ou généraux ; nous parlerons ainsi de la pleurésie diaphragmatique suppurée, du pyothorax sous-phrénique ou péritonite sus-hépatique enkystée, des kystes hydatiques du foie, de l'abcès du grand droit de l'abdomen, de la fièvre bilieuse des pays chauds, de l'hépatalgie et des coliques hépatiques. Aussi bien toutes ces difficultés du diagnostic ont déjà été étudiées avec quelques détails dans notre thèse (1).

Pour étudier rapidement la symptomatologie des abcès du foie, il les faut diviser suivant leur évolution subaiguë, aiguë ou chronique.

II

Abcès du foie a marche subaigue. — C'est la forme la plus commune aux pays chauds et dans nos climats : elle apparaît au cours d'une dysenterie ou d'une entérite simple, débutant par une simple congestion hépatique que peuvent réveiller un refroidissement, une fatigue, un accès de fièvre paludéenne. Le malade se plaint d'abord d'une douleur sourde à l'hypocondre droit ou à l'épigastre : bientôt surviennent des troubles gastro-intestinaux, avec fièvre modérée; puis, en un temps variable, phénomènes locaux et généraux augmentent et l'abcès est formé. Alors la fièvre offre un caractère plus net : ce sont d'abord frissons vagues et petites horripilations, puis l'allure est rémittente, à paroxysmes vespéraux, avec frissons, agitation et sueurs abondantes. Le matin, on observe une légère rémission.

(1) V. Leblond. *Diagnostic et traitement des abcès du foie*, Paris novembre 1892.

Tantôt l'accès revient chaque soir, tantôt il se montre à intervalles périodiques, simulant ainsi une fièvre intermittente, toujours rebelle à la quinine [Kelsch et Kiener (1)].

Le plus souvent, c'est le type de fièvre intermittente hépatique, analogue au type étudié par MM. Charcot et Regnard.

En même temps, le malade souffre de la région hépatique. La douleur, déjà nette aux premiers jours, prendra peu à peu un caractère bien tranché. Parfois, gêne obscure et sensation profonde de pesanteur, souvent aiguë, pulsatile ou lancinante, siégeant surtout aux dernières côtes, quelquefois à l'épigastre ou dans l'hypocondre droit, au mamelon ou dans la région rénale, éveillée par un simple attouchement ou frôlement de la peau, augmentée par la moindre pression, un mouvement, une quinte de toux, le décubitus latéral ou une profonde inspiration, irradiant à l'épaule et à la clavicule droites, à l'abdomen et même à la cuisse ; cette douleur offre tous les degrés, depuis le plus léger engourdissement jusqu'à l'angoisse la plus pénible et la plus insupportable souffrance. Elle diminue l'étendue des mouvements du diaphragme et des dernières côtes droites et rend heurtée, pénible, saccadée et anxieuse la respiration du malade.

Cette dyspnée est encore augmentée par de petites quintes de toux sèche, analogue à la toux pleurétique. La gêne respiratoire est due aussi à l'hypertrophie du foie qui, peu à peu, refoule le poumon et gêne l'expansion du diaphragme.

Que si l'on examine la région, on est frappé d'une voussure de l'hypocondre, uniforme, sans saillie spéciale : on dirait d'une masse globuleuse, cachée sous la moitié inférieure droite du thorax.

Les espaces intercostaux sont comblés et la paroi abdominale, un peu bombante, se continue sans ressaut avec le thorax. Sous la peau de cette région courent quelques veines sous-cutanées, bleuâtres et sinueuses, s'étendant jusqu'à l'épigastre et même à la fosse iliaque. La palpation laisse percevoir un léger frottement, plus sensible à l'auscultation, surtout vers la ligne axillaire antérieure, sur les septième et huitième côtes : c'est un excellent signe de péri-hépatite.

La mensuration peut fournir un écart de 1 à 2 centimètres entre l'hémithorax droit et le gauche ; mais une si minime différence a peu de valeur, puisqu'elle est souvent normale.

La percussion donne de meilleurs résultats et permet d'apprécier les véritables dimensions de la tumeur qui, parfois, s'étend du mamelon à l'ombilic.

Si l'abcès s'est développé vers la superficie du foie et bombe vers la cavité abdominale, une fluctuation profonde sera possible, toujours malaisée et tardive : aussi serait-ce imprudent et dangereux d'attendre son apparition pour affirmer l'existence d'un abcès du foie.

Cependant le malade faiblit peu à peu, ses forces disparaissent et l'amaigrissement augmente : le facies s'altère et prend une teinte particulière, terreuse, couleur de boue [Younge (2)], quelquefois pâle, d'une pâleur ictérique [Dutrouleau (3)], rarement imprégnée de bile.

(1) Kelsch et Kiener. *Maladies des pays chauds*, 1889, p. 213.
(2) Younge. *Med. Press and Circular*, 1889, t. XLVIII, p. 202.
(3) Dutrouleau. *Maladies des Européens dans les pays chauds*, 1868.

Les urines, assez rares, foncées, renferment peu d'urée, souvent de l'albumine et parfois des peptones.

Si l'abcès n'est pas évacué d'une façon naturelle ou chirurgicale, la mort viendra, hâtée par la fièvre continue et l'hecticité, par la diarrhée et la suppuration. L'évolution se fait ainsi en six ou huit semaines : mais la maladie peut prendre une allure beaucoup plus rapide.

III

Abcès a marche aigue. — Exceptionnelle dans nos pays, cette forme n'est pas très rare dans la zone tropicale. Son début est brusque, et l'invasion s'annonce par une fièvre élevée, avec frissons, sueurs, nausées et vomissements bilieux, par une vive douleur localisée et irradiée comme précédemment. Peu à peu la fièvre prend la forme rémittente continue. Les désordres gastro-intestinaux sont constants ; la langue est sale et jaunâtre, avec papilles proéminentes (Younge) ; la soif est très vive, avec vomissements habituels et selles rares. C'est l'ensemble des symptômes observés dans la forme subaiguë, mais leur intensité est plus grande.

Vers le cinquième ou le sixième jour, il peut se faire une détente qu'annonce l'atténuation de la fièvre et des souffrances ; mais cette amélioration passagère n'est que séduisante, et la maladie reprend vite une acuité nouvelle dont la signification est très nette : c'est une recrudescence de la douleur locale, c'est une fièvre d'accès irréguliers, surtout vespéraux, c'est une somnolence continuelle et une rapide diminution des forces : tous signes d'une suppuration certaine. En peu de jours, le pus va faire une tumeur plus ou moins fluctuante entre les côtes, à l'hypocondre, à l'épigastre ; ou bien l'irruption subite du pus se révélera dans une cavité voisine. Mais si une telle issue ne se produit pas ou que l'intervention soit trop lente, la fièvre persistante, les forces épuisées, le délire et les phénomènes ataxo-dynamiques qui s'aggravent, un état typhoïde profond présagent une fin prochaine ; et l'on trouve à l'autopsie, auprès d'un grand abcès, d'autres petits, encore en formation (Kelsch et Kiener).

L'évolution peut durer quinze ou vingt jours, quelquefois moins, et l'on a vu la mort surprendre inopinément le malade : tel, ce médecin militaire, cité par Mac Lean, qui, brusquement pris de syncope et de violent frisson, en passant un examen, succomba le lendemain, pendant une vomique (1).

Il est encore une *forme très lente*, caractérisée par la bénignité apparente des symptômes au début, mais dont la marche est parfois interrompue par des accidents graves. Très variables d'un malade à l'autre, souvent insidieux et dissimulés, les symptômes ne se révèlent que fort tard et d'une manière toute fortuite. Souvent, on y observe un état mental profondément troublé (mélancolie, hypocondrie), sur lequel Hammond a beaucoup insisté (2).

La suppuration hépatique s'établit donc et progresse lentement, sans autrement se manifester que par une hypertrophie du foie, ou même sans retentir d'une façon nette sur l'organisme. Parfois l'état général demeure longtemps mauvais et l'on n'en peut saisir la cause réelle : la suppu-

(1) Mac Lean. *Brit. Med. Journ.*, 1874, p. 368.
(2) Hammond. *Journ. nerv. and ment. Dis.*, Chicago 1880.

ration n'est décelée qu'à l'autopsie ou s'il survient des signes de pénétration du pus dans une cavité voisine.

Telles sont les trois formes possibles d'abcès du foie. Mais parmi ces symptômes, y en a-t-il qui aient une *valeur séméiologique?*

La fièvre, malgré son allure spéciale, continue, rémittente, n'est guère caractéristique : les symptômes fonctionnels (toux, dyspnée, mode respiratoire) sont d'une affection pleuro-pulmonaire. Seule la douleur est spéciale par sa nature, son siège et ses irradiations, mais elle varie d'un malade à l'autre. Qu'on y joigne l'aspect de la région, l'étendue de sa matité, la déformation du thorax, l'écartement des espaces intercostaux effacés, l'œdème ou seulement l'empâtement local chez un malade dysentérique ou récemment guéri de diarrhée, et l'on pourra songer à un abcès du foie.

Il suffit de soupçonner l'hépatite suppurée, car une *ponction exploratrice* laisse évanouir tous les doutes et changer en certitude l'existence possible ou probable de la suppuration.

IV

Ponction exploratrice.— Cette ponction doit être hâtive, faite au siège maximum de la douleur, si possible, ou bien au point le plus saillant ou fluctuant dans un espace intercostal ou dans l'hypocondre. Répétée fréquemment avec la seringue de Pravaz, avec le petit ou mieux le moyen trocart de l'aspirateur Potain, elle est absolument inoffensive (1). Aussi l'exploration sera-t-elle tentée jusqu'à ce qu'on ait trouvé le pus ou qu'on se soit assuré de son absence : sinon on s'exposerait à l'insuccès de M. Quénu, qui, après ouverture de l'abdomen et le foie mis à jour, enfonça un trocart dans le tissu hépatique et, ne trouvant pas de pus, referma la cavité abdominale. Peu après, l'autopsie montrait deux litres de pus dans un abcès du foie, dont le siège était à quelques millimètres du point ponctionné (2).

On enfoncera l'aiguille perpendiculairement aux côtes, si l'on fouille l'organe dans sa portion thoracique; obliquement en haut et en arrière, si l'on sonde dans sa portion abdominale un foie qui déborde assez peu les fausses côtes. Ponctionner d'abord à une petite profondeur et aspirer doucement; puis, si dans le corps de la seringue le pus ne monte pas ou ne coule point dans le récipient de l'appareil Potain, pénétrer lentement plus loin jusqu'au foyer de l'abcès. L'aiguille, qui s'enfonce dans le pus épais d'une collection hépatique, ne donne pas cette sensation nette de cavité que l'on perçoit à la ponction d'un épanchement pleural par exemple.

Très variable d'aspect, de nature et d'éléments constituants, *le contenu de l'abcès* est parfois un pus d'abcès chaud, blanc ou jaunâtre, ou jaune-verdâtre s'il contient du pigment biliaire; ce peut être aussi une bouillie brun-rougeâtre, de couleur lie-de-vin ou chocolat, suivant la proportion de globules rouges et de cellules hépatiques qu'il renferme. En général inodore, souvent d'odeur fade, il prend parfois de la fétidité au simple voisinage de l'intestin (3).

(1) Lavigerie. Th. de Paris, 1866. — Léo. *Arch. de méd. ment.*, 1890, t. LIV. — Mittre. Th. de Lyon, 1887.
(2) Soc. de chir., 1891.
(3) Justi. *Deuts. Zeit. f. Chir.*, 1882, t. XVII, p. 166.

Enfin, une ouverture accidentelle par les bronches ou l'intestin peut y développer des gaz et le rendre infect (1).

Son examen microscopique éclaire vivement la question du diagnostic. Bruen (2) a, dans un cas, reconnu l'origine du pus à la forme des cellules hépatiques, et Fenwick (3) a montré que la présence de ces cellules nombreuses et intactes prouve une désintégration rapide du tissu hépatique; que si, au contraire, ces cellules sont absentes ou en voie de désintégration, c'est un signe de résolution de l'abcès et le pronostic est plus favorable. Outre ces fragments de cellules hépatiques, souvent déformées et infiltrées de graisse, le pus renferme des leucocytes plus ou moins altérés, des globules rouges, parfois fragmentés, des cristaux variés et des micro-organismes. Ces micro-organismes forment le chapitre le plus curieux de cette étude.

Mais, à ce point de vue, il faudrait y distinguer les abcès qui sont ou non d'origine dysentérique. La première recherche microbienne est de M. de Gennes, qui, dans un abcès opéré par M. Kirmisson, trouva des diplocoques dans le pus et dans les ulcérations intestinales (4). Puis Kartulis (d'Alexandrie) signalait l'amibe du colon (cause de la dysenterie tropicale) et un grand nombre de microbes pyogènes dans les abcès idiopathiques et les abcès dysentériques (5). Quelque temps après, Bertrand démontrait l'existence intestinale de staphylocoques dorés ou blancs dans la dysenterie (6). Kartulis conclut de nouvelles recherches que le staphylocoque pyogène se rencontre dans le pus d'abcès de toute provenance, idiopathiques ou dysentériques, mais que ces derniers contiennent aussi des amibes, tandis que les premiers renferment les seuls staphylocoques (7). Dans le pus et les parois gangréneuses de deux abcès, ces amibes furent retrouvées par Nasse qui en fit une cause de gangrène du foyer (8). Enfin, Fraenkel, dans un cas récent, trouva divers micro-organismes (coccus et bâtonnets), et dans un autre le bacterium coli commune. Déjà, chez un opéré de M. Perier, ce coli-bacille avait été signalé par Veillon et Jayle dans un abcès, dont le pus examiné un mois avant par M. Netter s'était montré stérile (9).

Aussi bien cette stérilité du pus hépatique n'est pas rare : déjà M. Talamon avait noté l'absence de micro-organismes dans un abcès du foie ouvert par M. Bouilly (10), les recherches ultérieures de Lauenstein avaient donné le même résultat (11). Mais c'est M. Laveran qui insista le premier sur ce fait, en rapportant à la Société médicale des hôpitaux (1890) deux cas d'hépatite dysentérique où le pus ne contenait ni amibes, ni microbes ; il pensait que les microbes pathogènes de ces suppurations disparaissent rapidement, tués par le mélange au pus des principes de la bile.

Puis, à la Société de chirurgie, M. Peyrot citait un abcès du foie, dont le pus ensemencé par Veillon restait sans

(1) Arnaud. *Marseille méd.*, 1887, p. 146. — Kreig. *Med. Zeit.*, 1840, nº 9.
(2) Bruen. *Philad. Med. Times*, 1881, p. 90.
(3) Fenwick. *The Lancet*, 1877, t. II, p. 715.
(4) De Gennes et Kirmisson. *Arch. gén. de méd.*, 1886, t. II, p. 288.
(5) Kartulis. *Centralbl. f. Bact.*, 1887, t. II, p. 746.
(6) Bertrand. *Arch. de méd. nav.*, 1888, et *Gaz. hebd.*, 1891, p. 43.
(7) Kartulis. *Arch. f. path. Anat. und Physiol.*, t. CXVIII, Heft 1.
(8) Nasse. *Deuts. med. Wochens.*, 1891, p. 881.
(9) Veillon et Jayle. Soc. de biol., janv. 1891.
(10) Bouilly. Th. de Caravias, Paris 1885.
(11) Lauenstein. *Deuts. Med. Wochens.*, 1889, p. 1003.

microbes, et l'irruption péritonéale au cours de l'opération était demeurée inoffensive (1).

Arnaud et d'Astros signalèrent ensuite un cas de pus hépatique stérile, et, pour réfuter l'hypothèse de Laveran, obtinrent la même végétation microbienne dans le bouillon simple et dans le bouillon additionné de bile (2). Enfin, il y a quelques jours, M. Tuffier citait à la Société de chirurgie deux abcès du foie dont le pus fut stérile, et concluait que cette stérilité est secondaire (12 octobre).

Ainsi les microbes font souvent défaut dans les abcès dysentériques : ils existent peut-être à certaines périodes et disparaissent ensuite par la longue durée du processus, ou bien ils sont encore inconnus et impossibles à démontrer par les méthodes actuelles. L'action bactéricide de la bile qui ferait aseptique l'abcès du foie n'est rien moins que certaine, depuis que les recherches de Dupré et de Létienne ont montré la multiplicité microbienne des infections biliaires. Si donc la bile, excellent milieu de culture, ne rend pas ces abcès aseptiques, c'est peut-être la cellule qui, par une action chimique encore inconnue, fait disparaître les microbes pathogènes ou atténue leur virulence [Chauffard (3)].

Cette absence de micro-organismes, quelle qu'en soit la cause, est importante en clinique et thérapeutique chirurgicales, et peut expliquer l'innocuité de la méthode de Little dans les vastes abcès du foie, parfois anciens, souvent adhérents, presque toujours sans microbes.

Toute cette étude du pus était nécessaire au diagnostic différentiel, où les *causes d'erreur* sont très nombreuses.

En effet, au cours de la maladie, certains signes sont à peine ébauchés, et l'irruption subite du pus hépatique, dans une cavité ou un organe voisins, dévoile brusquement l'existence de l'abcès; parfois la collection purulente est une surprise d'autopsie, ou bien la prédominance de tel symptôme donne le change et peut simuler une affection d'organe voisin.

Dans certains abcès du foie, on a observé les mêmes accidents que dans quelques maladies d'organes de voisinage ou dans quelques maladies générales; parfois l'abcès a simulé une autre affection du foie ou de ses annexes; enfin, il n'y eut pas de symptômes caractéristiques, soit que ceux-ci fussent masqués par une maladie concomitante ou intercurrente, soit que l'abcès se révélât seulement à l'autopsie ou par des complications dues à son mode d'évolution.

Nous avons déjà étudié longuement toutes ces difficultés du diagnostic; nous ne voulons citer que les affections prises le plus communément pour un abcès du foie, c'est-à-dire la *pleurésie purulente diaphragmatique*, le *pyothorax sous-phrénique* ou *péritonite sus-hépatique enkystée*, les *kystes hydatiques du foie*, l'*abcès du grand droit de l'abdomen*, la *fièvre bilieuse des pays chauds*, l'*hépatalgie* et les *coliques hépatiques*.

V

Pleurésie purulente diaphragmatique. — « Une pleurésie purulente peut être simulée par un abcès du foie, au point que l'erreur n'a été reconnue qu'à l'autopsie » [Rendu (4)]. Cette méprise, N. Guéneau de Mussy la commit chez un malade (1), MM. Rendu (2), Féréol, Mossé, Vedel, Prioleau et d'autres firent la même erreur.

Est-elle possible à éviter, et sur quels indices peut-on se baser dans les cas difficiles? Est-ce le mode de début, parfois subaigu et insidieux, la marche de la fièvre et ses exacerbations vespérales, les sueurs nocturnes et la diarrhée? Non pas. Est-ce la douleur particulière, dite point de côté hépatique, avec sa localisation autour du mamelon ou sur les dernières côtes? Est-ce la voussure de la région avec son écartement des espaces intercostaux, sa peau infiltrée et sa tardive fluctuation? Nullement. Est-ce encore l'affaiblissement du murmure vésiculaire ou la diminution des vibrations, la toux et ses quintes fatigantes? Pas davantage. Tous ces signes se retrouvent dans l'une et l'autre maladie.

On se fondera sur les antécédents plutôt dysentériques ou paludéens dans l'abcès du foie, tuberculeux plutôt dans la pleurésie, sur la dyspnée plus intense dans celle-ci avec son bouton diaphragmatique dont la pression fait jaillir la douleur, avec ses irradiations plus fréquentes au cou, plus rares vers l'omoplate et les lombes. Un examen minutieux de la région montrera dans la voussure locale une particularité intéressante : c'est que, dans la pleurésie, le diaphragme abaissé entraîne avec lui les dernières côtes qui, s'abaissant aussi, prennent une direction très oblique en bas, du côté malade, contraste frappant si l'on compare le côté droit au côté sain. Que si, au contraire, le foie est augmenté de volume, les dernières côtes droites portées en haut deviennent horizontales, ou du moins leur obliquité descendante n'est point exagérée. Malheureusement ce signe de N. Guéneau de Mussy est souvent difficile à constater.

Parmi d'autres signes locaux, *la matité* doit être étudiée avec soin : sa nature, la forme de sa limite supérieure, sa mobilité, son étendue peuvent donner d'utiles renseignements. Quand un épanchement purulent occupe la face supérieure du diaphragme, ce muscle se paralyse et refoulé dans l'abdomen chasse le foie qui déborde les côtes : il est alors difficile d'affirmer où la matité pleurale commence, où finit celle du foie, et si cet organe est vraiment hypertrophié ou seulement abaissé. On a soutenu que la matité hépatique, plus pleine et absolue, ressemble davantage à celle d'une pneumonie : ce sont là des nuances de tonalité bien délicates à saisir.

Dans les deux cas, le niveau supérieur ne varie pas suivant la position du malade; mais celui de la matité pleurale est plutôt horizontal ou même à concavité supérieure, et la forme de cette ligne de niveau est une convexité supérieure dans une collection située au-dessous du diaphragme. De plus, en recommandant au malade de faire une inspiration aussi profonde que possible, on peut constater que la ligne de matité inférieure s'abaisse de 1 à 2 centimètres et plus : ce serait un bon signe pour affirmer qu'il n'y a pas d'épanchement déprimant le diaphragme par sa face supérieure (3).

A *l'auscultation* il ne faut pas compter sur le souffle, l'égophonie, la pectoriloquie, le skodisme, tous signes fugaces ou infidèles de la pleurésie purulente : quelquefois on peut

(1) Peyrot. *Mercredi méd.*, 1891, p. 13.
(2) Arnaud et d'Astros. Congr. de Marseille pour l'avanc. des sc., 1891. — *Rev. de méd.*, avril 1892.
(3) Chauffard. *Traité de médecine*, t. III, p. 800.
(4) Rendu. *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. Foie.

(1) N. Guéneau de Mussy. *Clinique médicale*, t. IV, p. 498, et *France méd.*, 1875.
(2) Rendu. *Clinique médicale*, 1890, t. I, p. 280.
(3) Thomas et Raynaud. *Arch. de méd. navale*, 1877, p. 229.

entendre un *bruit de frottement* vers la ligne axillaire. Est-il facile de préciser la nature et l'origine de ce frottement? Est-ce un frottement vraiment pleural ou de péri-hépatite? Bien étudié par M. Bertrand (1), il est, en général, perçu sur les septième et huitième espaces, vers la ligne axillaire antérieure. Qu'il soit pleural ou dû à la péri-hépatite, ce bruit garderait sa signification, car la pleurésie sèche qui pourrait le produire serait elle-même la suite d'une péri-hépatite. Ce frottement est un bon signe d'abcès de la convexité du foie et un utile renseignement pour les chirurgiens, qui, préoccupés de l'existence des adhérences, ont cru devoir modifier la méthode de Little et ne plus inciser qu'en deux temps.

Si la toux s'accompagne de crachats dans la pleurésie diaphragmatique, souvent tuberculeuse, leur examen pourra être précieux : il sera indispensable au diagnostic des cas difficiles où il y a vomique, et permettra de reconnaître l'existence, dans le pus évacué (plutôt jaune-verdâtre dans la pleurésie et rougeâtre dans l'abcès du foie), de débris de cellules hépatiques ou de parenchyme pulmonaire.

Enfin, pour mieux éclairer le diagnostic, une ponction sera faite en un siège commun aux deux maladies, dans une région étendue verticalement du mamelon au rebord des fausses côtes, et horizontalement de la ligne axillaire antérieure à la ligne mamelonnaire. La sensation que donne une aiguille, enfoncée dans une collection hépatique de pus épais, diffère de celle que fournit une ponction pleurale.

Dès que le pus s'écoule, le diagnostic se confirme, car il est un moyen de reconnaître si le liquide évacué est au-dessus ou au-dessous du diaphragme. Quand la cavité est au-dessous du diaphragme, l'influence des mouvements respiratoires sur la colonne fluide est précisément inverse de celle qui est exercée sur un liquide contenu dans la plèvre [Pfühl (2)]. En faisant la ponction avec un appareil Potain muni d'un manomètre, on a constaté que, durant l'écoulement, la colonne manométrique monte dans l'inspiration et baisse dans l'expiration : le mouvement est contraire quand on évacue un liquide pleural. Ce signe indique seulement que l'écoulement siège au-dessus ou au-dessous du diaphragme : dans ce dernier cas, on ne peut savoir s'il y a abcès du foie, kyste hydatique suppuré ou pyothorax sous-phrénique.

Le mode d'écoulement ne suffit pas encore ; il faut aussi examiner le pus qui s'échappe, sa couleur, sa consistance, sa nature et ses éléments : pus rougeâtre, lie de vin, très épais, avec débris de cellules, lambeaux de tissu hépatique et cristaux de bilirubine dans l'abcès du foie ; pus jaune-verdâtre, grumeleux, fluide, avec globules blancs et flocons fibrineux dans l'abcès pleural.

Dans quelques abcès du foie, d'origine calculeuse ou dysentérique, le liquide peut couler franchement teinté de bile : le diagnostic est encore mieux assuré.

Mais il est des cas où l'abcès a produit un épanchement enkysté dans la plèvre diaphragmatique voisine. Alors la difficulté peut être extrême ; la pleurésie est souvent seule reconnue, et sa ponction préalable rend plus manifeste la collection purulente sous-phrénique [Gallard (3)].

En résumé, pour distinguer la pleurésie diaphragmatique suppurée de l'abcès du foie, on se basera sur les antécédents, le début plus brusque de la pleurésie, sa douleur plus intense et soudaine, sa dyspnée plus vive, sur l'existence du bouton diaphragmatique et du point scalénique, sur l'obliquité des dernières côtes, sur la forme de la ligne supérieure de matité, les accès de fièvre moins rémittents et plus irréguliers, et sur les symptômes généraux plus graves. Enfin, la ponction donnera les meilleurs renseignements sur le mode d'écoulement du pus, sa qualité, sa nature et ses éléments.

Malgré tout, il est des cas où le doute est encore permis, tant que le doigt n'est pas dans le foyer de suppuration.

(1) Bertrand. *Gaz. hebd.*, 1890, p. 470. — Acad. de méd., 1890.
(2) Pfuhl. *Virchow's Jahrbuch*, 1877.
(3) Gallard. Soc. anat., 1856.

VI

Pyothorax sous-phrénique. — A côté de la pleurésie diaphragmatique suppurée, on trouve la péritonite sus-hépatique enkystée, très comparable aux abcès du foie, mais heureusement fort rare.

Si cette péritonite siège au-dessus du lobe droit du foie et qu'on prenne la matité de la collection sus-hépatique pour une matité hépatique vraie, le diaphragme refoulé en haut dans le thorax et le foie abaissé vers l'abdomen peuvent faire croire à une collection intra-hépatique.

Si les signes physiques ne sont guère certains, les symptômes ne le sont pas davantage : un début toujours obscur, des troubles digestifs, avec douleurs vagues à l'hypocondre ou à l'épigastre, une fièvre analogue s'observent dans les deux cas ; et une étude minutieuse est nécessaire pour en tirer des conclusions utiles au diagnostic différentiel.

La recherche des signes physiques permet parfois, au début, de constater la crépitation superficielle de la péritonite sèche ; mais elle est très fugace. Plinatus (1) a signalé les douleurs irradiées au côlon et au cardia, la diarrhée, la matité du thorax, et au-dessus de la zone des phénomènes normaux de percussion et d'auscultation ; enfin, une limite supérieure de matité s'étendant plus haut en avant qu'en arrière.

L'étiologie est utile à connaître : ainsi la péritonite enkystée s'observe fréquemment à la suite de traumatisme ; mais elle peut aussi dépendre des lésions inflammatoires d'organes voisins (abcès du foie, ulcère de l'estomac, etc.).

Si le malade vient des pays chauds, l'abcès du foie est plus probable ; mais s'il est de nos pays, le doute est permis, car les deux affections sont également peu communes.

L'extension à la plèvre des phénomènes inflammatoires de la péritonite sous-phrénique serait plus commune que dans l'abcès du foie.

Les éléments du pus ont plus de valeur, non pas les microbes qu'il peut contenir, mais les éléments cellulaires qu'on y pourra découvrir. Il est évident que si, dans une collection d'origine douteuse, le pus évacué renferme des débris de tissu hépatique, le diagnostic de la nature sera fait, mais non celui du siège, car on a vu des abcès sous-phréniques consécutifs à une hépatite suppurée latente, dont les signes étaient cachés par ceux de la collection sus-hépatique [Observations de M. Muselier (2), Rouis (3), Catteloup (4)].

(1) Plinatus. *St-Petersb. med. Wochens*, 1887, p. 29.
(2) Muselier. *Gaz. méd. de Paris*, 1885.
(3) Rouis. *Recherches sur les suppurations endémiques du foie*, 1860.
(4) Catteloup. *Mém. de méd. et chir. militaires*, 1845.

En résumé, on pourra souvent distinguer l'hépatite suppurée du pyothorax sous-phrénique, en se fondant sur les commémoratifs, le début brusque avec phénomènes péritonitiques, les troubles gastriques plus intenses, enfin, sur l'examen du pus. Aussi bien le diagnostic parfois n'est possible que par exclusion.

VII

Kystes hydatiques du foie. — C'est là une des erreurs les plus communes et les plus faciles à commettre. Souvent les kystes n'ont été découverts qu'à l'autopsie, parfois ils ont été pris pour des abcès, jusqu'au jour où les vésicules furent évacuées par les voies respiratoires ou digestives : il existe des similitudes frappantes dans le mode d'apparition, la marche et les troubles fonctionnels de ces deux maladies.

Le kyste hydatique, comme l'abcès du foie, peut être consécutif à un traumatisme qui favorisera la fixation des œufs et le développement du kyste, soit par rupture vasculaire, soit par fluxion traumatique (1).

En général, la marche est plus aiguë dans l'abcès, presque intermittente dans le kyste. Le malade aura constaté une lente croissance du kyste et l'indolence de sa tuméfaction hépatique qui, après plusieurs mois, devient douloureuse et s'accompagne de fièvre, diarrhée et vomissements, tous signes qui annoncent une inflammation de la poche et ne seront pas alors confondus avec ceux d'une hépatite suppurée (2). La marche lente, l'apyrexie, le peu de symptômes généraux et de retentissement sur l'économie, une fluctuation moins rare et moins obscure seront en faveur du kyste. Le frémissement vibratoire, qu'on ne sent (et rarement) que par une percussion un peu ferme et saccadée, ne pourra être pris pour un frottement de périhépatite, seulement perçu à la palpation et mieux encore à l'auscultation.

Mais dans le kyste suppuré, le mode de début peut être identique : comme l'abcès, le kyste reste ignoré jusqu'au jour où un traumatisme local lui donne naissance ou lui fournit une impulsion nouvelle. En général, l'évolution en est lente et les symptômes généraux s'aggravent dès que la poche suppure : on a, depuis longtemps déjà, observé les phénomènes prémonitoires (troubles dyspeptiques bizarres, dégoût des matières grasses, éruptions ortiées, épistaxis, métrorragies).

En étudiant les signes physiques et les limites du foie, on opposera le volume souvent considérable de la tumeur à la durée relativement courte des accidents, mais on remarquera que, dans le kyste de la convexité, à moins qu'il soit énorme, le foie n'est pas abaissé ou l'est à peine, tandis qu'avec un épanchement pleurétique de même importance son déplacement serait très notable (Hanot) ; il en serait de même d'un abcès du foie.

La douleur d'épaule serait moins fréquente que dans l'abcès (Labadie-Lagrave), contrairement à l'opinion de M. Dieulafoy : l'ictère, rare dans les deux cas, l'est encore plus dans le kyste.

En raison de l'épaisseur du kyste adventice qui entoure et isole l'hydatide, il est exceptionnel qu'un kyste hydatique même suppuré détermine, du côté des téguments, le cortège des signes locaux propre aux abcès du foie (Tillaux).

Enfin, l'ouverture de la poche purulente dans les voies aériennes ou digestives, la ponction exploratrice, la présence de crochets ou de débris de membranes et l'absence de cellules hépatiques dans le liquide évacué donneront au diagnostic la certitude qui lui manquait.

VIII

L'abcès du grand droit de l'abdomen peut être une autre difficulté de diagnostic. M. Segond dit l'avoir rencontrée deux fois (1) : ce fut le cas de M. Broca (2), dont le malade, ancien dysentérique et paludéen, avait longtemps souffert de l'hypocondre, avec fièvre, mais sans tumeur locale. Après contusion, cette douleur augmenta ; puis, le foie trouvé gros et les antécédents connus, on crut à une hépatite aiguë. La tuméfaction douloureuse, lentement progressive, observée sous le rebord costal, fut prise pour un abcès du foie pointant sous la paroi : c'était une voussure sans rougeur de la peau, étendue un peu à droite de la ligne médiane, du rebord des fausses côtes jusqu'au niveau de l'ombilic, sans œdème sous-cutané, mais avec empâtement phlegmoneux profond. L'hypertrophie hépatique, les commémoratifs de paludisme et de rectite dysentériforme firent songer à un abcès du foie. Une laparotomie médiane susombilicale mena jusqu'au péritoine, et sur la lèvre droite de l'incision, dans la gaine du grand droit, quelques gouttelettes de pus vinrent sourdre d'un abcès situé dans la gaine de ce muscle. Sans doute, la situation de la tumeur survenant après traumatisme, avec fièvre modérée, devait faire penser à une affection locale : sur un malade quelconque, l'erreur n'eût certes pas été commise, mais dans ce cas, les commémoratifs, souvent si utiles au diagnostic des abcès du foie, ont induit en erreur et éveillé l'hypothèse d'une hépatite par dysenterie et paludisme.

En pareil cas, on se basera sur l'évolution lente de la tumeur, sans réaction générale, consécutive à un traumatisme, sur sa forme allongée verticale, son siège exact, sa mobilité transversale souvent peu apparente, son indépendance des mouvements du foie pendant la respiration : tels sont les signes de l'abcès du grand droit.

La contracture de la paroi abdominale limitée au ventre supérieur du muscle droit a peu de valeur : elle se retrouve dans toute affection douloureuse du foie comme dans un phlegmon de la région. En rapport plutôt avec la douleur qu'avec la suppuration, elle manque souvent dans les abcès centraux ; Twining en faisait un bon indice de la présence du pus (3).

Dans la tumeur on peut faire une ponction que Sachs appelle akidopeirastique (4) ; on enfonce en un point suspect une longue aiguille et l'on s'arrête quand on suppose être dans le foyer. Alors de deux choses l'une : ou bien le bout externe de l'instrument bascule et fait des mouvements de pendule ; c'est que l'aiguille est dans un abcès du foie, et comme cet organe, adhérent à la paroi abdominale, suit les mouvements respiratoires, l'aiguille monte et descend

(1) Danlos. Th. de Paris, 1879.

(2) D'après quelques auteurs, le kyste hydatique non suppuré n'est douloureux que s'il est considérable ; M. Jaccoud pense, au contraire, que c'est le siège et non la dimension qui influe sur la douleur. (*Clinique de Lariboisière*, 1881.)

(1) Segond. *Traité de chirurgie*, t. VII.

(2) Broca. *Gaz. hebd.*, 1891, p. 474.

(3) Twining. *Maladies du Bengale*, 1832.

(4) Sachs. *Gaz. hebd.*, 1868 ; et Francoz. Th. de Paris, 1873.

avec le foie; ou bien le bout externe de l'instrument reste immobile; c'est que l'aiguille est entrée dans un foyer de la paroi; le muscle voisin ou siège de l'abcès ne se contracte pas, et l'instrument qui s'y trouve ne bouge pas davantage.

IX

Il est aux pays chauds une affection commune, qu'on a pu confondre avec l'hépatite suppurée : nous voulons parler de la *fièvre bilieuse*. Les deux maladies ont même aspect au début : même courbature, céphalalgie et rachialgie, révasserie et stupeur; mêmes symptômes gastriques; même hypertrophie du foie douloureux. Mais dans la fièvre bilieuse, la marche de la température est différente : c'est le type tierce, ou quotidien ou rémittent, et chaque accès amène une recrudescence des autres symptômes qui diminuent dans les intervalles. Cette fièvre, qui peut atteindre 41 degrés, n'a jamais l'allure continue, rémittente et régulière de l'abcès hépatique.

Les vomissements sont souvent bilieux et les selles parfois verdâtres, car le phénomène constant est l'hypersécrétion biliaire : aussi l'ictère est-il fréquent, beaucoup plus que dans l'hépatite (Kelsch et Kiéner).

L'accès de fièvre bilieuse peut s'accompagner d'hématurie ou d'hématémèse; enfin, il est modifié par le sulfate de quinine, qui atténue également l'hypertrophie de la rate.

A ces deux éléments importants du diagnostic (hypertrophie de la rate et efficacité de la quinine), il faut joindre l'examen du sang. On recherchera d'abord la leucocytose passagère, en cas de fièvre bilieuse, existant seulement au moment des accès : cette leucocytose est, au contraire, permanente dans l'abcès du foie comme dans toute suppuration. L'examen du sang sera complété par l'étude des éléments parasitaires, mais la recherche de ces hématozoaires est souvent délicate et difficile. On s'assurera également de la présence du pigment mélanique, qui apparaît au cours de l'accès fébrile, et siège dans le protoplasme des leucocytes et dans les hématozoaires que l'on regarde actuellement comme les agents de sa formation aux dépens de l'hémoglobine des hématies.

On ne confondra pas ce pigment mélanique du sang qui ne renferme pas de fer, avec le pigment ocre qu'on trouve dans les organes et non dans le sang des paludéens, qui renferme du fer et se rapproche ainsi du pigment de la cirrhose pigmentaire [Gilbert, Widal (1)].

X

Parmi d'autres affections pouvant simuler l'abcès du foie, nous citerons l'*hépatalgie*, les *coliques hépatiques*.

Sans doute, lorsqu'un accès de colique hépatique éclate franchement chez un malade ayant, depuis longtemps, des douleurs sourdes à la région du foie, que la douleur a tous les caractères classiques avec ses irradiations, accompagnée de vomissements et d'ictère, puis de ralentissement du pouls, parfois de souffle mitral ou tricuspide; enfin, de présence de boue calculeuse ou même de graviers dans les selles, le diagnostic s'impose. Mais il n'en va pas toujours ainsi. La colique fruste, avec un ictère inconstant, avec prédominance des accidents gastriques, une douleur siégeant à l'épigastre, aux lombes ou au mamelon, avec une toux sèche, une congestion pulmonaire de la base droite et une légère hypertrophie du foie, peut donner le change et simuler un abcès du foie.

La fièvre même trompera : tantôt violent accès, unique, avec grand frisson : c'est la fièvre hépatalgique de M. Charcot; tantôt c'est le type intermittent plus fréquent chez les femmes déjà vieilles, étudié par MM. Charcot et Regnard : ce dernier type apparaît plutôt le soir; sa marche est chronique avec des rémissions souvent prolongées.

Dans la lithiase biliaire, l'examen des urines dénote une diminution de l'urée dans la fièvre intermittente hépatique, chaque fois que la température augmente [Regnard (1)]. Or, dans l'abcès du foie existe la même diminution; seulement elle est permanente, puisque le champ de l'uropoièse est amoindri; elle peut tenir aussi à la nutrition défectueuse et à l'affaiblissement progressif du patient.

En somme, une fois connus les antécédents, l'âge et le sexe du malade (plutôt femme âgée), après inspection de la région et recherche de la vésicule biliaire, on fera une analyse de l'urine pour en étudier les variations de l'urée et un examen minutieux des selles, souvent décolorées, que l'on passera au tamis sous un mince filet d'eau. Tous ces éléments sont nécessaires pour distinguer la colique hépatique fruste de l'abcès du foie.

XI

Faut-il parler encore de la *fièvre récurrente chronique*, avec pseudo-leucémie [Ebstein (2)], où les accès fébriles durant plusieurs jours sont séparés par des périodes apyrétiques durant aussi plusieurs jours; où l'hypertrophie du foie peu marquée s'accompagne de splénomégalie et d'adénie fréquente? L'étude des commémoratifs, la marche de la température et les ponctions exploratrices dans le foie pourront dissiper les doutes.

Nous ne parlerons pas davantage des autres affections qui ont pu être confondues avec les abcès du foie : pneumonie et tuberculose pulmonaire chronique, abcès du rein, pyélonéphrite calculeuse, hydronéphrose, cancer de l'estomac, anévrysme de l'aorte abdominale, abcès par congestion; pancréatite aiguë; fièvre typhoïde, tuberculose aiguë; phlegmon sous-péritonéal de la région hépatique, cholécystite suppurée; cirrhoses et cancer du foie. Ces erreurs sont trop exceptionnelles et nous en avons déjà fait l'étude.

Pour ne rien omettre, il nous faut signaler les cas où l'abcès du foie a évolué sans symptômes, est demeuré latent et fut une trouvaille d'autopsie, ceux encore où il resta masqué par une maladie intercurrente [Andral (3)].

Mais il ne suffit pas de reconnaître l'existence d'un abcès du foie, il en faut rechercher la cause, le nombre, le siège, le volume et même la variété.

XII

Diagnostic de la cause. — Aux pays chauds la cause la plus commune est la dysenterie, aidée par l'influence des

(1) Gilbert. Séméiologie du sang, *Traité de médecine*, t. II, p. 475. — Widal. Paludisme, *Idem*, t. I, p. 859.

(1) Regnard. Th. de Paris, 1879.
(2) Ebstein. *Berl. klin. Wochens.*, 1887.
(3) Andral. *Clinique médicale*, t. II, 1834.

grandes chaleurs ou des variations brusques de température sur des gens alcooliques, surmenés ou exposés aux intempéries. L'action de la malaria a été niée; cependant, Demmler a montré récemment que, souvent au Tonkin, on ne trouvait dans l'hépatite suppurée aucune trace de dysenterie antérieure ou concomitante (1). Dans nos pays, l'étroite parenté des abcès hépatiques et de la dysenterie est aussi nette qu'aux pays chauds, que le malade revenu des colonies soit atteint d'une récidive de dysenterie tropicale ou qu'il y ait seulement diarrhée nostras (2). Si ce facteur étiologique fait défaut, on recherchera les ulcérations des voies digestives : lésions gastriques [cas d'Andral, Louis, Murchison (3)], ulcérations de typhlite ou appendicite [Netter (4), Bettelheim (5)], ou altérations intestinales de la fièvre typhoïde. Arnaud a même cité un cas d'abcès du foie consécutif à une rectite par pédérastie passive (6).

Les ulcérations tuberculeuses restent en dehors de cette catégorie, sans doute à cause des oblitérations vasculaires qu'elles déterminent (Chauffard).

Aux causes précédentes d'abcès du foie, il faut ajouter les calculs intra-hépatiques avec angiocholite suppurée et abcès souvent multiples, parfois uniques et volumineux [cas de Singer, Defontaine (7)], et aussi les corps étrangers [épingles avalées et retrouvées dans le pus de l'abcès [Wasdale] (8), lombrics qui gagnent le foie par le canal cholédoque et se font bactérifères en raison de leur origine intestinale (9)].

Enfin, l'hépatite suppurée peut être causée par un traumatisme local : une quinzaine de cas en sont connus (10).

Le nombre des abcès du foie est très variable, pourtant les abcès de l'hépatite dysentérique sont plutôt en petit nombre et volumineux. Rarement on trouve plus de deux ou trois foyers, un seul dans les trois quarts des cas : particularité importante qui établit une différence considérable entre les abcès tropicaux et les métastatiques, toujours multiples. Cette multiplicité modifie le pronostic; seulement il n'est guère possible de la reconnaître. Cependant, quand un abcès a été ouvert, que le pus s'en évacue aisément et que, sans complications éloignées, la fièvre ou la diarrhée ne diminuent ou ne disparaissent point, on doit craindre un second foyer, le rechercher et l'ouvrir au plus vite.

Le siège n'est pas très variable; dans les deux tiers des cas, l'abcès se trouve dans le lobe droit, à sa face convexe; chez un quart des malades c'est le lobe gauche qui est envahi; le lobe de Spigel est rarement atteint. Le foyer purulent n'y est presque jamais cortical d'emblée, au contraire des abcès par infection purulente, où les infarctus, dans le foie comme dans les autres viscères, siègent à la périphérie, c'est-à-dire sous la capsule de Glisson (Rendu), de sorte que, si l'aiguille exploratrice y rencontre le pus à une petite profondeur, presque à la surface de l'organe, on en peut conclure que la collection est volumineuse.

Pour déterminer la situation de l'abcès, on se basera sur le siège et les caractères de la douleur, sur la prédominance des signes thoraciques ou abdominaux, enfin, sur la ponction; mais ces éléments de diagnostic sont souvent fort tardifs.

Si l'abcès siège à la face convexe, les signes sont plutôt thoraciques : anxiété respiratoire, parfois parésie du diaphragme, toux sèche, congestion pleuro-pulmonaire voisine, douleur irradiée à l'épaule droite; la ressemblance est plus grande avec la pleurésie diaphragmatique suppurée et l'abcès sous-phrénique.

Si la face concave est envahie, les accidents sont plutôt abdominaux : douleurs irradiées, surtout au-dessous des côtes, vers l'ombilic et la région lombaire; dyspnée moins fréquente, ictère moins rare.

Si l'abcès est au bord antérieur, modifications du foie perceptibles à la vue et à la palpation; œdème plus localisé et apparent, fluctuation plus nette; ressemblance plus grande avec une affection de la vésicule biliaire ou une collection purulente de la paroi abdominale.

Si à la partie la plus postérieure du foie, signes moins nets, douleur profonde et sourde, irradiant vers la région sacrée, comme dans l'hépatite dont V. Jacquemont mourut à Bombay en 1832.

Dans le lobe de Spigel, l'abcès produirait du hoquet et des vomissements et la douleur serait plus limitée à l'épigastre (Mac Lennan).

Est-il possible d'évaluer le *volume* d'un abcès du foie? Dès qu'une collection renferme 200 grammes de pus, elle rendrait appréciables l'augmentation de volume et les déformations de la région. Mais il faut savoir que, dans certains abcès latents, on peut avoir une diminution de l'organe. En tout cas, la profondeur où l'aiguille exploratrice rencontre la poche peut en faire apprécier le volume ou du moins la grande capacité : nous en avons vu la raison.

On a signalé des abcès où tout le lobe droit n'était plus qu'une vaste poche, limitée par une mince couche de tissu hépatique. M. Ferron a pu évacuer d'une poche 2800 grammes de pus (1), et Lepidi Chioti, dans un cas, 3700 grammes (2).

Quant à la *variété*, peut-on reconnaître si l'abcès est phlegmoneux ou fibreux? D'après Kelsch et Kiener (3), les abcès phlegmoneux ont une marche rapide, un volume plus considérable, des réactions locales et générales plus marquées : les abcès fibreux, plutôt multiples, ont une évolution plus lente et insidieuse, avec symptômes locaux obscurs et vagues, marasme hectique et phénomènes typhoïdes : leur pronostic est beaucoup plus sévère et leur traitement moins favorable.

Enfin il est des *abcès latents* qu'il est parfois impossible de déceler, sans signes locaux, sans douleurs et sans fièvre, qui n'attirent l'attention que tardivement; et l'on se dispose à les évacuer au moment même où ils se révèlent nettement par une irruption au dehors, ou dans une cavité voisine, ou dans un autre organe.

XIII

Quels sont donc les *modes d'évolution* des abcès du foie? C'est là un chapitre intéressant de leur diagnostic, puisque

(1) Demmler. *Progrès méd.*, 1891, p. 361.
(2) Ce sont les cas de Bourdon (Soc. anat., 1839), Béhier, Hayem (Soc. anat., 1869), Gestin, Schmidt.
(3) Murchison. *Trans. of the pathol. Soc. of London*, 1867, p. 145.
(4) Netter. Soc. clin., 1882.
(5) Bettelheim. *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, 1889.
(6) Arnaud. *Marseille méd.*, 1887.
(7) Defontaine. *Rev. de chir.*, 1890, p. 599.
(8) Wasdale. *The Lancet*, 1868, t. II.
(9) Davaine. *Traité des entozoaires*, 1860.
(10) Goodwin. *Brit. Med. Journ.*, 1864.

(1) Ferron. *Gaz. des sc. méd. de Bordeaux*, 1887, p. 94.
(2) Lepidi Chioti. *Il Morgagni*, 1880, t. XXII, p. 564.
(3) Kelsch et Kiener. Loc. cit., p. 251.

c'est parfois le seul accident qui fasse reconnaître leur existence.

En certains cas, le pus peut se frayer un chemin cutané : l'imminence d'une *ouverture par la peau* s'annonce par un empâtement local progressif, un œdème plus marqué, une rénitence plus nette, puis de la fluctuation, la rougeur et l'ulcération des téguments. Parfois le pus n'apparaît sous la peau qu'après un long trajet et vient se faire jour entre les muscles du dos et des lombes, aux cuisses, le long du thorax, à l'échancrure sternale, à l'ombilic, au pli de l'aîne : on peut croire à un abcès froid, à un abcès par congestion [Marroin (1)]. On a signalé récemment un cas d'ouverture spontanée dans le dixième espace intercostal (2).

L'issue la plus fréquente se fait par les *voies respiratoires*, soit dans la plèvre, soit plus souvent dans le poumon et les bronches.

Dans la cavité pleurale, l'ouverture du foyer peut être brusque ou progressive : si brusque, douleur déchirante et symptômes de pleurésie suraiguë, mortelle en quelques heures [Thompson (3)] ; si lente, au contraire, peu de réaction, pleurésie insidieuse comme toute phlegmasie propagée de séreuse.

Dans ce mode d'évacuation, la localisation initiale de la douleur et ses irradiations rappellent la pleurésie diaphragmatique : le frisson manque rarement, il suit l'apparition de la douleur et ne la précède pas comme dans la pleurésie ordinaire : ce signe n'est pas sans importance pour distinguer une simple pleurésie diaphragmatique d'une pleurésie par perforation. La dyspnée est extrême : toute la portion droite du diaphragme est immobilisée et la respiration exclusivement costale ; cette paralysie soudaine d'une moitié du diaphragme est encore un signe utile au diagnostic. Enfin la rapidité avec laquelle se développent ces grands épanchements est digne de remarque : dans certaines formes aiguës de l'empyème primitif, l'épanchement peut remplir la plèvre en quelques jours, mais la douleur est moins violente et moins subite [Bouveret (4)].

Donc, douleur vive et soudaine, frisson qui la suit, paralysie brusque d'une moitié du diaphragme et formation rapide d'un grand épanchement : tels sont les quatre signes annonçant l'irruption du pus dans la plèvre.

Mais de la cavité pleurale, le pus hépatique peut gagner le poumon par un travail ulcératif secondaire [Peacock (5)] ; cependant il se porte plutôt du foie directement dans le poumon et les bronches. Il se fait alors une soudure progressive du foie, du diaphragme, de la plèvre et du poumon et quand le pus se fait jour lentement, une caverne se forme qui donne les signes d'une tuberculose avancée.

Que si l'irruption est brusque, l'évacuation par vomique est imminente, annoncée par un foyer broncho-pneumonique à la base droite, une haleine fétide et des crachats sanguinolents. La vomique fait rejeter au patient un pus rougeâtre, lie de vin, grumeleux : on dirait d'épais chocolat où flottent quelques lambeaux de tissu jaunâtre. Cette vomique est à distinguer de la vomique hydatique où le pus craché du foie renferme des crochets, et surtout de la vomique pleurale au pus souvent verdâtre, et dont l'apparition plus dramatique fut longtemps précédée de phénomènes thoraciques, puisqu'elle succède ordinairement à une pleurésie enkystée (interlobaire ou diaphragmatique). On ne la confondra pas davantage avec des vomissements purulents, consécutifs à la rupture d'un abcès du foie dans l'estomac.

Parfois le pus de la vomique contient de la bile qui donne à l'haleine une fétidité toute spéciale.

Puis la tumeur hépatique s'affaisse, les symptômes généraux s'atténuent, mais on entend persister à la base du poumon des signes cavitaires. Gabriel a cité récemment un cas de guérison par vomique (1).

Si le pus s'élimine *par l'intestin*, par le côlon surtout, l'issue est assez favorable et l'on observe, après quelques coliques sourdes, une exacerbation des douleurs, puis un malaise général, bientôt suivi d'une détente et d'une débâcle purulente dans les selles (2). Le pus mêlé au contenu de la première portion de l'intestin (duodénum par exemple) arrive dans les fèces tellement modifié qu'il est méconnaissable (3). Chez un malade de M. Kirmisson, ce fut le contenu de l'intestin qui s'évacua dans l'abcès du foie et vint souiller le pansement.

L'abcès peut s'ouvrir *dans l'estomac* : alors des matières purulentes sont rejetées dans les efforts de vomissements avec les aliments et non plus comme dans une vomique au milieu d'une quinte de toux ; mais parfois le pus n'est pas évacué par la bouche : il passe par l'intestin dans les gardes-robes où il peut rester méconnu.

Dans le péritoine, la rupture peut se faire instantanée et l'évacuation abondante ; alors une péritonite aiguë survient, rapidement mortelle : la réaction provoquée dépendra de la virulence du pus épanché, car ce pus peut être aseptique et se laisser tolérer par la séreuse.

Parfois c'est une péritonite par propagation qui se déclare, sans réaction générale, ni douleur, ni météorisme, mais avec petitesse du pouls et souvent hypothermie [Foiret (4)]. Enfin si des adhérences s'opposent à l'irruption du pus, une collection purulente se forme, s'enkyste et reste latente pour s'ouvrir quelquefois dans un viscère voisin ou produire lentement des accidents généraux.

Nous signalerons seulement quelques autres modes d'évacuation, fort rares, dans le péricarde, les voies biliaires, les troncs veineux du foie et les voies urinaires.

Telles sont les évolutions diverses d'un abcès du foie : on sait leur importance, puisque l'abcès, parfois, ne se révèle pas autrement. Ce sont souvent de véritables complications pour le malade, soulagé, il est vrai, d'une façon passagère, mais dont la guérison spontanée en cette occurrence est absolument exceptionnelle. Aussi faut-il opérer quand même et le plus tôt possible.

XIV

Le *traitement des abcès du foie* a été fort bien étudié ici même par M. Defontaine [du Creuzot (5)] : nous n'en parle-

(1) Marroin. *Arch. gén. de méd.*, 1862, t. II, p. 568.
(2) Menocal. *Revista de cienc. med. de la Habana*, 1892.
(3) Thompson. *Brit. Med. Journ.*, février 1867.
(4) Bouveret. *Traité de l'empyème*, 1888.
(5) Peacock. *Med. Times and Gaz.*, nov. 1867.

(1) Gabriel. *The Lancet*, 1891, t. I, p. 1149.
(2) J.-L. Petit le fils. *Mém. de l'Acad. roy. de chir.*, 1753, t. II, p. 45.
(3) Dowel. *Assoc. Med. Journ.*, 1855.
(4) Foiret. Th. de Paris, 1870.
(5) Defontaine. Traitement des abcès du foie, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1888, p. 533.

rons donc pas, nous contentant seulement de donner ici les conclusions de notre thèse :

1° Une fois l'existence d'un abcès du foie soupçonnée ou reconnue, une ponction exploratrice sera faite en un point de la région hépatique qui présente le plus de fluctuation, d'empâtement, de saillie ou seulement de douleur. On répétera la ponction en différents points et à diverses profondeurs, jusqu'à ce que la présence ou l'absence du pus soit bien démontrée.

2° L'abcès révélé et localisé sera largement ouvert et au plus vite.

3° S'il proémine surtout au-dessous du rebord des côtes, dans l'abdomen, et qu'on le soupçonne à la périphérie du foie, on pourra, dans l'espoir de trouver des adhérences péritonéales, employer la méthode de Little : ponction exploratrice et nullement évacuatrice, puis, sur le trocart explorateur, incision d'un seul coup de la paroi abdominale, du péritoine et du foie jusqu'à l'abcès, sur une étendue de 6 à 8 centimètres, évacuation du pus : lavages, double drain et pansement antiseptiques.

4° Que si l'on doute des adhérences ou de leur solidité, il vaut mieux inciser la paroi abdominale, couche par couche, et s'assurer directement de ces adhérences. Si elles n'existent pas ou semblent peu résistantes, la prudence commande de ponctionner l'abcès pour en évacuer le contenu, de suturer la séreuse en collerette au tissu même du foie, et d'ouvrir enfin largement la poche purulente : lavages, double drain et pansement antiseptiques.

5° Que si l'abcès bombe dans la cavité thoracique, on pourra, comme précédemment, employer la méthode de Little, et par un espace intercostal, fendre d'un seul coup plèvre, diaphragme, péritoine sous-jacent et tissu hépatique jusqu'à l'abcès.

Si le siège de l'abcès semble profond et que des adhérences pleurales ne paraissent pas certaines, la méthode transpleuro-péritonéale est plus sûre, mais plus compliquée : incision lente de l'espace intercostal, résection d'une ou deux côtes adjacentes sur une étendue de 5 à 6 centimètres, puis incision des deux feuillets pleuraux qu'on adosse et suture l'un à l'autre, section du diaphragme et découverte du foie ; évacuation du pus, puis suture du tissu hépatique au péritoine et au diaphragme ; enfin large ouverture de l'abcès : lavages, double drain et pansement antiseptiques.

6° Pour aborder la face convexe du foie, il serait possible de remplacer la méthode précédente par celle de M. Lannelongue : résection du bord inférieur du thorax.

7° Dans des cas exceptionnels où l'abcès est central et proche du gros intestin, on pourrait, par une laparotomie, aboucher le foyer hépatique dans le côlon (hépatocolostomie).

8° D'autres fois, si l'abcès est profond et postérieur, on pourra l'aborder par la voie lombaire, comme on fait un kyste hydatique postéro-inférieur du foie.

9° Si l'abcès se faisait jour dans une cavité ou un viscère voisins, il faudrait l'ouvrir quand même par une des méthodes précédentes.

10° Le traitement des divers modes d'évolution varie suivant les organes envahis par le pus hépatique (incision d'abcès péri-néphrétique, pleurotomie, ponction du péricarde et péricardotomie, pneumotomie).

11° La carie costale, consécutive à une fistule persistante, exige une résection de la portion de côte malade et une large ouverture du foyer voisin.

12° Enfin, si la fistule est entretenue par un défaut de rétraction des parois du thorax et des parois de l'abcès, on devra mobiliser la paroi thoracique par une thoracoplastie.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

38. M. Le Hénaff. Étiologie des maladies des voies lacrymales. — 39. M. Aubert. Contribution à l'étude des érythèmes de la région fessière chez les enfants en bas-âge. — 40. M. Noblet. De l'ictus émotionnel dans la pathogénie des affections cardiaques. — 41. M. Nègre. De l'hydrorrhée dans les fibromes utérins. — 42. M. Dufilh. Complications articulaires des amygdales aiguës. — 43. M. Duffau-Lagarrosse. De l'intervention chirurgicale dans la péritonite aiguë diffuse. — 44. M. Traonouez. Contribution à l'étude du traitement des varices des membres inférieurs et de leurs complications par la compression. Supériorité de la compression par une bande élastique. — 45. M. Nouailles. Contribution à l'étude du traitement chirurgical des appendicites. — 46. M. Poumayrac. Étude sur les hypertrichoses. — 47. M. Brugère. Contribution à l'étude des pseudo-méningites hystériques (symptomatologie et diagnostic). — 48. M. Masny. Contribution à l'étude de l'histologie et de l'étiologie du liséré de Burton. — 49. M. Jourdran. Des principales formes de septicémie puerpérale observées dans le service d'isolement de la Maternité de Pellegrin et de leur traitement. — 50. M. Hernandez. Contribution à l'étude de la mort apparente. — 51. M. Lairac. Des rapports de la menstruation avec les états morbides à l'époque de la première éruption des règles. — 52. M. Carbonel. Du traitement des métrites par le chlorure de zinc en solution.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le professeur Peter est nommé membre honoraire du Comité consultatif d'hygiène publique de France.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Sonrier, un de nos plus anciens et fidèles collaborateurs. Notre confrère avait pris sa retraite de médecin principal de première classe à Poussay, où il vient de succomber dans sa soixante-seizième année.

De la responsabilité criminelle, par le docteur E. Cabadé. 1 vol. in-12. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Les applications de l'anthropologie criminelle, par Cesare Lombroso, professeur de psychiatrie et de médecine légale à l'Université de Turin. 1 vol. in-12. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Félix Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 16. — MARDI 7 FÉVRIER 1893. 66e ANNÉE. MARDI 7 FÉVRIER 1893. — N° 16.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : **30 c.**

Paris, le 6 février 1893.

« La mort de M. Horteloup laisse vacant le service de Civiale à l'hôpital Necker, et il serait, paraît-il, question de transporter ailleurs les salles affectées, par le créateur de la lithotritie, au traitement des maladies des voies urinaires.

Nous n'avons pas ici à nous faire l'écho des raisons qu'on peut en donner; il en est une qui suffit, c'est l'intérêt, pour la population parisienne, de trouver, des deux côtés de la Seine, un service spécial à ces sortes de maladies. Mais, à la réunion des chirurgiens des hôpitaux, tenue mercredi, après la Société de chirurgie, il y aurait eu une discussion un peu longue, de laquelle il résulterait que le transport du service de Civiale dans un autre hôpital serait bien accueilli. Les salles, occupées aujourd'hui par les urinaires, seraient rendues à la chirurgie générale. Mais où placer, sur la rive droite, ce service d'urinaires? A Saint-Louis, répond-on. Mais aucun des chirurgiens titulaires de cet hôpital, pas plus que d'aucun autre, ne consentira à cette transformation de son service, d'où la nécessité qui s'impose d'affecter une salle spéciale à ce nouveau service. »

C'est en ces termes que s'exprime l'*Union médicale*, pour annoncer cette translation du service de Civiale quelque part, en un point indéterminé, mais qui sera hors de Necker, son berceau d'origine.

Ce petit entrefilet, modestement relégué à la dernière page, avec les nouvelles diverses, paraît sans importance d'aucune sorte. Notre confrère ne vient pas se faire « l'écho des raisons qu'on peut donner », une seule lui suffit: l'intérêt des malades.

Comme nous l'approuverions sans réserve, si l'intérêt des malades était en jeu! Mais plus curieux que lui, nous nous demandons quelles sont les raisons dont il ne veut pas se faire l'écho. Ces raisons les voici : Depuis longtemps, l'hôpital Necker, grâce à l'activité de l'un de ses chirurgiens, est devenu le centre incontesté où se dirigent tous les « urinaires ». La Faculté a récompensé les travaux de ce chirurgien, dont l'habileté est universellement reconnue, en lui créant une chaire de clinique spéciale, affectée exclusivement aux affections des voies urinaires. Mais, cette création comportait, de la part du titulaire, l'abandon d'un petit service créé par Civiale; service qui fut séparé de celui de la Faculté et maintenu à Necker, après le vote des chirurgiens des hôpitaux, vote ratifié par le Conseil de surveillance et approuvé par le directeur de l'Assistance publique.

Le titulaire de ce nouveau service fut le docteur Horteloup, dont nous venons de déplorer la mort prématurée.

Notre regretté confrère n'est pas encore remplacé dans son service; chacun s'en étonnait. Il y avait une raison, c'est que l'*on* cherchait à transporter ailleurs ce service de Civiale et à l'exiler de Necker. Pourquoi? D'où vient l'initiative? Est-ce du directeur de l'Assistance publique? Ceux qui sont au courant des dessous de la question savent très bien que l'administration ne prendra jamais d'elle-même l'initiative d'une pareille réforme. Mais alors d'où? *That is the question?*

N'insistons pas sur ce point un peu délicat; nos lecteurs comprendront notre réserve. Mais ce que nous pouvons dire, c'est que *l'intérêt des malades n'est nullement en jeu.*

Sans doute, aujourd'hui, on va trouver mille bonnes raisons pour démontrer cet intérêt supérieur qui commande la translation du service de Necker dans un autre hôpital. Nous les entendrons ces raisons, on va les crier sur les toits. Aveugles étaient les chirurgiens, quand ils demandaient autrefois le maintien du service de Civiale à Necker, clairvoyants aujourd'hui ceux qui en demandent le transfert. Nous nous avouons vaincus d'avance. Est-il admissible que de chaque côté de la Seine, il n'y ait pas un service des voies urinaires! Vraiment, nous ne savons comment les choses ont pu aller de la sorte jusqu'en 1893.

La nécessité s'impose de transporter sur une autre rive le service que Civiale fonda sur la rive gauche. Nous ne voulons pas discuter, la chose est accordée, jugée d'avance, on en a parlé tout bas, les bruits se sont colportés à l'oreille, le terrain a été merveilleusement préparé, la chose est arrangée, et bien qu'aucun vote n'ait été émis, soyez persuadés que l'arrêt d'expulsion est d'ores et déjà signé et que la fondation Civiale va traverser les ponts!

Nous négligerions volontiers ces petites questions d'intérêts particuliers, si l'intérêt général n'était pas plus en jeu qu'il ne le paraît. Nous voyons bien le service Civiale quitter l'hôpital Necker, mais nous ne voyons pas où il ira. Et c'est là la vraie question. Où mettrez-vous ce service, demanderons-nous au directeur de l'Assistance publique? Votre intention, sans qu'on sache comment, s'est déjà fait con-

naître : rien d'officiel, mais des bruits habilement mis en circulation, et d'avance exploités.

L'administration ne veut pas créer un service nouveau, un service autonome, avec son organisation spéciale, un véritable service des voies urinaires — création qui légitimerait tout et arrêterait net les soupçons. Non, le service de Civiale n'existera plus, tel qu'il existait cette année dernière : on va le réduire, le diminuer, l'anéantir.

On ajoutera dans un service quelconque, ayant son organisation propre, une salle d'urinaires. Cette salle n'a pas besoin d'être grande, toute petite au contraire; ce serait une annexe, un petit diverticule du grand service, un rien. En d'autres termes, le service de Civiale serait enterré, n'existerait plus. On demande deux services des voies urinaires, séparés, distincts, éloignés, surtout éloignés. Il n'y en aura plus qu'un en réalité.

Dans ce cas, nous cherchons où peut être l'intérêt des malades.

M. Raymond a fait, à la Société médicale des hôpitaux (3 février), une très intéressante communication sur une forme d'atrophie musculaire progressive, survenue chez d'anciens syphilitiques. Les malades qu'il a observés sont au nombre de quatre. Trois sont morts, l'autopsie de l'un d'eux a été faite complètement et M. Raymond montre de très beaux dessins se rapportant aux lésions médullaires. L'autopsie des deux autres sera faite également, l'une par M. Déjerine, l'autre par M. Raymond. Le quatrième malade est amené devant la Société.

Voici comment se présente, en clinique, cette atrophie musculaire progressive. Tout d'abord surviennent, dans les muscles de la main, des douleurs bientôt suivies de parésie, puis d'atrophie. C'est le sort successivement des masses musculaires, de l'avant-bras, du bras, de l'épaule, des muscles de la nuque, des gouttières vertébrales, des parois thoraciques, avec certaines irrégularités de marche pour chacun des sujets. En somme, l'évolution est à peu près, par sa répartition et sa rapidité, celle que l'on attribuait au type Aran-Duchenne. Cependant il est à noter que, dans le type Aran-Duchenne, les douleurs n'étaient pas signalées.

L'existence de névrites périphériques aurait pu expliquer l'apparition de ces douleurs. On sait que les polynévrites généralisées peuvent donner lieu à une atrophie musculaire également généralisée.

Dans le cas dont il a fait l'autopsie, M. Raymond a trouvé de la méningite spinale et de la myélite diffuse prédominante, surtout dans la substance grise des cornes antérieures, dont les grandes cellules ont disparu dans une large mesure. Cette lésion des cornes antérieures peut expliquer l'atrophie des muscles, et la méningite les douleurs éprouvées.

Chose particulière, c'est au pourtour des vaisseaux, des artérioles de la moelle, que ces lésions se sont surtout développées. Or il s'agissait, on l'a vu, d'individus syphilitiques de longue date, et c'est sans doute à l'imprégnation syphilitique qu'il faudrait rapporter les lésions des vaisseaux et les lésions consécutives de la moelle. Il s'agirait là de lésions spécifiques tardives, rebelles au traitement; le mercure et l'iodure de potassium, employés à dose élevée, n'ont, en effet, donné aucun résultat.

Il y a donc dans cette communication deux choses : la description d'un type clinique d'atrophie musculaire progressive qui ne diffère du type Aran-Duchenne que par les douleurs qui précèdent l'atrophie, et la relation que tend à établir M. Raymond entre la syphilis et les lésions médullaires cause de l'atrophie musculaire. Les artères de la moelle, et en particulier le système des artérioles qui se distribuent aux cornes antérieures, seraient le siège d'une artérite syphilitique. Nous attendons avec curiosité le résultat des deux autres autopsies en voie d'exécution.

Un malheureux notaire voit l'un de ses confrères succomber à des accès d'angine de poitrine. Il prend peur devant ce spectacle dramatique, il se figure qu'il est lui-même destiné à périr de la même façon. Bientôt il éprouve des crises douloureuses derrière le sternum, dans l'épaule; plus de doute, c'est l'angine tant redoutée! Un médecin commet la légèreté de lui déclarer qu'il s'agit bien d'angine de poitrine, et il le met au traitement par l'iodure. Le malheureux hypocondriaque n'a plus aucun repos. A-t-il ou n'a-t-il pas d'angine de poitrine, sans cesse il rumine cette question; les affirmations de M. Huchard, qui rapporte cette histoire, ne suffisent pas pour le rassurer. Il rentre chez lui poursuivi par la même obsession, et, le lendemain, se brûle la cervelle. Ce malade était un névropathe héréditaire; il s'agit donc, dit M. Huchard, d'un cas d'hypocondrie à forme angineuse, et dans ce cas, il était facile, d'après lui, de faire, même à distance, le diagnostic de fausse angine de poitrine, car les accès douloureux ne reconnaissaient pas pour cause occasionnelle l'effort ni la marche. Ils naissaient spontanément, sans raison appréciable, ce qui est caractéristique de l'angine bénigne, de la fausse angine de poitrine.

MM. Raymond et Séglas font remarquer que ce malade était un dégénéré héréditaire, avec obsession, et angoisse suffisante pour l'amener au suicide. L'angine de poitrine était ici le motif de l'obsession, c'eût été tout aussi bien la crainte du tabes ou de toute autre maladie. Ces faits sont bien connus des aliénistes.

Mais l'angine de poitrine ne peut-elle pas être considérée ici comme une de ces douleurs fixes, une de ces « algies » observées en particulier chez les neurasthéniques, et qui paraissent dépendre surtout d'un état psychique? Ces douleurs fixes, suivant qu'elles siègent aux membres, dans le bassin, au creux épigastrique, etc., peuvent devenir le point de départ d'interprétations erronnées, d'erreurs de diagnostic et d'interventions fautives. Ces faits, encore peu connus, ont, en clinique, un grand intérêt; ils ne sont pas moins intéressants au point de vue théorique et philosophique. Nous aurons, du reste, l'occasion d'y revenir la semaine prochaine, à propos d'une autre communication annoncée par M. Huchard sur « les algies centrales » des neurasthéniques.

LES ALCALINS DANS LE TRAITEMENT DE LA DYSPEPSIE (1)

Par le docteur Albert MATHIEU,
Médecin des hôpitaux.

II

Dans un article précédent, il a été question des alcalins donnés à dose élevée, dans le but de saturer l'acidité gastrique. La conséquence de cette médication est de

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 59.

diminuer beaucoup, sinon de supprimer complètement la digestion chlorhydro-peptique. La transformation des substances amylacées sous l'influence de la salive se trouve, au contraire, probablement augmentée. Que l'estomac cesse de digérer les substances azotées, cela n'a rien de dangereux pour la nutrition générale, si la peptonisation peut se faire dans l'intestin dans des proportions suffisantes; les effets excellents du gavage par la poudre de viande fortement alcalinisée en donnent chaque jour la preuve. L'estomac cessant de digérer cesse de se digérer lui-même, ce qui est parfait dans l'ulcère simple. Aujourd'hui, nous voudrions donner quelques indications sur le mode d'action et le rôle thérapeutique possible des alcalins donnés à doses faibles. Ici, nos connaissances sont plus incomplètes encore que pour les doses élevées, mais on possède cependant des données en quelque sorte préliminaires. C'est encore avec le bicarbonate de soude que les recherches ont été entreprises et c'est surtout de lui qu'il sera question.

Nous entendons par faibles doses de bicarbonate de soude celles qui ne dépassent pas 5 à 6 grammes par jour. Mais la dose n'est pas seulement à considérer, il faut aussi envisager l'heure de l'administration par rapport aux repas : c'est là une circonstance d'une importance primordiale.

Des expériences anciennes avaient déjà montré l'augmentation de la sécrétion du suc gastrique et de son acidité sous l'influence de doses minimes de bicarbonate de soude prises avant le repas. De faibles doses (0gr50), données à jeun, amèneraient la sécrétion d'une quantité exagérée d'acide, d'après Blondlot et Cl. Bernard, dont les recherches à ce point de vue ont été bien souvent citées. Leurs conclusions ont été confirmées par Rabuteau et Ritter. D'après la théorie, il y aurait production, au contact du suc gastrique, d'une certaine quantité de chlorure de sodium et d'acide carbonique, résultant de l'action de l'acide chlorhydrique sur le bicarbonate de soude, et le sel et le gaz exciteraient la muqueuse.

Des doses faibles de bicarbonate de soude (1 à 3 grammes), données au commencement même du repas, ralentiraient au début le processus de chloro-peptonisation : la chose est certaine *a priori*. Pour Herzen, il y aurait tout d'abord, en cas semblable, neutralisation du suc gastrique; mais plus tard, la sécrétion étant excitée, l'acidité deviendrait supérieure à la normale. Le résultat terminal serait donc très analogue à celui qu'on obtient en donnant le sel alcalin à jeun.

Il serait extrêmement important de reprendre ces recherches d'une façon méthodique et suivie, chez l'homme, en se servant, pour l'analyse, du procédé Winter, si supérieur à tous les autres. Malheureusement, il s'agit là d'études longues et minutieuses qui réclament beaucoup, beaucoup de temps pour être menées à bien et pour donner des résultats que l'on puisse considérer comme définitifs.

M. Gilbert a du reste commencé sur ce sujet des recherches intéressantes dans le laboratoire de thérapeutique de la Faculté (1). En voici l'exposé. Les expériences ont été faites sur un chien pourvu d'une fistule stomacale.

Les chiffres fournis par l'analyse du contenu de l'estomac ne sont pas sensiblement différents pour la digestion de la viande pure, lorsqu'il a été bu de l'eau pure ou une eau faiblement alcaline, comme l'eau de Vichy (5 grammes de bicarbonate de soude pour 1000). Pas non plus de changement appréciable dans le chimisme stomacal, l'eau étant donnée une demi-heure avant la viande. Si elle est, par exemple, donnée une heure avant, il semble y avoir excitation de l'estomac et exagération des sécrétions de la muqueuse. Il y a, au contraire, atténuation, diminution de cette sécrétion, abaissement du taux du chimisme gastrique, lorsque l'eau alcaline est donnée après la viande.

Il semble donc ressortir nettement de cette expérience, que, comme l'avaient déclaré déjà Claude Bernard et Blondlot, les faibles doses administrées un certain temps avant le repas ont un rôle véritablement chloropeptogène et eupeptique.

Cela correspond bien, du reste, à ce que l'on peut voir chez des dyspeptiques atoniques après une cure alcaline dirigée dans ce sens.

Les malades chez lesquels la production de l'acide chlorhydrique dans l'estomac se trouve diminuée sont, le plus souvent, des malades qui ont en même temps une certaine tendance à l'atonie motrice gastro-intestinale. L'atonie sécrétoire et l'atonie motrice sont souvent concomitantes et parallèles. Il convient donc d'exciter la fibre musculaire lisse en même temps qu'on excite la sécrétion de la muqueuse.

Pour cela, il est indiqué de donner de l'eau alcaline chaude à jeun, un certain temps avant le repas. L'eau chaude agit sur les tuniques musculaires et le bicarbonate sur l'élément glandulaire. On sait, en effet, que la chaleur est un excitant puissant des fibres musculaires lisses, de là l'usage des applications et des injections chaudes contre les hémorragies. Des expériences directes (Rossbach) ont montré du reste l'influence excitante de l'eau chaude sur le système musculaire de l'estomac.

Il est donc très logique ainsi de procéder de la façon suivante, en apparence contradictoire. Donner de l'eau alcaline chaude à jeun (un ou deux verres), donner de l'acide chlorhydrique après le repas, par exemple deux ou trois verres à Bordeaux de la solution à 4 p. 1000, d'heure en heure après le repas.

Il est bon encore d'exciter la tonicité des tuniques musculaires après l'ingestion des aliments. Dans ce but, on peut avoir recours à l'ipéca à dose faible, et, après divers tâtonnements, nous en sommes arrivé à le prescrire de préférence sous forme de teinture composée.

Teinture d'ipéca . . . . . . }
Teinture de colombo . . . . . } āā
Teinture de gentiane. . . . . }

On en donne xv à xxx gouttes, en deux ou trois fois, d'heure en heure après le repas, dans de l'eau ou dans un peu de bière

On peut à volonté remplacer la teinture de colombo ou de gentiane par de la teinture de noix vomique, de façon à en donner vi à xii gouttes après chaque repas. Nous sommes très satisfait de cette façon de procéder.

Beaucoup de dyspeptiques, c'est un fait en quelque sorte banal, sont sensiblement améliorés en prenant aux repas une eau alcaline, c'est-à-dire, en somme, du bicarbonate de soude à faible dose. Les expériences sur le chien, faites par M. Gilbert, tendraient à faire penser que les alcalins donnés de cette façon et à cette dose sont à peu près indifférents. Herzen prétend, au contraire, qu'il y a excitation sécrétoire. Des recherches nouvelles sont nécessaires pour

(1) Hayem. *Leçons de thérapeutique*, série IV, p. 382.

éclairer ce point particulier : en attendant, c'est déjà quelque chose que de savoir sûrement que les alcalins, donnés à faible dose un temps suffisant avant le repas, influencent favorablement la chloro-peptonisation.

Pour l'action du bicarbonate de soude donné tardivement, il ne peut pas y avoir de doute, il ralentit la digestion chimique dans l'estomac; l'excite-t-il dans l'intestin? Nous n'en savons malheureusement rien. On peut se demander si, chez des malades hypersécréteurs, ces faibles doses ne finiraient pas par amener une sécrétion plus active encore. C'est probable; en tout cas, il est certain que l'usage prolongé des alcalins à dose élevée amène une diminution de l'hypersécrétion et de l'hyperacidité, même lorsqu'on en cesse l'emploi. La conséquence, c'est que, chez les hyperchlorhydriques, il vaut mieux donner les alcalins à dose relativement élevée : on sait au moins ce qu'on fait.

Certains malades, atteints d'hyperacidité par fermentations organiques, sont aussi soulagés par de faibles doses de bicarbonate. Peut-être ce soulagement ne correspond-il guère à une amélioration réelle du chimisme stomacal, et, pour le moment, il semble plus rationnel de s'en prendre aux fermentations elles-mêmes et de les combattre par le lavage, le régime, l'acide chlorhydrique, l'acide lactique, l'eau boriquée, etc. En saturant les acides organiques on ne fait qu'amener une amélioration passagère, on s'attaque au symptôme, sans atteindre sa cause.

Lorsque la théorie du catarrhe stomacal était toute-puissante et qu'on expliquait exclusivement par elle toutes les dyspepsies gastriques, on attribuait les bons effets des eaux alcalines surtout à ce qu'elles pouvaient dissoudre le mucus, débarrasser la muqueuse et les aliments de la couche isolante formée par ce mucus. On faisait volontiers ainsi des lavages à l'eau alcaline.

Ces lavages à l'eau alcaline, d'après ce que nous avons vu, seraient sans doute indiqués surtout dans l'atonie motrice et sécrétoire, lorsqu'il y a hypochlorhydrie, tendance à la stase et aux fermentations organiques excessives. Ils agissent, en effet, comme un antiseptique mécanique, ils excitent la sécrétion muqueuse par la faible quantité de sel alcalin laissé au contact de la muqueuse, ils produisent une excitation motrice, non seulement de l'estomac, mais du tube digestif tout entier. Si l'on veut exciter la motricité plus encore, il faut faire des lavages avec de l'eau bien chaude, à 40 ou 42 degrés.

Ces lavages alcalins ne sont donc pas indiqués dans l'hypersécrétion chlorhydrique, dans laquelle il vaudra mieux ne faire que des lavages antiseptiques, à l'eau bouillie ou à l'eau boriquée, par exemple.

Il y aurait lieu d'essayer toute une série de sels de soude, qui seraient peut-être redevables à leur acide de qualités particulières : le benzoate, le lactate, les borates, etc.; ce sont là des recherches à peine ébauchées.

Le savon médicinal ou savon amygdalin, à base de soude, a été prescrit en pilules par Senator, à la dose de 30 à 50 centigrammes, dans le but d'alcaliniser le contenu intestinal (Hayem).

Nous avons parlé déjà de l'eau de chaux, et nous avons vu que ce qui caractérise surtout la magnésie, c'est, outre son action laxative, son pouvoir saturant relativement élevé. C'est donc surtout chez les hyperchlorhydriques qu'elle trouvera son emploi logique. Le phosphate ammoniaco-magnésien est encore peu connu, nous en aurons dit tout ce qu'on en sait, en avertissant que, pour M. Hayem, ce sel est, à dose un peu élevée, un excitant assez énergique de la muqueuse stomacale : l'abus pourrait donc amener la gastrite.

NOTE SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'OPHTALMIE GRANULEUSE

Par le docteur Félix LAGRANGE, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.

Depuis quelque temps, grâce à l'initiative bienfaisante de M. le docteur Abadie, le traitement de l'ophtalmie granuleuse est entré dans une voie féconde. Au lieu de modifier lentement la muqueuse par des caustiques solides ou liquides, les ophtalmologistes, partisans du traitement sanglant, s'appliquent à détruire du premier coup l'élément infectieux et les parties infectées de la muqueuse, de façon à obtenir rapidement la guérison.

Toutes les ophtalmies granuleuses ne sont pas justiciables de l'intervention chirurgicale; les cas aigus, purulents, doivent être traités par le nitrate d'argent ou le crayon de sulfate de cuivre, mais les cas subaigus, chroniques, avec grosses granulations, avec pannus, méritent une opération.

Sur ce point, presque tous les ophtalmologistes sont d'accord, mais il s'agit de savoir comment, et avec quels instruments, cette opération doit être faite.

Le but est celui-ci : débarrasser la muqueuse des éléments infectieux qu'elle contient. Or, où sont les éléments infectieux? Sans doute, ils sont surtout au niveau du cartilage tarse, dans le stratum lymphoïde qui sépare le cartilage de l'épithélium pavimenteux conjonctival, mais ils siègent aussi dans les culs-de-sac, jusqu'au fornix, jusque sur la conjonctive bulbaire. Il n'y a pas dans cette partie de la conjonctive de véritables granulations, mais le parasite, encore mal défini, qui provoque l'ophtalmie granuleuse, pénètre sous la couche épithéliale et doit y être poursuivi.

C'est sur ce point spécial, la distinction de l'agent infectieux, que porte la première partie de ma communication.

J'estime que les scarifications en série et la curette tranchante font mal cet office ; en effet, la scarification ne porte que sur certains points de la muqueuse ; entre les lignes scarifiées, cette membrane n'est pas entamée ; de plus, elle l'est à des profondeurs inégales, selon l'acuité du tranchant, selon l'impulsion toujours un peu variable que l'opérateur donne à son scarificateur.

La curette tranchante est un instrument précieux pour enlever les grosses granulations, dépassant, comme des fongosités, le plan de la muqueuse, mais c'est un instrument dangereux, parce qu'en appuyant trop fort, on risque d'emporter la membrane dans toute son épaisseur et de pareilles pertes de substance sont déplorables pour le résultat définitif. Au niveau du tarse, ces pertes de substance provoquent une déviation de ce cartilage, squelette indispensable de la paupière; dans les autres parties, elles produisent des symblépharomes très gênants pour la mobilité du globe.

L'instrument que je présente à la Société me paraît posséder à la fois les avantages du scarificateur et de la curette tranchante sans en présenter les inconvénients.

Ce n'est autre chose qu'une curette de Volkmann modifiée, portant sur son dos convexe des dents à la fois comme une herse et comme une lime. La convexité de cet instrument lui permet de courir dans les parties les plus reculées du sac muqueux; elle intéresse facilement par ses dents aiguës la surface de réflexion de la muqueuse au niveau du fornix et des culs-de-sac interne et externe (fig. 1).

Les dents ont des dimensions mesurées qui entament la muqueuse dans des proportions toujours égales; en repassant plusieurs fois au même endroit, on peut aller jusqu'à la profondeur voulue. D'ailleurs le bord tranchant de la curette peut être utilisé pour emporter les débris déchirés tenant encore par des

filaments et pour niveler la surface rugueuse de la conjonctive qui, en très peu de temps, est, avec cette *herse-curette*, complètement cruentée.

Le brossage vient ensuite; il doit être exécuté selon la méthode ordinaire.

Cette opération terminée, une plaie existe qu'il faut autant que possible maintenir aseptique et, par conséquent, soigneusement lavée.

C'est le second point que je désire examiner devant la Société. Comment laver dans toutes les parties le sac conjonctival? Théoriquement, rien ne paraît plus facile, l'œil étant ouvert avec deux écarteurs ou un ophtalmostat, le jet d'une seringue ou d'un irrigateur quelconque peut être dirigé sur tous les points, mais en pratique, on remarque bientôt que cet écartement forcé des paupières, après le gros traumatisme opératoire infligé au patient, est très douloureux; celui-ci résiste beaucoup et la présence d'un médecin devient indispensable pour que ce lavage soit sérieusement fait; en réalité, à cause de ces difficultés, les lavages sont souvent très superficiels et je ne crains pas d'affirmer que le traitement chirurgical des granulations a été impuissant dans bien des cas parce que le pansement de la plaie, je veux dire les lavages quotidiens n'étaient pas faits convenablement.



Fig. 1. — Herse-curette conjonctivale du docteur F. Lagrange.

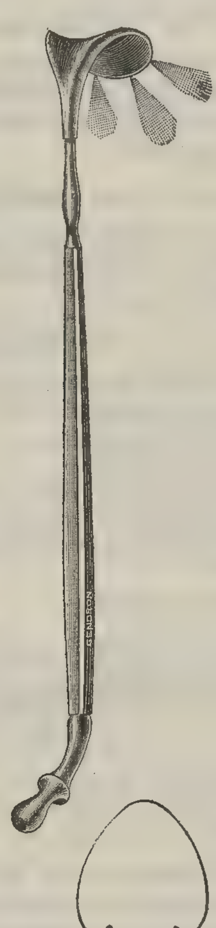


Fig. 2. — Laveur oculaire, modèle du docteur F. Lagrange.

C'est pour obvier à ces inconvénients que j'ai imaginé le second instrument que je présente à la Société. Il suffit de le regarder pour comprendre son fonctionnement. C'est un écarteur à manche, creux au lieu d'être plein, qui laisse échapper le liquide antiseptique par les trous visibles sur sa face recourbée (fig. 2).

Après l'avoir introduit sous la paupière supérieure, il suffit d'abaisser un peu le manche, en écartant légèrement la paupière du globe de l'œil pour que le liquide arrivé sous une pression suffisante s'échappe avec force de ces trous et nettoye d'autant de jets puissants tout le cul-de-sac conjonctival. Il est inutile d'écarter violemment les paupières, il suffit de les entrebâiller pour introduire l'instrument; le lavage a lieu, l'œil étant à moitié clos.

Je n'ai pas encore eu l'occasion de m'en servir pour l'ophtalmie purulente, mais je crois que dans le traitement de cette affection, où les lavages des yeux sont si mal faits par les parents, les gardes-malades, quelquefois même par les médecins, cet instrument peut rendre de grands services. Entre autres avantages, il a celui de ne nécessiter la présence d'aucun aide et d'être maniable pour tout le monde. Le liquide, venant d'un récipient placé à 2m50 de hauteur, arrive sous une pression suffisante pour laver l'œil très vite.

C'est pour le traitement de l'ophtalmie granuleuse que j'ai, il y a deux mois, fait construire ce laveur; à cette époque, j'ignorais qu'un irrigateur des culs-de-sac conjonctivaux avait été recommandé par M. le docteur Osio (de Madrid) et construit par M. Mathieu.

Cet instrument se compose comme le mien d'un manche creux qui conduit le liquide dans une chambre aplatie, rectangulaire, le laissant échapper par une multitude de trous. Je n'ai aucune expérience sur la valeur de cet instrument, que la probité scientifique me fait un devoir de signaler. Il n'est pas rentré dans la pratique, et je ne l'ai découvert qu'en faisant des recherches dans l'arsenal de notre chirurgie spéciale, après avoir fait construire le laveur que je recommande.

Mon instrument peut être employé à deux fins, comme écarteur d'abord, pour explorer l'œil, comme laveur ensuite; les trous donnent un jet descendant, tourné vers le fornix, et ils sont assez gros pour ne pas s'oblitérer facilement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er février 1893. — Présidence de M. Perier.

COMMUNICATION

De la cholécystotomie. — M. TUFFIER rapporte un nouvel exemple de cholécystotomie pour un cas de calcul du canal cholédoque. Il s'agit d'une femme ayant eu des coliques hépatiques, un ictère chronique, et présentant une tuméfaction de la région de l'hypocondre droit.

Le ventre ouvert, M. Tuffier rencontra une masse épiploïque adhérente de toutes parts. Ces adhérences rompues, il trouva en arrière la vésicule réduite au volume du petit doigt; puis, dirigeant ses recherches du côté du canal cholédoque, il sentit un calcul mobile, qu'il put facilement ramener jusqu'au voisinage de la vésicule, qu'il ouvrit, et il retira le calcul par morcellement.

Le cathétérisme des voies biliaires a été essayé sans aucun résultat.

RAPPORT

Corps étranger articulaire. — M. CHAUVEL fait un rapport sur une observation adressée par M. Hassler, relative à un corps étranger articulaire du cou-de-pied. M. Hassler ouvrit l'articulation, put extraire le corps étranger et, comme il y avait eu un peu d'épanchement sanguin dans l'articulation, il crut devoir en faire le lavage, l'air ayant pénétré.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE considère comme inutiles ces lavages secondaires et ne comprend pas qu'on redoute autant la pénétration de l'air dans l'articulation.

M. TERRIER ajoute qu'il ressort de cette observation qu'on a craint de faire une large incision, qu'on a redouté l'entrée de l'air dans l'articulation et qu'on a eu tort de la laver. Il ne croit pas devoir approuver une telle conduite chirurgicale.

LECTURES

Abcès intra-craniens d'origine otique. — M. PICQUÉ a eu récemment l'occasion d'étudier dans un mémoire, fait en collaboration avec M. le docteur Février (de Nancy), l'anatomie pathologique et le traitement des abcès intra-craniens d'origine otique.

Il a été frappé de la fréquence des abcès extra-duremériens (variété peu étudiée par les auteurs) et de la coexistence des abcès encéphaliques avec cette variété, qu'on peut considérer comme une lésion intermédiaire, fréquente entre la lésion osseuse et l'abcès encéphalique. Il a rapporté à cet égard deux observations très instructives, qui lui ont été données par notre distingué confrère de l'armée, M. le docteur Darde (d'Abbeville). Ce point est intéressant à noter, car cette variété ne présente guère d'autres symptômes que la fièvre et l'hémicranie, et les règles opératoires manquent.

Contrairement à une opinion émise dans la dernière séance, M. Picqué pense qu'il faut agir de bonne heure et de la façon suivante : Ouvrir la mastoïde d'après les règles établies récemment par M. Ricard et, contrairement aux prescriptions classiques, creuser par en haut le trajet opératoire et pénétrer dans la cavité cranienne au niveau de la face supérieure du rocher.

Dans une statistique de 25 cas qui comprend tous les cas publiés depuis trois ans, il signale un cas intéressant de M. Zamiko, qui a guéri son malade en procédant de la sorte. M. Picqué croit donc que ce procédé, loin d'être envisagé, avec les auteurs récents, comme exceptionnel, doit être considéré, au contraire, comme le procédé de choix.

Les fissures palatines au point de vue orthophonique. — M. CHERVIN montre, à l'aide des statistiques du recrutement de l'armée, que le nombre des opérés n'est pas en rapport avec le chiffre des sujets atteints de cette malformation. Les causes de cette abstention sont extrêmement multiples. Mais il est certain que l'opération ne jouit pas, dans le public et même dans le monde médical, de la faveur qu'elle mérite. On lui reproche, non sans raison quelquefois, de ne pas donner satisfaction aux désirs du malade qui réclame avant tout et par-dessus tout l'amélioration de sa prononciation. M. Chervin a entrepris son travail dans l'intention de lever les scrupules qui retiennent nombre de malades et de montrer une fois de plus aux chirurgiens que leur tâche est complexe et qu'elle ne se borne pas uniquement à l'œuvre chirurgicale.

M. Chervin se place uniquement au point de vue des meilleurs moyens de remédier aux troubles phonateurs résultant des fissures palatines. Il se déclare partisan de l'opération toutes les fois qu'elle est possible et acceptée et réserve la prothèse pour les cas de divisions inopérables. Il montre que les conditions phonétiques sont ordinairement plus favorables après l'opération qu'après la prothèse. Il pense qu'il est préférable de n'opérer les enfants qu'à neuf ou dix ans, au point de vue de l'éducation fructueuse post-opératoire du langage qui est très laborieuse, exige de la bonne volonté, de l'intelligence et de l'attention, toutes choses qui ne vont pas sans de nombreux efforts, qu'il est matériellement impossible de demander à des enfants trop jeunes.

Enfin M. Chervin insiste sur ce point que l'éducation orthophonique d'un staphylorraphié ne doit pas être laissée au hasard si on veut tirer tout le parti possible de l'opération en vue de la restitution d'un langage satisfaisant. Une éducation méthodique et rationnelle, telle qu'elle est pratiquée à l'institution des Bègues de Paris, par M. Chervin, amène le sujet, en deux mois au maximum, à une parole parfaitement compréhensible pour tout le monde et dans laquelle les consonnes explosives elles-mêmes B. P. D. T. G. K. sont très nettement articulées.

L'inconstance des résultats fonctionnels, qui arrête encore aujourd'hui nombre de chirurgiens, vient de ce qu'on n'a pas attaché jusqu'ici toute l'importance qu'il mérite au traitement orthophonique post-opératoire. Il n'était peut-être pas mauvais d'insister sur ce point.

Salpingorragie par un trajet fistuleux sus-inguinal. — M. TURGIS (de Falaise) rapporte l'observation d'une femme de quarante-neuf ans, nullipare, qui vint le consulter, en 1886, pour une tumeur, qui s'était depuis peu développée au-dessus de l'arcade de Fallope, à peu près au niveau de l'orifice inguinal profond. Cette tumeur, qui semblait en continuité avec quelques autres grosseurs situées plus profondément, était ovoïde, dure, irréductible et de la grosseur d'un œuf de pigeon; elle n'adhérait nullement aux téguments et n'était douloureuse que lorsque la malade faisait quelques efforts.

Une dizaine de jours après ces constatations, cette tumeur devenait le siège d'une inflammation suppurée, que je traitai par l'incision et le drainage; une semaine plus tard, un premier écoulement de sang assez abondant apparaissait au niveau de la plaie, coïncidant avec les règles. Même hémorragie eut lieu pendant trois mois à semblables époques, puis, deux ou trois fois, elle ne se renouvela plus qu'en très petite quantité et fut remplacée par un écoulement de sérosité, qui prit fin quelque temps après avec la cicatrisation du trajet fistuleux. Depuis trois ans, aucun accident n'est survenu.

Suture à distance (8 centimètres et demi) du nerf radial; examen de la pièce onze mois après l'opération. — M. O. GUELLIOT (de Reims) communique une observation sur ce sujet. (Sera publié.)

Traitement chirurgical de l'ophtalmie granuleuse. — M. F. LAGRANGE (de Bordeaux) lit une note sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 148.)

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

Nouvelle pince destinée à faciliter la suture des téguments. — M. AIMÉ GUINARD présente à la Société de chirurgie une pince qui a été construite, sur ses indications, par M. Favre. (Sera publié.)

PRÉSENTATION DE MALADE

De la résection dans les cas de luxation ancienne du coude. — M. LEJARS présente un malade et lit un travail sur ce sujet.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Grossesse tubaire. — M. ROUTIER montre un fœtus de trois à quatre mois extrait d'une trompe. La grossesse extra-utérine avait été diagnostiquée.

Gastro-entérostomie. — M. MONOD présente des pièces provenant d'un homme auquel il avait pratiqué la gastro-entérostomie. Pas de trace de péritonite : cicatrice d'ulcère chronique de l'estomac.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 1er février 1893, M. Terrier (Louis-Félix), agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris.

— Par décret, en date du 1er février 1893, la chaire de pathologie externe de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux est transformée en chaire de clinique des maladies chirurgicales des enfants.

M. Piéchaud (Antoine-Ludovic-Timothée-Nicéphore), agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de clinique des maladies chirurgicales des enfants à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux (chaire transformée).

— M. le docteur Félix Francoz, ancien interne des hôpitaux de Lyon, vient d'être élu sénateur de la Haute-Savoie.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur L. Thomas, bibliothécaire adjoint à la Faculté de médecine de Paris. Notre cher collaborateur est mort subitement hier dans une promenade au bois de Vincennes; — et celle de MM. les docteurs Bousquet-Lagrange (de Mustapha); Buret (de Saint-Héand); Caron (du Portel); Cazeneuve, doyen honoraire de la

Faculté de médecine de Lille; Alphonse Davaine (de Paris); Heymann (de Versailles); Roques (de Cassagnes-Bégonhès); Morel (de Montdidier); Vincent (de Gentilly).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance a été très chargée et toutes les communications ont présenté un réel intérêt. C'est d'abord le rapport, depuis longtemps attendu, de M. Proust sur l'épidémie cholérique de 1892. Ce rapport, dont M. Proust n'a lu que la première partie, est une étude consciencieuse du choléra dans tous les pays, pendant le cours de l'année qui vient de s'écouler. Nous attendrons la seconde partie de ce travail pour en donner le résumé.

M. Jaccoud, que l'on entend trop rarement à l'Académie, est venu prendre part à la discussion sur le traitement de l'albuminurie gravidique, en faisant connaître la méthode qu'il emploie depuis fort longtemps, et qui peut ainsi se résumer : régime lacté absolu, comme traitement de l'albuminurie gravidique et comme traitement préventif de l'urémie; lorsque le danger est d'emblée imminent, drastiques et saignées générales; continuation du régime lacté jusqu'après l'accouchement, car l'albuminurie gravidique n'est pas le danger, elle n'en est que le signal; adjonction au régime lacté de l'emploi systématique des inhalations d'oxygène, dosées selon l'ensemble de la composition de l'urine; soustraire la femme enceinte albuminurique à toute cause de refroidissement, enfin, régime lacté mixte chez toutes les femmes enceintes pour prévenir l'albuminurie. On le voit, M. Jaccoud satisfait à la fois à toutes les opinions émises dans les séances précédentes par MM. Tarnier, Albert Robin, Charpentier, etc., et l'on remarquera l'importance que M. Jaccoud accorde, dans sa méthode, aux traitements préventifs, aussi bien à celui de l'urémie, qu'à celui de l'albuminurie elle-même.

Dans l'étude de la pathogénie de la tuberculose, on a peut-être exagéré, dans ces derniers temps, l'importance de la contagion. M. Kelsch vient de faire une communication tendant à prouver le rôle possible, et peut-être un peu trop oublié, de l'hérédité. Cette communication, basée sur un grand nombre d'observations prises dans l'armée, mérite la plus grande attention et comporte des faits pleins d'enseignement. Nos lecteurs trouveront, dans une prochaine *Revue générale*, tous les documents concernant cette question de l'hérédité de la tuberculose.

Signalons enfin un rapport de M. Cornil, sur les altérations anatomiques des myomes utérins pendant la grossesse, à propos de l'examen d'une tumeur enlevée par M. Péan, et une communication de M. Monod, sur la cholécystectomie dite idéale. On trouvera, au compte rendu, le résumé de ces deux notes.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Polaillon sur les titres des candidats correspondants étrangers.

Voici la liste de classement : en première ligne, M. Mac Cormac (de Londres); en deuxième ligne, M. Tilanus (d'Amsterdam), et en troisième ligne *ex æquo*, MM. Durante (de Rome) et Esmarch (de Kiel).

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Paul RECLUS.

Traitement des grands écrasements des membres.

Je désire vous entretenir de ces graves écrasements des membres qui surviennent à la suite des grands traumatismes, tamponnements de chemin de fer, passage des roues d'un lourd camion, chute d'un tonneau sur les bras ou les jambes, broiement dans les engrenages, éboulement dans les carrières. Faut-il amputer immédiatement, ainsi que le pratique la grande majorité des chirurgiens? Je crois que le mieux est de s'abstenir de toute intervention sanglante. Et c'est ce problème que je vais examiner avec vous.

Vous savez quel est l'aspect de ces blessures et de ces blessés. L'organe broyé, qu'il s'agisse de tout ou partie du membre supérieur ou du membre inférieur, est transformé en une bouillie sanglante; plus de charpente osseuse, elle est menuisée en un nombre considérable d'esquilles qui crépitent les unes sur les autres; les masses musculaires ressemblent à la pulpe de la rate et n'en diffèrent que par les bouts de tendons blancs qui traînent çà et là dans ce magma lie de vin; les nerfs sont rompus, les vaisseaux déchirés; quelques artères donnent encore du sang, tandis que d'autres, oblitérées par le rebroussement de la tunique moyenne, saillent à chaque systole cardiaque. De la peau, il ne reste que quelques lambeaux meurtris, violacés et froids.

Tous ces tissus paraissent dévoués à la mort et l'amputation ne fera que retrancher un membre ou une partie de membre dont la gangrène va s'emparer.

D'autant que, dans ces grands fracas, les germes pathogènes en profusion sur la peau et dans les vêtements ont pénétré dans les tissus; souvent la terre a souillé la région et l'on sait que — avec nombre d'autres microbes — elle renferme le bacille de Nicolaïer. Le danger est immédiat : les complications les plus redoutables vont s'abattre sur le membre écrasé; non seulement il est perdu pour la fonction, mais il est un péril pour l'organisme entier par les accidents dont il va devenir le point de départ : suppurations diffuses, gangrène foudroyante, infection purulente ou tétanos. Alors pourquoi ne pas le sacrifier? On ne perd rien à l'intervention, puisque le membre est perdu, et l'on y gagne d'écarter les inoculations, en substituant une plaie opératoire aseptique au foyer traumatique, inoculé et déjà virulent.

Pour ma part, je m'inscris en faux contre ces assertions d'apparence si logique et je me déclare partisan résolu de l'abstention. Je crois l'intervention nuisible et voici mes raisons : Un premier point, le plus important, c'est que tous ces blessés sont en état de choc; vous connaissez leurs aspects, ils sont pâles, couverts de sueur froide, plongés dans une sorte de stupeur et d'hébétude, dont on ne les retire qu'avec peine et où ils retombent aussitôt; le pouls est petit et lent, la respiration rare et profonde, il y a des nausées, des vomissements, quelques mouvements convulsifs; l'organisme entier est ébranlé; les fonctions organiques paraissent sur le point de s'arrêter, les urines sont rares et la température s'abaisse de 1, de 2, ou même 3 degrés. Pas un de vous qui ne se rappelle, pour les avoir observés, les principaux traits de ce tableau clinique.

Eh bien! rien n'est plus redoutable qu'une intervention chirurgicale sur un pareil organisme. Il est en état de choc et vous allez ajouter un nouveau choc, de nouveaux chocs, devrais-je dire, à celui qui existe déjà. Il vous faudra endormir le blessé, car vous n'oseriez, sans chloroforme, pratiquer l'opération que vous méditez. Or cette anesthésie n'est pas innocente; elle est une cause sérieuse d'affaiblissement, sans parler du danger immédiat qu'elle cause; des tables mortuaires dressées par MM. Duret et Marchand, il ressort qu'une défaillance rapide et définitive peut en être la conséquence. Et puis l'opération elle-même est des plus graves : c'est une amputation ou une désarticulation de l'avant-bras, de la jambe, du bras, de la cuisse, de l'épaule ou de la hanche. Vous coupez de gros nerfs, vous ouvrez de nombreux vaisseaux, une hémorragie est à craindre et votre blessé, déjà froid, est à la merci de la moindre perte de sang.

Et ceci n'est point une vue de l'esprit : vous savez combien, même à notre époque d'asepsie, la mortalité est restée grande dans les amputations pour cause traumatique. Un tableau d'Oberst, de la clinique de Volkmann, nous montre qu'il y a eu 5 morts sur 15 individus désarticulés de la cuisse ou amputés du fémur au tiers supérieur, au tiers moyen ou au tiers inférieur; et ces 5 morts, survenues dans les mains de ce chirurgien particulièrement habile, ont eu pour cause l'anémie et le collapsus. D'autre part, on trouve le même nombre de morts, c'est-à-dire 5, à la suite de 78 désarticulations et amputations pour causes pathologiques et pratiquées aux mêmes hauteurs et sur le même membre. La léthalité, d'un cinquième dans le premier cas, n'est plus que d'un quinzième dans le second. Mais je n'insiste pas, car à ma connaissance, nul ne nie la gravité des interventions pour traumatismes et tous admettent, sans l'expliquer, l'ébranlement créé par ce traumatisme et par l'opération. Nous avons donc déjà une raison d'abstention bien puissante.

Nous en invoquerons une deuxième : le foyer traumatique est fort irrégulier : des ruptures musculaires et tendineuses, des éclats osseux, des déchirures des veines ou des artères, les meurtrissures de la peau rayonnent souvent à de grandes distances et, dans ce premier moment de stupeur locale et générale, il est impossible de déterminer, parmi ces tissus meurtris, ceux qui vivent et ceux qui sont morts. Or, pour que l'intervention soit bonne, il faut qu'elle crée un moignon utile, solide, indolore, et pour en trouver l'étoffe, on devra monter haut, très haut, beaucoup plus haut que le sphacèle probable; d'autant que l'opération a surtout pour but de détruire les foyers inoculés par des germes extérieurs; on doit donc les enlever tous et porter le bistouri en tissus sains. De là, ces sacrifices énormes, ces amputations de bras et de cuisse pour des traumatismes de l'avant-bras et de la jambe, ces désarticulations de l'épaule et de la hanche pour des écrasements du bras et de la cuisse. La nature, elle, serait plus avare ou plus économe; elle conserverait souvent des tissus que le couteau sacrifiera.

En résumé, le péril d'un nouveau choc opératoire dans un organisme déjà ébranlé par un choc traumatique, puis les nécessités de sacrifices énormes, pour être sûr de dépasser le foyer des tissus mortifiés ou inoculés, voilà les deux arguments qui me font repousser l'amputation immédiate dans les écrasements des membres. — Mais le puis-je avec quelque sécurité, et y a-t-il un moyen d'éviter les infections redoutables dont nous avons parlé, tétanos et septicémies de toutes sortes? Je le crois et, en pareil cas, voici quelle est ma pratique depuis que l'antisepsie a remis en nos mains des armes dont il me semble que, en l'espèce, on ne se sert pas assez. Grâce à elle, nous verrons des membres sortir, solides et utiles, d'une aventure qu'on déclarait autrefois ne pouvoir se terminer que par l'amputation.

A la suite de ces grands fracas qui ont brisé l'os, déchiré les nerfs, les artères et les veines, détruit les muscles et la peau, nous couchons le malade en état de choc sur le lit d'opération; nous l'entourons d'alèzes chaudes, et si la perte du sang a été appréciable, nous injectons, sous la peau, quelques centigrammes de caféine, de l'éther et du sérum artificiel en abondance; il y a là un moyen thérapeutique d'une grande énergie, et que je ne saurais trop vous recommander. Le foyer traumatique est seul resté à découvert, il est là, sous nos yeux, bien entouré de toiles imperméables, et nous commençons alors nos lavages avec un irrigateur ou un siphon rempli d'eau chaude soumise à une pression assez énergique pour fouiller les moindres interstices de la plaie, les anfractuosités les plus reculées, dont elle chasse les caillots sanguins et les corps étrangers. L'eau aura de 55 à 60 degrés. A cette température, elle a le triple avantage d'être hémostatique d'abord, puis antiseptique et de combattre le refroidissement. On explore ainsi tous les recoins : si quelque vaisseau coule, on l'étreint avec une ligature, ou on le saisit avec une pince; on enlève les esquilles dépériostées, puis, lorsque la plaie est partout désinfectée, on procède à une sorte « d'embaumement ».

Le foyer traumatique, dans chacun de ses diverticules, est bourré de gaze faiblement iodoformée, ou mieux imprégnée d'une pommade antiseptique à substances bactéricides multiples, et qui contient, dans la vaseline, de l'acide borique, de l'antipyrine, du salol, de l'iodoforme, qui détruisent les germes restés dans la plaie ou s'opposent à leur développement; mais il ne faut pas craindre de tasser la gaze dans tous les interstices, dans toutes les anfractuosités, dans tous les « espaces morts », milieu de culture si favorable à la pullulation des micro-organismes. Puis, la région, enveloppée de couches épaisses d'ouate hydrophile, est assez énergiquement comprimée par de nombreux tours de bandes qui resserrent les chairs, les rapprochent, les mettent en contact, et resserrent les cavités en exprimant même une partie de la gaze et des antiseptiques qui les remplissent.

Le blessé, grâce à ce pansement, a échappé à l'amputation primitive, au choc nouveau, au refroidissement qu'entraîne ce choc; les injections sous-cutanées l'ont ranimé, les lavages l'ont réchauffé, tout en purifiant le foyer. Aussi, d'ordinaire, la température se relève vite, les fonctions reprennent, et la mort par collapsus, si fréquente en pareil cas, se trouve conjurée. Il est vrai que, vers la fin de la première semaine, il n'est pas rare de voir quelques douleurs survenir dans la région, et la fièvre tend à s'allumer; des sécrétions mal odorantes imprègnent le pansement; on l'enlève alors et l'on trouve quelques anfractuosités suppurantes, quelque foyer lointain ignoré qu'on n'avait pas su désinfecter; on les lave, on les draine au besoin et l'on fait un pansement nouveau qui durera huit ou quinze jours.

A la fin de la quatrième semaine, la détersion de la plaie est complète; le mort s'est séparé du vif, et l'on ne voit partout qu'une membrane granuleuse continue; les cavités sont comblées, les irrégularités, les franges, les indentations des téguments sont moins marqués et presque toujours, à la place des déchiquetures informes que présentaient les tissus après l'accident, de véritables lambeaux se sont constitués, que l'on peut rabattre les uns sur les autres en formant un moignon acceptable. Pour y arriver, il suffit, le plus souvent, de couper l'os, ou les os qui émergent de la perte de substance : on les scie assez haut, après avoir décollé le périoste. Puis on rapproche les lambeaux, on affronte membrane granuleuse contre membrane granuleuse, et on en unit les lèvres par des points de suture, et l'opération est terminée; on ne saurait lui donner le nom d'amputation secondaire; on n'ouvre d'autres vaisseaux que ceux de la moelle osseuse.— Un trait de scie, voilà toute l'intervention.

Voici le résumé rapide de deux observations où j'ai mis ce traitement en pratique. Dans le premier cas, il s'agissait d'un teinturier de vingt-six ans, qui, descendant d'un train encore en marche, glisse et engage ses deux pieds sous un vagon qui les écrase. Le traumatisme fut si violent, que nous trouvons le blessé pâle, refroidi, hébété, en un mot, en état de choc. Le pied droit, en partie dépouillé de sa peau, montre, au milieu des muscles en bouillie, les os du tarse fracturés en nombreuses esquilles; le métatarsien du gros orteil chevauche le cunéiforme correspondant. Lésions presque aussi graves sur la face plantaire où, à travers les téguments déchirés, on voit à nu les muscles écrasés et des débris de tendons. Le pied gauche a ses quatre derniers orteils pendants, presque séparés du métatarse, et tout l'avant-pied noirâtre, distendu par des caillots qui soulèvent la peau et crépitent comme un sac de noix.

Un interne avait tout préparé pour l'amputation de la jambe droite et sans doute de la jambe gauche, car les téguments du pied paraissaient si profondément altérés qu'on n'eût su où y tailler un lambeau plantaire suffisant. Je repousse le bistouri; je réchauffe le blessé, je fouille, avec le jet d'un irrigateur chargé d'eau à la température de 60 degrés, tous les interstices de ces deux plaies, j'enlève les esquilles dépouillées du périoste, les caillots, les corps étrangers, je remplis toutes les cavités et tous les décollements de gaze imbibée de pommade antiseptique; je ramasse les chairs avec des tours de bande suffisamment serrés et je les enferme dans un appareil de Guérin. L'opéré se relève du choc, il n'a pas de fièvre et lorsque, au bout de trois semaines, j'enlève l'appareil, j'y trouve, à gauche, trois orteils morts et bien séparés de la plaie granuleuse et vermeille; à droite, deux orteils et deux métatarsiens dénudés et nécrosés, que j'enlève par une légère traction au davier. Les téguments se sont refaits sur la perte de substance et, au bout de deux mois, mon teinturier marchait sur ses deux pieds parfaitement solides et utiles.

Sans doute, si j'eusse amputé les deux jambes, cette intervention n'eût pas tué le blessé; je ne veux pas dire qu'il me doive la vie, mais il doit à la méthode la conservation de ses deux pieds; il n'est pas impotent et c'est déjà quelque chose. Mais voici une autre observation où, si j'avais obéi à ce qui, pour beaucoup d'autres, eût été l'indication opératoire, j'aurais tué mon malade : il s'agit d'un jeune homme de vingt-trois ans qui, par désespoir d'amour, s'était mis le cou sur un rail de chemin de fer, quelques instants avant le passage d'un train : là s'arrêtent ses souvenirs, et il lui fut impossible de nous expliquer, plus tard, comment ce fut le membre inférieur droit, et non la tête, qui fut atteint. A l'hôpital on constate l'écrasement complet de la jambe droite; l'articulation, au genou, est ouverte, dilacérée, et il suffit d'un coup de ciseaux pour couper les parties molles qui retiennent encore la jambe à la cuisse. Sur la cuisse la peau est déchirée dans toute la partie de la région externe, laissant à nu le fémur dépouillé des parties molles, dans une étendue de 15 centimètres. En dedans, vers le pli de l'aine, se trouve une bouillie crépitante que recouvrent les téguments violacés et amincis.

L'hémorragie est faible, mais le malheureux est dans la prostration la plus complète; il ne répond pas aux questions qu'on lui pose et reste insensible aux diverses excitations; sa face est pâle, ses extrémités refroidies, la température est à 36 degrés. L'état de la cuisse est tel qu'une seule intervention était possible, la désarticulation de la hanche; elle seule aurait permis de tailler les lambeaux en tissus à peu près sains, — à peu près, — car des ruptures musculaires et de vastes décollements soulevés par des caillots existaient à la racine de la cuisse. Une telle opération aurait sûrement tué le malade. La taille de pareils lambeaux aurait suffi, par le choc qu'elle aurait ajouté au collapsus actuel, pour achever le blessé même sans perte de sang nouvelle. Aussi j'opte résolument pour l'abstention : le blessé est entouré de linges chauds; seul le membre écrasé reste à nu; des lavages à l'eau, à la température de 55 degrés, sont faits dans tout le foyer traumatique; les caillots sont enlevés, les vaisseaux étreints par une ligature; puis nous

pratiquons l'embaumement du membre, selon la méthode que nous avons décrite.

Le lendemain, la réaction se fait, le thermomètre, dans l'aisselle, accuse une température normale ; aucun accident ne devait survenir désormais ; au bout de quelques jours le pansement est odorant ; je l'enlève et je constate déjà la détersion d'une partie du foyer traumatique recouverte d'une membrane granuleuse. Vers la fin de la quatrième semaine, toute la partie mortifiée était éliminée et le fémur émergeait de la couche des bourgeons charnus. Le malade est alors endormi ; avec la rugine je détache le périoste dans une étendue de 10 centimètres environ, et je coupe le fémur d'un trait de scie ; j'ai alors un grand lambeau cutané interne, comme si on eût pratiqué une amputation ovalaire très oblique ; aussi ce lambeau interne peut-il être replié en dehors pour combler l'angle que la mortification avait laissé à la partie externe. Quelques fils de suture unissent les bords granuleux et bientôt la guérison était parfaite avec un beau et bon moignon. On le voit : mon abstention systématique avait, dans ce cas, sauvé la vie à mon blessé et lui avait conservé la moitié de sa cuisse puisque, à la place de la désarticulation, indiscutable après l'accident, la nature s'était contentée de l'équivalent d'une section de l'os au tiers moyen.

Ce mode de traitement, si conservateur qu'il en devient révolutionnaire, n'a pas son nom dans la thérapeutique chirurgicale. Vous savez la grande lutte entre les partisans des amputations immédiates et ceux qui tiennent pour les amputations retardées. Mais ici il n'y a pas d'amputation du tout ; c'est la nature qui se charge de séparer le mort du vif et qui, elle-même, fait son lambeau ; il ne reste plus qu'à scier l'os un peu plus haut qu'il ne se fût détaché par ostéite raréfiante. L'amputation est, pour ainsi dire, spontanée et nous eussions adopté ce mot s'il n'était déjà employé pour désigner certains processus pathologiques, tels que, par exemple, la chute de l'orteil dans l'aïnhum. Aussi y avons-nous renoncé. Mais, faute de nom pour la désigner, n'oubliez pas cette pratique et les immenses services qu'elle peut rendre.

Et notez que cette méthode n'est que l'extension et la généralisation d'un traitement qui n'a pas soulevé d'objections que je sache ! Vous connaissez l'enseignement de Verneuil, de Trélat, de Polaillon, de la plupart de nos maîtres dans les hôpitaux et relatif aux écrasements de la main ? Tous vous disent : N'excisez, ne régularisez rien avec le bistouri ; pas d'amputation et pas de résection ; faite de l'antisepsie au moyen de la balnéation continue et abstenez-vous. « Laissez à la nature le soin de sauver tout ce qu'elle pourra sauver ; elle conserve plus que nous et fait au mal une part toujours moindre. » « N'oubliez pas que le chirurgien le plus habile ignore ce qui va se mortifier et ce qui va continuer à vivre. » Grâce à la désinfection rigoureuse, les accidents septiques ne s'abattent plus sur les plaies ; les éléments anatomiques et les tissus tués mécaniquement meurent seuls ; ceux qui sont simplement contus et meurtris revivent et forment des moignons bien supérieurs à ceux qu'auraient obtenus les chirurgiens forcés de tailler en plein drap.

Un de mes élèves, le docteur Lobstein, qui a choisi ce mode de traitement comme sujet de thèse inaugurale, a recherché si nous avions des prédécesseurs dans cette voie ; il en a trouvé, et d'abord la presque totalité des chirurgiens du moyen âge : nous nous imaginons volontiers que l'amputation était déjà pratiquée au siège de Troie ; elle l'était à peine avant le XVIe siècle. Les chirurgiens ne portaient pas le fer dans les chairs vives, « de peur de causer une défaillance mortelle ». A peine retranchait-on au niveau d'une jointure le membre sphacélé. « On l'enveloppait des mêmes substances qui servaient à l'embaumement des corps, et on en abandonnait l'ablation aux seuls procédés de la nature. » Il fallut la découverte d'Ambroise Paré, en 1552, qui étreignait d'un fil les artères coupées dans une amputation de jambe, pour que ce mode d'intervention se vulgarisât. Avant on n'y avait guère recours, forcé qu'on se croyait être de tarir le sang par la poudre de vesce de loup, comme Félix Wurtz, par l'amadou comme Morand, comme Borel par un bouton de vitriol et comme J.-L. Petit par son tourniquet.

En 1761, un chirurgien de l'armée prussienne, Bilguer, effrayé de la mortalité qui sévissait sur les amputés, — pendant les premières années de la guerre de sept ans, à peine en avait-on sauvé un ou deux, — se demanda si l'amputation ne devait pas être abandonnée. En réminiscence, sans doute, des pratiques du moyen âge, il proposait d'enlever, sans violence et sans nouvelle effusion de sang, les esquilles, puis il comprimait légèrement le membre afin de lui rendre, autant que possible, sa conformation naturelle ; enfin, il pansait la plaie avec de la charpie imbibée d'essence de myrrhe ou d'alcool. Mais cette méthode n'eut guère d'imitateurs : cependant, en 1803, Léveillé publia quelques observations où il repousse l'amputation : l'abstention systématique lui donna de beaux succès ; un plaidoyer d'Alquier (de Montpellier) et un mémoire d'un médecin belge, Seutin, voilà tout ce que nous trouvons, en faveur de la méthode de conservation à outrance.

Je me résume et mes conclusions seront courtes : je vous propose de traiter, comme les écrasements de la main, ces vastes écrasements des membres, qui s'accompagnent presque toujours de choc et d'hypothermie. On se résignait naguère aux énormes délabrements que l'amputation réclame dans ces cas, par crainte des septicémies, du tétanos et de toutes les complications des plaies. Mais maintenant l'antisepsie est assez puissante pour écarter ces accidents et nous devons renoncer à notre vieille pratique : le blessé sera réchauffé, stimulé par des injections sous-cutanées ; le foyer traumatique sera fouillé dans ses moindres interstices, dans ses plus petites anfractuosités par un jet d'eau à une température de 60 degrés. Puis les chairs seront drainées, embaumées et ramassées sous un pansement compressif. Vous savez, par les exemples que je vous ai cités, les succès que vous pouvez obtenir par la conservation à outrance.

SUTURE A DISTANCE (8 CENTIM. 1/2) DU NERF RADIAL

EXAMEN DE LA PIÈCE ONZE MOIS APRÈS L'OPÉRATION

Par M. le docteur O. Guelliot (de Reims).

Un ouvrier ayant eu le bras droit déchiré par une machine, on constata après l'accident une section du radial : je proposai une suture immédiate qui fut refusée. Deux mois plus tard, alors que la plaie accidentelle est presque complètement cicatrisée, le blessé vient lui-même réclamer une intervention, la paralysie radiale persistant. Sur une ligne allant de la partie postérieure de l'insertion deltoïdienne à la gouttière externe du pli du

coude, une incision de 15 centimètres permet de trouver les deux bouts du radial, éloignés de 9 centimètres; par les tractions on gagne à peine un demi-centimètre. Ces deux bouts sont réunis par un double catgut et par un tube d'os décalcifié.

La sensibilité, abolie sur le bord radial de l'avant-bras, revient assez rapidement ; au bout de quelques mois, il ne restait qu'une très petite zone d'anesthésie immédiatement sur la cicatrice; mais la paralysie ne s'améliore pas et l'avant-bras s'atrophie de plus en plus.

En novembre dernier, l'opéré rentre de nouveau dans mon service pour un gros kyste hydatique du foie, qui est opéré immédiatement; après une amélioration passagère de la santé, il succombe, en janvier 1893, avec des symptômes hépatiques : ictère, hémorragies multiples.

L'examen anatomique peut être fait près d'un an après la suture nerveuse.

La régénération s'est faite sur une étendue d'environ 6 centimètres. Dans les premiers centimètres, les tubes nerveux à myéline sont nombreux, réunis en faisceaux anastomosés; plus bas, les faisceaux nerveux sont moins épais et moins nombreux; plus loin encore, c'est à peine si l'on découvre quelques cylindres-axes sans myéline au milieu d'un tissu cicatriciel abondant.

Il manque environ 3 centimètres pour que le bourgeon nerveux arrive au contact du bout inférieur : il y a lieu de se demander si, avec une survie plus longue, cette rencontre aurait pu se faire, et si, dans ces cas de sutures à longue distance, il ne serait pas préférable d'employer des substances à résorption moins rapide que le catgut et l'os décalcifié.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 février 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend des lettres : 1° de M. Landouzy, qui se porte candidat dans la section de pathologie médicale; 2° de M. Le Roy des Barres (de Saint-Denis), qui se porte candidat au titre de correspondant national.

LECTURE

Le choléra en 1892. — M. PROUST donne lecture de la première partie d'un rapport sur ce sujet.

COMMUNICATIONS

Traitement de l'albuminurie gravidique. — M. JACCOUD fait connaître le traitement qu'il emploie, depuis longtemps, pour combattre l'albuminurie de la grossesse.

Depuis 1872, il recommande le régime lacté comme traitement de l'albuminurie gravidique et comme traitement préventif de l'urémie. Il s'est de plus en plus convaincu de l'efficacité de cette méthode. Il considère le régime lacté comme le meilleur traitement préventif de l'urémie; il en est aussi le meilleur traitement curatif, lorsque le danger n'est pas d'emblée imminent; dans ces cas d'urgence immédiate, il faut recourir aux drastiques ou à la saignée générale comme agissant encore plus rapidement.

Aussitôt donc que M. Jaccoud a constaté l'albuminurie chez une femme enceinte, il institue le régime lacté exclusif et le maintient jusqu'après l'accouchement. Lorsque, sous l'influence de ce régime, l'albuminurie disparaît, il ne faut pas moins persister avec la même rigueur. L'albuminurie elle-même n'est pas le danger; elle est seulement le signal du danger, celui-ci réside dans l'auto-intoxication produite par l'insuffisance urinaire; or, ce signal peut disparaître et le danger persister.

L'analyse complète des urines, rapportée aux vingt-quatre heures, est absolument nécessaire et doit être répétée toutes les semaines.

Depuis 1880, M. Jaccoud a ajouté au régime lacté l'emploi systématique de l'oxygène en inhalations. Il règle les doses d'oxygène dans la composition de l'urine. S'il n'y a pas d'autre altération que l'albumine, il fait inhaler 30 litres d'oxygène dans les vingt-quatre heures; s'il y a abaissement de la dépuration organique au-dessous du minimum physiologique, il double ou même triple cette dose.

Il faut soustraire toute femme enceinte albuminurique à toute chance de refroidissement, surtout à partir de la fin du sixième mois. Si, en effet, un refroidissement survient, ce seront les reins qui seront touchés et l'on peut voir apparaître alors tous les accidents formidables de l'obstruction rénale. Alors la saignée générale, répétée au besoin, est le seul moyen suffisamment rapide pour rétablir la perméabilité des reins.

M. Jaccoud prescrit le régime lacté mixte chez toutes les femmes enceintes, dans le but de prévenir l'albuminurie; 1 litre à 1 litre et demi de lait, en vingt-quatre heures, pendant les six premiers mois; 2 litres jusqu'à terme, avec décroissance graduelle pendant les six semaines qui suivent l'accouchement.

En résumé, cette méthode ne peut jamais nuire et elle doit prendre place dans la pratique médicale. Car, de même que le régime lacté exclusif est le traitement curateur de l'albuminurie gravidique, de même le régime lacté mixte, institué en temps utile, est le véritable traitement préventif de cette albuminurie.

De la cholécystectomie idéale. — M. CH. MONOD présente un malade de quarante-quatre ans, auquel il a pratiqué, le 12 janvier dernier, l'ablation d'une vésicule biliaire distendue par un liquide transparent et contenant 233 calculs. Cette cholécystectomie, faite à sutures perdues, avec fermeture immédiate de l'abdomen, sans drainage, est un type de cholécystectomie idéale, nom que Bernays a donné à la cholécystectomie à sutures perdues.

Les raisons qui ont, dans ce cas, déterminé à recourir à ce procédé sont les suivantes : nature du liquide contenu dans la vésicule (liquide clair, transparent, sans trace de bile); absence de tout écoulement par la vésicule à la suite de son ouverture; impossibilité de découvrir vers le col de la vésicule un calcul en oblitérant le calibre ; non-existence chez le malade de phénomènes antérieurs et actuels pouvant être rapportés à la présence de calculs biliaires (ictère, colique hépatique, etc.).

Ces diverses constatations conduisaient à penser que l'oblitération du canal cystique était complète ou du moins suffisante pour laisser à la suture le temps de produire un effet utile et permanent, qu'il était permis de considérer la vésicule chez ce malade comme une cavité close, devenue indépendante de l'appareil biliaire, et de la traiter comme telle.

La suture perdue de la vésicule et la fermeture immédiate du ventre sans drainage semblaient donc pouvoir être faites sans danger. L'événement a montré que cette manière de voir était juste.

M. Monod ajoute que c'est dans ces conditions seulement que pareille conduite est recommandable ; si elles ne sont pas réunies, il est assurément plus prudent de fixer la vésicule à la paroi abdominale, quelque retardée que doive être, de ce fait, la guérison définitive.

Les cas semblables sont rares. M. Ch. Perier en a communiqué un bel exemple à l'Académie, en octobre 1890. Il en existe quatre ou cinq observations éparses dans les recueils scientifiques. Relativement nombreuses, au contraire, sont celles où la résection de la vésicule a été suivie de la fixation de ses bords à la plaie.

Pathogénie des affections tuberculeuses. — M. KELSCH rappelle qu'il est admis aujourd'hui que la tuberculose est une affection contagieuse, venant du dehors, et que les voies de contagion sont presque toujours l'ingestion ou la respiration. Cependant, quelques formes souvent observées dans l'armée semblent prouver le rôle possible de l'hérédité dans la pathogénie de la tuberculose.

M. Kelsch rapporte l'observation d'un jeune soldat vigoureux

et qui, à la suite d'une pleurésie rapidement guérie, fut pris d'une tuberculose miliaire généralisée. A l'autopsie, on trouva d'anciens noyaux tuberculeux enkystés de la plèvre.

Ces anciens foyers semblent jouer un rôle important. C'est à une infection subite par ces foyers que M. Kelsch attribuerait volontiers les tuberculoses miliaires aiguës qui surviennent sans contagion appréciable.

Il ne nie pas l'infection tuberculeuse par inspiration et par ingestion, mais il croit que, dans bien des cas, c'est à des foyers anciens, qu'il faut attribuer l'invasion brusque de l'organisme et la marche envahissante de la tuberculose. Il s'agit, dans ces cas, d'une véritable auto-intoxication tuberculeuse.

Il faut donc faire jouer à l'organisme un rôle important à côté du bacille dans l'étiologie de la tuberculose et les observations faites dans l'armée plaident en faveur de cette expérience.

Ces observations démontrent, en effet, que la fréquence de la tuberculose dans les armées est plutôt subordonnée aux péripéties de la vie militaire qu'aux chances de contagion ou d'infection dans les locaux. Le soldat apporte le tubercule à la caserne aussi souvent qu'il l'y prend. Dans notre armée, comme dans toutes les armées européennes, on fait au bacille de Koch comme au bacille d'Éberth une guerre acharnée. Et pourtant la tuberculose est loin d'y diminuer. Elle y est plutôt en voie d'accroissement, comme si sa fréquence était en rapport avec l'aggravation des obligations professionnelles imposées aux armées actuelles. Cela ne prouve-t-il pas que l'importation est responsable d'une partie des méfaits attribués à la contagion?

La tuberculose est importée dans les casernes à l'état d'affection latente, de foyers ganglionnaires dissimulés. Ces lésions cachées se démasquent un jour ou l'autre à l'occasion d'une perturbation quelconque de la santé générale et engendrent, par infection secondaire, la pleurésie, la bronchite à répétition, la phtisie, ou enfin la granulie généralisée.

Détruire le bacille qui vit dans les milieux ambiants est bien, empêcher de naître le bacille latent serait encore mieux. C'est à l'hygiène des milieux et à celle des individus qu'il faut s'adresser pour poursuivre ce double but. Pour les médecins militaires, il y en aurait un troisième : empêcher les tuberculoses latentes d'entrer dans l'armée. Malheureusement, cela est impossible en raison de l'insuffisance des moyens de diagnostic. Il est regrettable que la méthode qui réussit si bien dans cette direction à M. Nocard, en pathologie vétérinaire, ne puisse être appliquée en pathologie humaine.

Altérations anatomiques des myomes utérins pendant la grossesse. — M. CORNIL. Une femme, dont on ignorait la grossesse, avait présenté une tumeur utérine qui s'était développée très rapidement en trois mois, de façon à atteindre la dimension d'une tête d'adulte. Après son ablation, par M. Péan, on reconnut un myome très volumineux situé dans la paroi utérine au-dessus du corps de l'utérus dont la cavité renfermait un œuf de quatre mois.

La tumeur, ramollie, avec des géodes pleines d'un liquide un peu opaque et muqueux, présentait, soit sur la paroi des petites cavités, soit parsemés dans le tissu musculaire, des îlots mortifiés de myome, semi-transparents et anémiques. Le liquide contenu dans les géodes montre des globules blancs contenant des granulations graisseuses, des corps granuleux et des fibres musculaires lisses très hypertrophiées, en dégénérescence graisseuse ou mortifiées, dont le noyau ne se colorait plus par le carmin. Sur le corps, il était très facile de distinguer les îlots mortifiés au milieu du myome vivant. Les premiers montraient des fibres musculaires petites, sans noyau colorable, et des vaisseaux privés de sang; le myome vivant présentait des fibres musculaires hypertrophiées et des vaisseaux pleins de sang. A la limite de ces deux parties, il existait un grand nombre de cellules rondes qui jouaient le rôle de phagocytes.

Ces mortifications partielles de la tumeur, suivies de ramollissement par places, sont dues à la compression exercée par les faisceaux hypertrophiés du myome et elles peuvent avoir comme conséquence l'atrophie très notable et même la disparition d'une portion plus ou moins grande du myome après l'accouchement.

L'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 7 février 1893, ont été nommés dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat.

Au grade de médecin en chef de première classe. — MM. les médecins en chef de deuxième classe Illy et Trucy.

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — MM. les médecins principaux Sérez et Primet.

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Vaysse et Drevon.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Manin et Touin.

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Tréhen, médecin de deuxième classe de la marine.

— L'Association de la presse médicale, dans sa dernière réunion, a voté la proposition suivante :

« Les étudiants en médecine feront leur service militaire comme *médecin*, leurs études médicales terminées; ils devront être docteur ou interne nommé au concours, dans une ville où siège une Faculté, à l'âge de vingt-sept ans. »

A titre de mesure transitoire, l'Association a, en outre, émis les vœux suivants :

« 1° Tout étudiant en médecine, pourvu de treize inscriptions ou nommé au concours externe ou interne des hôpitaux, fera son service militaire comme infirmier, dans une ville où existe une Faculté ou École de médecine.

2° Tout médecin auxiliaire, nommé au concours, doit remplir réellement, pendant l'année qu'il passe sous les drapeaux, les fonctions de médecin auxiliaire. »

— Un concours pour deux places de chirurgien du Bureau central s'ouvrira le lundi 27 mars 1893, à midi, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria.

Le registre d'inscription, ouvert le lundi 27 février 1893, sera clos le samedi 11 mars, à trois heures.

— Un concours pour la nomination à trois places d'interne à l'hôpital de Berck-sur-Mer s'ouvrira le lundi 13 mars 1893, à une heure précise, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3.

Le registre d'inscription, ouvert le lundi 13 février 1893, de onze heures à trois heures, sera clos le mardi 28 février.

— Les élèves et les amis de M. le docteur Dujardin-Beaumetz ont décidé de lui offrir une fête, à l'occasion de sa promotion au grade de commandeur de la Légion d'honneur.

M. Dujardin-Beaumetz étant en ce moment absent de Paris, cette fête (un banquet suivi d'un concert) ne pourra avoir lieu qu'à son retour, c'est-à-dire du 8 au 12 mars prochain.

Les adhésions et les cotisations (25 francs) doivent être adressées, avant le 10 février au plus tard, à M. le docteur Bardet, 20, rue de Vaugirard, à M. le docteur Dubief, 8, rue Taylor, ou à M. le docteur Touvenaint, 66, rue de Rennes.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Denis, chef de clinique obstétricale, est prorogé dans ses fonctions.

— M. le professeur Hardy a légué sa bibliothèque à l'hôpital Saint-Louis, dont il fut si longtemps un des maîtres les plus appréciés.

— M. le docteur Charles Chauvet, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Lyon, est chargé d'une mission scientifique en Russie, particulièrement à Saint-Pétersbourg, Moscou et

Kiew, à l'effet d'étudier la fréquence, les causes et le traitement de la neurasthénie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Papillon, médecin-inspecteur du service de santé militaire.

— MM. les internes, externes et élèves des hôpitaux sont informés qu'un cours pratique de bactériologie s'ouvrira le mercredi 1er mars 1893, au laboratoire de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, sous la direction de M. le docteur Lesage, chef du laboratoire.

Des places seront réservées pour MM. les internes qui désireront poursuivre des recherches personnelles et continuer leurs travaux jusqu'à la fin de l'année.

MM. les élèves devront s'inscrire au laboratoire de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux pour la mise en série.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 18. — SAMEDI 11 FÉVRIER 1893. 66e ANNÉE. SAMEDI 11 FÉVRIER 1893. — N° 18.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Le craniotabes.

Par le docteur Jules COMBY, médecin des hôpitaux.

DÉFINITION. — On désigne sous le nom de *craniotabes*, *craniomalacie*, *occiput mou*, un ramollissement particulier des os du crâne chez les enfants du premier âge. Ce ramollissement, appréciable à la palpation, peut s'accompagner d'amincissement tel que, dans les cas extrêmes, toute la substance osseuse est résorbée, le périoste et la dure-mère étant intimement unis, sans interposition aucune de tissu osseux. A ce degré, les os malades, quand ils sont dépouillés des parties molles, se montrent, à l'autopsie, absolument transparents comme des feuilles minces de mica ou de baudruche.

Le terme d'*occiput mou* (*weiche Hinterkopf*), proposé par Elsässer, est insuffisant pour dénommer la maladie, car les lésions ne sont pas toujours bornées à l'occiput, quelquefois même l'occiput est respecté, alors que les temporaux ou les pariétaux sont profondément lésés.

Il vaut mieux désigner l'affection qui nous occupe par le terme plus général de *craniomalacie*, ou ramollissement cranien, adopté par Lasègue, ou par celui de *craniotabes* employé par Elsässer et par tous les auteurs allemands.

I

HISTORIQUE. — C'est à un médecin de Stuttgard, Karl Ludwig Elsässer (1), que nous devons la première description du craniotabes. Son mémoire, paru en 1843, fut analysé dans les *Archives de médecine* de 1845. La question fut reprise ensuite par Lasègue dans un article intitulé CRANIOMALACIE des *Archives* de 1850. La connaissance du craniotabes fut donc vulgarisée, en France, par le journal de Lasègue, et l'on peut encore consulter avec fruit l'article que cet éminent clinicien lui a consacré.

(1) ELSÆSSER. *Der weiche Hinterkopf; ein Beitrag zur Physiologie und Pathologie der ersten Kindheit*, Stuttgard 1843.

Voici comment Elsässer caractérisait, au point de vue anatomique, la maladie nouvelle. Le crâne est mou et se laisse couper facilement, les os n'ont plus leur structure compacte, ils sont, au contraire, flexibles et ressemblent à du tissu spongieux; ils ne sont plus lisses, mais poreux; le calibre des canaux qui les parcourent est augmenté de volume et ceux-ci communiquent largement entre eux; les altérations sont semblables à celles que produit le rachitisme dans le reste du système osseux.

Il ajoute que la partie postérieure du crâne est surtout malade, que l'occiput présente de véritables pertes de substance, des trous, parfois très nombreux (une trentaine dans un cas), et qu'on peut distinguer avec la pulpe du doigt.

Les exemples qu'il cite sont nombreux; d'après 37 cas qu'il a observés, il peut dire que l'affection frappe surtout les enfants débiles, dont les os sont mal développés. Cependant, il a vu le craniotabes chez un enfant fort et bien nourri.

L'affection apparaîtrait vers le troisième ou quatrième mois de la vie, quelquefois plus tard (cinquième ou sixième mois). Les enfants sont agités, dorment mal, surtout si leur tête porte sur un oreiller dur, ils sont fréquemment atteints de convulsions. La guérison peut s'observer, le crâne reprenant peu à peu sa solidité, mais la mort serait fréquente (près de la moitié des cas). Sur 29 enfants atteints de craniotabes, Elsässer en a vu mourir 14, dont 10 avec des convulsions. Ces convulsions, pour lui, résulteraient de la protection insuffisante que le crâne ramolli assurerait au cerveau. La compression cérébrale serait donc l'effet direct de la craniomalacie, et la cause immédiate des accidents convulsifs. Quant à la nature de la maladie, Elsässer n'hésite pas à invoquer le rachitisme.

Les faits exacts et les théories discutables du médecin wurtembergeois furent accueillis, en Allemagne, avec la plus grande faveur; on alla même au delà d'Elsässer, dans l'interprétation des accidents. Lederer et Spengler établirent un rapport étroit, devenu presque classique en Allemagne, entre le craniotabes et le spasme de la glotte. Sur 96 enfants atteints de spasme glottique, ces auteurs trouvent le ramollissement de l'occiput 92 fois. Spengler affirme même qu'il a provoqué le spasme de la glotte en comprimant l'occiput.

Le docteur Hauff, de Kirkheim, fit entendre une note discordante; deux enfants craniomalaciques ayant succombé à des accès de suffocation, présentèrent l'un une hypertrophie du cerveau, l'autre une hypertrophie du

thymus. Et l'auteur conclut que ce n'est pas le craniotabes, mais l'hypertrophie viscérale qui a entraîné le spasme mortel.

Fort de ces conclusions divergentes, Lasègue reste sur une prudente réserve et apprécie sainement la situation : « L'existence et la nature du ramollissement du crâne, démontrées par tous les moyens que la science met à notre disposition, ne peuvent laisser aucun doute. *Les symptômes sont déjà bien moins évidents que les altérations auxquelles ils sont réputés correspondre.*

L'incertitude augmente encore, et les éléments d'un jugement motivé manquent presque complètement, quand il s'agit d'assigner une place à la maladie dans le cadre pathologique, et de la rattacher soit comme une espèce à son genre, soit comme une dépendance à quelque type plus général.

Le rachitisme ne se retrouve-t-il pas ici avec ses caractères essentiels, et n'est-on pas en droit de dire, sauf l'étrangeté du mot, qu'on a affaire à un rachitisme cranien? Cette analogie même reconnue et admise, est-il vrai, comme le veut Elsässer, que la lésion de la tête marque le début des autres lésions qui doivent atteindre le rachitique; que le ramollissement osseux procède de haut en bas, et s'arrête souvent au crâne sans s'avancer au delà, tantôt parce que la guérison est survenue, tantôt parce que les accidents sont devenus promptement mortels? *En regardant cette altération locale comme un phénomène accessoire qui se produit ou ne se manifeste pas, qui varie de degrés suivant des conditions inconnues, qui tantôt précède, tantôt accompagne le rachitisme, n'est-on pas plus près de la vérité qu'en voulant en faire l'échelon obligé d'une affection à laquelle on suppose plus de régularité qu'elle n'en a?* ».

J'ai souligné, dans cette critique remarquable, les phrases les plus topiques, celles qui, à mon avis, portent avec évidence le cachet de la vérité. Écrite il y a quarante-deux ans, cette appréciation de Lasègue pourrait être reprise tout entière, sans y rien changer, aujourd'hui.

Parmi les médecins qui se sont occupés spécialement de maladies d'enfants, les uns (en France surtout) ont dédaigné le craniotabes et ne lui ont reconnu aucun rôle en pathologie; les autres (en Allemagne principalement) ont fait graviter, autour de cette lésion banale, tout un ensemble symptomatique. Cependant, même en Allemagne, les avis sont partagés.

Si Vogel (1), Kassowitz (2), sont favorables à la théorie d'Elsässer, si Vogel croit à l'évidence du rapport entre le craniotabes et le spasme de la glotte et à la possibilité de provoquer celui-ci en comprimant l'occiput, si Kassowitz proclame la fréquence extrême du laryngospasme dans le rachitisme cranien et sa guérison par le phosphore, Hénoch, Friedleben, Ritter, Baginsky sont plus que réservés.

Hénoch (3) s'élève contre l'explication d'Elsässer : « Je puis assurer, dit-il, que j'ai examiné le crâne dans des centaines de cas de craniotabes, et que je ne l'ai trouvé que rarement tel que le décrit Elsässer. »

D'autre part, ayant vu parfois, avec les progrès de l'ossification, les parties amincies se remplir et se consolider sans qu'aucun autre symptôme rachitique s'y ajoutât, il dit

(1) Vogel. *Traité des maladies de l'enfance*, 1872.
(2) Kassowitz. *Vorlesungen über Kinderkrankheiten im Alter der Zahnung*, Wien 1892.
(3) Hénoch. *Maladies des enfants*, 1885.

qu'il ne faut pas trop se hâter de considérer le craniotabes, quand il apparaît seul, comme un signe de rachitisme. Friedleben, Ritter croient qu'on peut rencontrer le craniotabes à l'état physiologique.

M. Baginsky (1) déclare insoutenable la théorie d'Elsässer (compression du cerveau), le spasme glottique s'observant chez les enfants dont l'occiput est normal, et manquant chez d'autres dont l'occiput est parcheminé.

Quant à l'époque d'apparition du craniotabes, elle n'est pas toujours aussi précoce que le voulait Elsässer. Wannebroucq a vu la craniomalacie chez un rachitique de deux ans et demi (2). Le crâne fut ouvert au couteau sans la moindre résistance, les os étaient très minces en certains points et, à l'état frais, on les faisait fléchir comme du parchemin, sans les briser; ils présentaient un grand nombre de trous. Giraldès attribuait les dépressions et les perforations du craniotabes à l'usure déterminée par l'hypertrophie des circonvolutions. C'est avec raison que Broca releva cette interprétation erronée : pour que les circonvolutions puissent produire sur un crâne des dépressions pareilles, il faut que ce crâne ait été aminci par une maladie antérieure (3).

La question du craniotabes a été soulevée, dans un esprit nouveau, par M. le professeur Parrot (4).

Il a parfaitement étudié et décrit toutes les formes du craniotabes, il a montré que le craniotabes pouvait être congénital. « On ne peut mettre en doute l'origine congénitale quand les sujets n'ont vécu qu'un petit nombre de jours. »

Les lésions congénitales, d'après lui, occuperaient la partie antéro-supérieure du crâne, tandis que les lésions acquises intéresseraient la partie postérieure.

Enfin, on devait s'y attendre, il englobe le tout dans la syphilis héréditaire :

« Lorsqu'on fait l'inventaire d'une série considérable de crânes, on voit que tous ceux qui sont atteints des lésions précédemment étudiées proviennent d'enfants atteints de syphilis héréditaire. »

Cette opinion est insoutenable, comme nous le montrerons plus loin.

Pour terminer cet historique, je rappellerai les observations que j'ai présentées à la Société médicale des hôpitaux (5) et la thèse de M. le docteur Paley (6), basée sur soixante-deux observations inédites.

Cette thèse conclut à la banalité du craniotabes qui, chez beaucoup d'enfants, est une lésion latente, découverte par hasard. Elle montre la rareté des convulsions et du spasme de la glotte, attribuables au craniotabes, la curabilité de celui-ci, l'absence de rachitisme, etc.

II

Anatomie pathologique. — On peut distinguer trois degrés dans les lésions du craniotabes :

Premier degré. — L'os est ramolli, gorgé de sang, les lacunes du diploé sont élargies; il se laisse fléchir et couper

(1) Baginsky. *Traité des maladies de l'enfance*, 1892.
(2) Wannebroucq. Soc. anat., 1859.
(3) Broca. Soc. d'anthropol., 1872.
(4) Parrot. *Rev. de méd. et de chir.*, 1879.
(5) J. Comby. Soc. méd. des hôpit. de Paris, 1892.
(6) Paley. Th. de Paris, 1892.

au couteau, mais il n'est pas aminci, il est seulement plus poreux, plus spongieux, moins dur qu'à l'état normal.

La lésion est analogue aux lésions rachitiques.

Deuxième degré. — L'os est aminci par résorption des sels calcaires, on constate des dépressions, des empreintes à la surface interne des os craniens; cependant, entre la dure-mère et le périoste, il existe encore du tissu osseux.

Troisième degré. — L'amincissement a fait de tels progrès, que l'os est réduit par places à une feuille de parchemin, qu'il y a des trous pouvant recevoir l'extrémité du doigt. La planche de la thèse de M. le docteur Paley montre bien les différents degrés anatomiques du craniotabes et, particulièrement, les perforations osseuses fermées par une membrane transparente. Ces trous sont arrondis et taillés comme à l'emporte-pièce.

En somme, ces lésions ne diffèrent pas essentiellement des lésions rachitiques; comme ces dernières, elles sont caractérisées par une résorption de la charpente minérale des os et par la prédominance de l'élément organique : d'où ramollissement, amincissement, affaissement, déformation. Encore faut-il remarquer que l'amincissement osseux n'est pas habituel aux lésions rachitiques vulgaires; il est très commun, au contraire, dans le craniotabes.

D'autre part, que voyons-nous du côté du crâne, dans le rachitisme classique ? La fontanelle antérieure reste large, molle, elle ne se ferme pas ou ne se ferme que tardivement. Les bosses frontales sont saillantes et élargies, les bosses pariétales deviennent également plus convexes. Le front devient olympien, et le crâne tout entier semble agrandi dans tous ses diamètres, surtout dans le diamètre transversal, au point que l'idée d'hydrocéphalie se présente naturellement dans quelques cas de rachitisme.

Si vous palpez ces têtes carrées des rachitiques, vous les trouverez dures, sans trous, sans places dépressibles, en un mot sans craniotabes.

Par contre, dans le craniotabes, si l'amincissement et la dépressibilité sont évidents, l'agrandissement de la boîte osseuse n'existe pas.

Donc, au point de vue anatomique, craniotabes et rachitisme cranien ne sont pas absolument synonymes; nous verrons que la clinique accentue encore les différences.

III

Étiologie. — Le craniotabes est une lésion fréquente ; il m'a suffi de le rechercher systématiquement pour en trouver plus de cinquante cas en quelques semaines. Sa rareté n'est qu'apparente ; ne donnant lieu, dans l'immense majorité des cas, à aucun symptôme réactionnel, exigeant d'autre part une certaine dextérité de main, une palpation du crâne assez minutieuse, le craniotabes passe d'ordinaire inaperçu.

M. le docteur Paley déclare n'avoir pas assisté à une consultation externe des hôpitaux d'enfants, sans rencontrer toujours un ou plusieurs enfants atteints de craniomalacie. De même, chaque fois qu'il m'a fait l'honneur de visiter mon Dispensaire, j'ai pu lui montrer un ou plusieurs craniomalaciques.

Au point de vue du sexe, peu de différences, quoique la statistique d'Elsässer et celle de M. Paley accusent une légère prédominance des garçons sur les filles.

La question d'âge est importante ; le craniotabes est une affection des premiers mois de la vie. Rare avant deux mois, le craniotabes devient fréquent à partir de cet âge et reste fréquent jusqu'à huit mois. A partir de cette époque, il devient rare, et exceptionnel après douze ou treize mois. Cependant on peut le retrouver encore après seize, dix-neuf, vingt mois.

Deux enfants jumeaux (thèse de Paley), âgés de vingt-deux mois, étaient tous les deux atteints de craniotabes. J'ai observé le craniotabes dans les premières semaines de la vie, à six semaines, à un mois, à vingt jours. Quand on rencontre la maladie à une date aussi rapprochée de la naissance, on ne peut s'empêcher d'en faire remonter parfois l'origine à la vie intra-utérine. Parrot avait vu juste sur ce point, en décrivant une variété congénitale de craniotabes. Les lésions se forment lentement et se réparent avec la même lenteur.

Un médecin de Hambourg, le docteur Gœdechens (voir thèse de Paley), a d'ailleurs rapporté une observation de craniotabes congénital vérifié avant la naissance et immédiatement après. La mère avait été souffrante pendant tout le cours de la grossesse; peu de jours avant l'accouchement, le toucher vaginal permit de sentir un corps arrondi qui se laissait déprimer comme un parchemin et revenait ensuite à sa forme première, aussitôt que la compression digitale cessait. Après l'accouchement, on reconnut que ce corps parcheminé était formé par l'occiput. L'enfant était du sexe masculin, sa tête avait la forme et le volume normaux. Toute la partie postérieure des pariétaux et la partie antérieure de l'occipital étaient molles et se laissaient déprimer. Peu d'instants après, la femme accoucha d'un second garçon plus fort que le premier et indemne de craniotabes. Le premier enfant succomba au bout de quinze jours. L'autre commença à dépérir et l'on vit se former alors, le long de la suture lambdoïde, des points ramollis et dépressibles. Donc, ces deux jumeaux avaient, l'un, une craniomalacie congénitale, l'autre, une craniomalacie acquise.

Deux fois, j'ai vu des enfants jumeaux présenter, en même temps, le craniotabes, et cela s'explique. Dans les cas de grossesse gémellaire, la nutrition des enfants est moins parfaite que dans les cas de grossesse unique ; les sels calcaires fournis par l'organisme maternel peuvent être suffisants à la nutrition d'un seul fœtus, ils pourront devenir insuffisants, s'ils sont répartis sur deux enfants. Après la naissance, ces mêmes enfants, s'ils ne sont pas pourvus chacun d'une nourrice, seront encore dans des conditions d'infériorité marquée. Voilà pourquoi le *craniotabes gémellaire* n'a pas lieu de nous surprendre.

Le craniotabes est un trouble nutritif, une dyscrasie, les enfants mal nourris, allaités artificiellement, y sont prédisposés, comme ils sont prédisposés au rachitisme qui peut les atteindre plus tard. Chez eux, le craniotabes sera souvent la première étape du rachitisme. Donc, alimentation artificielle et ses conséquences, diarrhée, vomissements, athrepsie, voilà des causes de craniotabes.

J'ai constaté la très grande fréquence du craniotabes chez les nourrissons de la classe pauvre qui se trouvent, pour la plupart, dans des conditions hygiéniques déplorables; je crois que le craniotabes est beaucoup plus rare chez les enfants de la classe aisée.

Mais cette règle comporte des exceptions et j'ai vu quelques enfants vigoureux, bien portants, nourris au sein, présenter, contre toute prévision, des lésions craniomalaciques. Chez eux (pour quelle raison, je l'ignore), la nutri-

tion, parfaite ailleurs, était défectueuse du côté du crâne.

Que faut-il penser de la syphilis héréditaire, dont Parrot avait exagéré outre mesure le rôle pathogénique?

Elle peut sans doute se rencontrer chez des enfants craniomalaciques; elle peut être considérée, chez eux, comme la cause du craniotabes. Mais cette cause n'est ni nécessaire, ni habituelle. La preuve, c'est qu'on rencontre beaucoup de craniomalaciques indemnes de syphilis, alors que des hérédo-syphilitiques avérés n'offrent pas trace de craniotabes.

Le craniotabes n'est donc pas d'essence et de nature syphilitiques, il n'a rien de spécifique; il peut résulter de la syphilis, comme il résulte quelquefois d'une autre maladie, d'une diarrhée prolongée, d'une bronchopneumonie, non pas directement, mais comme une conséquence de la perturbation nutritive importée dans l'organisme infantile par l'intervention de ces maladies.

M. le docteur Paley a parfaitement raison de dire : « Les facteurs les plus puissants de la décalcification et de la désorganisation du crâne résident, pour nous, dans la mauvaise alimentation des nourrissons, dans les conditions hygiéniques défectueuses et, en général, dans toutes les causes qui conduisent le plus habituellement les nouveau-nés à l'athrepsie. » On pourrait même considérer le craniotabes comme une athrepsie partielle, une athrepsie du crâne.

Le craniotabes a-t-il des rapports avec le rachitisme et quels sont ces rapports ?

Pour Elsässer, le craniotabes était la première étape du rachitisme qui, progressant de haut en bas, contrairement à l'opinion de Guérin, atteindrait toujours la tête avant les parties inférieures.

Sans doute, il en est quelquefois ainsi, mais rien n'est plus inconstant que le début du rachitisme; ses premières localisations varient d'un sujet à un autre; elles se font indifféremment sur les membres, sur le tronc, sur la tête. Aucune loi ne semble présider à la progression les localisations osseuses du rachitisme.

Si le craniotabes précède quelquefois le rachitisme du tronc et des membres, il est très commun de constater son absence dans les cas avérés de rachitisme. J'ai suivi plusieurs enfants atteints de craniotabes; les uns sont devenus rachitiques, les autres ont guéri complètement, sans devenir rachitiques. Je sens bien que cette objection n'est pas décisive et que la curabilité du craniotabes n'est pas suffisante pour le faire rejeter hors du cadre du rachitisme.

On peut donc faire rentrer le craniotabes, si l'on veut, dans le rachitisme cranien, mais il faut bien savoir que ce craniotabes s'observe chez des enfants sains, qui ne présenteront jamais les signes objectifs du rachitisme.

La pathogénie du craniotabes reste obscure, ses liens étiologiques avec le rachitisme sont douteux, mais, cliniquement, son indépendance me semble indiscutable.

IV

Symptômes. — On a décrit, au craniotabes, des signes physiques et des symptômes réactionnels. Les premiers sont certains, les autres sont très douteux.

La lésion, généralement, est muette, latente; j'ai vu beaucoup d'enfants craniomalaciques, ce n'est jamais pour la lésion du crâne qu'on est venu me consulter. C'est dire que le craniotabes veut être cherché systématiquement. Elsässer a prétendu que les enfants étaient agités, qu'ils ne pouvaient supporter la pression des oreillers dans le décubitus et que l'occiput devenait glabre par suite des frottements déterminés par les mouvements incessants des petits malades. Cette alopécie occipitale des nouveau-nés est habituelle; elle résulte bien de la pression, mais cette pression n'agit que sur des cheveux fragiles, qui présentent la mue physiologique. L'alopécie n'atteint que la première pousse des cheveux; plus tard, les pressions ont beau continuer et s'accentuer, les cheveux résistent et l'alopécie ne se produit plus. Le craniotabes n'y est pour rien.

Le seul signe local est fourni par la palpation méthodique de la tête. Chez un enfant bien portant, la main ne rencontre, sur le crâne, que des plans résistants séparés par quelques régions dépressibles bien connues (fontanelles).

S'il y a craniotabes, on constate, soit au niveau de l'occipital, soit sur les pariétaux ou la portion écailleuse des temporaux, des surfaces qui se laissent affaisser, qui cèdent à la pression du doigt. On a la sensation que l'os est moins dur qu'à l'état normal, qu'il est devenu souple; il semble qu'on ait sous la main un morceau de carton, une carte à jouer. Si la lésion est plus avancée, le doigt indique un amincissement de l'os, qui se déprime alors à la manière d'une mince feuille de mica ou de parchemin. Dans les cas extrêmes, la mollesse, la souplesse de l'os sont telles qu'il semble bien n'y avoir, entre le doigt et l'encéphale, qu'une membrane fibreuse, dépourvue entièrement de tissu osseux.

Tantôt la région ramollie est étendue et se continue insensiblement et sans ressaut avec les parties saines, tantôt il y a de véritables trous qui reçoivent l'extrémité digitale, et qui s'enfoncent dans la substance osseuse.

Le craniotabes respecte les os frontaux, il occupe exclusivement la partie postérieure du crâne; il affecte une prédilection marquée pour l'occipital, et, après lui, pour la partie postérieure des pariétaux, et pour l'écaille du temporal.

Il peut être unilatéral ou bilatéral, quelquefois parfaitement symétrique. Il intéresse un os ou plusieurs os à la fois. Dans un cas, que j'ai présenté à la Société médicale des hôpitaux, le ramollissement occupait la presque totalité de l'occipital, des temporaux et des pariétaux. Cependant, l'enfant n'accusait aucune douleur, aucune gêne; il m'était conduit pour une bronchite.

Sur 62 observations de la thèse de M. Paley, le craniotabes intéressait l'occiput 32 fois; 20 fois il occupait la moitié gauche de cet os.

Les pressions exercées pour la recherche du craniotabes sont ordinairement bien supportées et paraissent indolores. Quelques enfants poussent des cris et semblent souffrir quand la pression est trop forte.

Je n'ai jamais vu cette pression déterminer de convulsions ni de spasme de la glotte.

On a dit, en effet, que le craniotabes était une cause fréquente de convulsions et de spasme glottique. Quelquefois, en effet, j'ai trouvé des enfants craniomalaciques ayant eu des convulsions; le plus grand nombre n'en avaient point eu. Un seul enfant a présenté quelques étouffements qui rappelaient de loin le spasme de la glotte. Tous les autres (plus de 50) n'avaient jamais eu de spasme de la glotte.

Enfin, deux fois j'ai vu des enfants atteints de spasme de la glotte, qui ne présentaient aucune trace de craniotabes.

Il est donc impossible d'établir un rapport quelconque

entre les accidents spasmodiques, convulsifs et le craniotabes.

Voilà pourquoi j'ai dit et je répète, que le craniotabes a des signes physiques, mais ne se traduit pas par des symptômes réactionnels.

Voilà pourquoi le craniotabes mérite le nom de maladie *latente*.

Le craniotabes évolue lentement et insensiblement, il aboutit presque toujours à la guérison, par reprise de l'ossification et consolidation définitive. Quelques observations que j'ai pu suivre m'ont édifié sur la durée des cas simples.

Le 23 mars 1892, j'examine deux petits garçons jumeaux âgés de deux mois, nourris par leur mère qui, n'ayant pas assez de lait pour deux, s'aide du biberon. Ces enfants sont délicats et ont parfois de la diarrhée. Ils n'ont jamais eu de convulsions ni de spasme glottique. Le premier présente un ramollissement considérable du temporal droit, de l'occipital et des pariétaux au voisinage de la fontanelle postérieure. Le second est atteint d'un ramollissement de la presque totalité de l'occipital et de la partie voisine des pariétaux. Le 31 octobre de la même année, c'est-à-dire sept mois après, on me ramène ces deux enfants, qui ont, de temps à autre, un peu de diarrhée. Le premier a deux dents, le second n'en a pas encore. J'examine leur crâne avec soin et je constate qu'il est partout solide; il n'y a plus trace de craniotabes.

Le craniotabes évolue donc favorablement sans le secours d'aucune thérapeutique, et en quelques mois la consolidation se fait toute seule. Le pronostic ne me paraît donc pas mauvais, quoi qu'en dise Elsässer.

Cet auteur observait dans un milieu défavorable, une crèche; les enfants mouraient d'athrepsie, il mettait leur mort sur le compte du craniotabes.

Si l'on suit la maladie, en dehors des hospices et des asiles d'enfants trouvés, la terminaison est toute différente et la mort exceptionnelle. Quand elle survient, elle n'est pas le fait du craniotabes, mais de la misère physiologique ou d'une maladie intercurrente.

V

Diagnostic. — Le diagnostic, très facile quand on y pense, repose tout entier sur la constatation des signes fournis par la palpation.

La tête de l'enfant étant découverte, on promène la paume de la main droite et les doigts sur la partie postérieure du crâne, avec douceur, sans exercer d'abord une pression trop forte. On se rend compte, par ce premier temps de la palpation, de la forme du crâne, de sa régularité, de l'existence ou de l'absence de saillies, de dépressions anormales; on reconnaît les sutures et les fontanelles. Dans un second temps, on fait agir plutôt la pulpe de trois doigts (index, médius, annulaire), on presse, avec ces doigts, sur tous les points de l'occipital, des pariétaux, des temporaux; on reconnaît alors l'existence de points ou de surfaces ramollis, dépressibles. On s'aide alors du pouce, pour donner un point d'appui aux autres doigts.

Pendant que la main droite agit, la gauche maintient la tête, en embrassant le front de l'enfant.

Quelquefois, un examen superficiel pourrait être négatif, et le diagnostic du craniotabes exige des pressions assez fortes, sans cesser d'être douces. Tout dépend du degré de la lésion. Dans les cas de ramollissement et d'amincissement extrêmes, le simple toucher permet de reconnaître la craniomalacie. Dans les cas légers, limités à une petite surface, à un trou, le diagnostic ne se fait pas sans une grande attention et sans une palpation minutieuse.

On ne confondra pas, avec le craniotabes, les fontanelles normales, dont le siège est connu et dont les limites sont régulières. Cependant, le craniotabes affecte souvent une prédilection marquée pour le voisinage des fontanelles et des sutures, et l'on aura à faire le départ entre elles et lui.

Il existe parfois, sur l'occipital, des inégalités naturelles, des bosselures, des cavités, qui pourraient faire croire, au premier abord, à l'existence de véritables pertes de substance de l'os. Mais, en introduisant le doigt dans les anfractuosités, et en comprimant les surfaces osseuses, on n'obtiendra aucun affaissement, et l'erreur sera évitée. De même, l'existence de petits ganglions durs, sous-cutanés, à la partie postérieure de l'occiput, sera aisément reconnue.

On remarquera que les lésions du craniotabes se limitent à la partie postérieure de la boîte cranienne, et que les os frontaux sont toujours respectés; c est du moins la conclusion qui résulte de mes nombreuses observations.

Dans le rachitisme habituel, au contraire, les frontaux sont atteints de préférence.

Il est une lésion du crâne assez rare, dont quelques observations ont été rapportées en Allemagne et en Autriche, qui pourrait être confondue avec le craniotabes. Je veux parler des *fentes du crâne* chez les enfants du premier âge. Comme dans le craniotabes, on voit, en pareil cas, une perte de substance osseuse, une surface plus ou moins étendue qui, au lieu de la solidité et de la résistance normales, présente une mollesse et une dépressibilité insolites. Tantôt il y a simplement fente ou fissure, sans écartement notable des os, tantôt il y a une surface assez large limitée par des rebords osseux.

Deux origines sont reconnues à ces fentes : elles peuvent être congénitales ou traumatiques; et dans quelques cas, on est embarrassé pour se prononcer sur ce point. Exemple : Von Bergmann est appelé à examiner le crâne d'un enfant pour savoir si la mort était le résultat d'un meurtre (1). Ce crâne, en effet, présentait une fente, et l'on se demandait si cette fente était congénitale ou traumatique. Le chirurgien se prononça en faveur de l'origine congénitale pour les raisons suivantes : 1° les os étaient amincis au niveau des bords de la fente; 2° ils étaient réunis par un tissu membraneux qui n'aurait pas eu le temps de se former entre l'époque supposée de l'accident et la mort; 3° le crâne était asymétrique.

Ces fissures, ces fentes durent beaucoup plus longtemps que le craniotabes, et leur guérison serait même douteuse. Virchow, tout en proclamant la rareté de la guérison, a présenté des pièces qui démontraient sa possibilité (2). Si les simples fentes et fissures simulent parfois le craniotabes, les pertes de substance, plus étendues, rappellent surtout la méningocèle, car elles donnent lieu à une véritable tumeur.

Hénoch a vu deux cas de ce genre (3) : le premier cas a trait à un enfant de cinq mois, qui avait eu des convulsions; il portait, sur le côté droit du crâne, une tumeur élastique, un peu tendue, plate, diminuant par la pression, augmen-

(1) Von Bergmann. Soc. de méd. de Berlin, 27 juin 1888.
(2) Virchow. Soc. de méd. berlinoise, 1888.
(3) Hénoch. Soc. de méd. berlinoise, 30 mai 1888.

tant quand l'enfant criait. Cette tumeur, qui avait la grosseur d'un rein, siégeait au-dessus de l'oreille. On sentait, autour d'elle, un rebord osseux saillant.

La ponction capillaire donna issue à un liquide clair et transparent, riche en albumine, ne contenant pas de sucre.

Cinq jours après la première ponction, on en fit une seconde, qui aboutit à la soustraction de 10 grammes de liquide et on fit une injection iodée. A la suite d'une troisième ponction, faite peu de temps après, la tumeur disparut complètement, mais l'enfant succomba. L'autopsie fit voir une fente large d'un centimètre et demi, longue de plusieurs centimètres. Cette fente, dirigée de haut en bas et d'avant en arrière, occupait la bosse pariétale droite. On remarquait, en outre, deux dépressions longitudinales parallèles à la perte de substance. Celle-ci était obturée par une membrane fibreuse, pigmentée en rouge-brun. La dure-mère était recouverte de fausses membranes récentes (pachyméningite), la pie-mère adhérait au cerveau, qui était lui-même atteint d'encéphalite chronique. Le diagnostic de Hénoch fut : *Fracture du crâne, fausse méningocèle traumatique avec pachyméningite et encéphalite interstitielle chroniques*. L'enfant était athrepsié.

Dans le second cas, il s'agissait d'un enfant de trois mois, qui avait eu des convulsions à l'âge d'un mois, et qui souffrait d'une broncho-pneumonie. Il était athrepsié comme le précédent. Comme le précédent aussi, il présentait, au niveau du pariétal droit, une tumeur plate, molle, élastique, qui augmentait de volume sous l'influence de la toux. Cette tumeur, entourée d'un rebord osseux saillant, avait 3 centimètres de largeur et 6 centimètres de longueur. Une ponction exploratrice ne donna que du sang, et l'enfant mourut. A l'autopsie, on trouva une fente du pariétal, comblée par une membrane fibreuse, dont la face interne adhérait à la dure-mère et à la pie-mère. Le cerveau, à ce niveau, était sclérosé. Malgré l'absence de renseignements, Hénocq n'hésita pas à invoquer le traumatisme pour expliquer ces pertes de substance, et en particulier une chute sur la tête.

Weinlechner a réuni treize cas semblables (1). Les fentes, d'après lui, se formeraient dans la première enfance et jusqu'à l'âge de trois ans; elles résultent, le plus souvent, d'un coup ou d'une chute sur la tête. Le premier résultat de la contusion est une fissure, puis la fente s'élargit par résorption des sels calcaires, l'expansion du cerveau entravant sans doute la formation d'un cal. Il se produirait là quelque chose d'analogue aux *pseudarthroses* des os longs.

Hénoch a vu un troisième enfant qui, à la suite d'un coup sur la tête, présentait des dépressions profondes du crâne, des *trous* analogues à ceux du craniotabes, mais sans formation kystique, et sans troubles cérébraux. Une pièce du Musée de la Société des médecins de Vienne montre aussi une fente du crâne qui n'a pas été suivie de hernie encéphalique.

Ce sont ces cas surtout qui simulent le craniotabes, et qui n'en diffèrent que par l'origine, et quelquefois aussi par la forme des pertes de substance (bourrelets saillants).

Les fentes du crâne peuvent d'ailleurs s'observer à un âge plus avancé, dans la seconde enfance.

Genser a présenté, à la Société des médecins de Vienne, un enfant de douze ans qui en était atteint (2). Cet enfant, soigné déjà pour du lichen et de l'acné, avait deux frères rachitiques et était rachitique lui-même. Sa taille ne dépassait pas 84 centimètres, c'est-à-dire celle d'un enfant de trois ans; ses os étaient déformés, il n'avait que des dents de lait. Il n'a commencé à parler qu'à l'âge de huit ans, et il s'exprime encore très mal. On constate, au niveau du pariétal gauche, la présence d'une tumeur limitée par un bourrelet osseux à bords déchiquetés. Sa longueur est de 10 centimètres, et sa largeur de 3. Elle est molle et pulsatile. Au-dessous d'elle, on trouve une fente presque verticale. L'enfant fit une chute sur la tête à l'âge de dix-huit mois, perdit connaissance, eut des convulsions, puis une paralysie du bras droit. Actuellement encore, il persiste un peu d'affaiblissement de ce côté. La déformation cranienne date de cette chute. L'auteur n'hésite pas à reconnaître une fente du crâne analogue à celles que Weinlechner a décrites; cette fente s'est formée à la suite du traumatisme; la paroi osseuse, atteinte de *craniotabes* (c'est le mot dont il se sert), s'est résorbée, le cerveau est venu en contact avec le cuir chevelu; la fente s'est ensuite élargie sous l'influence de la pression de l'encéphale, qui ne cessait d'augmenter de volume par suite de la croissance.

On voit que les fentes du crâne ont de nombreux points de contact avec le craniotabes; dans les deux cas, c'est une résorption osseuse qui constitue la maladie, mais dans le premier cas, cette résorption est provoquée par un traumatisme, dans le second cas, elle est spontanée. Dans le premier cas, la réparation ne se fait pas et la hernie cérébrale est inévitable ; dans le second cas, l'ossification, suspendue ou retardée, ne tarde pas à reprendre, et aucune tumeur n'est appréciable à l'extérieur.

Mais si le craniotabes était persistant, s'il durait des années au lieu d'évoluer en quelques mois, il n'est pas douteux que nous aurions à constater, comme dans les *fentes craniennes*, la production de tumeurs fluctuantes ou pulsatiles semblables à celles qu'ont bien décrites Weinlechner, Hénoch, Genser, Virchow, etc.

Outre les fentes craniennes et les perforations congénitales ou acquises observées chez les enfants du premier âge, on peut rencontrer, à un âge plus avancé, des lésions *craniomalaciques*, des perforations, des trous, qui rappellent, par quelques-uns de leurs caractères, le craniotabes infantile.

Kundrat a présenté, à la Société des médecins de Vienne (1), plusieurs crânes offrant ainsi des perforations d'origine inflammatoire. Ces crânes présentaient des orifices arrondis analogues aux trous de trépanation. Du côté externe, les bords de ces orifices étaient réguliers; du côté interne, la perte de substance s'élargissait et on voyait des ostéophytes. Ces trous se rencontrent sur les os pariétaux et sur l'occipital, comme le craniotabes. Ils ont une origine tuberculeuse dans la plupart des cas, la lésion part de la dure-mère, sous forme de bourgeons charnus qui poussent vers l'extérieur. Le crâne est pour ainsi dire usé de dedans en dehors.

Il est bon de rapprocher toutes ces lésions dans une étude générale sur le craniotabes. Mais il est bien entendu qu'elles n'ont rien de commun avec lui, et que leur diagnostic différentiel n'offre pas de réelles difficultés. Les perforations décrites par Kundrat pourraient seulement rappeler la syphilis; mais on remarquera que le siège des

(1) Weinlechner. Soc. impér. et roy. des méd. de Vienne, janv. 1888.
(2) Janvier 1888.

(1) Vienne, 1891.

lésions osseuses syphilitiques est plus antérieur, il occupe le frontal, et non l'occipital. Enfin, il y a des symptômes particuliers (douleurs ostéocopes, hyperostoses) qui font reconnaître la syphilis.

VI

Traitement et prophylaxie. — Le traitement est général et local. Le traitement général consiste à relever la nutrition de l'enfant, à lui donner, si cela est possible, une bonne nourrice; si l'allaitement naturel est refusé pour une raison ou pour une autre, on surveillera de très près l'allaitement artificiel, on donnera du lait de bonne qualité, bouilli ou stérilisé, phosphaté même, si on en trouve.

On combattra la diarrhée, les vomissements qui pourraient survenir, à cause de la dénutrition qui en résulte, et de la décalcification osseuse dont ils sont souvent le prélude.

Si les enfants sont venus avant terme, s'ils ont un poids très inférieur à la normale, on sera conduit parfois à les mettre dans la couveuse et même à les gaver, suivant le procédé de M. Tarnier.

On prescrira les bains salés (1 kilogramme de sel marin par bain). Ces bains seront répétés tous les jours ou tous les deux jours; leur durée sera de cinq, dix, quinze minutes, si les enfants peuvent les supporter.

On recommandera aussi les promenades au grand air, car l'air, la lumière sont des stimulants de la nutrition qu'on ne saurait négliger. Quant au traitement local, il se réduit à peu de chose. Dans les cas de craniotabes limité, aucun danger n'est à craindre; le simple trou ou la petite surface ramollie sont entourés de parties dures qui assurent le cerveau contre les compressions accidentelles. Si le craniotabes est très étendu, et si les os sont très flexibles et très souples, on peut craindre que les coups, les chutes, ou même la seule pression des oreillers, menacent l'enfant d'accidents sérieux. On cherchera alors à protéger l'encéphale à l'aide de casques rigides moulés sur le crâne. Ces casques peuvent être en grillage de fer, en carton, en cuir bouilli. Ils serviront à doubler le bonnet de l'enfant atteint de craniotabes.

La prophylaxie se confond avec le traitement général indiqué plus haut; elle repose entièrement sur l'hygiène alimentaire des nouveau-nés.

VII

Conclusions. — On désigne, sous le nom de *craniotabes*, une lésion des os du crâne, propre aux enfants du premier âge, découverte par Elsässer, en 1843.

Cette lésion occupe l'occipital, l'écaille du temporal, les pariétaux; elle respecte les os frontaux.

Elle consiste dans un ramollissement plus ou moins étendu, avec amincissement de l'os. Quand on presse avec le doigt, sur les parties malades, on a la sensation que donne une carte à jouer, une feuille de parchemin, une membrane fibreuse.

Cette apparence résulte d'une véritable décalcification; l'os a perdu sa charpente minérale, comme dans le rachitisme et, dans les cas extrêmes, le périoste et la dure-mère sont accolés l'un à l'autre.

On a dit que ce ramollissement des os du crâne laissait le cerveau sans défense contre toutes les pressions extérieures et qu'il en résultait des accidents nerveux d'une haute gravité.

Les convulsions, le spasme de la glotte seraient produits souvent par le craniotabes.

Or il résulte de nombreuses observations que le craniotabes est une lésion osseuse indifférente et banale, sans retentissement aucun sur les fonctions du cerveau.

Le spasme de la glotte ne se rencontre qu'exceptionnellement chez les enfants atteints de craniotabes et il s'observe chez des enfants indemnes de toute craniomalacie.

Il n'est donc pas possible d'établir un rapport entre les deux maladies. Parrot a soutenu que le craniotabes dérivait toujours de la syphilis héréditaire, comme le rachitisme dont il ne serait qu'une étape. Or la syphilis héréditaire n'a été retrouvée chez aucun de mes petits malades et j'ai vu plusieurs petits syphilitiques indemnes de craniotabes.

Le craniotabes n'est donc pas une maladie syphilitique.

On a dit, avec plus de raison, que le craniotabes n'était qu'une localisation du rachitisme. Il est bien vrai que le craniotabes se rapproche du rachitisme par sa lésion essentielle, la décalcification. Anatomiquement, le craniotabes est un rachitisme cranien. Mais cliniquement, il n'en est pas ainsi : j'ai vu beaucoup d'enfants atteints de craniotabes guérir spontanément, sans devenir rachitiques. J'ai vu aussi beaucoup de rachitiques sans craniotabes.

Craniotabes sans rachitisme, rachitisme sans craniotabes, voilà qui contredit singulièrement l'assimilation qu'on a voulu faire.

Le craniotabes frappe les enfants dans les premiers mois de la vie, entre deux et huit mois. Cependant il peut être plus précoce et plus tardif; il est quelquefois congénital.

Le pronostic de la maladie est des plus bénins et si Elsässer a vu mourir la moitié des craniomalaciques qu'il a observés, il faut incriminer le milieu et les maladies concomitantes (diarrhée, athrepsie).

Le traitement est surtout hygiénique, il consiste à relever la nutrition de l'enfant, à l'aide de l'allaitement naturel, du lait phosphaté, des bains salés, etc. Localement quand la lésion, par son étendue, inspire des inquiétudes, on cherchera à suppléer à la mollesse de la boîte cranienne à l'aide d'un casque rigide moulé sur la tête de l'enfant.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 février 1893. — Présidence de M. Perier.

COMMUNICATIONS

Étiologie du tétanos. — **M. R. Larger** (de Maisons-Laffitte). Dans une communication faite à la Société de chirurgie, le 28 octobre 1885 (1), j'ai le premier — non pas « le premier en France » selon l'euphémisme employé par ceux qui copient les travaux étrangers — mais bien le premier, j'ai énoncé les lois de l'étiologie du tétanos, que j'avais, au mépris de toutes les idées alors admises, rigoureusement déduites de l'observation des faits.

C'est là un résultat dont on peut sans doute apprécier diversement la valeur, mais dont la réalité est incontestable. Cette preuve se dégage, en effet, de la simple comparaison de l'entrée en matière et des conclusions de mon mémoire dont voici la première phrase (2) : « Dans l'article Tétanos du *Dictionnaire de*

(1) Complétée par celles de 1886 (t. XII, p. 849 et 886), du IIe Congrès de chir. (1886, p. 122) et du Congrès internat. d'hyg. et de démographie (1889, p. 476).

(2) *Bull. de la Soc. de chir.*, 1885, t. XI, p. 705.

Jaccoud, notre éminent collègue, M. Poncet, s'exprime ainsi : Il n'existe peut-être pas d'affection qui démontre, mieux que le tétanos, la faiblesse et l'impuissance des recherches dans toutes les parties de l'art de guérir. »

Et j'ajoutais, sans rencontrer la moindre protestation, ceci :

« Cette assertion ne sera certainement contredite par aucun membre de cette Société. »

Et à quel moment cet aveu d'ignorance complète était-il ainsi enregistré?

Au lendemain même de la longue discussion sur le tétanos, qui venait d'avoir lieu dans le sein de la Société.

Après ce début, voici les conclusions auxquelles je suis arrivé (même volume page 712):

Conclusions. — Ainsi les faits qui précèdent nous sollicitent à admettre :

1° Que le tétanos est une affection épidémique ;

2° Que le tétanos peut devenir endémique, en toute saison, dans un village et même dans une écurie ou une cour de ferme... ce qui nous fait incliner vers l'opinion que l'agent de production du tétanos réside dans le sol où il trouve les conditions de son développement et de sa reproduction;

3° Que le tétanos est contagieux.

Dans le cours de mon travail, je montrais que le tétanos pouvait être contagieux du cheval à l'homme ; de là est née la « théorie équine du tétanos », théorie à laquelle je suis d'ailleurs parfaitement étranger, contrairement à ce qu'on a prétendu.

La théorie équine du tétanos, suscitée il est vrai par des faits observés par moi, mais autrement interprétés, appartient, je le répète, exclusivement à mon estimé maître et ami, M. le professeur Verneuil.

Telles étaient mes conclusions, auxquelles les recherches faites depuis lors, tant en France qu'à l'étranger, ont sans doute considérablement ajouté, au point de vue expérimental et bactériologique ; mais, loin d'en retrancher quoi que ce soit, ces recherches n'ont fait que les confirmer dans tous leurs termes. Au point de vue clinique, la vaste enquête à laquelle les a soumises M. le professeur Verneuil, a été non moins décisive.

J'ai pensé que le moment était venu d'établir exactement la part qui me revient dans l'histoire nouvelle du tétanos.

Tel est le but de cette note.

Gastro-entérostomie. — M. **RECLUS** fait connaître les résultats de l'autopsie du malade dont il a donné l'observation et chez lequel il a pratiqué une gastro-entérostomie, comme traitement palliatif d'un cancer du pylore. Ce malade a succombé à la généralisation de son cancer. Mais l'autopsie a permis de constater les particularités suivantes : La dilatation de l'estomac, qui était extrêmement considérable au moment de l'opération, avait complètement disparu ; l'organe avait repris et conservé des dimensions absolument normales. La suture, qui réunissait l'intestin à l'estomac, avait parfaitement tenu ; pas un seul fil n'a manqué. M. Reclus avait fait la bouche stomacale à la droite du cancer, mais assez près du pylore. La propagation du cancer menaçait d'envahir prochainement l'anastomose gastro-intestinale. Il est donc indiqué, dans ces cas, de pratiquer la bouche stomacale assez loin de la partie envahie par le cancer, afin d'éviter plus sûrement que celui-ci ne vienne atteindre et oblitérer l'anastomose. Enfin, les suites de l'opération, dans ce cas, ont montré que la bouche pratiquée sur la face antérieure de l'estomac est aussi bonne que possible, et qu'il n'est nullement nécessaire de chercher à la placer ailleurs.

M. **TERRIER** rappelle avoir communiqué l'observation d'une malade à laquelle il a pratiqué une gastro-entérostomie, au mois de juillet dernier, pour un cancer stomacal. Cette malade pesait alors 66 kilogrammes ; elle pèse actuellement 77 kilogrammes, et se porte très bien. La tumeur qu'elle porte au niveau de la région épigastrique a sensiblement augmenté de volume. Elle présente, de nouveau, quelques troubles gastriques ; mais, en somme, elle vit et ne se porte pas mal, bien qu'opérée déjà depuis sept mois. Cette observation plaide donc en faveur de l'intervention chirurgicale palliative dans les cas de carcinomes pyloriques.

M. Terrier communique une autre observation qui est relative à une femme de quarante ans, entrée à l'hôpital Bichat, le 3 novembre 1892. Cette malade avait des troubles digestifs, depuis dix-huit mois, ainsi qu'une douleur, au niveau du creux épigastrique, au moment de la digestion. Depuis plus d'un an, elle vomissait après les repas. Les accidents allèrent en augmentant et, il y a six mois, on sentit nettement une tumeur au niveau de l'épigastre. Les accidents continuèrent, s'accompagnant d'un notable amaigrissement, et la malade était dans un état de cachexie avancée quand elle se présenta pour la première fois, en novembre 1892, à M. Terrier.

Sur ses instances, M. Terrier lui fit la gastro-entérostomie. Au cours de l'opération, il trouva une néoformation occupant complètement le pylore, occupant toute la grande courbure et empiétant sur la face antérieure ; l'épiploon était dégénéré. L'estomac se trouvait immobilisé par la dégénérescence et l'intestin grêle se trouvait très profondément situé en arrière. M. Terrier fit la bouche stomacale sur la face antérieure et, non sans peine, amena le jéjunum en haut et en avant pour le suturer à la bouche stomacale. Il ne fit pas de lavage de l'estomac et il eut recours au mode de suture qu'il a déjà fait connaître, à propos de la suture de l'intestin avec la vésicule biliaire.

Dans les vingt-quatre premières heures, les suites de l'opération furent bonnes ; le soir du second jour l'état général s'aggrava, sans le moindre symptôme de péritonite, et la malade succomba en quelques heures.

Il s'agissait là d'un cas désespéré. Mais il ne faut pas en conclure qu'il ne fallait pas intervenir. C'était la seule branche de salut. Dans les cas de ce genre, il faudrait pouvoir intervenir beaucoup plus tôt. C'est aux médecins à envoyer ces malades aux chirurgiens en temps opportun.

Du ballottement rénal. — M. **LE DENTU** rappelle que, dans la dernière séance, M. Tuffier, faisant une communication sur un cas de cholécystotomie, a appelé l'attention sur un signe pouvant induire en erreur, le faux ballottement rénal. Dans ce cas, M. Le Dentu a eu l'occasion de trouver ce faux ballottement rénal.

Dans le premier cas, observé il y a deux ans, il s'agissait d'une femme portant une tumeur au-dessous de l'hypocondre droit. Il fit la laparotomie. Le foie fut trouvé distendu, mais sain ; au-dessous se trouvait une tumeur constituée par la vésicule biliaire très dilatée. Il fit l'extraction d'un nombre considérable de calculs. Dans ce cas, le ballottement rénal avait été nettement perçu, si bien que M. Le Dentu hésitait entre une tumeur rénale ou une tumeur hépatique, c'est l'opération seule qui a permis de trancher le diagnostic.

Dans le second cas, on se trouvait en présence d'une tumeur abdominale mal déterminée, s'agissait-il d'une tumeur rénale ou d'une tumeur hépatique? La laparotomie exploratrice permit de reconnaître que la vésicule biliaire était petite et rétractée ; on trouva un calcul adhérent. Il y avait une masse épiploïque indurée et adhérente. M. Le Dentu détacha les adhérences ; il n'y avait rien dans la vésicule. Les suites de l'opération furent favorables. Dans ce cas, comme dans le précédent, avait été constaté un faux ballottement rénal.

Le troisième cas a trait à une vésicule distendue compliquée d'une masse épiploïque indurée ; laparotomie, extraction de quatorze calculs, pour ballottement rénal des plus nets. Il y avait, dans ce cas, un cancer du foie. Le malade guérit très bien de sa cholécystotomie, mais devint bientôt cachectique et succomba à son cancer hépatique.

Le quatrième cas se rapporte à une malade opérée il y a quinze jours : tumeur formée par la vésicule biliaire distendue et l'épiploon, ballottement rénal très net ; laparotomie, extraction d'un très gros calcul biliaire unique.

Il résulte de ces faits que toute tumeur, placée au-dessous du

foie, peut donner lieu au ballottement rénal. Dans ces cas, le rein est descendu; c'est peut-être à ce certain degré d'abaissement, qu'il faut attribuer leur ballottement. Il ne faut donc pas attribuer à ce signe une valeur pathognomonique. Les tumeurs rénales ont habituellement de la tendance à descendre vers la fosse iliaque; les tumeurs hépatiques restent plus haut et font facilement saillie vers la paroi antérieure.

M. RECLUS cite l'exemple d'une malade ayant présenté des phénomènes d'appendicite et chez laquelle, dans la région rénale, se percevait nettement le ballottement rénal. Il s'agissait d'un appendice recourbé, très long, perforé et remontant au-devant du rein.

LECTURES

Corps étranger articulaire. — M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture d'une note de M. Bousquet (de Clermont) relative à un cas de corps étranger articulaire, facilement extrait par une petite incision, sans lavage. Huit jours d'immobilisation ont suffi pour assurer la guérison.

Nouveau procédé opératoire pour remédier au rétrécissement congénital du col utérin. — M. POZZI fait connaître un procédé opératoire qu'il a imaginé pour obtenir la dilatation du col de l'utérus.

M. MARCHAND fait observer que ce procédé ne saurait remédier aux cas dans lesquels le rétrécissement se prolonge jusqu'à l'orifice interne du col de l'utérus.

M. SEGOND fait remarquer que, par son procédé, M. Pozzi obtient un col bilatéralement déchiré. Ne vaudrait-il pas mieux alors recourir à la simple amputation?

M. POZZI répond à M. Marchand que le procédé s'applique surtout aux cas où le rétrécissement siège surtout vers l'orifice externe du col. Mais il peut rendre également des services dans les cas où le rétrécissement occupe tout le canal cervical, en permettant la dilatation ultérieure facile de l'orifice interne. A M. Segond, M. Pozzi fait remarquer que ce qui constitue l'inconvénient du col bilatéralement déchiré, c'est le tissu cicatriciel. Or, il n'y a aucune comparaison à établir entre ces cols déchirés dans un accouchement et ces cols sectionnés aseptiquement par le chirurgien.

Spina bifida de la région lombaire. — M. RICARD communique une observation de spina bifida dont le pédicule mesurait 57 centimètres de circonférence, et qu'il traita avec succès par l'extirpation. (M. Picqué, rapporteur.)

Lithrotritie périnéale. — M. BAZY lit un travail sur ce sujet.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de pathologie externe (1), par RICARD et BOUSQUET.

Ce traité de pathologie avait sa place vraiment marquée dans la littérature chirurgicale. Ce n'est pas un grand traité, accessible seulement à ceux qui sont déjà maîtres en chirurgie. Ce n'est pas non plus le manuel, écourté, trop schématique, uniquement bon pour le débutant. Le traité de MM. Ricard et Bousquet s'adresse à tout étudiant travailleur qui veut savoir et connaître, et qui ne se contente pas d'une peinture plus ou moins factice des affections chirurgicales. Il est le livre de choix pour le praticien, à qui il apprend la chirurgie, telle qu'elle est aujourd'hui, sans parti pris de doctrine ni d'école.

Les auteurs se sont préoccupés d'être complets et d'être clairs; ils ont tenu à être au courant des choses nouvelles et ont su rompre, avec un passé, qui s'étale encore trop souvent dans nos classiques récents. La question de diagnostic est particulièrement traitée avec soin; les auteurs ont pris pour base la clinique, ont su mettre en relief dans chaque maladie les symptômes typiques, dont la connaissance suffit à elle seule pour imposer le diagnostic. Leur thérapeutique, au lieu d'être un exposé banal, une sorte de nomenclature de procédés énumérés en ordre, est une discussion raisonnée des meilleures méthodes, discussion qui permet le choix du procédé thérapeutique.

Clairement écrit, méthodiquement exposé, enrichi de très nombreuses gravures, d'un format commode, ce livre constitue un des meilleurs traités de pathologie externe, existant actuellement en France.

La première édition a eu un rapide succès; venue à son heure, elle fut pendant quelques années le seul livre chirurgical au courant de la science. La deuxième édition, présentée aujourd'hui au public médical, est un remaniement complet de la première publication. La chirurgie s'est tellement modifiée, tellement perfectionnée dans ses méthodes, que le traité de MM. Ricard et Bousquet, mis en parallèle avec l'édition première, constitue presque une œuvre nouvelle.

(1) 3 vol. gr. in-8°. Prix : 50 francs. — Paris 1893, O. Doin.

Traité d'anatomie générale (1), par Ph.-C. SAPPEY.

Trois principales pensées expliquent et résument le but que le savant professeur s'est proposé en publiant cet ouvrage: Remettre à l'étude l'histoire des systèmes, si délaissée de nos jours; montrer l'excellence de la méthode des dissociations, et enfin rapprocher le règne végétal du règne animal.

Grâce à la méthode qu'il a employée, M. Sappey a pu résoudre le problème, si longtemps discuté, de la structure intime du tissu conjonctif; élucider l'histoire encore si ténébreuse du tissu fibreux, si différent du précédent. C'est elle aussi qui lui a permis de reconnaître les deux éléments du tissu élastique et d'ajouter aux faits connus un grand nombre de faits nouveaux.

Il n'appartient à personne encore d'apprécier l'œuvre de M. le professeur Sappey. C'est à ceux qui, sans idée préconçue, appliqueront à l'étude des sciences naturelles la méthode des dissociations, qu'il appartiendra de se prononcer dans l'avenir.

Les glandes lacrymales conjonctivales et orbito-palpébrales; l'ablation des glandes lacrymales palpébrales (2), par le docteur TERSON.

Voici les conclusions principales de cet intéressant travail, qui fait le plus grand honneur à son auteur :

La conjonctive ne possède pas de glandes muqueuses tubuleuses; la sécrétion muqueuse est fournie par la dégénérescence de l'épithélium souvent caliciforme des sillons des culs-de-sac.

Il existe dans le cul-de-sac supérieur et une partie du cul-de-sac inférieur des glandes acino-tubuleuses qui se continuent en ligne directe avec les glandes lacrymales : ce sont les glandes de Krause; leur volume est variable, ainsi que leur nombre, mais le tout est plus accentué vers la partie interne et la partie externe, la partie moyenne n'ayant que de très petites glandes. Il existe dans le bord adhérent des tarses des glandes acino-tubuleuses, souvent de grandes dimensions : on peut en trouver de quatre à cinq en haut; ce système, qui peut manquer, paraît en général plus constant vers la partie externe du tarse.

Ces diverses glandes doivent être appelées glandules lacrymales accessoires conjonctivales. Elles assurent la lubréfaction conjonctivale après l'extirpation des glandes lacrymales, orbitaire et palpébrale.

Comme conclusions chirurgicales, l'auteur passe en revue les indications de l'ablation des glandes lacrymales palpébrales.

Les hémorroïdes (3), par le docteur E. OZENNE.

Ce petit livre comprend quatre parties. Dans la première, l'auteur établit la définition, passe en revue les différentes périodes

(1) Première partie. Gr. in-8°. Prix : 25 fr. — Paris, Battaille et Cie.
(2) Gr. in-8°. Prix : 4 francs. — Paris, G. Steinheil.
(3) In-16. Bibl. Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

historiques de l'affection et divise son sujet. La deuxième partie est consacrée à l'étude étiologique et pathogénique. Nous ne saurions trop recommander l'étude clinique à laquelle est consacrée la troisième partie. Mais de ces différents chapitres intéressants, celui qui nous paraît le plus à recommander, est celui qui a trait au traitement. Toutes les méthodes thérapeutiques y sont méthodiquement et complètement exposées. Une discussion judicieuse permet de faire un choix et d'approprier à chaque variété pathologique le traitement qui lui convient spécialement.

En résumé, bon petit livre à consulter par les étudiants qui veulent bien connaître l'affection hémorroïdaire, à consulter par le praticien qui désire savoir ce qu'il doit faire dans certains cas de sa pratique.

Pratique de l'accouchement normal (1), par le docteur Ad. Olivier.

Ce petit volume est une publication de l' « Encyclopédie scientifique des aide-mémoire », publiée sous la direction de M. Léauté, membre de l'Institut. Écrit par un homme compétent et instruit, cet ouvrage ne peut être que très utile aux praticiens. Mais, à côté des chapitres réellement pratiques, parlant sur les soins à donner à la femme et à l'enfant, chapitres qui sont particulièrement intéressants, il y a trop de chapitres purement théoriques et qui font un peu mentir le titre de l'ouvrage. L'auteur a mal compris le sujet qu'il avait à traiter. Son travail serait avec plus d'à propos intitulé : « De l'accouchement normal », car tout ce qui intéresse l'accouchement, théorie et pratique, y est étudié. Les lecteurs ne sauraient, d'ailleurs, s'en plaindre, car ils y trouveront plus que leur compte.

Petit précis de thérapeutique oculaire usuelle (2) et **Compte rendu de chirurgie oculaire, année 1891** (3), par le docteur A. Bourgeois.

Nous ne dirons rien du compte rendu publié par M. Bourgeois, c'est l'exposé de sa pratique pour l'année 1891. Il comprend trois parties : 1° les procédés d'asepsie ; 2° la statistique des opérations ; 3° l'analyse des faits intéressants.

Quant au « Petit précis de thérapeutique oculaire usuelle », c'est un opuscule rédigé pour les médecins praticiens qui ne peuvent se perdre dans la lecture des volumes spéciaux. M. Bourgeois les guide dans le traitement des maladies oculaires qui se rencontrent chaque jour dans la pratique. Il expose la façon de soigner les affections banales et communes de l'appareil de la vision et indique le moment où l'intervention du spécialiste devient nécessaire.

Un chapitre est réservé aux premiers soins à donner dans les traumatismes de l'œil.

Des injections antiseptiques intra-pleurales (4), par le docteur Sarrouy.

La thèse inaugurale du docteur Sarrouy a trait à un sujet intéressant et nouveau. Elle s'appuie sur un nombre de faits bien observés et minutieusement étudiés. Aussi nous a-t-il paru utile de faire connaître ses conclusions :

« La méthode de traitement des maladies infectieuses des séreuses, en général, par les ponctions suivies d'injections antiseptiques, est rationnelle, puisqu'elle répond à la double indication d'évacuer les germes infectieux et de combattre leur action pernicieuse dans le foyer morbide.

Son efficacité se manifeste également dans les maladies infectieuses de la séreuse pleurale. Dans ces dernières, elle est particulièrement démontrée dans les pleurésies limitées, circonscrites, enkystées, quel que soit leur siège, qu'elles soient diaphragmatiques, interlobaires, médiastines.

Ces mêmes injections peuvent rendre d'excellents services dans les épanchements généralisés de la plèvre, bien que leur action soit ici moins manifestement utile que dans les pleurésies partielles. »

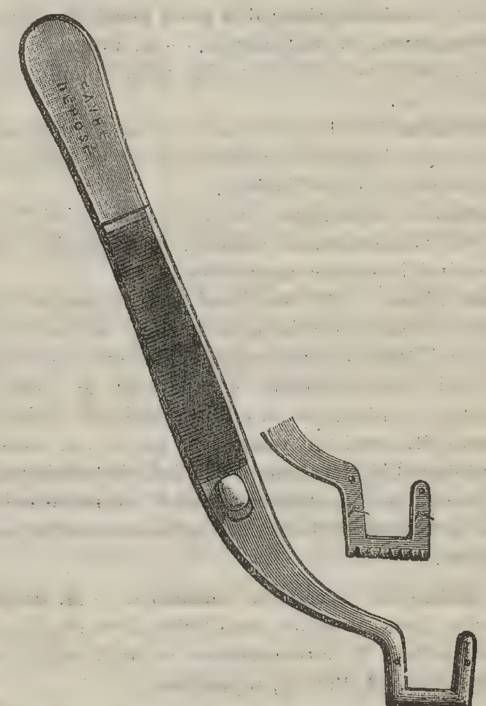
(1) Petit in-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson.
(2) Broch. in-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.
(3) Broch. in-8°. Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin.
(4) In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Henri Jouve.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Nouvelle pince destinée à faciliter la suture des téguments,

Par le docteur Aimé Guinard, chirurgien des hôpitaux.

Cette pince, qui a été construite sur mes indications par M. Favre, permet de faire, avec la plus grande facilité et une correction parfaite, la suture des téguments. Grâce à sa forme en U, elle est à ciel ouvert et permet au chirurgien de maintenir les



lèvres de la plaie en contact, sans qu'elles puissent se recroqueviller ou se déplacer, pendant qu'il les transfixe avec une aiguille de Reverdin et pendant qu'un aide noue les deux chefs du fil entre les mors. Elle est surtout utile pour les sutures de la peau dans certaines régions, comme la région inguinale, le scrotum, etc., où les lèvres de la plaie ont une grande tendance à se recroqueviller et à glisser l'une sur l'autre; mais, dans toutes les régions, elle peut rendre de grands services pour ce temps particulier des opérations.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Perier, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, a été désigné par ses collègues pour remplacer M. Horteloup comme membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

— Un concours pour les emplois de médecins du traitement à domicile s'ouvrira le lundi 8 mai 1893.

Le registre d'inscription restera ouvert jusqu'au samedi 8 avril 1893, de onze heures à quatre heures, avenue Victoria, n° 3 (service des secours à domicile).

— *École de médecine de Caen.* — M. le professeur Bourienne est prorogé dans ses fonctions de directeur de l'École.

— Le choléra reparaît à Marseille. M. le docteur Thoinot a été délégué par le ministre de l'Intérieur pour diriger les mesures de préservation.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Gainet (de Pont-de-Roide), Guillaumon (de Saint-Laurent-des-Hommes), Petiteau (des Aubiers), Veniel (de Croizilles).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 13 février 1893.

M. Raymond a présenté, à la Société médicale des hôpitaux (10 février), un malade sur lequel il a pu reproduire toute une série d'expériences bien faites pour intéresser les philosophes et les physiologistes autant que les médecins. Un homme de trente-sept ans est devenu hystérique sous l'influence du saturnisme et d'émotions pénibles. Un jour, vers minuit, il fut pris dans la rue d'une attaque convulsive et amené à l'hôpital : là on constata l'anesthésie complète de la peau dans toute son étendue, et des muqueuses dans toutes leurs parties accessibles. Les sens du goût et de l'odorat étaient complètement abolis. Cet homme ne communiquait donc avec l'extérieur que par la vue et l'ouïe, et cela d'une façon très incomplète encore, puisqu'il existe un rétrécissement considérable du champ visuel. Comme chez les malades de cet ordre, ceux qu'a étudiés Strümpel en particulier, sa vitalité cérébrale se trouve considérablement diminuée, en vertu même de cette absence d'excitation extérieure. Si l'on supprime les deux sens qui lui restent, en bouchant les yeux et les oreilles, il s'endort immédiatement. Il se réveille dès que cesse l'occlusion des yeux ou dès qu'on l'interpelle un peu vivement, et en cela il diffère notablement des individus plongés dans un sommeil hypnotique que ne réveillerait pas une semblable interpellation.

Cet homme ne peut exercer aucun mouvement s'il ne peut en contrôler l'exécution par la vue; il ne peut marcher qu'en regardant ses pieds. Il ne peut plus parler lorsqu'on lui bouche les oreilles : de là l'expérience suivante, qui est très saisissante. On lui fait compter à haute voix des mouvements exécutés devant lui. Tout à coup, on lui bouche les oreilles, il s'arrête de compter, et reprend lorsqu'on lui débouche les oreilles; mais, dans l'intervalle, il a compté mentalement et il donne aux mouvements exécutés leur nombre exact depuis le commencement de l'expérience.

L'ouïe peut suppléer la vue dans une certaine mesure; c'est ainsi qu'il peut écrire à la craie au tableau noir les yeux bandés; mais dans les mêmes conditions, il ne peut écrire avec un crayon sur du papier; c'est que la craie fait du bruit et que le crayon n'en fait pas.

M. Raymond peut renouveler aussi sur son malade les expériences par lesquelles M. Janet a démontré que les hystériques, atteints d'anesthésie, sentaient en réalité, mais sans en avoir conscience. Ainsi on le pique au bras, à la jambe, n'importe où, on lui fait respirer une odeur les yeux bandés, il n'en a aucune conscience, mais si on l'endort alors, après lui avoir donné l'ordre de sentir en dormant ce qu'on lui a fait, il déclare au réveil qu'il a été piqué, qu'il a perçu telle ou telle odeur, alors que, pendant son sommeil, on ne l'a pas piqué et qu'on ne lui a rien fait sentir du tout. La sensation non perçue à l'état de veille a donc été cependant enregistrée par le cerveau.

L'observation de malades semblables démontre d'une part que notre activité cérébrale ne se maintient que grâce aux excitations incessamment venues de l'extérieur; de l'autre, que nos sens se contrôlent les uns les autres, que, lorsque nous exécutons quelque mouvement, nous sommes incessamment guidés par les sensations éprouvées et, enfin, que les sens peuvent se suppléer l'un l'autre dans la surveillance de ces mouvements.

M. Sevestre présente un enfant de neuf ans et demi atteint d'atrophie musculaire presque généralisée, avec rétractions tendineuses sur certains points, et des troubles trophiques qui consistent en dépressions cicatricielles sur les membres et traces de bulles pemphigoïdes aux doigts. Sur le trajet des nerfs cubitaux et radiaux, il existe des épaississements noueux assez semblables à ceux que l'on observe dans la lèpre, et qui présentent une si grande valeur au point de vue du diagnostic de cette maladie. Est-ce de la lèpre qu'il s'agit? Il ne s'agit pas à coup sûr d'une atrophie musculaire due à une myélite, à une polynévrite ou à la syringomyélie. On ne trouve pas, comme dans la lèpre, trace d'anesthésie. MM. Raymond et Marie tendent à croire à une atrophie musculaire généralisée consécutive à des déterminations rhumatismales du côté des jointures.

C'est un problème clinique intéressant. L'examen de petites nodosités sous-cutanées, développées peut-être sur le trajet de filets nerveux superficiels, sera fait. Si l'on y trouvait des bacilles de la lèpre, le diagnostic s'ensuivrait. Un résultat négatif serait moins significatif dans le sens contraire.

Les auteurs ne sont d'accord ni sur la durée de l'incubation des oreillons, ni sur la période de la maladie pendant laquelle elle est transmissible. Deux faits dus à M. Rendu, un troisième à M. Sevestre, démontrent que les oreillons

sont contagieux avant l'apparition de la tuméfaction parotidienne, et que la durée de l'incubation est de dix-huit à vingt jours. Un cas du même ordre a été observé par M. Feulard : Une jeune fille dans un bal danse avec entrain; le lendemain elle a les oreillons; mais elle les avait communiqués à plusieurs de ses danseurs, qui furent atteints environ trois semaines plus tard. Les oreillons, comme la rougeole, sont donc contagieux dès la période d'invasion. Rien, par contre, ne démontre qu'ils sont encore contagieux au déclin de la maladie, et MM. Sevestre et Rendu s'accordent à considérer que la quarantaine de trois semaines, qu'on impose aux lycéens avant de les reprendre dans les lycées après les oreillons, est trop longue. C'est une perte de temps d'un mois pour une maladie de huit jours, sans profit pour la prophylaxie. Il en serait de même pour la rougeole. M. Sevestre reçoit à Chaptal les élèves dès que leur rougeole est terminée : il n'a jamais constaté de cas de contagion de ce fait.

HOPITAL NECKER. — M. Peter.

Médication hypodermique (1) : Injections de gaïacol.

Au début de cette leçon, je dois vous faire une confession, c'est qu'on ne guérit pas la phtisie pulmonaire. Il n'y a pas de médication univoque de la phtisie, parce qu'il n'y a pas de spécifique de la tuberculose. Nous aidons le phtisique « à vivre ou plutôt à survivre à ses lésions », mais nous n'obtenons qu'une guérison temporaire et apparente.

Pour faire vivre le phtisique, nous recourons aux moyens les plus variés où l'hygiène, c'est-à-dire tout ce qui peut relever les forces et soutenir l'organisme, entre pour la plus grande part. Le mot d'ordre ici doit être : « Nulle offense à l'estomac par une médication irritante ou indigeste : un maximum d'hygiène, un minimum de médicaments. »

Lorsque nous envoyons un tuberculeux de la ville vivre à la campagne, à l'air pur et au grand soleil, c'est de l'hygiène que nous faisons. Ce n'est pas sans profit que l'habitant de Londres quitte les brouillards de la Tamise pour résider sur les bords de la Méditerranée, où il respire un air pur et ensoleillé. De même, lorsque nous conseillons à un malade insuffisamment ou mal nourri, de prendre une nourriture plus abondante et de meilleure qualité, nous faisons encore de l'hygiène.

Avec et à côté de l'hygiène, il y a la médication rationnelle et pour cela traditionnelle, médication qui consiste à satisfaire à certaines indications.

Les médicaments nouveaux ne peuvent se passer des agents traditionnels, dont un des meilleurs est la révulsion.

Celle-ci s'adresse à la peau; c'est la médication externe proprement dite. En excitant la sensibilité cutanée, elle produit un réflexe sur la moelle; par son action sur les vaso-moteurs et sur les vaso-dilatateurs, elle réagit sur le grand sympathique, de sorte que, par un arc diastaltique, elle agit des vaso-moteurs du contenant sur ceux du contenu et, dans l'espèce, des vaso-moteurs des parois thoraciques sur ceux du poumon.

D'autre part, une précaution indispensable est de « respecter l'estomac du phtisique ». L'estomac est la sauvegarde; maltraiter l'estomac d'un tuberculeux, c'est aller contre le but, faire déchoir plus encore l'organisme et ajouter des accidents gastriques aux accidents pulmonaires.

Or, la révulsion ménage la susceptibilité stomacale des tuberculeux et aide à réaliser cet idéal thérapeutique : « Minimum de médicaments. »

Le grand avantage des injections hypodermiques, c'est que, comme la révulsion, elle ménage l'estomac. On agit ainsi à la fois sur la peau et sous la peau. Ceci m'amène à vous parler du gaïacol, l'un des produits du goudron de hêtre obtenu par distillation. Le gaïacol a été employé pour la première fois en Allemagne, par Max Schüller, puis en France, par MM. Labadie-Lagrave, Picot (de Bordeaux) et enfin par MM. Weill et Diamantberger.

Voici la formule de Picot :

Huile stérilisée	100	grammes.
Gaïacol.	5	—
Iodoforme.	1	—

M. Picot injecte tous les jours 2 à 3 centimètres cubes de cette solution, c'est-à-dire 10 à 15 centigrammes de gaïacol. Il a obtenu les résultats suivants : expectoration moindre, diminution de la toux, dessèchement des cavernes, cessation de la fièvre et des sueurs.

Il est à remarquer que les petites doses produisent les mêmes résultats que les grosses, il faut donc les préférer, les fortes doses produisant quelquefois de la fièvre et des hémoptysies.

MM. Weill et Diamantberger injectent aussi le gaïacol à petites doses, mais cependant un peu plus considérables que M. Picot. Voici leur formule :

Huile d'amandes douces stérilisée } *ââ* parties égales.
Gaïacol . . . . }

Ils débutent par une demi-seringue de Pravaz et arrivent à une, deux, trois par jour. Comme la solution est très concentrée, cette pratique a l'avantage de ne pas injecter de grandes quantités de liquides à la fois et d'être moins douloureuse que lorsqu'on injecte 10, 15, 50 grammes d'huile créosotée.

Si vous le voulez bien, je vous citerai quelques observations de MM. Weill et Diamantberger, puis je vous parlerai des injections que j'ai faites dans mon service.

Les observations de M. Weill pourraient être classées sous cette rubrique :

Amélioration considérable, guérison apparente;
Amélioration notable;
Amélioration nulle.

Au fond, c'est ce qu'on obtient également par la méthode traditionnelle. Du reste, outre le gaïacol, les observateurs distingués dont je vous parle ne négligent pas les autres modes de traitement, dont le gaïacol n'est ainsi qu'un précieux auxiliaire.

La première observation est celle d'une malade de la ville, âgée de vingt-trois ans, dont la sœur était morte tuberculeuse en 1889. Cette malade avait eu deux hémoptysies lorsqu'on commença le traitement par le gaïacol. En même temps, on lui faisait des pointes de feu et on lui donnait des toniques. Du 16 mai au 17 juin, on lui fit soixante injections de gaïacol. A cette époque, il se produisit une embolie pulmonaire assez grave, suivie de fièvre avec dyspnée et hémoptysies, ce qui obligea de suspendre le traitement. Les injections furent reprises le 20 octobre et

---

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 1286, 1306, 1391; 1893, p. 97.

continuées jusqu'au mois de janvier, en même temps qu'un traitement tonique et hygiénique : arsenic, strychnine, kola, quinquina, révulsifs, promenades, aération nocturne de la chambre.

Actuellement, cette malade a bon appétit, dort bien, n'a plus ni fièvre, ni sueurs, ni oppression ; elle a légèrement augmenté de poids. D'ailleurs, elle est dans d'excellentes conditions, car elle habite la campagne. Cependant, au point de vue local, il y a peu de changement, les bruits seraient seulement un peu plus secs.

Le gaïacol a toujours été bien supporté, même à forte dose.

Dans cette observation, comme vous le voyez, le gaïacol a seulement été employé comme auxiliaire. On a eu recours en même temps à tous les autres modes de traitement de la tuberculose, même à l'aération nocturne, chose que j'ai obtenue bien rarement de mes malades.

Voici une autre observation d'autant plus intéressante que l'on supposait que la tuberculose allait revêtir une forme galopante. Le diagnostic avait été fait par un agrégé de la Faculté.

C'est le cas d'un jeune homme de vingt-deux ans, toussant depuis près d'un an, lorsque tout à coup il fut pris d'une fièvre vespérale intense, avec sueurs nocturnes profuses, diarrhée abondante, toux et expectoration fréquentes, vomissements incoercibles. Il était dans cet état depuis près de cinq semaines, lorsqu'on commença à lui faire deux fois par jour, pendant trois mois, des injections sous-cutanées de gaïacol et d'huile d'olive à parties égales. En même temps, il fut nourri avec des lavements peptonisés, du lait, des œufs, de la viande crue. Il prenait enfin de l'acide salicylique pour combattre la fièvre et du sulfate d'atropine pour diminuer les sueurs. On lui fit également des pointes de feu aux deux sommets.

Sous l'influence de ce traitement énergique et complexe, le malade cessa complètement de tousser et de cracher, il augmenta de poids et d'embonpoint, son appétit devint vorace et les sueurs disparurent complètement. Néanmoins les injections furent continuées deux mois encore. Actuellement, ce jeune homme se porte à merveille et engraisse à vue d'œil. Il ne tousse plus du tout. L'examen physique ne révèle qu'un peu de matité à gauche et en arrière.

Ici, comme dans le cas précédent, le gaïacol n'a été qu'un auxiliaire. Le résultat n'en a pas été moins remarquable, d'autant plus qu'on supposait avoir affaire à un cas de phtisie aiguë.

Voici maintenant des faits qui se sont passés à l'hôpital et dans lesquels l'amélioration a été également considérable.

Le nommé S..., vingt-six ans, peintre en bâtiments, tousse depuis deux ans, a eu des hémoptysies fréquentes et des crachats abondants renfermant de nombreux bacilles. Il a, de plus, été soigné à Necker pour une uréthrite chronique qu'on a regardée comme tuberculeuse. A son entrée à l'hôpital, ce malade présente un amaigrissement considérable avec perte d'appétit. Le sommet droit est le siège de nombreux râles sous-crépitants et d'une matité complète. Soumis aux injections de gaïacol, S... se rétablit en six semaines. La toux et l'expectoration disparaissent complètement ; l'appétit, les forces, et même l'embonpoint reviennent ; mais les signes stéthoscopiques, quoique réduits à de simples craquements secs, persistent.

Voici encore une autre observation. C'est celle d'une veuve de vingt-sept ans présentant, aux deux sommets, une respiration rude, saccadée, avec de nombreux râles sous-crépitants. L'examen des crachats révèle la présence de bacilles en grande quantité. Pendant cinq mois, on fait deux fois par jour des injections de gaïacol. Au bout de ce temps, il se produit une amélioration considérable et on ne trouve plus de bacilles dans les crachats.

Enfin une malade, âgée de vingt ans, entre à l'hôpital Rothschild avec de la matité, une respiration saccadée, des craquements secs au sommet gauche. Elle est soumise pendant deux mois au traitement par les injections gaïacolées. Les craquements secs disparaissent et il ne reste plus qu'un peu de submatité au sommet gauche.

A cet égard, permettez-moi de vous citer un fait qui est resté pour toujours dans ma mémoire. J'étais alors interne de Cruveilhier. Un jeune maçon entre dans le service avec des hémoptysies accompagnées de craquements humides aux deux sommets pulmonaires. A mon grand étonnement, je dirai même, à mon grand émoi, Cruveilhier ordonne des ventouses scarifiées. Dès le surlendemain les craquements humides avaient disparu. Quinze jours après, le malade sortait à peu près guéri. Il ne restait plus qu'un peu de submatité. Les craquements humides sont dus à de « l'hyperhémie périphymique ». C'est cette hyperhémie qui, par sa présence, détermine les craquements humides. Or, en combattant l'inflammation, on fait disparaître les craquements humides.

Ce fait vous prouve qu'une médication révulsive peut faire disparaître les craquements humides mais non le tubercule. Or, l'idéal que le médecin doit se proposer, c'est de faire survivre le tuberculeux à ses lésions, qui sont pour lui une perpétuelle menace.

Dans le cas que je vais vous rapporter maintenant, l'amélioration par le traitement au gaïacol a été nulle. C'est celui d'une dame âgée de vingt-neuf ans, rentière. Depuis trois ans, cette dame tousse et crache beaucoup. Dans ses crachats, on a trouvé de nombreux bacilles. Elle a maigri et perdu l'appétit. Le sommet droit est le siège de râles sous-crépitants. On lui fait des injections de gaïacol, d'abord tous les deux jours, pendant un mois, puis tous les jours. Il se produit d'abord une amélioration considérable. Malheureusement, au bout de quelque temps, le larynx commence à se prendre, et malgré un traitement local énergique et même une saison au Mont-Dore, la malade s'affaiblit, maigrit et tousse de plus en plus. Une nouvelle série d'injections l'améliore mais sans la guérir. De plus, elle devient enceinte. Il y a donc là une nouvelle série de circonstances défavorables, et le gaïacol ne peut qu'arrêter momentanément une déchéance qui se produira fatalement.

Ce que cette observation, comme les précédentes, nous apprend, c'est que le gaïacol, pas plus que la créosote, ne sont des spécifiques de la tuberculose ; ce ne sont que des médicaments s'adressant à des épiphénomènes de la maladie.

Un résultat de la médication gaïacolée, dont je n'ai pas encore parlé, c'est de modifier la fétidité des crachats et de s'adresser ainsi à un des éléments les plus importants des lésions pulmonaires. En voici un exemple.

Un malade entre à l'hôpital Rothschild pour une pneumonie caséeuse. Il a avalé, quatre semaines auparavant, une arête de poisson qui paraît avoir pénétré dans les voies respiratoires. Depuis ce moment, il a une toux quinteuse et une douleur localisée au tiers supérieur du poumon droit.

A son entrée à l'hôpital, l'expectoration est noirâtre, pu-

rulente, d'une fétidité extrême. Amaigrissement considérable, sueurs profuses, matité complète dans la fosse sous-épineuse droite, souffle cavitaire avec gargouillement. Râles sous-crépitants généralisés, bronchophonie.

On commence le traitement par le gaïacol le 5 mars, dix jours après les symptômes généraux s'étaient beaucoup amendés, l'appétit était revenu, la fétidité d'abord, puis l'abondance des crachats avaient diminué, puis disparu. Enfin, le malade sortait bientôt après, complètement guéri.

Ceci va nous amener à parler des injections de gaïacol en dehors de la phtisie, c'est-à-dire dans la dilatation des bronches, la bronchite chronique, la gangrène pulmonaire.

Mais auparavant, je voudrais vous dire quelques mots des injections qui ont été faites dans mon service en 1891.

La formule des injections était la suivante :

Huile d'amandes douces . . .	100 grammes.	
Gaïacol	10	—
Iodoforme	1	—

La proportion de gaïacol était double de celle employée par M. Picot. On en injectait chaque fois 50 centigrammes.

Sur 10 cas, nous avons obtenu :

Améliorations	4
Morts pendant le traitement . . .	3
Hémoptysies	2
Mort par embolie huileuse	1

Voici le résumé de ces observations :

Le premier malade était atteint de tuberculose pulmonaire au second degré. Après 53 injections, le seul résultat qu'on obtient chez lui est la diminution de la toux et de l'expectoration.

Chez la seconde malade, on ne fait que 18 injections, parce qu'elles sont très douloureuses. On obtient également une toux et une expectoration moindres.

Le troisième reçoit 25 injections et refuse de poursuivre le traitement, à cause de la douleur que déterminent les injections. Il meurt trois mois après la dernière.

La quatrième reçoit 42 injections et sort très améliorée. Il y a diminution de l'expectoration, des sueurs, mais les lésions pulmonaires persistent.

Chez un cinquième, après 36 injections, les lésions pulmonaires restent stationnaires.

Chez un sixième, il y a amélioration notable des symptômes fonctionnels; mais les signes physiques ont augmenté. Il en est de même chez le septième.

Chez le huitième, après 22 injections, il se produit de grandes oscillations thermiques, une expectoration purulente, de la fièvre hectique et enfin la mort.

Le neuvième, après 29 injections, refuse de suivre plus longtemps ce traitement. Je crois qu'on injectait trop de liquide à la fois, ce qui déterminait souvent de petits accidents locaux qui décourageaient les malades.

Enfin, voici un cas néfaste entre tous. Chez le dixième malade il se produit, à la treizième injection, une forte congestion de tout le côté droit, on suspend le traitement pendant un mois. Le 25 septembre on fait la quatorzième injection; mais une demi-heure après surviennent une dyspnée intense et des crachements de sang. Le lendemain matin coma et mort.

A l'autopsie on trouve des lésions tuberculeuses des deux sommets, et une congestion intense du côté droit. A la surface du sang qui s'écoule surnagent des gouttelettes huileuses. Il y a donc eu injection intra-veineuse d'huile. Les symptômes de l'embolie huileuse ne s'étaient manifestés qu'une demi-heure après la piqûre.

Il faut toujours enfoncer l'aiguille seule et s'assurer qu'il ne s'écoule pas de sang par l'orifice. Faute de cette précaution, vous voyez qu'on peut déterminer des embolies mortelles.

Et maintenant, quel est le mode d'action de cette médication? Eh bien, elle agit comme font toutes les substances gazéiformes. En s'éliminant par les surfaces de rapport, elle modifie celles-ci au passage. C'est une médication par substitution. Elle transforme l'hyperhémie tuberculeuse en une hyperhémie fugitive et curable. C'est ainsi qu'agissent également les eaux sulfureuses des Pyrénées; mais il ne faut pas que les doses en soient trop fortes; car, dans ce cas, l''hyperhémie substitutive pourrait être trop intense et il se produirait des hémoptysies.

Quels sont les avantages de cette médication? Les sécrétions catarrhales ou purulentes sont diminuées ainsi que la toux; mais il reste toujours des bacilles; le sommeil est meilleur car il n'est plus troublé par la toux; il y a cessation de la fièvre et des sueurs; enfin, l'appétit augmente, le gaïacol agissant sur la muqueuse stomacale comme sur la muqueuse pulmonaire, et avec l'appétit reparaissent les forces et l'embonpoint.

Mais à côté de ces avantages il y a des dangers, ce sont : les hémoptysies, la pneumonie, la phtisie aiguë pouvant succéder à la phtisie torpide et enfin les embolies huileuses. On pourra souvent prévoir ces dangers ou du moins prévoir un insuccès, quand le goût du médicament persistera longtemps dans la bouche, que les urines seront noires ou qu'il se produira une élévation ou un abaissement considérable de la température 40, 41 degrés ou 35, 34 degrés.

Comme je vous l'ai dit tout à l'heure, ce n'est pas seulement dans la phtisie pulmonaire que cette médication donne de bons résultats; on l'a encore employée avec succès dans la bronchite fétide, la bronchite chronique, la gangrène curable des bronches et la dilatation bronchique.

Le pus collecté est le siège de fermentations putrides qui irritent la membrane muqueuse de l'ampoule bronchique et cette irritation peut se terminer par la gangrène, non seulement de la muqueuse, mais encore du tissu pulmonaire voisin; d'où fièvre, expectoration abondante et d'une horrible fétidité, perte de l'appétit et des forces, quelquefois mort. Eh bien! dans ces cas, le traitement au gaïacol donne de bons résultats, il faut donc penser à y recourir.

Je préconise le gaïacol plus que la créosote, parce que, à petites doses, il produit les mêmes effets que la créosote à fortes doses.

Les multiples bienfaits de ce traitement peuvent se résumer ainsi : diminution de l'expectoration et de la toux, augmentation de l'appétit et des forces, enfin et surtout, respect de l'estomac, qu'il faut toujours entourer de soins pieux, je ne saurais trop le répéter; car il est un des plus solides points d'appui du phtisique.

En réalité, ce qui devait advenir est advenu : d'analyse en analyse, on en est arrivé à ne plus voir dans le phtisique que le tubercule, dans le tubercule que la cellule géante, puis, plus tard, le bacille : d'où l'idéal au point de vue de l'étiologie « tout par le bacille », au point de vue de la thérapeutique « tout contre le bacille ». Les leçons qui précèdent sur la médication par la créosote et le gaïacol sont

pour démontrer le mal fondé de ces doctrines, et qu'il faut en revenir à traiter le phtisique et non plus à combattre le seul bacille.

REVUE DE LA PRESSE

Saignée dans les néphrites infectieuses. — M. Lacaze, chef de clinique médicale à la Faculté de Montpellier, après avoir étudié la saignée dans les néphrites infectieuses avec accidents graves, résume ainsi son travail dans le « Nouveau Montpellier médical » :

« L'urémie, que la néphrite dont elle dépend soit primitive ou secondaire, a pour cause la rétention dans le sang, en quantité normale, de produits toxiques nombreux que les reins auraient dû éliminer.

La saignée non seulement remédie aux accidents qui en résultent (convulsions, coma, délire, vomissements, etc.), mais encore améliore la plupart des autres troubles fonctionnels.

A ce titre, elle mérite d'entrer dans le traitement de la fièvre typhoïde et des quelques maladies infectieuses s'accompagnant parfois de lésions rénales intenses. »

Rubéole légère. — M. H. Gillet résume ainsi l'étude qu'il vient de publier dans la « Revue des maladies de l'enfance » :

« La rubéole, plus rare en France que dans les pays du Nord, y affecte surtout la forme légère. Elle y revêt souvent la variété à type morbilleux. Cette forme atténuée, qui peut évoluer sans catarrhe (rubéole sans catarrhe ou roséole de M. Talamon), est celle que Trousseau a vue et décrite, sans la séparer assez nettement de la roséole saisonnière. La forme atténuée sans catarrhe constitue une variété, et non une maladie à part. L'éruption, même dans cette forme, peut, par exception, être très exceptionnellement hémorragique, sans que l'allure de la maladie ni son pronostic en acquièrent quelque gravité. Il y a souvent autour des papules une zone blanche d'anémie cutanée. A côté de cette forme de rubéole existe une roséole saisonnière, qui n'est pas une fièvre exanthématique, mais une simple efflorescence cutanée banale. Les mesures prophylactiques doivent s'étendre à la rubéole et à toutes ses formes. »

Poliomyélites de l'adulte. — M. le professeur Bernheim a étudié, dans la « Revue de médecine », les poliomyélites antérieures, aiguë, subaiguë et chronique de l'adulte, greffées sur la paralysie infantile.

La seule conclusion qu'il se croie autorisé à tirer de cette étude c'est la confirmation de ce fait : « Que sur une ancienne paralysie spinale infantile peut venir se greffer, longtemps après dans la vie, soit une paralysie spinale de l'adulte, soit une atrophie musculaire progressive spinale. Entre ces diverses affections, existe une relation, qui s'explique par une diathèse locale, que cette diathèse soit consécutive à la maladie infantile, ou qu'elle soit préexistante et native. »

THÈSES DE LYON

Des tumeurs primitives de l'appendice vermiculaire, par le docteur Lafforgue. — Sur l'instigation du professeur Poncet, qui, dans sa pratique chirurgicale, avait rencontré quelques cas de tumeurs appendiculaires, M. Lafforgue vient de se livrer sur ce sujet à de très intéressantes recherches. Dans deux cents autopsies faites dans ce but il n'a relevé qu'une seule absence complète de l'appendice, et de rares oblitérations de son canal : mais dans 88 p. 100 des appendices observés, il a trouvé des matières fécales en quantité variable et dont la consistance atteignait parfois la dureté de concrétions stercorales.

C'est l'étude des faits inédits décelés par les recherches anatomiques de Lafforgue ou par les opérations de M. Poncet qui constitue la partie la plus instructive de cette thèse. Les tumeurs observées se décomposent ainsi : 1° trouvées sur le cadavre : 4 concrétions ayant l'apparence de vrais calculs stercoraux; 2 kystes et 1 fibro-myome; 2° obtenues au cours d'interventions : 2 calculs, 2 kystes et 1 lipome.

A ces observations inédites et personnelles, M. Lafforgue ajoute un certain nombre de cas recueillis dans la littérature : 24 cas de calculs ou kystes; 9 carcinomes ou épithéliomas primitifs; 2 lymphadénomes et 2 kystes hydatiques.

Seules ont été inventoriées les tumeurs primitives; mais les secondaires paraissent aussi rares : ces dernières succèdent par propagation de voisinage aux épithéliomas du cæcum ou de l'intestin.

Ainsi donc les tumeurs bénignes et malignes primitives de l'appendice paraissent être une rareté, si l'on en croit la statistique, et, cependant, M. Poncet, à lui seul, a pu en réunir un grand nombre de cas : il est probable qu'il s'agit là encore d'une de ces lésions réputées rares parce que l'attention n'est pas attirée sur elles.

Quoi qu'il en soit, M. Lafforgue a essayé avec ses matériaux personnels d'établir l'histoire de ces diverses tumeurs.

Et, d'abord, contrairement à ce que l'on pourrait croire, les tumeurs stercorales et concrétions appendiculaires sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme. Leur production est favorisée par ce fait que les matières fécales stagnent facilement dans le cæcum d'où elles peuvent franchir l'orifice appendiculaire, surtout si celui-ci est un peu considérable. Ces concrétions sont constituées de strates concentriques et il peut s'opérer autour d'elles un travail d'organisation qui en fait de véritables néoplasies.

Mais le calcul peut, en outre, en s'opposant à la sortie des liquides sécrétés, déterminer en amont une dilatation kystique de l'appendice : cette oblitération de la lumière du canal, qui est la raison pathogénique des kystes, peut aussi être d'origine inflammatoire ou produite par un bouchon de mucus concrété.

L'étude de ces kystes de l'appendice particulièrement intéressante est le chapitre le mieux traité, le plus complet du travail de M. le docteur Lafforgue.

Ces kystes peuvent atteindre jusqu'au volume du poing, être libres de toute adhérence ou avoir déterminé autour de l'appendice de la péritonite adhésive. A l'examen, ils ont une consistance élastique, résistante, et sont remplis ordinairement d'un mucus visqueux, filant, quelquefois d'une substance gélatineuse, mi-solide.

Leur paroi se compose des couches normales de l'appendice, mais avec disparition possible de la muqueuse : la surface interne du kyste exsude comme une séreuse irritée par une inflammation chronique. La friabilité des parois des vaisseaux explique l'hémorragie intra-kystique possible : transformation qui favorise l'infection; celle-ci se faisant probablement par les lymphatiques et s'accompagnant de symptômes plus ou moins graves avec péritonite généralisée ou non.

L'évolution des calculs en kystes aboutit soit à une péritonite, soit à une rupture, soit au passage du contenu dans le cæcum.

Lorsqu'elles ne s'infectent pas, ces tumeurs, de même que les lipomes, fibromes, etc., donnent lieu à peu de symptômes cliniques, ordinairement, cependant, au syndrome des coliques appendiculaires à répétition plus ou moins atténuées.

Les tumeurs malignes (épithéliomes), qui peuvent atteindre le volume d'une orange, offrent les signes généraux des cancers intestinaux : troubles digestifs graves, constipation ou diarrhée, vomissements ou nausées; et les troubles particuliers aux lésions de l'appendice : crises douloureuses sous forme de coliques; il faut insister surtout sur les signes physiques de palpation de la région qui seuls permettent d'établir un diagnostic.

Le diagnostic de tumeur de l'appendice nous semble, en effet, plus difficile à poser que ne le croit M. Lafforgue et il doit falloir pour y arriver des cas réunissant bien tous les signes commé-

moratifs, rationnels et physiques des affections de l'appendice. Ce diagnostic a son importance cependant, car, dans tous les cas où il sera fait, le chirurgien devra intervenir, et vite. Dans le cas de tumeur bénigne, il évitera ainsi, en effet, les dangers de colique appendiculaire, de l'infection et de la péritonite ; dans le cas de tumeur maligne, il arrêtera par une intervention précoce l'envahissement du cancer. L'incision de choix sera celle que préconise Roux (de Lausanne) dans le traitement de l'appendicite, c'est-à-dire une longue incision parallèle au ligament de Poupart.

En somme, dans ce travail intéressant, M. Lafforgue a montré la grande importance des tumeurs bénignes de l'appendice : il a surtout insisté sur l'organisation véritable des concrétions stercorales, sur la production de kystes en amont des calculs : c'est en définitive une pathogénie nouvelle de certains accidents appendiculaires.

A. RIVIÈRE.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DE LA SEINE

Répartition du service médical des asiles de la Seine, pour l'année 1893.

INFIRMERIE SPÉCIALE DU DÉPÔT, PRÉFECTURE DE LA SEINE. — Service de M. Garnier; médecin adjoint : M. Legras; internes : MM. Pécharmant et Pribat.

ASILE CLINIQUE SAINTE-ANNE, CLINIQUE DES MALADIES MENTALES. — Service de M. Ball, suppléé par M. Ballet; chef de clinique : M. Pactet; interne : M. Hannion.

Laboratoire de la clinique. — M. Klippel.

Service de M. Magnan (admission); internes : MM. Boissier et Lachaux.

Service de M. Bouchereau (femmes); internes : MM. Escat et Le Filliatre.

Service de M. Dubuisson (hommes); interne : M. Le Maître.

Service hydrothérapique externe. — M. Dagonet.

ASILE DE VILLEJUIF. — Service de M. Briand (femmes); médecin adjoint : M. Sérieux; internes : MM. Trenel et Baruc.

Service de M. Vallon (hommes); médecin adjoint : M. Rouillard; internes : MM. Lavergne et Ecart.

ASILE DE VILLE-ÉVRARD. — Service de M. Marandon de Montyel (hommes); internes : MM. Laroussinie et Maupatié.

Service de M. Febvré (femmes); interne : M. Mooundjick.

Service de M. Legrain (pensionnat) ; interne : M. Bourdin.

ASILE DE VAUCLUSE. — Service de M. Kéraval (hommes); interne : M. Croustel.

Service de M. Boudrie (femmes); interne : M. Coulon.

Service de M. Blin (colonie des idiots) ; interne : M. Leroy.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La VII[e] session du Congrès français de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 3 avril 1893, sous la présidence de M. le professeur Lannelongue (de Paris).

La première séance (consacrée aux questions diverses) aura lieu à neuf heures du matin (grand amphithéâtre de l'École de médecine).

La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à deux heures.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour de la session :

I. *Les tumeurs fibreuses de l'utérus.*

II. *Traitement chirurgical des affections tuberculeuses du pied.*

Les séances du matin seront consacrées aux visites dans les hôpitaux et aux questions diverses.

MM. les membres du Congrès sont priés d'envoyer, le 15 février au plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications, à M. Félix Alcan, éditeur du Congrès, 108, boulevard Saint-Germain, auquel on pourra s'adresser également pour tous les renseignements concernant le Congrès.

— La commission du budget, sur la proposition du ministre de l'Instruction publique, vient d'insérer, dans la loi de finances pour 1893, une disposition accordant la personnalité civile au groupement des facultés siégeant dans une même ville — et cela sans porter atteinte à la personnalité civile de chaque faculté considérée isolément.

— Un concours pour une place de chirurgien des hôpitaux de Grenoble s'ouvrira, dans cette ville, le 6 novembre 1893.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Queirel, ancien suppléant, est nommé professeur de clinique obstétricale.

— *École de médecine de Tours.* — M. le professeur Herpin est nommé, sur sa demande, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire.

M. le professeur Courbon est nommé, sur sa demande, professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants.

— La Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux décernera, en 1894, un prix d'une valeur de 1 000 francs, au meilleur mémoire sur la question suivante : « Traitement chirurgical du cancer de l'estomac. »

Les mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés, francs de port, à M. le docteur G. Sous, secrétaire général de la Société, 53, rue des Trois-Conils, jusqu'au 31 janvier 1894, limite de rigueur. Les membres associés résidents de la Société ne peuvent pas concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître ; chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

— M. le docteur Fayard est nommé médecin-adjoint au lycée de Niort (emploi nouveau).

— Le XII[e] Congrès allemand de médecine interne se tiendra à Wiesbaden, du 12 au 15 avril 1893. Les questions mises à l'ordre du jour sont : 1° Le choléra ; 2° Les névroses traumatiques.

— Un service clinique de gynécologie vient d'être créé dans les hôpitaux civils de Bruxelles. M. le docteur E. Rouffart est nommé titulaire de cette clinique.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs L. Darcy (de Saint-Firmin-les-Prés), Francisque Garnier (de Lyon).

— M. le docteur de Saint-Germain reprendra le jeudi 16 février, à neuf heures, ses leçons cliniques à l'hôpital des Enfants-Malades et les continuera les jeudis suivants.

Ces leçons seront exclusivement consacrées à la thérapeutique des affections chirurgicales de l'enfance.

— M. le professeur H. Becquerel, membre de l'Institut, ouvrira son cours de physique appliquée aux sciences naturelles, le lundi 20 février 1893, à dix heures du matin, dans le grand amphithéâtre du Muséum, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

— *Postes médicaux.* — PARIS : s'adresser rue Monge, 65. — OISE : s'adresser à M. Moitrier, 68 bis, avenue de Châtillon, à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traitement de la syphilis, par A. FOURNIER, professeur de la Faculté de médecine. 1 vol. in-8° carré, 600 pages relié peau pleine, tête dorée. — Prix : 15 francs. — Paris, Rueff et C[ie].

Le micrographe préparateur. Journal mensuel de micrographie générale et de technique micrographique, publié sous la direction de M. J. Tempère, avec la collaboration d'un groupe de spécialistes. (N° 1, janvier 1893.) — Prix de l'abonnement : pour la France, 12 francs ; pour l'étranger, 15 francs. — Prix du numéro : 1 fr. 25.

« Le Micrographe préparateur » paraît le 20 de chaque mois, en un fascicule de 16 pages, accompagnées d'une planche et de figures dans le texte. — Paris, chez M. J. Tempère, micrographe, 168, rue Saint-Antoine.

Formulaire gynécologique, par le docteur Auvard, accoucheur des hôpitaux. 1 vol. in-32 colombier, illustré de 100 gravures en couleur, relié peau pleine, tête dorée. — Prix : 8 francs. — Paris, Rueff et Cie.

Formulaire obstétrical, par le docteur Auvard, accoucheur des hôpitaux. 1 vol. in-32 colombier, illustré de 100 gravures en couleur, relié peau pleine, tête dorée. — Prix : 8 francs. — Paris, Rueff et Cie.

Une maladie de la personnalité, l'inversion sexuelle : psychophysiologie, sociologie, tératologie, aliénation mentale, psychologie morbide, anthropologie, médecine judiciaire, par le docteur J. Chevalier, préface du docteur A. Lacassagne, professeur à l'Université de Lyon. 1 vol. in-18 de la bibliothèque scientifique, judiciaire, cartonné toile. — Prix : 5 francs. — Paris, G. Masson.

Paludisme chronique (*Bibliothèque Charcot-Debove*), par le docteur Catrin. 1 vol. in-16, reliure d'amateur, tête dorée. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

Recherches expérimentales sur les leucocytes, par le docteur E. Maurel. *Application à la toxicologie et à la thérapeutique.* VIe fascicule : « Action de l'atropine, de la pilocarpine et de la cocaïne sur les leucocytes. » 1 vol. in-8° de 102 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Indications et contre-indications de la sonde à demeure après l'urétrotomie interne, par F. Bordas et Wickham. in-18, 1893. — Prix : 75 centimes. — Paris, Alex. Coccoz.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Une grande partie de la séance ayant été consacrée à l'élection de MM. Mac Cormac (de Londres) et Tilanus (d'Amsterdam), comme membres correspondants étrangers, il est resté assez peu de temps pour deux communications et deux lectures. Les deux communications sont celles de M. Brouardel sur le choléra et de M. Laborde sur un nouveau sel de quinine.

M. Brouardel a fait l'historique de l'épidémie de choléra qui a sévi à l'asile des aliénés de Bonneval. Au point de vue de l'origine, le rôle de l'eau a été nul dans cette invasion grave qui n'a pu se faire que par le contact : cette épidémie, comme celle du Havre et beaucoup d'autres, a montré une fois de plus l'efficacité des mesures sanitaires appliquées à temps et avec suffisamment d'énergie. Pour M. Brouardel, la prophylaxie du choléra peut se résumer aujourd'hui en ces quelques mots : déclaration immédiate des premiers cas, même lorsqu'ils ne sont que suspects.

M. Laborde, en son nom et au nom de M. Grimaux, a fait connaître le chlorhydrosulfate de quinine, qui paraît déjà avoir donné de bons résultats.

La parole a été donnée ensuite à M. Terrillon, pour la lecture d'une intéressante observation d'obstruction intestinale par un calcul hépatique ; à M. Bazy, pour un travail sur le traitement des tumeurs de la vessie ; et enfin, à M. Gaube (du Gers) pour une note intitulée : « Essai de classification bio-chimique des matières albuminoïdes. » On trouvera un résumé de ces travaux au compte rendu.

HOPITAL NECKER. — M. LE DENTU.

L'antisepsie simplifiée.

L'antisepsie, telle que nous la pratiquons à l'hôpital avec sa minutie, je dirais presque son luxe d'appareils et de précautions, peut vous sembler chose compliquée, impossible à réaliser dans la pratique de la ville, surtout en province et, plus encore, à la campagne.

En réalité, il est possible, et le but de cette clinique est de vous en indiquer les moyens, d'arriver à réaliser, même dans les conditions les plus défectueuses, les milieux les moins favorables, une antisepsie suffisante pour les plus grandes opérations. A Paris, d'ailleurs, les conditions dans lesquelles se font nos opérations de la ville ne sont guère meilleures et peut-être, au point de vue du milieu, sont plus mauvaises que celles de la campagne. Il existe bien quelques maisons de santé spéciales pour opérations, mais l'urgence force souvent à opérer au domicile même des malades. Quelques soins, beaucoup moins complexes que ceux que nous pouvons prendre à l'hôpital, nous suffisent pourtant pour obtenir les mêmes résultats. Ces soins ont trait : 1° à la désinfection de la région opératoire ; 2° à la désinfection des mains du chirurgien et de ses aides ; 3° au milieu où se fait l'opération ; 4° à la désinfection des instruments.

A la surface de la peau la plus saine, la plus propre, existent toujours des micro-organismes et, en particulier, le staphylococcus aureus. La désinfection de la région opératoire s'impose donc dans tous les cas, sans exception. Elle est au fond assez simple. Un bain général préliminaire, avec changement complet de linge, sera indispensable chez les sujets peu soigneux. Pour la région elle-même, l'essentiel est de raser à l'avance tous les poils, de bien la frotter, la racler en quelque sorte, avec une brosse de toilette neuve et propre, de l'eau chaude, du savon propre. Ce nettoyage est le point essentiel. Dans les opérations délicates, vous le compléterez très utilement par un nettoyage à l'éther qui dissout toutes les matières grasses. En attendant l'opération, il suffit de recouvrir la région avec des compresses bouillies trempées dans la solution de sublimé au millième. Les paquets de sublimé rendent aujourd'hui bien facile la préparation extemporanée de cette solution. Faites, avant l'opération même, un dernier lavage antiseptique. Mais rappelez-vous que le point important est le rasage, le lavage, le raclage de la peau. Les antiseptiques n'agiraient pas sur une peau insuffisamment nettoyée. C'est là ce qui fait la difficulté des désinfections de la bouche, du vagin, du rectum. En dehors des solutions antiseptiques, de très grands lavages préliminaires à l'eau bouillie seront utiles pour enlever le mucus de ces cavités.

Les mains du chirurgien et de ses aides fouillant, pénétrant tous les recoins de la plaie, sont le grand agent d'infection. Après avoir bien nettoyé les ongles, nous avons adopté, ici, pour règle, de brosser pendant cinq minutes les mains avec une brosse neuve, nettoyée à l'eau chaude,

du savon propre, de l'eau chaude. A défaut de brosse, vous pourriez vous servir d'un linge un peu rude, rendu aseptique par l'ébullition. Mais le nettoyage des ongles est ainsi plus difficile. Après ce savonnage, nous trempons successivement les mains dans deux solutions : l'une de permanganate de potasse; l'autre de bi-sulfate de soude. Il se produit de l'acide sulfureux à l'état naissant, qui assure la désinfection parfaite. Avoir ces solutions toujours prêtes serait, en ville, plus difficile. Mais en trempant successivement les mains dans de l'alcool à brûler, ou mieux de l'alcool à 90 degrés, puis dans du sublimé au millième, la désinfection sera suffisante. Ici encore, le point important est, ainsi que l'ont montré les expériences de Bergmann, le grand savonnage préliminaire de cinq minutes. Si ce savonnage des mains est plus court, même d'une minute, des micro-organismes peuvent se retrouver encore, surtout dans le repli sous-unguéal. La désinfection des mains constitue le point important. Mais il va sans dire que le chirurgien, plus que tout autre, devra observer une propreté méticuleuse pour son linge de corps. On se défiera surtout des vêtements qui auraient été portés dans une visite à des malades atteints d'érysipèle, de fièvre puerpérale. Enfin, dans ces derniers temps, on a fait, non sans quelque raison, le procès des chirurgiens à la barbe de fleuve et à la chevelure romantique.

Le milieu où vous opérerez est d'importance secondaire. J'ai dû faire d'urgence, chez une malade rendue intransportable par des accidents suraigus de torsion du pédicule, une ovariotomie dans des conditions invraisemblables. Elle a parfaitement guéri. Si l'idéal est la chambre d'opérations d'une propreté de cristal, à angles arrondis pour ne pas loger les microbes, vous réussirez presque aussi bien dans des chambres même très malpropres. Faites-les si vous le pouvez nettoyer, aérer, désencombrer quelques jours à l'avance. Mais défendez le grand nettoyage de la dernière minute qui met en mouvement toutes les poussières accumulées. Défiez-vous surtout des rideaux qu'un membre obligeant de la famille tirera brusquement, au cours de l'opération, pour augmenter le jour et d'où descendrait un nuage de poussière accumulée et fort peu aseptique.

Comme linges vous pouvez employer, pour recouvrir la table et le malade, des linges fraîchement blanchis, blanchis de la veille si c'est possible. Les linges plus anciens sont suspects. Les linges qui seront en contact avec la plaie devront avoir été bouillis.

La désinfection des instruments paraît difficile. Ici, vous nous voyez employer l'étuve sèche, dont le réglage est si difficile, l'étuve à vapeur sous pression. Rappelez-vous que, comme pour les mains, la partie essentielle de la désinfection est le nettoyage minutieux préliminaire. Ce nettoyage mécanique avec une brosse, des linges bouillis, durera quatre à cinq minutes. Il sera surtout minutieux, très long, pour les instruments anfractueux, tels que la scie à chaîne, les mors des pinces à forcipressures. Faites bouillir ensuite, dix minutes, tous vos instruments métalliques que l'ébullition n'altèrera pas. Vinay, dans son excellent manuel d'asepsie récemment paru, a montré que la mort des micro-organismes survenait à une température bien inférieure à celle de l'eau bouillante. En dix minutes le staphylococcus aureus meurt dans l'eau à 58 degrés, le staphylococcus citreus et albus dans l'eau à 62 degrés, le streptocoque de l'érysipèle dans l'eau à 64 degrés, le bacille de la tuberculose dans l'eau à 70 degrés. En une minute et demie, les quatre premiers meurent dans l'eau à 80 degrés. Les spores sont plus résistantes que les bacilles. La spore du bacille tuberculeux met dix minutes à mourir dans l'eau à 100 degrés. La spore de la septicémie gangréneuse, une fois sèche, ne meurt pas dans l'eau bouillante et met dix minutes à mourir avec une température de 120 degrés. Pour les instruments ayant servi à des opérations sur des foyers gangréneux, l'ébullition simple pourrait donc être insuffisante. Mais en dehors d'un nettoyage mécanique particulièrement parfait, vous pouvez les chauffer dans un bain de glycérine qui bout seulement à 280 degrés.

L'ébullition souille et ternit un peu les instruments. Vous éviterez presque complètement cet inconvénient en ne mettant les instruments dans l'eau qu'une fois qu'elle est bouillante, et en ajoutant à l'eau un centième de soude caustique.

Les instruments à manche de bois ne supportent pas l'ébullition. S'il en restait quelques-uns dans votre arsenal, vous feriez un brossage particulièrement soigneux, vous tremperiez quelques instants la partie métallique seule dans l'eau bouillante. Enfin, plus nécessairement que les autres, ces instruments seront immergés assez longtemps dans la solution phéniquée au vingtième.

Pour faire bouillir les instruments, on a imaginé une série d'appareils ingénieux. Une simple casserole, où vous faites bouillir une première quantité d'eau que vous jetez, peut les remplacer tous.

Ne vous servez jamais d'éponges, mais de compresses bouillies dix minutes ou de tampons d'ouate hydrophile trempés dans le sublimé. Ici, toutes les pièces de pansement sont passées à l'étuve. En ville, il suffira que les paquets d'ouate ou de gaze ne soient pas ouverts et exposés à la poussière à l'avance.

Un mot encore des sondes, dont il est particulièrement difficile de réaliser et de maintenir l'asepsie. Pour vos sondes métalliques, le flambage est un bon moyen. Le flambage direct à la lampe à alcool ternit, irise les sondes. Mais en les trempant dans l'alcool, les retirant, mettant le feu à la mince couche qui reste, vous avez un flambage suffisant. L'ébullition est également très bonne et désinfecte mieux la cavité. Les sondes en caoutchouc peuvent elles-mêmes être soumises à l'ébullition. La difficulté principale est pour les sondes, les bougies en gomme. La chaleur les ramollit; les antiseptiques, acide phénique, sublimé, les altèrent si le contact est prolongé. M. Albarran a fait préparer des sondes à revêtement de caoutchouc et de gutta-percha qui résistent à l'ébullition. Pour les sondes en gomme ordinaire, nous employons le contact avec l'acide sulfureux pendant trois heures. Ce moyen est un peu complexe. Pour les sondes neuves, vous pouvez vous contenter de les laver intus et extra d'abord, à l'alcool à 70 degrés seulement, l'alcool à 90 degrés donnant une dissolution partielle, puis avec le sublimé au millième. Les bougies sont encore plus faciles à nettoyer. Pour conserver ces sondes et ces bougies ainsi rendues aseptiques, noyez-les dans une couche épaisse de poudre de talc, chauffée à une haute température et refroidie. La désinfection doit être répétée chaque fois que la sonde a servi. Elle sera d'autant plus facile et plus sûre qu'elle sera faite plus vite après l'emploi.

Peut-être cette antisepsie simplifiée paraîtra-t-elle encore, à quelques-uns de vous, un peu complexe. Et pourtant, vous n'avez pas le droit de vous dispenser de ces précau-

tions qui sont un minimum. Vous entendez parfois dire cette monstruosité, qu'à la campagne l'asepsie et l'antisepsie sont inutiles. C'est un vieux préjugé qui survit du temps où, frappés des résultats moins malheureux que donnait la chirurgie des campagnes, on attribuait tous les désastres à l'impureté de l'air des villes. Aujourd'hui, la chirurgie est certainement beaucoup plus heureuse, beaucoup moins grave dans les villes, qu'elle ne l'est dans les campagnes, où l'antisepsie est forcément plus négligée. En quelque endroit que vous exerciez, les précautions que je viens de vous résumer seront toutes possibles et suffiront à vous assurer une complète immunité.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement efficace dans trois cas de mal de mer. — Avons-nous enfin un moyen sérieux et pratique qui nous préserve du mal de mer? Oui, s'il faut en croire le docteur Brunon, qui s'exprime ainsi dans la « Normandie médicale » du 1er février dernier :

« Dans les trois cas suivants, la compression de l'abdomen a pu arrêter le mal de mer.

Dans les trois cas, il s'agit de trois dames de nationalité suédoise, faisant chaque année une traversée plus ou moins longue.

La première n'était malade que dans les mauvais temps; la seconde et la troisième l'étaient assez pour redouter extrêmement tout voyage ou toute promenade en mer, même par un temps calme. Elles avaient essayé un grand nombre de médicaments, parmi lesquels elles m'ont cité la caféine, l'antipyrine, l'antifébrine, la morphine, l'éther (?), etc., tout avait été inutile.

La troisième avait toujours été extrêmement malade : impossibilité de prendre la moindre nourriture, accablement extrême, indifférence complète. Elle avait pris l'habitude de se faire attacher dans une barque sur le pont et restait là tout le jour pendant le trajet, qui dure neuf jours à l'aller et onze jours au retour.

A l'aller, la compression du ventre a été assez mal faite; on avait employé simplement une bande de flanelle longue de 7 mètres. Il n'y a pas eu de vomissements, mais quelques nausées et un certain malaise : cependant, il y avait un progrès considérable sur les voyages précédents. Au retour, la compression fut faite soigneusement avec du coton et une bande de 15 mètres. Aucun malaise à noter, et, pour la première fois depuis quinze ans, Mme M... a pu faire une traversée agréable, prendre tous ses repas, et vivre de la vie commune à bord.

Le procédé que j'ai indiqué à ma cliente m'avait été signalé par mon confrère, M. Boucher; il consiste tout simplement à faire une compression élastique sur l'abdomen avec une épaisse couche d'ouate et une bande de flanelle, longue d'environ 12 à 15 mètres et large de quatre travers de doigts. »

Enquête sur le cancer en Normandie. — Nous ne pouvons, à notre regret, publier en entier le travail de notre distingué confrère de Rouen, M. le docteur Brunon, travail qui est le résumé des communications de trente-cinq médecins exerçant en Normandie. En voici seulement les intéressantes conclusions :

1° Pour la majorité des confrères que nous avons interrogés, le cancer est fréquent en Normandie; mais rien ne prouve, jusqu'ici, qu'il soit plus fréquent qu'ailleurs en France ou à l'étranger;

2° Il paraît très probable qu'il existe, çà et là, dans une même région, des foyers où les cas s'accumulent;

3° Quelques médecins, en petit nombre, expliquent ces accumulations par la contagion, le plus grand nombre croit à l'influence indéniable de l'hérédité;

4° Tous admettent que la contagion est possible; quelques-uns seulement la considèrent comme certaine, sans donner toutefois des faits précis;

5° A propos du caractère contagieux du cancer, la preuve clinique n'est pas faite; l'eau et le cidre ne paraissent pas pouvoir être incriminés;

6° Pour résoudre définitivement ces questions, il faut donc encore attendre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 février 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

COMMUNICATION

L'épidémie de choléra à Bonneval. — M. **BROUARDEL** fait une communication sur ce sujet. (Voir au Premier-Paris.)

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants étrangers. MM. Mac Cormac (de Londres) et Tilanus (d'Amsterdam sont élus, le premier par 48 voix sur 57 votants, le second par 33 suffrages sur 49 votants.

COMMUNICATION

Chlorhydrosulfate de quinine. — M. **LABORDE** appelle l'attention sur ce nouveau sel quinique.

Le chlorhydrosulfate de quinine possède la même efficacité que le sulfate ordinaire du commerce. Soluble dans son poids d'eau, il est très maniable pour les injections hypodermiques, qui sont moins douloureuses que celles pratiquées avec le sulfate ordinaire, ou même avec le chlorhydrate.

LECTURES

Obstruction intestinale pour un calcul hépatique. — M. **TERRILLON** rapporte l'histoire d'une malade âgée de vingt-six ans, souffrant depuis longtemps de coliques hépatiques. Elle fut prise, en septembre 1891, d'étranglement interne. Au bout de cinq jours, le ventre fut ouvert au niveau de la fosse iliaque droite. Dans la fin de l'intestin grêle, se trouvait une tumeur, celle-ci fut attirée au dehors. Avec une aiguille de Pravaz, une ponction démontra qu'il s'agissait d'un corps étranger dur.

Une incision longitudinale sur l'intestin permit d'enlever le calcul qui était de nature biliaire et avait 5 centimètres de longueur et 9 centimètres de circonférence. La plaie intestinale fut fermée par trois plans de suture à la soie fine. Les accidents cessèrent aussi et, depuis, la malade est absolument guérie et ne sent aucune douleur, ni aucune gêne dans l'intestin.

Un cas semblable a été publié en France par M. Pouzet (de Cannes) et un autre par un chirurgien belge, le docteur Thiriar (de Bruxelles), au Congrès français de chirurgie en 1891.

Le nombre des opérations pratiquées dans ces conditions est de 23 avec 7 guérisons seulement.

M. Terrillon conclut que souvent la mort était due à la péritonite post-opératoire, mais il faut aussi, dans plusieurs cas, accuser la lenteur de l'intervention qui n'a été pratiquée que dans une période d'épuisement très prononcé. Aussi il semble indiqué, en présence des succès déjà connus, d'opérer de bonne heure.

Traitement des tumeurs de la vessie. — M. **BAZY** s'est efforcé, depuis 1882, époque à laquelle il a, le premier, appliqué aux tumeurs de la vessie un traitement rationnel, d'apporter à ce traitement des perfectionnements qui soumettent l'intervention, dans ces cas, à des règles fixes et précises.

Toute tumeur peut être opérée : beaucoup doivent l'être; les indications sont la douleur, les envies fréquentes d'uriner, les hématuries, la rétention d'urine.

L'opération peut être palliative ou curative. L'opération pallia-

tive est l'établissement d'un méat artificiel analogue à l'anus artificiel dans les cancers du rectum.

La meilleure voie pour cette opération est la voie hypogastrique.

M. Bazy est intervenu dans quinze cas; le plus jeune de ses opérés avait trente-deux ans, le plus âgé soixante-quinze ans.

Chez le malade de soixante-quinze ans, il n'a pas fait la taille; il portait un calcul vésical qu'il allait lithotritier; en le lavant, il s'aperçut que de grosses villosités se détachaient par la seule injection. Il a fait alors un grattage sérieux de la vessie à travers les voies naturelles, et a pu amener au dehors un grand nombre de ces villosités. Ce malade n'a plus eu d'hématuries.

Tous les autres ont subi la taille hypogastrique. Le meilleur mode opératoire est l'exérèse totale de la tumeur au bistouri et cette exérèse peut s'étendre à tous les points des parois vésicales, zone extra-urétérale, zone urétérale.

Quel que soit le siège du néoplasme, il ne paraît pas nécessaire de toucher à la ceinture osseuse du bassin, pas plus qu'on ne le fait dans les laparotomies pour lésions des annexes ou dans les hystérectomies. C'est une complication opératoire inutile et dangereuse : la section de l'un ou des deux muscles droits suffit toujours.

L'inversion peut être utile mais n'est pas nécessaire. La suture des bords de la perte de substance résultant de l'ablation du néoplasme doit être faite autant que possible; mais la rapidité de l'opération ou le siège urétéral de la perte de substance peut nécessiter une suture incomplète. Il pourra être utile pour la rapidité et la sécurité de l'opération de laisser des pinces à demeure et de faire le tamponnement de la vessie.

La suture de la vessie est préférable toutes les fois qu'elle peut être faite; mais même quand on ne la fait pas, l'emploi des tubes siphons de M. Périer peut être rejeté sans danger.

Matières albuminoïdes. — M. GAUBE (du Gers), cherchant à classer bio-chimiquement les matières albuminoïdes, divise les albumines en trois classes : 1° albumines chlorurées; 2° albumines carbonatées; 3° albumines phosphatées. Les premières sont les plus fréquentes, les chlorures étant les sels les plus répandus dans l'organisme.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine (1), publié sous la direction de MM. Charcot, Bouchard et Brissaud.

Le quatrième volume du Traité de médecine, qui vient de paraître, comprend les maladies du nez et du larynx par M. A. Ruault, l'asthme par M. Brissaud, la coqueluche par M. P. Le Gendre; les maladies des bronches, les maladies chroniques du poumon et les maladies du médiastin par M. A.-B. Marfan et enfin les maladies aiguës du poumon et de la plèvre par M. Netter. C'est donc, par les matières qui y sont traitées, un des plus importants de la série.

M. Ruault, qui avait écrit déjà, dans le tome précédent, les maladies de la bouche et de la gorge, a exposé dans le présent volume les maladies des fosses nasales et du larynx.

L'histoire des maladies des fosses nasales n'est ordinairement représentée dans les traités de pathologie interne que par des chapitres abrégés consacrés au coryza aigu et chronique et à l'épistaxis. On trouvera ici en plus l'exposé des troubles nerveux, l'asthme des foins, la rhinite atrophiante fétide ou ozène.

Pour le larynx, outre les chapitres classiques des laryngites, de la syphilis du larynx et de la phtisie laryngée, on trouvera des chapitres consacrés aux troubles circulatoires et aux troubles nerveux et, en particulier, un exposé clair et méthodique des paralysies laryngées unilatérales et bilatérales et des spasmes du larynx.

La compétence de M. Ruault, en semblable matière, est bien connue; il est facile de reconnaître, à la lecture des maladies du larynx, qu'elles ont été écrites par un médecin qui a su acquérir sur ces sujets une expérience spéciale et se faire une opinion personnelle.

M. A. Marfan a été chargé des maladies des bronches, des maladies chroniques du poumon et des maladies du médiastin; c'était là une lourde tâche, puisque cela comprend l'histoire de la phtisie pulmonaire : les lecteurs ne s'en plaindront pas. Il a su faire entrer dans l'exposé didactique de ces maladies une note réellement originale et sa rédaction se distingue par sa clarté et sa netteté. Nous avons lu, avec un plaisir tout particulier, les pages consacrées aux bronchites et surtout à la pathologie générale des bronchites.

M. Marfan n'y va pas par quatre chemins : pour lui toutes les bronchites sont infectieuses, les unes sont spécifiques, les autres ne le sont pas. La qualité de bronchites infectieuses ne sera nullement contestée pour les premières qui comprennent, d'une façon générale, les bronchites des maladies infectieuses. En sera-t-il de même des secondes, qui renferment la bronchite dite *a frigore*, les bronchites diathésiques, les bronchites des maladies cardio-vasculaires, de l'albuminurie, des intoxications, etc.? Il n'y a pas de doute qu'on ne trouve des microbes dans les produits de sécrétion des bronches enflammées dans ces différents cas; mais sont-ce réellement ces microbes qui ont ici créé la maladie, ne sont-ils pas accessoires et secondaires? Qui prouve qu'il ne pourrait pas y avoir de bronchite sans microbes? C'est là plus qu'une querelle de mots, c'est une querelle de doctrine, qui n'a, il est vrai, aucune importance en pratique.

La thèse a été supprimée au concours d'agrégation; l'important travail de M. Marfan, récemment nommé agrégé, n'est-il pas, après coup, la meilleure des thèses d'agrégation, c'est-à-dire un exposé à la fois complet et original de l'état de la science sur certains points de la pathologie?

C'est naturellement à M. Netter que devait être confiée la rédaction des maladies aiguës du poumon; elles comprennent, en effet, la pneumonie et les pleurésies aiguës, et l'on connaît les importants travaux de l'auteur sur la pneumonie et sur les pleurésies purulentes. Aussi ces deux chapitres sont-ils particulièrement remarquables.

Il serait aussi inutile que difficile de chercher à donner l'analyse d'un volume qui renferme plus de 1000 pages d'un texte serré. Nous aurons tout dit en formulant notre opinion d'un mot: ce volume est excellent, c'est, de tous les volumes parus, celui dont l'ensemble est le meilleur.

Manuel d'exploration clinique et de diagnostic médical (1), par E. Spehl.

Le fait que cet ouvrage en est à sa seconde édition indique qu'il a trouvé quelque succès près du public médical. Il a les avantages et les inconvénients habituels aux manuels de diagnostic : il renferme trop de choses. C'est tout autant un manuel de séméiologie générale qu'un manuel d'exploration. L'auteur est amené à dire, d'une façon brève et insuffisante, des choses que personne n'ira chercher dans son livre. Il eût mieux valu exposer, avec plus de détails, ce qui est réellement l'exploration physique ou chimique. Cependant tel qu'il est avec ses figures et ses tableaux, ce livre peut être pour l'étudiant et le médecin un aide-mémoire utile, bien qu'un peu trop sommaire. Il a au moins l'avantage d'être au courant des méthodes récentes d'examen, bien qu'il ne choisisse pas toujours les meilleures, à notre avis du moins.

(1) In-8°. T. IV. Prix : 22 francs. — Paris, G. Masson.

(1) In-8°. Prix : 12 fr. 50. — Paris, O. Doin; Bruxelles, J. Lebègue.

Traité des maladies de l'enfance (1), par M. J. Comby, médecin des hôpitaux.

M. J. Comby est depuis dix ans médecin des dispensaires pour enfants malades de la Société philanthropique, il n'est donc plus un débutant dans la médecine infantile, et il était parfaitement autorisé à entreprendre un manuel, qui, sous un petit volume et en un format commode, expose l'état actuel de la médecine, en ce qui concerne les enfants. Il n'a donc pas fait seulement œuvre de compilation, il a souvent fait appel à ses observations personnelles. Ses lecteurs devront lui en savoir gré; celui qui écrit un manuel doit avoir sa façon de voir sur ce qu'il expose; il convient seulement que le « moi haïssable » ne tienne pas une place excessive et injustifiée.

On trouvera dans l'ouvrage de M. Comby tout ce qui est essentiel, exposé sous une forme sobre mais précise, c'est tout ce qu'on doit attendre d'un manuel.

Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose (2), publiées sous la direction de M. le professeur Verneuil.

Ce nouveau fascicule des études sur la tuberculose, qui sont publiées sous la direction de M. Verneuil, renferme des travaux très intéressants.

Tout d'abord, une nouvelle note de MM. J. Héricourt et Ch. Richet, sur la vaccination contre la tuberculose aviaire; par tuberculose humaine, il ne s'agit pas ici de la tuberculose chez l'homme mais chez le chien. La chose est cependant intéressante déjà, puisque les auteurs peuvent rendre le chien réfractaire à l'inoculation de la tuberculose venue de l'homme en les vaccinant à l'aide d'éléments tuberculeux venus des oiseaux. Il n'est pas impossible qu'un jour vienne où des tentatives semblables pourront être faites chez l'homme avec chance de succès.

A lire une note optimiste de M. P. Jousset sur la transmission de la tuberculose par alimentation, cohabitation et hérédité. Pour lui, le grand danger c'est l'hérédité, et on fait fausse route en luttant surtout contre la contagion.

M. Gamaleia publie une étude sur la virulence des bacilles tuberculeux morts, qui peuvent déterminer des lésions absolument semblables, morphologiquement, à celles que provoquent les bacilles vivants. Il n'est pas impossible que certaines formes de tuberculose, d'une évolution clinique particulière, soient dues précisément à des bacilles morts.

Dans une note intitulée : « Étiologie et pathologie du lupus », M. Leloir étudie les diverses modalités pathogéniques du lupus, suivant qu'il est causé par l'inoculation d'éléments tuberculeux venus du dehors, de l'organisme lui-même ou transmis par hérédité. Il rapporte des faits cliniques, dont quelques-uns très curieux, à l'appui des diverses possibilités. Ici c'est une femme, belle et vigoureuse Flamande, qui, pour guérir un furoncle de la face, y applique de la crème venue de vaches tuberculeuses. Une autre femme acquiert un lupus après l'application de cataplasmes de vers de terre; or, ces vers avaient été recueillis dans un endroit où avait été enterré, quelque temps auparavant, un poulain tuberculeux.

Or, précisément dans ce même recueil, un travail de MM. Lortet et V. Despeignes démontre que les lombrics peuvent servir au transport des bacilles tuberculeux, comme ils servent au transport des bacilles du charbon. Ils peuvent servir à ramener à la surface de la terre les bacilles des cadavres enfouis plus ou moins profondément.

On lira aussi avec un grand intérêt les nouveaux détails donnés par M. le professeur Lannelongue sur l'application et les résultats de son traitement des tuberculoses externes par les injections sclérogènes de chlorure de zinc.

Nous passons sous silence, ne pouvant tout citer, des travaux de MM. Pilliet, Caenens et Clado.

(1) In-18. Prix : 12 francs. — Paris, Rueff et Cie.
(2) In-8°, t. III, IIe fasc. Prix : 6 francs. — Paris, G. Masson.

Le paludisme chronique (1), par M. L. Catrin.

Si l'impaludisme tend de plus en plus à diminuer en France même, il n'en résulte pas que les médecins français doivent se désintéresser de son étude. En effet, non seulement il existe encore dans la mère patrie un certain nombre de centres connus, et inconnus, mais beaucoup de soldats rapportent la fièvre intermittente des colonies, et les paludéens, communs dans les hôpitaux des grandes villes, deviendront de moins en moins rares dans la clientèle ordinaire.

La généralité des médecins connaît encore, d'une façon suffisante, les accès de fièvre intermittente : le paludisme chronique est beaucoup moins connu. Les médecins militaires ont presque seuls l'occasion de l'observer; malheureusement, par contre, ces occasions de s'instruire ne sont pour eux que trop fréquentes.

Les traités des fièvres intermittentes que nous possédons sont dus à des médecins militaires : Colin, Kelsch et Kiener, Laveran. Il était donc naturel de demander à un médecin militaire de faire une revue d'ensemble portant pour titre : Paludisme chronique. C'est M. L. Catrin, professeur agrégé au Val-de-Grâce, connu déjà par des publications médicales nombreuses et remarquées, qui a été chargé de ce soin.

Son travail se divise en cinq parties : le paludisme chronique, la phase des hyperhémies organiques, la cachexie, les complications du paludisme chronique et de la cachexie, la parasitologie.

Ne pouvant guère analyser ici un ouvrage de ce genre, nous nous contenterons d'en louer la clarté et la méthode : ce sont des qualités qu'apprécieront ceux qui ont eu à étudier cette question du paludisme chronique et de la cachexie paludéenne dans les grands ouvrages didactiques.

Signalons un chaleureux plaidoyer en faveur du rapatriement hâtif des soldats et marins qui vont chercher la maladie dans les colonies. On a pu dire que c'était à Maillot et au sulfate de quinine, plus qu'à la poudre et aux généraux, que l'on devait la conquête de l'Algérie. Si l'on écoute les conseils et les supplications de nos médecins militaires, nos nouvelles colonies nous coûteront beaucoup moins de morts et d'infirmes. Il faut dire, du reste, qu'ils ont fini par obtenir, le plus souvent, gain de cause en ce sens.

Traité pratique d'hygiène et d'allaitement de la première enfance (2), par le docteur P. Rougeot.

On trouvera, dans ce petit guide, beaucoup de bons conseils et de renseignements utiles; l'auteur est un homme fort ingénieux, inventeur de toute une série d'appareils destinés directement ou indirectement à l'allaitement des nouveau-nés. Peut-être quelques-uns de ces appareils sont-ils même trop ingénieux.

Poisons de l'organisme; poisons de l'urine (3), par A. Charrin.

Nos lecteurs ont pu lire récemment ici une intéressante Revue générale de M. Le Noir, sur ce sujet; ceux que la question intéresse particulièrement, trouveront des renseignements plus détaillés dans le volume que nous avons l'honneur de leur présenter. Le no - de l'auteur est une garantie suffisante de la valeur de ce travail d'ensemble, pour qu'il soit superflu de louer ici la science et le talent d'exposition dont il a fait preuve une fois de plus. Tout n'est pas dit, loin de là, pour les auto-intoxications et les poisons de l'organisme et de l'urine; bien des choses seront, sans doute, à reviser, mais il est, en l'état présent, très intéressant d'avoir, de cette importante question de pathologie générale, un exposé compétent, quoique résumé.

(1) In-16. Bibl. Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.
(2) In-8°, 3e édit. Prix : 3 francs. — Paris, A. Maloine.
(3) Petit in-8° (Encycl. scient. des aide-mémoire). Prix : broché, 2 fr. 50; relié, 3 francs. — Paris, Gauthier-Villars et G. Masson.

Considérations générales sur le traitement des maladies du foie (1), par M. Dujardin-Beaumetz.

Cette série de conférences thérapeutiques trouvera sans doute, près du public médical, le succès auquel est habitué leur auteur. En effet, la physiologie pathologique du foie a été considérablement remaniée dans ces dernières années et la thérapeutique s'est largement ressentie de l'évolution des doctrines. Les médecins seront heureux de voir tout cela nettement exposé, sans perdre un instant de vue les applications pratiques. Ce n'est pas, l'auteur le déclare tout de suite, un traité didactique et complet sur la thérapeutique des maladies du foie. Ce sont surtout, ainsi que l'indique le titre, des considérations générales sur les indications principales qui résultent de la viciation des grandes fonctions du foie : antisepsie, sécrétion biliaire, glycogénie, circulation. On trouvera, en plus, deux leçons sur le traitement des cirrhoses et des kystes hydatiques.

Recherches expérimentales sur les leucocytes (2), par le docteur E. Maurel.

M. Maurel continue ses recherches et ses publications sur les leucocytes. Dans le premier de ces nouveaux fascicules, il étudie l'action, sur ces éléments cellulaires, de l'atropine, de la pilocarpine et de la cocaïne; dans le second, l'action des corps inanimés, des microbes non pathogènes et surtout de la bactéridie charbonneuse.

Les conclusions générales sont que les éléments toxiques ou infectieux agissent sur les leucocytes dans le même sens que sur l'organisme tout entier, pour en exciter la vitalité, l'atténuer ou la supprimer. Les leucocytes, très sensibles à ces influences diverses, auraient un rôle aussi important que les hématies, qui ont cependant beaucoup plus attiré l'attention des biologistes. Il est probable que les leucocytes, tués dans certaines circonstances morbides, peuvent devenir une cause de gêne très grande dans la circulation capillaire.

Guide de l'étudiant à l'hôpital (3), par A. Bergé.

Ce petit volume, très clairement écrit, renferme des conseils généraux sur l'examen des malades, la pratique des autopsies et un exposé sommaire de séméiologie.

Un volume de ce genre devrait être aux étudiants en médecine, dans leurs premières années d'études, ce qu'est la théorie au soldat. Il faut connaître tout ce qu'expose M. Bergé pour bien prendre une observation, autopsie comprise; mais, disons-le, il faut encore connaître beaucoup d'autres choses. Ce manuel s'adresse donc exclusivement à des débutants. Ce qu'il renferme doit avant tout s'apprendre et s'enseigner pratiquement, au lit du malade ou dans son voisinage immédiat. Mais après tout, comme la Faculté ne fait guère de cours d'enseignement séméiologique élémentaire et pratique, le petit guide de M. Bergé aura chance d'apprendre, au moins aux élèves qui le liront, qu'il y a des choses élémentaires qu'ils doivent étudier méthodiquement. Combien sont partis de Paris, leur diplôme en poche, qui ne se sont jamais doutés que, pour bien observer un malade, il fallait apprendre à le faire !

L'antipyrine (4), par Édouard Rondot.

M. Rondot, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux, chargé de la suppléance de la chaire de thérapeutique, a eu la bonne idée de publier la leçon qu'il a faite sur l'antipyrine. C'est une véritable monographie de cet utile médicament, utile dans tant de conditions différentes, mais qui demande, cependant, à être manié avec quelque prudence en raison des accidents d'intoxication auxquels il a quelquefois donné lieu. Il y a des susceptibilités individuelles très marquées, et il faut toujours, la première fois qu'on ordonne l'antipyrine, ne le faire qu'à doses très modérées. On a vu des accidents avec moins de 1 gramme, chez l'adulte! Nous conseillons donc de lire la leçon de M. Rondot, bien que nous ne soyons pas de son avis partout et toujours : c'est ainsi, par exemple, que nous ne prescrivons pas l'antipyrine dans la fièvre typhoïde, que nous ne la prescrivons pas non plus dans les maladies douloureuses de l'estomac, sur lequel elle exerce certainement une action irritante marquée.

(1) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

(2) In-8°, fasc. VI et VII. Prix : 2 fr. 50 le fasc. — Paris, O. Doin.

(3) Petit in-8° (Encycl. scient. des aide-mémoire). Prix : broché, 2 fr. 50; relié, 3 francs. — Paris, Gauthier-Villars et G. Masson.

(4) In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Vauthier est nommé médecin-inspecteur des écoles du Ve arrondissement de Paris (2e circonscription).

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront, sous la direction de M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques, le jeudi 16 mars 1893. — Ils auront lieu dans les pavillons de l'École pratique, tous les jours, de une heure à quatre heures.

Ces exercices sont obligatoires pour les étudiants de quatrième année et pour les élèves officiers de santé de troisième et de quatrième année. Pour prendre la seizième inscription, les élèves doivent avoir pris part à ces exercices, et les douzième et seizième inscriptions seront délivrées à la même condition aux étudiants pour l'officiat.

Les étudiants pourvus de seize inscriptions, les docteurs français et étrangers peuvent être autorisés à y prendre part.

Conditions d'admission. — 1° Les élèves docteurs de quatrième année et les élèves officiers de santé de troisième et de quatrième année sont inscrits sur la présentation de la quittance à souche, constatant le paiement des droits afférents à l'inscription de janvier 1893 (quatorzième inscription de doctorat, dixième et quatorzième d'officiat).

2° Les élèves pourvus de seize inscriptions, les docteurs français et étrangers devront obtenir préalablement l'autorisation du doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des conditions spéciales qu'ils auront à remplir. Sont dispensés de ces formalités, les élèves ayant seize inscriptions, les docteurs français ou étrangers, qui ont déjà obtenu du doyen l'autorisation de prendre part aux travaux pratiques pendant l'année scolaire 1892-1893. Ces élèves seront inscrits sur présentation de la quitttance à souche constatant le paiement des droits réglementaires (40 fr.).

3° Les élèves obligés devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), de midi à trois heures, jusqu'au samedi 4 mars. Après cette date, nul ne pourra être admis. — Des lettres de convocation seront adressées au domicile des étudiants.

4° Les docteurs et les élèves non obligés se feront inscrire dans les mêmes conditions, dès qu'ils auront reçu l'autorisation nécessaire.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : **20 c.** — Avec Supplément : **30 c.**

REVUE GÉNÉRALE

La tuberculose congénitale.

Par MM. P. Londe et E. Thiercelin,
Internes des hôpitaux.

Définition. Historique. Divisions. — On entend par tuberculose congénitale toute tuberculose contractée pendant la vie intra-utérine, c'est-à-dire avant que le fœtus ait pu être contaminé par le monde extérieur.

L'histoire de la tuberculose congénitale ne remonte pas loin. La première observation serait celle que M. Charrin (de Lyon) publia, en 1873, dans le *Lyon médical*. Pourtant cet auteur dit lui-même qu'on pourrait trouver dans la science quelques cas analogues au sien. En 1882, Berti (1) publia deux nouveaux faits, dont l'un est indubitable; l'autre moins probant a été négligé. A. Oldendorff (2) rapporte, en 1884, une nouvelle observation de Merkel. Enfin, en 1891, Jacobi (3) communique au Congrès de la tuberculose un cas observé par lui en 1861, et Sabouraud (4) donne, à propos d'un enfant du service de notre maître M. Tapret, le premier examen bacillaire pratiqué chez l'homme, dans les cas de ce genre.

Nous disons dans les cas de ce genre, car si tel est le bilan de la tuberculose congénitale humaine avec lésions macroscopiques (5), il faut ajouter aux cinq faits précédents les cas de tuberculose congénitale sans lésions apparentes, mais prouvés par des inoculations positives ou un examen bactériologique.

MM. Landouzy et H. Martin [1883] (6) furent les premiers à prouver par des inoculations d'organes de fœtus, en apparence sains, l'hérédité tuberculeuse maternelle directe, hérédité de graine, ou si l'on veut, la transmission placentaire du germe de la tuberculose.

(1) Berti. Intorno alla possibilita di processi tisiageni congeniti, in *Boll. delle Sc. Med. di Bologna*, 1882.

(2) A. Oldendorff. Hereditat der Lungentuberculose, in *Zeits. f. Klin. Med.*, 1884.

(3) Jacobi (de New-York). Cas unique de tuberculose congénitale, in Congr. de la tubercul. et *Bull. méd.*, 1891.

(4) Sabouraud. Soc. de biol. et *Méd. moderne*, 1891.

(5) Nous avons omis le cas de M. Peter (cité par Damaschino) entre autres, et ceux de Ernst et Hildebrandt, cités par Staicovici (Th. de Paris, janvier 1893); nous n'avons pu en trouver la relation.

(6) Landouzy et H. Martin. *Rev. de méd.*, 1883.

Ces résultats concordaient bien avec la nature infectieuse de la tuberculose, telle que l'avait établie la découverte de Villemin (1866). Mais il restait à déceler dans les organes fœtaux, sains d'apparence, le bacille découvert par Koch (1882).

En 1890 (1), Armanni (de Naples) confirme par des inoculations les résultats obtenus par MM. Landouzy et H. Martin. Ce sont Birch-Hirschfeld et Schmörl (2) qui cherchent et trouvent pour la première fois le bacille dans les coupes d'organes fœtaux. Aviragnet (3) publiait dernièrement encore un nouveau cas de tuberculose congénitale sans lésion, avec inoculations positives.

Outre ces cas de tuberculose congénitale viscérale avec ou sans lésions, il existe des exemples de tuberculose congénitale chirurgicale. M. Lannelongue (4) en a rassemblé quatre ou cinq, en 1887, dans son travail sur « La tuberculose externe congénitale et précoce ».

C'est donc sur une quinzaine de cas que nous baserons notre exposé. Nous passerons successivement en revue la tuberculose congénitale viscérale : 1° avec lésion; 2° sans lésion; puis la tuberculose externe ou chirurgicale. En regard des faits positifs nous ferons ressortir l'importance des faits négatifs. Nous nous aiderons, chemin faisant, des observations faites sur les animaux et des résultats de l'expérimentation. La pathogénie nous amènera à effleurer l'étiologie de la tuberculose en général.

I

Tuberculose congénitale viscérale avec lésions macroscopiques. — Si l'on s'en tient aux cinq cas bien nets de tuberculose congénitale, macroscopique en quelque sorte, rapportés par les auteurs, on voit, tout d'abord, que le *siège* des lésions est fort variable. Ainsi 3 fois sur 5 le foie et la rate renfermaient des tubercules, une fois seulement ces organes (et plutôt la rate) étaient manifestement le siège de

(1) Armanni (de Naples). Congr. de Berlin, 1890, cité par Daremberg (*Traitement de la phtisie*, Bibl. Charcot-Debove).

(2) Birch-Hirschfeld et Schmörl. *Rev. de méd.*, 1891.

(3) E.-C. Aviragnet. *De la tuberculose chez les enfants*, Th. de Paris, 1892.

(4) Lannelongue. *Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose*, publiées sous la direction de M. le professeur Verneuil, 1887.

la plus ancienne lésion (Sabouraud) et, dans ce cas, la tuberculose paraissait même limitée à ces deux viscères.

Dans les deux autres cas où le foie et la rate étaient atteints, la maladie était plus ou moins généralisée. Dans les deux observations où le foie et la rate étaient indemnes, on trouva dans l'une deux cavernules à la partie inférieure du poumon droit (Berti), et dans l'autre une tumeur jaunâtre de la grosseur d'un pois à la voûte palatine (Merkel), et, dans ces deux observations, la tuberculose ne s'était, pour ainsi dire, pas généralisée.

Dans une aussi courte statistique, ces deux derniers cas nous paraissent avoir une certaine importance. En effet, si, comme nous le verrons plus loin, la transmission placentaire est la seule cause bien établie de tuberculose congénitale, si la tuberculose du fœtus est assimilable à une tuberculose expérimentale par injection intra-veineuse, il est assez remarquable de voir les tubercules se localiser, et surtout se localiser dans des régions aussi diverses. Ces localisations, exclusivement pulmonaires ou osseuses, s'expliquent mal par une simple contagion intra-utérine, transmise par la veine ombilicale; elles invoquent un autre facteur étiologique que le simple passage des bacilles à travers le placenta, c'est peut-être une prédisposition spéciale de tel ou tel organe. En tout cas, il est évident que le passage des bacilles dans la veine ombilicale n'entraîne pas nécessairement une tuberculose hépatique.

Ce qui frappe donc, tout d'abord, c'est que, relativement à son siège, la tuberculose congénitale n'affecte pas de caractère spécial, contrairement à ce qu'on a dit. En voici un autre exemple : dans le cas de Charrin où il s'agissait d'une tuberculose généralisée (ganglions mésentériques, foie, rate, rein gauche, capsules surrénales, péritoine, poumons), un des tubercules les plus anciens siégeait dans le lobe frontal droit. Il est bon également de remarquer, dès maintenant, que la localisation dans les ganglions bronchiques et médiastinaux (Berti) ne pourra servir à distinguer la tuberculose précoce acquise de la tuberculose congénitale. Sans vouloir approfondir cette distinction, nous pouvons rapprocher des faits précédents ceux de Demme (1), qu'on peut considérer vraisemblablement comme congénitaux. Il s'agit de deux enfants morts au vingt et unième jour, l'un de tuberculose pulmonaire avec cavernes à développement très avancé, l'autre de tuberculose *intestinale*. Enfin, M. Huguenin (2) chez un enfant né à sept mois, mort à sept semaines, a trouvé une tuberculose plus ou moins généralisée avec des cavernules au sommet gauche et un tubercule de la grosseur d'un petit pois dans l'extrémité supérieure de la rate. Il considère ce cas comme congénital.

On voit combien il est difficile de fixer, pour ainsi dire, la limite d'âge de la tuberculose congénitale constituée. L'enfant de Berti a vécu neuf jours, celui de M. Sabouraud onze jours. Mais il est probable qu'il faudrait étendre bien davantage la durée de son *évolution* même pour la tuberculose *viscérale*. L'époque la plus précoce à laquelle il ait été permis de la constater a été le septième mois de la vie intra-utérine.

Un fait qu'il est beaucoup plus intéressant de relever est *l'état de la mère*. Dans nos cinq observations fondamentales la mère était tuberculeuse. Berti seul ne dit pas ce qu'elle est devenue; dans les autres, la mère est morte deux jours, dix jours, trois semaines, deux mois (Sabouraud) après l'accouchement.

Dans le cas de Sabouraud, le coma terminal fut attribué à une lésion rénale non tuberculeuse (la malade était albuminurique). Mais sa lésion pulmonaire s'était très rapidement aggravée. Ainsi, dans tous ces cas (sauf un peut-être), la tuberculose maternelle était particulièrement rapide.

Notons en passant que la femme accoucha, dans tous les cas, trois fois à terme et deux fois avant terme. L'enfant de Jacobi était mort-né, mais tous les autres vécurent plus ou moins longtemps.

Quoique la phtisie de la mère ne paraisse avoir été nettement antérieure à la grossesse que dans un ou deux cas, on peut supposer qu'il en a été ainsi plus fréquemment. La tuberculose, latente jusqu'alors, est souvent révélée par la grossesse.

Il est très important de noter l'intensité et l'ancienneté de la phtisie maternelle de tous ces cas, parce que ce sont là les seuls facteurs étiologiques notés, les antécédents paternels ayant été passés sous silence; en outre, parce que, si l'on veut reproduire expérimentalement la tuberculose congénitale, il faudra se mettre dans ces conditions particulièrement favorables.

Dans les observations précitées, il y a malheureusement une autre lacune : c'est l'absence d'examen placentaire.

Cas non douteux de tuberculose congénitale avec lésions macroscopiques ou microscopiques constatées à l'autopsie.— Charrin, de Lyon (1). — Époque de la naissance : septième mois. — Époque de la mort de l'enfant : trois jours après. — État de la mère : pleurésie aiguë droite au début de troisième grossesse; mort le dixième jour des couches avec cavernes pulmonaires et généralisation à la rate et aux reins. — Siège des lésions chez l'enfant : tubercule gros comme une lentille sur le lobe frontal droit; ganglions mésentériques caséeux; foie et rate farcis; granulations sur le péritoine, sur les capsules surrénales et discrètes sur le rein gauche et le poumon.

Berti (2). — Époque de la naissance : avant terme. — Époque de la mort de l'enfant : neuvième jour. — État de la mère : tousseuse et maladive, probablement tuberculeuse; pas de renseignements sur les suites de couches. — Siège des lésions chez l'enfant : deux cavernules dans la partie inférieure du bord postérieur du poumon droit; augmentation de volume des ganglions bronchiques et médiastinaux.

Merkel. — Époque de la naissance : à terme. — Époque de la mort de l'enfant : mort athrepsique. — État de la mère : succomba le deuxième jour de ses couches de tuberculose miliaire généralisée. — Siège des lésions chez l'enfant : tuberculose de la voûte palatine formant une tumeur jaunâtre de la grosseur d'un pois; tuberculose osseuse en arrière de l'articulation coxo-fémorale; ganglions cervicaux caséeux.

(1) Demme, cité par Wahl, in *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1886, t. XXIV, p. 47 (Uber die Haufigkeit der Tub. und die hauptsæchlichen localisationen in Zartesten Kindesalter).

(2) P. Huguenin. Tuberculose des nouveau-nés et tuberculose congénitale, *Gaz. des hôpit.*, 1888, p. 785.

(1) Il faut ajouter, aux cas précédents, celui de M. Peter et peut-être les deux cas de Demme; l'observation de M. P. Huguenin, discutable comme tuberculose congénitale, trouve mieux sa place dans la série des tuberculoses précoces.

(2) Berti a publié une seconde observation douteuse, avec abcès du périnée, péritonite purulente, pyléphlébite et « caséification » des ganglions mésentériques (loc. cit.).

Jacobi, de New-York (cas observé en 1861). — Époque de la naissance : septième mois. — Époque de la mort de l'enfant : mort-né. — État de la mère : mort, trois semaines après l'accouchement. — Siège des lésions chez l'enfant : granulie péritonéale à la surface du foie, dans la rate et sur la plèvre pulmonaire droite (examen microscopique positif).

Sabouraud. — Époque de la naissance : à terme. — Époque de la mort de l'enfant : le onzième jour. — État de la mère : mort deux mois après l'accouchement, dans le coma; la tuberculose avait fait des progrès rapides, pourtant la mort a été attribuée à l'urémie. — Siège des lésions chez l'enfant : le foie et la rate sont farcis de tubercules, dont quelques-uns, dans la rate, ont 1 centimètre de diamètre ; recherche des bacilles positive.

II

Tuberculose congénitale viscérale sans lésion apparente, mais prouvée par l'inoculation ou l'examen bacillaire. — Il s'agissait vraisemblablement, dans les cinq cas de MM. Landouzy et H. Martin, Armanni, Birch-Hirschfeld et Schmörl, Aviragnet, d'une tuberculose généralisée.

L'inoculation n'a pas été faite, dans chaque cas, avec tous les organes; mais on a employé, tantôt le poumon, tantôt le sang cardiaque, tantôt le foie et la rate, toujours avec des résultats positifs. Le placenta, comme cela devait être, a donné des inoculations positives dans les deux cas où on l'a inoculé. Nous n'avons pas vu qu'on ait inoculé isolément le sang de la veine ombilicale ; cela semble pourtant indiqué. Les bacilles n'ont été recherchés qu'une fois et avec succès par Birch-Hirschfeld et Schmörl, tant dans le placenta que dans les organes fœtaux. Ces mêmes auteurs ont décrit en outre des lésions tuberculeuses du placenta qu'ils ont eu l'occasion d'examiner. Sous ce rapport, leur observation est unique. Mais comme il s'agit là d'une question fort importante et peu élucidée, nous nous proposons d'y insister à propos de la pathogénie.

Une seule fois l'enfant a survécu et seulement six heures; l'enfant avait six mois et demi. Dans trois autres cas, il n'y eut pas d'accouchement ; la grossesse paraît avoir été interrompue par la mort de la mère, au cinquième mois une fois, au septième deux fois.

Ainsi dans la tuberculose généralisée sans lésion, la mort du fœtus est plus précoce que dans la tuberculose viscérale, plus ou moins localisée, précédemment étudiée.

Si nous nous reportons à l'état de la mère, nous trouvons aussi chez elle une tuberculose généralisée, presque toujours, sinon toujours.

Dans tous ces cas, c'est de sa mère que le fœtus tient sa tuberculose et, d'ailleurs, les observations sont muettes encore ici sur l'hérédité paternelle.

La gravité plus grande de la maladie du fœtus s'explique par la plus grande gravité de celle de la mère. L'autopsie de Birch-Hirschfeld et Schmörl est particulièrement probante à cet égard, puisque la généralisation chez la mère s'étendait aux méninges, plèvres, poumons, myocarde, foie, rate, reins, capsules surrénales, ganglions lymphatiques, rétro-péritonéaux, canal thoracique (1).

Cas de tuberculose congénitale sans lésions, mais avec inoculations positives ou examen bactériologique. — Landouzy et H. Martin. — Époque de la naissance : six mois et demi à sept mois. — Époque de la mort : six heures après la naissance. — État de la mère : troisième degré; mort quelques jours après. — Organes de l'enfant : inoculation positive avec le poumon.

Landouzy et H. Martin. — Époque de la naissance : cinq mois. — État de la mère : morte de tuberculose pulmonaire et laryngée. — Organes de l'enfant : inoculation positive avec le sang cardiaque. — Placenta : inoculation positive avec le placenta.

Armanni (de Naples). — Organes de l'enfant : inoculation positive avec le foie et la rate.

Birch-Hirschfeld et Schmorl. — Époque de la naissance : sept mois. — État de la mère : morte ; tuberculose généralisée : méninges, plèvres, poumons, myocarde, foie, rate, reins, capsules surrénales, ganglions lymphatiques, rétro-péritonéaux, canal thoracique. — Organes de l'enfant : inoculation positive avec le foie, la rate, le rein ; recherches des bacilles positives. — Placenta : granulations sous le revêtement chorial de la partie médiane du placenta ; recherches des bacilles positives.

Aviragnet. — Époque de la naissance : sept mois. — État de la mère : tuberculose généralisée ; reins particulièrement pris; mort. — Organes de l'enfant : inoculation positive avec poumon, parcelle de veine ombilicale et portion de foie y attenant. — Placenta : inoculation positive.

Faits négatifs observés chez l'homme. — Mais ce serait une erreur de conclure que cette généralisation est une condition suffisante de la transmission placentaire. Plusieurs fois chez l'homme, la tuberculose congénitale a été recherchée sans succès dans des cas où il était rationnel de la supposer.

MM. Grancher et Straus (1) ont, en vain, inoculé les organes d'un fœtus né d'une femme atteinte de tuberculose caverneuse.

Leyden (2) n'obtint non plus qu'un résultat négatif avec les organes (foie, rate et poumons) d'un enfant né d'une mère tuberculeuse, mais qui succomba au bout de quelques minutes.

O. Heller, de Kiel (3), Weichselbaum, cités par Heller et Kurt Jani (4), recherchèrent les bacilles dans les organes de fœtus de tuberculeuse, sans résultat. Or, dans le cas d'Heller, la mère était atteinte de tuberculose généralisée (y

---

(1) Nous avons nous-mêmes observé deux cas qui rentrent dans cette catégorie de faits. Il s'agissait de femmes atteintes de tuberculose à la dernière période. Elles accouchèrent à huit mois et demi et moururent peu de temps après. Les enfants, nés chétifs, moururent, l'un au bout de trois semaines, l'autre le quatrième jour.

Dans le premier cas, l'inoculation du placenta au cobaye fut positive, comme le démontra l'examen macroscopique et microscopique des organes du cobaye.

Dans le second, l'inoculation, faite avec 2 centimètres cubes *de sang de la veine ombilicale*, c'est-à-dire sans qu'on puisse incriminer le sang maternel de transmettre le germe, fut également positive; le cobaye inoculé mourut trois mois après de tuberculose généralisée.

Ces observations ont été recueillies dans les services de nos maîtres, MM. Hayem et Tapret, que nous remercions ici de leur bienveillance.

(1) Grancher et Straus, cités par D. Sanchez Toledo (Recherches expérimentales sur la transmission de la tuberculose de la mère au fœtus, in *Arch. de méd. expérim.*, 1889).

(2) Leyden. Klinisches uber Tuberkelbacillus, *Zeits. f. Klin. Med.*, 1884, t. VIII, p. 386.

(3) Heller. Die Erblichkeit der tuberculose, *Congr. des sc. méd. de Copenhague* (sect. d'anat. pathol. et de pathol. gén.), 1884, vol. I.

(4) Kurt Jani. *Virchow's Archiv*, C. III, p. 522, et *Gaz. méd. de Paris*, 1886.

compris l'utérus), et dans celui de Kurt Jani, la mère était morte de tuberculose miliaire aiguë.

M. Hutinel (1) n'eut, par la méthode des inoculations, que des résultats négatifs dans 4 cas, soit avec le placenta, soit avec les organes fœtaux, et M. Vignal (2), par la même méthode, n'eut pas non plus un seul résultat positif sur 24 cas d'inoculation d'organes fœtaux et 18 cas d'inoculation de placentas.

Enfin M. Chambrelent rapporta, au Congrès de la tuberculose de 1888, une observation de méningite tuberculeuse avec tuberculose pulmonaire splénique et rénale, chez une femme enceinte. L'inoculation au lapin des organes fœtaux a été négative, ainsi que l'examen bacillaire.

III

Observations et expériences concernant la tuberculose congénitale chez les animaux. — 1° *Faits positifs.* — Il existe trois cas devenus classiques de tuberculose congénitale macroscopique dans la race bovine. C'est le cas de Johne [de Dresde (3)] et ceux de MM. Malvoz et Brouwier (4) confirmés par l'examen histologique et bacillaire.

Dans celui de Johne, il s'agit d'un fœtus de huit mois trouvé dans l'utérus (sain) d'une vache phtisique tuée à l'abattoir de Chemnitz. Le premier cas de MM. Malvoz et Brouwier est analogue au précédent, avec cette différence que l'on dit ici que la vache était atteinte de tuberculose généralisée. Le deuxième a trait à un veau de six semaines tué à l'abattoir de Liège.

Dans les trois cas, la tuberculose fœtale siégeait dans le foie et les ganglions bronchiques et hépatiques. Johne signale, en outre, quelques granulations dans la base du poumon droit. Peut-être peut-on voir un rapport entre la fréquence relative des lésions pulmonaires droites et la prédilection de la tuberculose congénitale pour le foie.

Csokor (5), au dernier Congrès de la tuberculose, vient de rapporter un nouveau cas de tuberculose congénitale chez le veau avec examen histologique et bacillaire.

Chez ce fœtus trouvé dans l'utérus d'une vache morte de tuberculose pulmonaire, les ganglions du ligament hépato-duodénal étaient non seulement caséeux, mais, en partie, calcifiés.

Bien avant ces auteurs, Chauveau avait déjà signalé la tuberculose congénitale du veau.

Enfin Bang (6) a rapporté un certain nombre de cas de tuberculose congénitale dans l'espèce bovine.

Chez le cobaye, MM. Landouzy et H. Martin, en 1883, avaient eu des résultats positifs avec deux petits provenant de femelles tuberculeuses.

M. Arloing (7) a vu aussi un petit sur quatre recevoir le germe tuberculeux pendant la vie intra-utérine. L'inoculation de la mère avait été faite avec des ganglions scrofuleux. Il est très intéressant de remarquer que, dans une même portée, les fœtus ne sont pas tous également aptes à contracter la tuberculose maternelle.

Nous citerons seulement les faits de Schwanefeld (8), Semmer, Jessen, de MM. Solles (1) et Girard (de Reims), enfin ceux de Gœrtner (d'Iéna), Adam, de Renzi, cités par Marfan (2), et ceux de Putz, de Butscher, de Schlauss et Grathaus de Hiller, cités par Staicovici; presque tous ces faits, d'ailleurs, sauf ceux de Gœrtner et de de Renzi, qui ont expérimenté, l'un sur des souris, l'autre sur des cobayes, ont été observés dans l'espèce bovine, où la tuberculose congénitale paraît être particulièrement fréquente.

Nous avons omis la communication de Koubassof (3); d'ailleurs on a élevé des doutes sur sa valeur scientifique (Sanchez Toledo) et non sans apparence de raison.

M. Galtier (4) enfin, inocula une lapine quinze jours après l'accouplement; trois petits sur cinq devinrent tuberculeux; il est vrai qu'ils avaient été allaités par leur mère.

2° *Faits négatifs.* — Le même auteur eut, par contre, plusieurs résultats négatifs, un chez le lapin, un chez le veau, neuf chez le cobaye. (Ces petits étaient sacrifiés au moment de leur naissance.)

M. Nocard [d'Alfort (5)] n'eut que des résultats négatifs sur quatre lapines et huit femelles de cobayes pleines.

Wolff (6) signale l'absence de tuberculose chez les lapins issus de mères rendues tuberculeuses et présentant, au moment de la mort, une tuberculose miliaire diffuse.

MM. Grancher et Straus avaient eu aussi des résultats négatifs chez le cobaye comme chez l'homme.

D. Sanchez Toledo (7), dans une longue série d'expériences, n'arrive pas à observer une fois la transmission du bacille de la tuberculose de la mère au fœtus. Il inocula trente-cinq femelles de cobayes pleines ou venant d'être saillies par le mâle, quinze dans la veine jugulaire, onze dans la cavité pleurale droite, neuf sous la peau de la cuisse. La plupart des inoculations avaient été faites avec des « quantités considérables de culture de tuberculose »; quelques-unes avec des crachats de phtisiques. Il fut impossible de déceler chez les fœtus la tuberculose, malgré les procédés de coloration, de culture et d'inoculation. Il conclut en ces termes : « Tous les faits expérimentaux (sauf quelques-uns plus que discutables), établissent la non-transmissibilité des bacilles de la tuberculose de la mère au fœtus; d'autre part, les faits extrêmement rares de tuberculose vraiment congénitale observés, soit chez l'homme, soit chez le veau, tout en établissant la possibilité de cette transmission, en établissent du même coup le caractère tout à fait exceptionnel. De pareilles exceptions ne sauraient donc être invoquées pour l'explication d'un fait aussi général que celui de l'hérédité de la tuberculose. »

« Il est regrettable, remarque avec raison Damaschino (8), qu'on n'ait pas laissé survivre quelques-uns de ces animaux. » Quoi qu'il en soit, ces expériences négatives confirment les faits négatifs que nous avons rapportés chez l'homme, à savoir qu'il ne suffit pas que la mère soit

(1 et 2) Hutinel et Vignal. Congr. de la tubercul., et *Bull. méd.*, 1891.
(3) Johne (de Dresde). *Fortschr. de med.*, 1884, et *Semaine méd.*, 1885.
(4) Malvoz et Brouwier. Deux cas de tuberculose bacillaire congénitale, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1889.
(5) Csokor. Congr. de la tubercul., 1891, et *Bull. méd.*
(6) Bang. Congr. de la tubercul., 1888.
(7 et 8) Congr. de la tubercul., 1888.

(1) Solles. Congr. de la tubercul., 1888.
(2) Marfan. *Traité de médecine*, 1893, t. IV.
(3) Koubassoff. *C. R. de l'Acad. des sc.*, 1885, t. C, p. 392, et t. CI, p. 451.
(4) Galtier (de Lyon). *Semaine méd.* et Congr. de la tubercul., 1888.
(5) Nocard, cité par Sanchez Toledo (*Arch. de méd. expérim.*, 1889).
(6) Max. Wolff. Uber esbliche Ubertagumy parasitaren Organismen, *Virchow's Archiv*, 1886.
(7) Sanchez Toledo. Loc. cit.
(8) Damaschino. *Leçons sur la tuberculose*, recueillies par Thérèse et Delporte, 1891.

atteinte de tuberculose généralisée pour que le fœtus soit tuberculisé. Il ne suffit pas que le bacille existe dans le sang de la mère pour qu'il passe nécessairement dans le sang du fœtus. C'est là une condition nécessaire de la tuberculose congénitale; mais ce n'est pas une condition suffisante.

IV

Tuberculose congénitale chirurgicale. — Nous avons vu que la tuberculose congénitale se présente, tantôt sous une forme généralisée sans localisation, tantôt sous une forme à localisations viscérales plus ou moins multiples. Elle revêt une autre forme encore : c'est la forme de M. le professeur Lannelongue (1), avec localisations *externes*. Dans son travail, nous avons relevé quatre ou cinq cas qui ressortissent évidemment à la tuberculose congénitale.

Deux fois le genou fut atteint, une fois les organes génitaux externes, deux fois les os du pied, une fois les os de l'avant-bras, etc... Deux fois sur cinq la localisation était unique (genou, pied).

Deux fois la tuberculose fut constatée à la naissance ou peu après. Dans les trois autres cas elle n'apparut que vers le quinzième ou le vingtième jour.

Malheureusement, les antécédents n'ont pu être notés dans la plupart des cas. Il serait intéressant de savoir ce que la mère surtout devient. Dans un cas rapporté par M. Lannelongue, elle aurait dû succomber peu après la naissance.

Ces tuberculoses chirurgicales ont un siège de prédilection très marqué, ce sont les os et les articulations, notamment celles du genou. Les organes génitaux, chez les garçons, seraient aussi très favorables au développement de la tuberculose précoce, si l'on rapproche des faits que nous avons signalés, ceux qui ne sont pas indubitablement congénitaux.

Il est bon de remarquer que ces tuberculoses, quoique locales, sont souvent multiples, et multiples dans les os.

Rapprochons de cette localisation l'opinion de Baumgarten (2), partisan de l'hérédité directe et de la tuberculose latente : pour lui, c'est dans la moelle osseuse ou les ganglions lymphatiques, que les bacilles « séjourneraient pour ainsi dire à l'état larvaire », jusqu'au développement du tubercule sous l'influence d'une cause extérieure, traumatisme ou inflammation.

Rien ne permet ici d'invoquer un traumatisme intra-utérin pendant la grossesse ou pendant le travail, et sans pouvoir expliquer cette diversité des lésions, nous pouvons seulement constater que la contagion intra-utérine, si elle existe, n'entraîne pas toujours les mêmes localisations de la tuberculose.

Quant à l'évolution de cette tuberculose chirurgicale, il va sans dire qu'elle est beaucoup plus lente et moins fatale, du moins immédiatement, que la tuberculose viscérale.

Tuberculose chirurgicale congénitale. — IV. Siège : *Testicule* (cordon, prostate, vésicule séminale, et gomme à la cuisse gauche) constaté quelques jours après la naissance. — Antécédents collatéraux positifs.

(1) Lannelongue. Loc. cit.

(2) Baumgarten, cité par Ivcket (De l'hérédité de la tuberculose, *Rev. de méd.*, 1887). — Uberlatent tuberkulose, *Volkmann's Samml.*, 1880.

X. Siège : *Genou* (abcès, cuisse et mollet, métatarse, abcès lombaire). — Age : quinze jours.

XII. Siège : Ostéite (avant-bras, foyer purulent à la région sacrée). — Age : seize jours. — L'enfant a dû succomber.

IX. Siège : *Genou*. — Age : naissance.

XI (1). Siège : Tarse rétro-malléolaire. — Age : trois semaines.

V

Causes et pathogénie de la tuberculose congénitale (2). — 1° *Transmission intra-placentaire. Hérédité maternelle directe.* — Le fœtus peut tenir sa tuberculose de sa mère et sans doute aussi de son père. Pour ce qui est de l'hérédité maternelle directe, il y a lieu de faire une distinction. Ou bien la mère est devenue tuberculeuse après la conception, et alors il ne peut être question que de transmission placentaire; ou bien elle l'était auparavant, et il y a lieu de se demander si la tuberculose congénitale remonte à la conception elle-même et a été transmise par l'ovule.

Il y a une condition indispensable de la transmission placentaire, c'est la présence des bacilles dans le sang de la mère, du moins à un moment donné. Nous avons vu qu'en effet la mère présentait, en général, une forme infectieuse de tuberculose dans les cas où la transmission paraît avoir été réalisée. Or, nous savons que c'est précisément le passage des bacilles dans le sang, qui caractérise ces formes infectieuses [Dreyfus-Brisac et Bruhl (3)].

Il découle, en outre, de l'exposé précédent que cette condition indispensable n'est pas suffisante. La preuve en est dans les faits négatifs observés chez l'homme dans les expériences négatives de D. Sanchez Toledo.

Comme le prouvent, en effet, les expériences de Sanchez Toledo, la transmission placentaire, loin d'être ordinaire, pour ainsi dire physiologique, est tout au moins difficile à réaliser, et par conséquent exceptionnelle.

On a fait des inoculations positives de placenta (H. Martin, Landouzy, Aviragnet), mais ces inoculations ne prouvent pas, en somme, autre chose qne la présence de bacilles dans le sang de la mère. Logiquement, elles doivent être positives dans tous les cas de tuberculose congénitale. Il n'y a pas de fait, d'ailleurs, qui infirme cette manière de voir.

Par contre, la recherche des bacilles a été souvent négative [Jani (4), Charrin et Karth (5)].

Une seule fois, chez l'homme, elle a été positive de la manière la plus nette. C'est dans le cas de Birch-Hirschfeld

(1) Ajoutons, aux observations précédentes, une autre de M. Lannelongue : abcès tuberculeux multiple chez un enfant d'un mois; et une de M. P. Huguenin, dans laquelle il s'agit d'une carie du rocher chez un enfant mort à deux mois de tuberculose généralisée et de méningite; la carie du tympan était à peu près entièrement détruite par la suppuration. Les ganglions mésentériques étaient caséeux au centre. Il n'est guère possible, dans ce cas, de fixer le début de la maladie avant ou après la naissance.

(2) Nous avons omis une observation fort intéressante de M. A. Hergott, parce qu'elle reste isolée en son genre.

Cet auteur a inoculé une fois au cobaye le liquide amniotique trouvé dans l'utérus d'une tuberculeuse (forme grave et généralisée) qui s'était suicidée au sixième mois de sa grossesse. L'inoculation a été positive; malheureusement, dans ce cas, les cobayes inoculés avec le placenta ou le foie fœtal ont succombé à une intoxication ou à une septicémie. (*Ann. de gynécol.*, 1891.)

(3) Dreyfus-Brisac et Bruhl. *Phtisie aiguë*, 1892.

(4) Jani. Loc. cit.

(5) Charrin et Karth. *Rev. de méd.*, 1885.

et Schmörl, qui recherchaient aussi dans le sang de la veine ombilicale des bacilles avec succès. Auparavant, Koubassof en avait, dit-il, trouvé chez le cobaye, mais ses recherches inspirent peu de confiance. Birch-Hirschfeld et Schmörl ont non seulement trouvé des bacilles dans le placenta, ils ont constaté des lésions tuberculeuses macroscopiques du placenta.

« Dans le placenta, on trouvait de-ci de-là des amas de noyaux gris et des granulations arrondies, environ du volume d'une tête d'épingle, tout à fait isolées, immédiatement au-dessous du revêtement chorial de la partie médiane du placenta. » (Traduction de Josué.)

Dans un des nodules jaunâtres on trouva des bacilles. C'est ce seul document que nous ayons trouvé sur la tuberculose du placenta. Ajoutons qu'il faudrait se garder de prendre pour des granulations tuberculeuses, celles qu'on rencontre fréquemment à la surface de cet organe et qui paraissent dues à une dégénérescence fibreuse ou fibro-graisseuse. Notre maître, M. le docteur Budin, qui a porté son attention sur ce sujet, n'a jamais rencontré de lésions spéciales sur le placenta des tuberculeuses.

Nous n'avons pas trouvé un seul examen histologique du placenta.

Si nous insistons sur ces détails, même négatifs, c'est que ces lacunes mériteraient d'être comblées. M. H. Roger (1) dit en effet : « Il faudrait chercher les causes et la fréquence des altérations placentaires, ce qui n'est qu'un cas particulier dans l'histoire des localisations viscérales au cours des maladies infectieuses. » Telles nous paraissent bien être les termes du problème. S'il est vrai que la tuberculose congénitale n'est que le résultat d'une contagion intra-utérine, comme on doit l'admettre aujourd'hui, cette contagion ne sera qu'un accident dû aux altérations *placentaires tuberculeuses*. On conçoit, d'ailleurs, que le placenta soit un organe peu favorable au développement des bacilles.

Et c'est l'explication que l'on peut donner de la rareté de la tuberculose congénitale. C'est celle, du moins, qui découle de la Revue que nous venons de faire; c'est celle aussi qu'adopte Malvoz (2).

« Quand, dans le charbon, le choléra des poules, on constate la présence des microbes chez les fœtus des animaux inoculés, on trouve des lésions hémorragiques du du placenta, résultat conforme à la loi générale de Wyssokowitch (3), sur la non-élimination des bactéries par les organes sains.

Dans la tuberculose, il faudrait qu'il se soit formé dans le placenta des lésions comme un tubercule en voie de ramollissement, pour que les bacilles atteignent l'embryon. Or, de telles lésions doivent être très rares, car il n'y a que rarement infection générale du sang dans la tuberculose, qui reste longtemps locale, sans compter que le placenta ne constitue pas un organe favorable à l'implantation des bactéries. »

Il faut admettre aussi que tous les fœtus n'ont pas la même aptitude à contracter cette contagion intra-utérine. Peut-être peuvent-ils y résister dans une certaine mesure. Cela dépend sans doute de la qualité du germe maternel, aussi bien que paternel, au moment de la conception.

Nous aborderons tout à l'heure la question de l'hérédité tuberculeuse paternelle. Mais nous croyons nécessaire de distinguer ici ce qui, dans la tuberculose congénitale, revient à la contagion intra-utérine et à l'hérédité maternelle d'origine ovulaire. Cette distinction nous donnera peut-être l'explication des discordances qui existent entre les résultats expérimentaux toujours négatifs, tels que ceux de Sanchez Toledo, et les observations classiques positives que nous avons citées.

Dans les expériences de Sanchez Toledo, les femelles sont inoculées après la conception, c'est-à-dire après que le germe a reçu en quelque sorte l'impression de l'hérédité. Les fœtus de ces cobayes avaient été formés à l'origine de cellules normales offrant toutes conditions de résistance désirables contre l'infection, dans une espèce, d'aillenrs, on ne peut plus propre à recevoir le germe.

Dans toutes ou presque toutes les observations que nous avons notées, au contraire, la mère était contaminée, depuis longtemps, avant la conception. L'enfant avait été taré dès l'origine et offrait une réceptivité vraisemblablement plus grande que les fœtus précités.

Vallin (1) dit, en effet : « L'enfant a beaucoup de chance de devenir tuberculeux quand la mère, à l'époque de la conception, était déjà tuberculeuse. »

C'est là, à notre avis, que réside la véritable hérédité, la transmission placentaire n'étant qu'une sorte de contagion.

Quant à considérer cette hérédité comme une contamination du germe même, il n'existe pas de fait permettant d'admettre l'infection de l'ovule, du moins pour la tuberculose chez l'homme. Car M. Pasteur (2) a démontré la présence dans l'œuf des vers à soie de corpuscules de la pébrine et M. le professeur Straus (3) a fait la même démonstration de l'infection ovulaire pour le choléra des poules. Peut-être l'absence de tuberculose congénitale, avant le sixième ou septième mois pour l'homme, est-elle un argument contre cette hypothèse ?

Ce n'est pas à nous d'ailleurs à résoudre cette question de pathologie générale. Bornons-nous à résumer les différents moyens par lesquels la mère peut intervenir dans la confection de la tuberculose congénitale : 1° transmission placentaire; 2° infection de l'ovule; 3° prédisposition de l'ovule mettant le fœtus dans un état de moindre résistance vis-à-vis de la transmission placentaire.

D'après Jani, lorsqu'il existe des nodosités tuberculeuses dans la cavité de Douglas, le germe tuberculeux serait facilement charrié dans les trompes de Fallope, à la faveur des cils vibratiles.

VI

Hérédité tuberculeuse paternelle directe. — Si la question de l'hérédité tuberculeuse maternelle directe est relativement peu éclaircie, celle de l'hérédité paternelle directe l'est encore moins. MM. Landouzy et Martin recherchèrent les premiers les propriétés infectantes du sperme, en 1883 (4); ils eurent des résultats positifs, dans leurs trois expériences chez le cobaye : une fois avec les testicules,

(1) H. Roger. *Traité de médecine* de Charcot, Bouchard et Brissaud, t. I, art. Tuberculose.

(2) Malvoz. Difficulté du passage des bacilles de Koch au travers du placenta, Congr. de tubercul., 1888, in *Bull. méd.*

(3) W. Wyssokowitch. *Zeit. f. Hyg.*, 1885.

(1) Vallin. Soc. méd. des hôpit., 1886.

(2) Pasteur. *Études sur les maladies des vers à soie*, t. I, p. 70.

(3) Straus, cité par Arloing (*Leçons sur la tuberculose*, 1892).

(4) Landouzy et Martin. Loc. cit.

deux fois avec le sperme des vésicules séminales de cobayes tuberculeux (1). Les cobayes moururent le premier au bout de soixante-huit jours, le second au bout de trois mois, le troisième au bout de seize jours.

E. Rohlff (2), en 1885, « n'a obtenu que des résultats négatifs, inoculant à des lapins et à des agneaux le sperme de divers phtisiques ».

Mais, en 1886, Kurt Jani (3) trouvait des bacilles dans l'appareil génital sain (sous l'épithélium des glandes, prostate et canalicules séminifères) des tuberculeux pulmonaires, dans la moitié des cas où il les a recherchés. Il est bon de faire remarquer qu'il s'agissait là de sujets arrivés au terme de leur maladie.

Quoique l'infection de l'œuf, par le sperme d'un procréateur tuberculeux, lui paraisse, dès lors, une chose très admissible, « le fait ne sera rigoureusement démontré, dit-il, que lorsque l'on aura réussi à féconder artificiellement une femelle saine, en lui injectant, dans le vagin, du sperme frais provenant d'un mâle tuberculeux et que la femelle, ainsi fécondée, procréera des petits tuberculeux ». Foa, Niepce, Bozzolo ont fait des constatations analogues à celles de Jani (Staicovici).

En 1887 (4), MM. Landouzy et Martin publient de nouvelles expériences et voici leurs conclusions : « En résumé dans huit expériences, du sperme de cobayes tuberculeux a été inoculé chaque fois à deux cobayes, et sur ce nombre de seize inoculations spermatiques, six ont été positives, chiffre évidemment très probant puisqu'il représente le tiers des animaux mis en expérience. »

Ces expériences se décomposent en deux séries, l'une ayant donné des résultats positifs, l'autre des résultats négatifs. Les inoculations positives ont été faites avec le sperme ou les testicules de cobayes tuberculeux morts ou mourants. Une des expériences négatives a été faite avec le sperme ou le testicule d'un cobaye mâle encore très alerte. Les trois inoculations dans ce cas ont été négatives. Le sperme ne semble avoir été virulent que dans les cas où la maladie était particulièrement avancée ou généralisée. Ces conclusions seraient peut-être applicables à l'homme.

Elles semblent en concordance avec les faits de transmission placentaire observés chez la femme, puisque la transmission ne se fait que chez les tuberculeuses avancées ou mourantes.

Ces expériences, qui prouvent la virulence possible du sperme, n'impliquent pas l'infection de l'ovule par le spermatozoïde. Nous ne connaissons pas, en effet, de cas de tuberculose congénitale ayant une origine exclusivement paternelle. Peut-être, s'il en existe, les embryons infectés par le sperme n'arrivent-ils pas au delà d'un certain développement et sont-ils expulsés par avortement. Mais cette nfection congénitale paternelle est encore « très problématique », comme le dit M. Hutinel (5) : « Le bacille est mmobile; il faut admettre que c'est le spermatozoïde lui-même qui le porte dans l'ovule ; or, le spermatozoïde n'est pas une cellule à protoplasma, mais c'est un noyau difficile à pénétrer ; on ne saisit pas bien la façon dont il peut effectuer ce transport (1). »

(1) Deux grammes environ d'un mélange, à parties égales, de sperme et d eau salée à 12 p. 1000.

(2) E. Rohlff. *Beitræge zur Fragze von der Erblichkeil der Tuberculose*, Inaug. dissert., Kiel 1885.

(3) Kurt Jani. *Wirchow's Archiv* et *Gaz. méd. de Paris*, 1886.

(4) Landouzy et H. Martin. *Études sur la tuberculose*, publiées par Verneuil, 1887.

(5) Hutinel. *Semaine méd.*, 1889.

VII

Tuberculose congénitale et tuberculose héréditaire précoce. — Il est légitime d'admettre qu'une tuberculose congénitale peut éclater après la naissance ; peut-on la distinguer de la tuberculose héréditaire précoce en la comparant à celle-ci ? Nous avons dépouillé, dans cette intention, les observations de MM. Landouzy (2), Queyrat (3), Parrot et Leroux (4), Huguenin (5) et Angel Money (6).

Sur 22 observations de tuberculose chez les nouveau-nés (7) âgés de moins de quatre mois, 14 fois les lésions qui semblent avoir été le point de départ de la généralisation siégeaient à droite ; 8 fois le lobe inférieur était touché, 4 fois le lobe moyen (2 fois seul), 3 fois le lobe supérieur et 1 fois le bord postérieur sans autre précision ;

Quatre fois c'est le poumon gauche qui semble avoir été le siège primitif de la tuberculose ; deux fois la base et deux fois le sommet;

Une fois le foie et la rate renfermaient les plus anciens tubercules;

Trois fois les deux poumons étaient également le siège de noyaux caséeux.

Sur 18 cas de tuberculose ancienne pulmonaire unilatérale, 10 fois la base était le siège de la lésion contre 5 fois le sommet, 1 fois le bord postérieur et 2 fois le lobe moyen (8). En somme, le point de départ de la tuberculose a été le plus souvent la base et très particulièrement la base droite, ce qui ne confirme pas, pour les tout jeunes enfants, la conclusion de M. Leroux, faite sur un relevé d'observations prises au-dessous de deux ans.

M. Leroux dit en effet que cette maladie (la tuberculose) se caractérise fréquemment (1 fois sur 4) par des lésions profondes ulcéreuses des poumons, avec prédominance manifeste aux sommets.

D'autre part, nous trouvons comme lui, pour les tout petits bébés comme pour les enfants plus âgés, l'existence

(1) Nous laissons de côté ici les faits d'hérédité tuberculeuse paternelle exclusive, rapportés par M. Landouzy (Congr. de tubercul., 1888, et *Rev. de méd.*, 1891). Ces faits sont nombreux sans doute, mais rien ne permet de les faire rentrer dans l'hérédité directe parasitaire. Nous signalerons seulement les recherches de La Torre (Congr. de la tubercul., 1888), qui a noté à la naissance une infériorité de poids notable (500 gr. en moyenne) sur les enfants issus de pères atteints de tuberculose généralisée, et celles de Solles (*Journ. de méd. de Bordeaux*). Nous signalerons seulement l'hérédité rétrograde de M. Bouchard; elle est admise aussi par Guéneau de Mussy, Gubler, Guibout, Bruchon, Hérard, Cornil et Hanot, qui pensent qu'un fœtus engendré par un père tuberculeux peut infecter sa mère. Ce serait l'analogue de la syphilis par conception. La discussion de cette question fort intéressante nous entraînerait trop loin.

(2) Landouzy. *Rev. de méd.*, 1887.

(3) Queyrat. Th. de Paris, 1886.

(4) H. Leroux. *Études sur la tuberculose*, publiées par Verneuil.

(5) Huguenin. *Gaz. des hôp.*, 1888.

(6) A. Money. *Brit. Med. Journ.*, 1885.

(7) M. Marfan a publié une observation qui rentre dans cette catégorie. Il s'agit d'un enfant de trois mois; les lésions les plus anciennes siégeaient dans la rate, les ganglions trachéo-bronchiques et mésentériques. (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*)

(8) Nous négligeons de parler ici de la tuberculose *externe* précoce, car elle ressemble en tous points à la tuberculose externe congénitale (Voir Lannelongue. Loc. cit., et Ricard. *Études sur la tuberculose*, de Verneuil).

presque constante de lésions pulmonaires anciennes et semblant avoir été le point de départ de la généralisation, puisque, une seule fois, le foie et la rate présentaient les tubercules les plus avancés et une fois seulement la rate était aussi anciennement malade que le poumon.

Une seule fois, il n'y a pas eu de généralisation. La tuberculose de ce premier âge se distingue donc par quelques particularités.

Il était naturel de se demander si la prédominance des lésions à la base droite était en rapport avec des lésions hépatiques, puisque le foie, chez le fœtus, est l'organe qui se trouve le premier en contact avec les bacilles. Mais outre que les adhérences pleurales qui pourraient expliquer cette coïncidence des lésions du poumon et du foie sont très rares, nous n'avons pas vu notées une seule fois des lésions véritablement anciennes du foie.

Il n'y a donc pas là des caractères bien tranchés permettant de rapprocher ces faits des cas de tuberculose congénitale type. Pourtant nous savons que le tubercule congénital peut siéger au début dans les poumons et, notamment, dans la base droite.

Nous retiendrons donc qu'il y a une certaine ressemblance entre la tuberculose précoce et la tuberculose congénitale, qu'elle soit d'ailleurs externe ou viscérale.

Dans les six cas où les antécédents sont notés, nous trouvons deux fois seulement des antécédents paternels. Les antécédents maternels ne manquent que dans un cas ou deux. Dans un cas, l'hérédité est douteuse, puisque la mère était seulement veuve d'un premier mari mort de tuberculose. Ce fait est peut-être bien du ressort de la contagion, à moins que la mère ne soit devenue tuberculeuse peu de temps après son enfant. Trois fois la mère en était arrivée au deuxième degré, une fois elle était au troisième.

Nous ne pouvons que faire des constatations ici, il n'y a pas de conclusions à tirer de ces faits trop peu nombreux.

L'étude comparée de la tuberculose congénitale et de la tuberculose des premières semaines ou des premiers mois, l'étude des statistiques [notamment celle de M. Bosselut (1)] ne permettent pas d'établir une date à partir de laquelle toute tuberculose doit être considérée comme acquise. D'après la statistique de M. Bosselut, la tuberculose serait d'une fréquence sensiblement la même du premier au vingtième mois, époque à laquelle il semble y avoir une baisse sensible.

Il est impossible de faire remonter avec certitude la tuberculose à la vie intra-utérine, dans tel ou tel cas, plutôt que dans tel autre.

Nous avons vu, en effet, que la tuberculose congénitale n'affecte pas toujours, tant s'en faut, le caractère infectieux qu'on aurait pu lui attribuer *a priori*, en s'appuyant sur ce fait que la porte d'entrée du bacille, qui est le placenta, le jette directement dans la circulation veineuse du fœtus. Il existe plusieurs cas de tuberculose congénitale localisée. Si donc l'on admet que la tuberculose congénitale peut se localiser, il faut reconnaître qu'elle peut avoir une évolution de plusieurs mois, peut-être de plusieurs années.

VIII

TUBERCULOSE CONGÉNITALE LATENTE ET HÉRÉDITÉ TUBERCULEUSE. — Les partisans de l'hérédité tuberculeuse directe admettent forcément que la tuberculose peut rester latente très longtemps.

« Si on remarque, dit M. Landouzy, qu'il nous a fallu comme à Birch-Hirschfeld, de cinq à sept semaines pour que nos inoculations fœtales fissent des animaux par nous bacillaires, de vrais tuberculeux; si, d'autre part, on tient compte du faible nombre de bacilles transmis par les mères au fœtus, on comprend que l'hérédo-tuberculose n'apparaisse pas dès la naissance. On comprend que l'apparition relativement tardive soit la règle et l'apparition hâtive, l'exception. On comprend que ces cas d'hérédo-tuberculose, surpris par moi tant à l'hôpital qu'en clientèle, soient ordinairement observés plusieurs mois après la naissance (1). »

On peut, en faveur de l'hérédo-tuberculose tardive, invoquer les expériences de Maffucci (2) qui, en inoculant divers microbes dans des œufs de poule, a vu l'infection n'éclater qu'assez longtemps après l'éclosion (3).

Baumgarten, Bang considèrent aussi l'infection congénitale comme la règle.

Voici quelle est, à ce sujet, l'opinion de M. Verneuil, notre maître : « Les deux modes et les deux dates d'invasion existent », ... mais la tuberculose peut rester latente pendant longtemps, « un quart de siècle » par exemple, « si par hasard la tuberculose héréditaire n'éclate qu'à vingt-cinq ans ».

M. H. Martin (4), dans une série d'expériences fort intéressantes, a montré que « les germes tuberculeux peuvent séjourner dans l'organisme de certains animaux réfractaires plusieurs semaines ou plusieurs mois et y conserver, dans une sorte de vie latente, leurs propriétés infectieuses qui ne se manifesteront que plus tard, après transplantation dans un milieu favorable à leur pullulation. »

Ces expériences tendraient à nous expliquer la longue échéance de l'hérédité tuberculeuse directe.

Sans vouloir discuter à fond ici la question de l'hérédité et de la contagion, nous rappellerons que des auteurs tels que Conheim, Koch (5), MM. Galtier, Hutinel n'admettent qu'exceptionnellement la transmission héréditaire (6). M. Landouzy, lui-même, frappé de la quantité d'enfants de tuberculeux qui meurent simplement de débilité congénitale, a créé le mot d'hérédité atypique ; cette même expression lui sert d'ailleurs à désigner la procréation d'enfants tuberculeux par des parents qui ne l'étaient pas.

Le microbisme latent pourrait seul nous expliquer l'influence prépondérante de l'hérédité, si le microbe en quelque sorte était une chose moins banale. Mais, si le bacille est partout toujours prêt à envahir l'organisme à la moindre défaillance, l'hérédo-prédisposition vouerait, dans ces conditions, sa victime à l'envahissement d'une façon si certaine que la maladie existerait avant le microbe. Il resterait à la chimie biologique à déterminer les conditions de l'envahissement, et à nous permettre de reconnaître la maladie avant la présence du bacille, de même que la bacté-

(1) BOSSELUT. Th. de Paris, 1888.

(1) LANDOUZY. *Rev. de méd.*, 1891.

(2) MAFFUCCI, cité par H. Roger (loc. cit.).

(3) Straicovici, dans sa thèse, rapporte un nouveau fait clinique dû à Marfan, observé sur une jeune fille de dix-sept ans, et paraissant rentrer dans les cas d'hérédité directe à longue échéance.

(4) H. MARTIN. *Études sur la tuberculose*, de Verneuil, 1887.

(5) KOCH. *Mittheilungen aus des Kais. Gesundherstamte*, B. II, p. 86.

(6) M. Peter lui-même est d'avis que le fœtus naît « tuberculisable » et non tuberculeux.

riologie nous a appris à la déceler avant l'apparition des lésions anatomo-pathologiques.

« Le vrai mal, dit Bennet (1), c'est la vitalité affaiblie ou épuisée. » La phtisie n'est pour lui qu'une manière de mourir. Ce n'est qu'en apparence que le parasite cause la maladie ou la mort.

F. Wolff de Reiboldsgrün (2) confirme l'opinion de Bollinger, d'après laquelle « le danger inhérent à l'infection tuberculeuse est bien inférieur au danger inhérent à la prédisposition ».

« D'après Baumgarten, Hestler, Roger et d'autres encore, le nombre de malades ayant succombé à la tuberculose ou présentant à l'autopsie les indices d'une tuberculose latente, correspond à une proportion de 40, 50 p. 100 du nombre de cadavres, et d'après quelques auteurs, cette proportion doit être portée à 95 p. 100, ce qui a permis à Bollinger de soutenir que nous sommes tous porteurs de bacilles tuberculeux. »

Wolff a trouvé la tuberculose sur 46 p. 100 des cadavres considérés dans leur totalité et sur 80 p. 100 de cadavres d'enfants.

Après avoir reconnu l'importance de la tuberculose latente, il conclut en ces termes : « L'infection tuberculeuse est excessivement fréquente et à peu près universelle ; chez la plupart des hommes, l'infection a lieu dès l'enfance, et en raison de la ténacité du bacille, il n'est besoin, qu'à titre tout à fait exceptionnel, d'invoquer une infection récente ou une réinfection pour expliquer l'éclosion de la maladie. »

Il resterait à déterminer les conditions de l'hérédité. C'est ce que tendent à faire les recherches les plus fines d'histologie et d'embryologie modernes. Nous voulons parler des magnifiques études de M. Guignard (3).

Le fait qui ressort de ces études d'embryologie, entreprises sur le Lilium Martagon, est que toutes les cellules de l'embryon sont formées d'un nombre égal d'éléments nucléaires femelles. L'hérédité paternelle réside tout entière dans le nucléus mâle. L'hérédité maternelle, dont on reconnaît en général l'influence prépondérante, intervient, non seulement par le nucléus, mais aussi par le protoplasma de l'ovule. M. Arloing conçoit un autre mode d'hérédité maternelle. C'est l'imprégnation du fœtus ou de l'embryon même sains après la conception, par les produits solubles favorisants de Courmont.

En somme, nous nous trouvons en présence ici du problème si discuté de l'influence prépondérante de l'hérédité ou de la contagion dans l'étiologie de la phtisie. Peut-être y a-t-il place entre les opinions extrêmes pour une manière de voir mitigée, reconnaissant à la fois le rôle de la contagion dans ce qu'il a de nécessaire et de banal, et le rôle de l'hérédité dans ce qu'elle a de fatal, quand elle n'est pas modifiée assez tôt ou assez longtemps? Mais que la contagion date ou non de l'œuf, peu importe, s'il faut pour qu'elle prenne qu'il existe une prédisposition acquise ou héréditaire.

C'est donc à cette prédisposition qu'il faut remédier, c'est elle qu'il faut prévenir et ce n'est point assez de se garder de la contagion.

Damaschino pensait que la part de la contagion, en général, était restreinte; nous croyons avoir montré combien elle est restreinte, en effet, pour ce qui est de la vie intra-utérine.

(1) J.-H. Bennet. *Recherches sur le traitement de la phtisie pulmonaire.*

(2) F. Wolff. XIe Congr. de méd. interne, tenu à Leipzig, séance du 2 avril 1892 (voir *Sem. méd.* du 7 mai 1892).

(3) Guignard, cité par Arloing (*Leçons sur la tuberculose*, 1892).

IX

Conclusions. — 1° La tuberculose congénitale existe, mais doit être considérée comme rare, sinon exceptionnelle.

2° Elle semble être souvent le fait d'une contagion intra-utérine par le placenta; mais il faudrait invoquer parfois, pour expliquer ses diverses localisations, un autre facteur étiologique : la prédisposition spéciale de chaque organe.

3° La tuberculose congénitale paraît aussi être le fait d'une infection ovalaire ou spermatique (hérédité parasitaire); elle serait alors anté-utérine. Cette hypothèse expliquerait encore pourquoi les localisations ne sont pas toujours les mêmes.

4° Relativement au mode d'infection et pour expliquer les aspects divers que revêt la tuberculose congénitale, il y aurait peut-être lieu de rechercher si elle n'est pas, en effet, différente, suivant qu'elle tire son origine, soit de l'infection ovulaire, soit de l'infection du sperme, soit d'une contagion intra-utérine.

Actuellement, le petit nombre des observations publiées et les lacunes qu'elles présentent, notamment au point de vue des antécédents paternels, ne permettent aucune conclusion.

5° Il n'est pas prouvé que le fœtus puisse être contaminé dès l'origine par l'ovule ou par le sperme, quoique la virulence du sperme ait été prouvée, du moins dans certaines conditions. Il n'existe pas de cas de tuberculose congénitale dans laquelle on puisse reconnaître une hérédité paternelle directe.

6° Le seul mode de contamination bien établi, mais très rarement réalisé sans doute, est la transmission placentaire. On peut se demander, d'ailleurs, si le passage du bacille, à travers le placenta, entraîne fatalement la tuberculose du fœtus.

7° Pourtant, sans préjuger du mode pathogénique, ce qui, au point de vue étiologique, ressort de l'étude précédente, c'est qu'on ne trouve point de tuberculose congénitale sans qu'il n'existe chez les parents, ou chez l'un d'eux, une tuberculose particulièrement avancée ou à marche très rapide.

8° L'inoculation au cobaye, soit du placenta, soit du sang de la veine ombilicale, pourrait peut-être donner quelques indications pronostiques sur le sort d'un enfant né d'une tuberculeuse.

9° Au point de vue du diagnostic, la tuberculose congénitale ne paraît pas avoir une évolution spéciale qui permette de la distinguer de la tuberculose acquise (1).

(1) Cette Revue était faite lorsque M. Marfan a eu l'amabilité de nous communiquer la thèse de M. Straicovici (Th. de Paris, janv. 1893). Nous y renvoyons le lecteur pour le détail des observations. Sans reproduire ses conclusions, qui sont analogues aux nôtres, nous nous bornerons à lui emprunter les renseignements bibliographiques suivants :

Birch-Hirschfeld. *Lehrbuch der Pathologische Anat.*, 3e édit., 1886, p. 1888. — Semmer, cité par Lydtin (Rapp. au Congr. de Bruxelles, 1883). — Putz. *Uber d. Bezichungend Tuberculose d. Meuschen zur tuberculose d. Thiere, namentl. d. Perlsucht d. Rindes.*, S. 10. — Butscher, in Lydtin (loc. cit.). — Schleuss et Grathaus. Mittheilungen aus d. thierartzt. Praxis, in *Preus Staats*, Jahr. VIII, p. 15. — De Renzi. *La tissichezza pulmonare*, Naples 1889. — Gœrtner. Congr. de Berlin, 1890. — Charles Lovay. *Revista clin. di Bologna*, 1873, et *Lyon méd.*, 1873, p. 299. — Cornet. Congr. de Berlin, 1890, et *Mercredi méd.*, 1890. — Foa. *Gaz. degli ospitali*, fév. 1892.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 février 1893. — Présidence de M. Perier.

COMMUNICATIONS

Uretérectomie. — M. **REYNIER** communique l'observation d'un malade chez lequel il pratiqua d'abord une néphrectomie pour une pyonéphrose. Comme il restait une fistule et que le malade continuait à souffrir, il pratiqua consécutivement l'ablation totale de l'uretère. Après cette uretérectomie, tous les accidents cessèrent.

M. **LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** trouve rationnelle la conduite tenue, dans ce cas, par M. Reynier, mais il ne croit pas que ces cas soient aussi fréquents que l'a dit M. Reynier. Il les croit, au contraire, exceptionnels. Dans les néphrectomies qu'il a pratiquées, M. Lucas-Championnière n'a jamais observé ces accidents consécutifs, soit qu'il s'agisse de néphrectomies pour hydronéphroses ou même pour pyonéphroses.

M. **TERRIER** pense également que ces accidents, consécutifs à la néphrectomie, sont très rares, surtout si l'on a pris les précautions nécessaires pour les éviter. Ainsi, quand il s'agit de lésions tuberculeuses, il faut avoir soin d'attirer, le plus possible, l'uretère dans la plaie, afin d'éviter qu'il l'infecte.

Endométrite cervicale. — M. **BOUILLY**, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Pozzi, donne une description clinique complète de cette affection qui est surtout caractérisée par un catarrhe spécial, donnant lieu à l'écoulement continuel d'un mucus épais, jaunâtre, visqueux, agglutinant entre eux les poils de la vulve et qui fait que les femmes sont toujours mouillées et restent stériles. Cette affection a surtout pour siège les glandes de la muqueuse cervicale; c'est une endométrite glandulaire. Cette affection est limitée au col; il n'y a pas d'hypertrophie du corps utérin, ce qui explique que ces malades n'ont pas de métrorragies. C'est une affection à marche essentiellement chronique, durant plusieurs années. Comme étiologie, tout ce qu'on peut dire c'est qu'elle apparaît généralement peu de temps après le mariage.

Au point de vue thérapeutique, le curetage utérin est insuffisant, le traitement banal ordinaire est inefficace; les applications de tampons, les attouchements avec divers topiques restent sans résultat. Ces échecs s'expliquent par la profondeur des lésions cervicales. C'est pour ces cas que M. Doléris a proposé le hersage; il y a aussi l'opération de Schrœder, mais c'est une opération compliquée et délicate, exigeant un avivement considérable. C'est pourquoi M. Bouilly a imaginé, pour ces cas, l'opération suivante. Il se propose, par cette opération très simple, d'enlever ces glandes cervicales qui sont le siège même de cette maladie. Voici comment il procède : il dilate le col utérin, et a ainsi sous les yeux toute la muqueuse cervicale largement ouverte; puis il enlève sur chaque lèvre une gouttière de muqueuse, en ayant soin de laisser une petite bande de muqueuse, de façon à éviter une réunion commissurale. On obtient ainsi un col très largement ouvert, dont M. Bouilly bourre la cavité avec de la gaze iodoformée imbibée de glycérine créosotée au tiers.

M. Bouilly a fait plus de quarante fois cette opération, et il n'a eu qu'un seul insuccès thérapeutique. Dans quatre ou cinq cas il a eu une petite hémorragie assez sérieuse. Dans tous les cas, le résultat thérapeutique a été très bon, les malades ne perdent plus; elles n'ont pas de rétrécissement du col. Deux de ces malades ont pu devenir enceintes après cette opération.

M. **POZZI** trouve très rationnel le traitement proposé par M. Bouilly pour cet état particulier du col, qu'il a décrit et qui se rapproche du type infantile de l'utérus. Chez ces malades, en effet, le corps de l'utérus est généralement peu développé, et il y a une certaine prédominance du col sur le corps. Dans ces cas, ce n'est pas tant la sténose du col que la métrite cervicale qui est la cause de la stérilité. C'est l'hypersécrétion et ce que M. Pozzi a appelé l'engouement muqueux du col utérin qui constituent l'obstacle à la fécondation. Pour remédier à la sténose du col, il faut donc commencer par guérir la métrite. Il y a une relation étroite entre les deux faits. Or, c'est précisément à cette métrite que s'adresse le traitement proposé par M. Bouilly et auquel M. Pozzi est tout disposé à recourir. Jusqu'ici voici le traitement qu'il a employé dans ces cas : débridement bilatéral du col, puis traitement local du catarrhe cervical, rendu facile par ce débridement.

M. **REYNIER** reconnaît la parfaite exactitude de la description clinique qu'a faite M. Bouilly du catarrhe du col. Cependant, il faut distinguer deux catégories parmi ces malades. Les unes sont de jeunes femmes jusqu'ici stériles, ou même des jeunes filles; les autres sont d'un certain âge et ont eu déjà des accouchements. Pour ce second groupe, on peut invoquer, comme cause de leur maladie, une infection gonorréique. Pour les jeunes femmes, au contraire, M. Reynier estime qu'il n'y a pas de contamination et qu'il faut tenir compte, chez elles, d'un état général nerveux ou lymphatique, comme cause de l'affection locale du col utérin. Tous les traitements, dans ces cas, donnent généralement des résultats peu satisfaisants, et M. Reynier est décidé à essayer de celui que vient de proposer M. Bouilly.

M. **TERRIER**, contrairement à M. Reynier, ne croit pas que ce catarrhe du col puisse avoir d'autre cause qu'une inoculation, et il regrette que cette question n'ait pas été élucidée par M. Bouilly. C'est là une question fort importante et sur laquelle il appelle toute l'attention de M. Bouilly.

M. **REYNIER** ne nie pas l'inoculation, mais il croit qu'il faut admettre l'existence d'un état général particulier, prédisposant à cette inoculation.

M. **BOUILLY** répond à M. Pozzi en faisant observer que l'opération qu'il propose est des plus simples et guérit les malades en quelques jours, tandis que les attouchements que pratique M. Pozzi après le débridement bilatéral du col doivent être pratiqués pendant des mois avant d'aboutir à la guérison.

A M. Reynier, M. Bouilly répond que le traitement général reste sans résultat sur cette affection, qu'il faut traiter localement. Enfin, il se propose de combler la lacune signalée par M. Terrier sur les vraies causes de ce catarrhe cervical, et il fera examiner, à l'avenir, tous les lambeaux de muqueuse qu'il excise dans son opération.

PRÉSENTATIONS

Kyste dermoïde. — M. **REYNIER** présente un kyste dermoïde de l'ovaire, qu'il a enlevé le matin même sur une jeune femme de vingt-neuf ans.

M. **BOUILLY** fait observer que ces cas sont très fréquents.

Tumeur fibreuse. — M. **THÉOPHILE ANGER** présente une grosse tumeur fibreuse utérine, à consistance calcaire, qu'il vient d'opérer.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 15 février 1893, sont nommés pour l'année 1893 :

Vice-président du conseil supérieur de l'instruction publique : M. Berthelot. — Secrétaire : M. Liard.

— M. le docteur Philbert vient d'être nommé commandeur de l'ordre du Christ de Portugal.

— M. le docteur Quéhen est nommé médecin-inspecteur des écoles du XIe arrondissement de Paris (1re circonscription).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bouchy (de Courbevoie); Maurice Collas, médecin aide-major au 148e de ligne; Combet (de Lyon); G. Pichon, ancien chef de cli-

nique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris; Charles Reboul (de Gonfaron).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 22. — MARDI 21 FÉVRIER 1893. 66e ANNÉE. MARDI 21 FÉVRIER 1893. — N° 22.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 20 février 1893.

Dans quelques jours, un concours pour l'admission à trois places de médecin au Bureau central d'admission des hôpitaux va s'ouvrir à l'Assistance publique. Jusqu'à présent, dès que la liste des candidats était close, il était procédé au tirage au sort des membres du jury et des membres suppléants destinés à remplacer les juges titulaires qui ne pourraient accepter de siéger. La liste des membres désignés était rendue publique.

Cette manière de faire avait ses inconvénients réels, car elle donnait lieu à des marchandages, dont quelques-uns sont encore dans la mémoire de tous.

On sait qu'il est rare que la liste des neuf juges tirés au sort soit définitive; quelquefois, à peine si quatre des membres désignés acceptent la fonction qui leur est proposée. On cherche alors, en suivant l'ordre de tirage, parmi les juges suppléants, ceux qui désirent être membres du jury. Or, à ce moment, les quatre ou cinq membres ayant définitivement accepté sont connus et si, parmi eux, il est un personnage influent, on est étonné de voir que certains juges suppléants n'acceptent pas. Enfin, en suivant la liste, on arrive jusqu'à un des élèves du maître, un homme fidèle, dont il escompte, d'avance et à coup sûr, la bonne volonté. Le fait a eu lieu, il y a à peine quelques années, pour un concours de chirurgie. L'administration n'a pas voulu que de pareils faits se renouvelassent et, cette année, elle n'a pas communiqué la liste des juges désignés par le sort. Désormais, le nom des juges ne sera connu que lorsque le jury sera définitivement constitué.

La chose est parfaite en principe et cependant la presse médicale fait entendre de légitimes objections.

En effet, pour le concours qui va avoir lieu, personne ne connaît, ou ne doit connaître, le nom des juges tirés au sort; mais, dit un de nos confrères, nous croyons savoir que ces juges sont MM. X..., Y... et Z... Et, en effet, l'avenir apprendra que ces juges sont bien MM. X..., Y... et Z...

Il est difficile d'éviter les indiscrétions. En admettant que, du côté de l'administration de l'Assistance publique, aucune indiscrétion ne puisse être commise, empêchera-t-on un ou plusieurs des juges désignés de faire savoir que leur acceptation a été demandée? Il y aura, c'est probable, de part et d'autre, quelques divulgations; seulement, et c'est là le point dangereux, ces indiscrétions se feront désormais au profit de quelques-uns. Les marchandages signalés n'en auront pas moins lieu; mais ils seront plus dissimulés et plus dangereux.

Aussi, joignons-nous notre protestation à celle des candidats et réclamons-nous un tirage au sort public des juges titulaires et des juges suppléants. Pour éviter ces marchandages que l'administration veut faire cesser, il y a un moyen simple, c'est de constituer le jury dans les vingt-quatre heures, au lieu de laisser aux intrigants le temps d'agencer leurs combinaisons.

Rien n'empêche que, dès le tirage au sort, un ou deux employés de l'Assistance publique, munis de la liste, passent le matin dans les différents services hospitaliers et recueillent, séance tenante, de la bouche même du chef de service, l'assurance de son acceptation ou de son refus. Les médecins ou chirurgiens qui ne seraient pas le matin à l'hôpital (il y en a quelques-uns, dit-on) seraient interrogés à leur domicile et de la sorte, en moins de trente-six heures, le jury pourrait être constitué, sans donner aux intrigues le temps de se nouer; à la rigueur, une demande et une réponse par dépêche seraient peut être un moyen suffisant. Mais, l'administration en est encore à la méthode des lettres envoyées successivement au fur et à mesure des acceptations et des refus. C'est grâce à ce peu enviable système, que dernièrement un service de chirurgie attendit, *douze jours*, un chirurgien suppléant!

L'Association syndicale professionnelle des médecins de la Seine avait mis à l'ordre du jour de la dernière séance la question suivante :

« Un médecin est appelé à la hâte chez un commerçant, pour une jeune fille qui se plaint de vives douleurs dans le ventre et perd du sang en abondance. La femme du commerçant apprend au médecin qu'elle est la tante de la malade, et le prie de lui dire de quelle affection sa nièce est atteinte.

Le médecin pratique le toucher vaginal et constate une fausse couche. Pour pouvoir questionner la malade sans

éveiller les soupçons, il prie la tante d'aller lui préparer de l'eau chaude et tout ce qu'il faut pour se laver les mains. Pendant ce temps, il obtient de la jeune fille un aveu, mais celle-ci lui recommande expressément de ne rien dire.

Que doit faire le médecin? S'il se tait, il risque de passer pour un ignorant aux yeux de la tante, dont le visage décèle certains soupçons. S'il parle, il nuit à la malade et viole peut-être le secret professionnel. »

Nous avons été heureux de constater que les membres de l'Association étaient d'avis, à l'unanimité, que, dans le cas qui leur était soumis, le médecin appelé par la famille était tenu au secret absolu.

Il nous semblait, en effet, que poser la question c'était la résoudre, et cependant, malgré le vote final unanime, quelques-uns des membres présents ont été jusqu'à dire « qu'il ne faut pas favoriser le désir de dissimulation des malades », que « cette préoccupation pouvait les entraîner à négliger les soins hygiéniques et médicaux nécessaires. Au contraire, l'aveu fait à la famille permet d'instituer un traitement régulier. »

Voilà de singulières théories et qui, en pratique, pourraient mener bien loin. Qui sait si, dans le cas particulier, la dénonciation du médecin ne se terminerait pas, pour la jeune fille, par un suicide, que la simple discrétion aurait suffi à éviter.

Le médecin est tenu au secret professionnel, toutes les fois qu'il reçoit des malades une confession, qu'il n'a reçue qu'en sa qualité de médecin, et son obligation est encore plus stricte, s'il est possible, quand l'intéressée réclame le secret. Que le médecin use de son influence près du malade, pour l'encourager à avouer son mal, rien de mieux, s'il juge que c'est l'intérêt même du malade. Mais là doit se borner son rôle, et il doit s'incliner devant la volonté de son patient.

On a encore objecté que, dans le cas soumis à la discussion, c'était la famille qui avait appelé le médecin. Peu importe, le médecin est appelé pour donner ses soins et non pour dénoncer.

Pour nous, nous résoudrons les quelques cas réellement embarrassants et délicats qui peuvent se présenter dans la pratique, en nous guidant toujours par cette obligation du secret professionnel. Dans le doute, c'est encore le meilleur guide.

Nous attirons d'ailleurs l'attention de nos lecteurs sur la « Revue de médecine légale », que nous publions plus loin et qui traite de cette intéressante question du secret professionnel.

M. Thibierge présente à la Société médicale des hôpitaux (17 février) deux malades, un homme et une femme, atteints tous deux très nettement de maladie de Paget, bien qu'ils ne soient ni l'un ni l'autre le type le plus achevé de cette maladie. On désigne, sous le nom de maladie de Paget, deux maladies très différentes : l'une est une sorte d'épithélioma bénin du mamelon, l'autre une hyperostose généralisée. C'est de cette dernière qu'il s'agit ici.

Dans cette maladie il y a, en effet, une augmentation de volume avec déformation qui peut porter sur la plupart des os du squelette : les tibias augmentent de volume, et les fémurs s'incurvent en avant et en dehors, ce qui fait que les malades ne peuvent rapprocher les genoux; il se fait une cyphose de la colonne vertébrale. Il y a ainsi une diminution de la taille et une attitude toute particulière. On observe souvent aussi une augmentation de volume de la clavicule et des os du membre supérieur. Le radius se recourbe quelquefois autour du cubitus. Les os du crâne augmentent de volume, de telle sorte que les malades se trouvent obligés de porter des chapeaux de plus en plus larges.

On ne sait rien de la pathogénie de cette singulière maladie. Assez souvent il y a des lésions cardio-vasculaires concomitantes, de l'artério-sclérose, des varices; et l'on s'est demandé s'il n'y avait pas quelque rapport entre la lésion osseuse et la lésion des vaisseaux. Il y a souvent, aussi, bronchite chronique et emphysème.

La malade de M. Thibierge avait des douleurs vives au niveau des os atteints, ce qui a fait penser, à plusieurs reprises, à une ostéo-périostite syphilitique ; mais la syphilis ne paraît avoir rien à faire dans la genèse de cette hyperostose. Ces douleurs sont assez rares dans la maladie de Paget. Le traitement a été, jusqu'à présent, complètement inefficace, dans les divers cas observés.

M. Marie entretient la Société d'une question aussi nouvelle qu'intéressante : la reviviscence du thymus dans les maladies qui amènent une lésion destructive des glandes vasculaires sanguines, particulièrement du corps thyroïde.

Dans l'idiotie myxœdémateuse, M. Bourneville a signalé la persistance du thymus. M. Marie l'a rencontrée également chez une acromégalique de trente ans; dans l'acromégalie, le thymus est volumineux, de même que la glande pituitaire. Il en serait ainsi encore dans la maladie de Basedow; M. Marie connaît six cas de cette maladie dans lesquels le thymus existait également. En est-il de même après l'extirpation du corps thyroïde? C'est à voir. En tout cas, si le thymus persiste quelquefois chez l'adulte, on le trouve beaucoup plus souvent chez les individus atteints d'une des maladies qui viennent d'être citées que chez des individus sains. Pour sa part, M. Marie ne l'a rencontré, en dehors d'elles, dans aucune des autopsies qu'il a pratiquées depuis trois ans ici. Il tend à admettre qu'il y a dans ces maladies reviviscence du thymus, bien qu'il soit assez difficile de démontrer qu'il n'y ait pas persistance de cet organe dans ces conditions. On sait, du reste, que le thymus ne disparaît pas complètement chez l'adulte, il subit simplement une atrophie involutive telle qu'il n'en reste plus que des traces microscopiques.

M. Juhel-Rénoy rapporte l'histoire d'un malade qui eut une éruption variolique très nette après deux jours de prodromes, sept jours après avoir été vacciné. La vaccine et la variole évoluèrent d'une façon typique, sans se gêner l'une l'autre. On prétend que l'immunité conférée par la vaccination n'est acquise que le huitième jour : dans le cas présent, la loi ne serait pas en défaut.

M. Juhel-Rénoy croit à l'identité de la variole et de la vaccine; il a été persuadé, par les expériences récemment faites en Allemagne et en Suisse, et il considère la vaccine comme la variole modifiée par son passage successivement sur un certain nombre d'individus de l'espèce bovine. Du reste, il y a la plus grande ressemblance clinique entre la pustule de vaccin et la pustule de variole : cet argument a sa valeur.

M. Chantemesse dit qu'il faudrait, pour que la démonstration fût complète, refaire la variole avec la vaccine, après avoir fait la vaccine avec la variole.

M. Barth déclare que la coexistence de la variole et de la vaccine, leur évolution parallèle chez le même individu plaident plutôt en faveur de la dualité que de l'unicité.

Ce n'est pas là un argument sans réplique à notre sens, car il faudrait savoir au bout de combien de jours la variole vaccine contre elle-même ; ne voit-on pas souvent les enfants vaccinés s'inoculer une seconde poussée de vaccine, en grattant leurs vésicules à une époque où la vaccine ne les a pas encore immunisés contre la vaccine. Il peut donc y avoir évolution simultanée de variole et de vaccine, comme il peut y avoir évolution parallèle, chez le même sujet, de deux poussées de vaccine, l'une plus, l'autre moins récente.

Séance bien remplie, comme toujours, le 16 février, à la Société de dermatologie. M. Sabouraud a rendu compte de ses nouvelles et intéressantes recherches sur la tricophytie et le tricophyton. L'emploi pour la culture de milieux différents lui a permis de séparer l'une de l'autre *dix-neuf* variétés de champignons trichophytiques !

Il semble que ce soit des animaux que l'homme prenne, dans bien des cas, les germes de la trichophytie cutanée, et plusieurs des espèces de nos animaux domestiques possèdent au moins leur tricophyton propre, capable de se développer sur la peau de l'homme, incapable de se développer sur le cuir chevelu. Le cheval et le chat en ont un, le chien en a deux. Ces champignons produisent sur la peau des lésions différentes, suivant l'espèce animale qui les a fournis ; c'est ainsi que le tricophyton du cheval donne lieu à des lésions très analogues, sinon identiques, à celles qu'on a décrites sous le nom de péri-folliculites agminées, et qu'on ne trouve guère que chez des palefreniers, des cochers, chez des gens, en un mot, qui vivent plus ou moins en contact avec les chevaux.

D'après M. Sabouraud, le bulbe des poils sains est toujours complètement dépourvu de microbes, les milieux de culture qu'on ensemence avec eux restent stériles. Avec les mêmes bulbes, dans la teigne tondante, on obtient des cultures pures de tricophyton ; mais dans les teignes traitées, en voie de guérison, il y a toujours d'autres microbes, en particulier le staphylocoque, microbe de suppuration. Chose curieuse, les cultures de staphylocoque empêchent les cultures de tricophyton de se développer ; c'est à se demander, ajoute M. Sabouraud, si, dans le traitement, ce n'est pas le staphylocoque qui tue le champignon de la tondante. Ce sont là, pour l'histoire naturelle de cette teigne, des documents très curieux.

Une femme enceinte, entrée dans le service de M. Juhel-Rénoy avec le diagnostic erroné de scarlatine, est atteinte en réalité d'une dermatite exfoliatrice scarlatiniforme. Elle est très soulagée par une onction générale par la vaseline et l'enveloppement total ; elle est sur le point de sortir guérie de l'hôpital, lorsqu'elle est brusquement enlevée par des accidents comateux. Était-ce de l'urémie ? C'est possible, car, comme le font remarquer MM. Besnier et Brocq, les malades atteints de dermatite exfoliatrice ont souvent une insuffisance rénale qui se traduit en particulier par une notable diminution de la quantité de l'urée des urines. M. Vidal pense que sa maladie cutanée peut être attribuable à une auto-intoxication due à la grossesse. Pour M. Fournier, l'intoxication qu'il faut le plus soupçonner, en cas semblable, c'est l'hydrargyrisme ; la plupart des dermatites scarlatiniformes exfoliatrices sont dues au mercure.

En cas semblable, il faut toujours se défier de l'intoxication hydrargyrique.

Autre intoxication médicamenteuse : M. Cathelineau a vu trois fois, dans le service de M. Fournier, des érythèmes rouges, cramoisis, analogues au rash pré-variolique, survenir après l'application de poudre d'iodoforme sur des ulcérations de diverses natures.

Cette fois, il ne s'agit plus de médicaments, ni d'intoxication générale : M. Puy-le-Blanc a vu une éruption vésiculeuse apparaître aux mains chez une personne qui portait des gants en peau de chien ; une sudation abondante avait dissous la teinture rouge de ces gants, teinture riche en acide picrique.

M. Galezowski, grâce à une lentille prismatique de son invention, a pu découvrir, dans une série de cas, des lésions de choroïdite syphilitique dans l'ora serrata, dans la zone des processus ciliaires, habituellement inaccessible à l'exploration. L'examen de cette zone serait d'une grande utilité en clinique, car elle représente le centre nourricier de l'œil.

M. Jacquet, qui n'en est plus à compter ses succès dans le traitement du lichen plan prurigineux par les douches tièdes, lit l'auto-observation très complète d'un jeune médecin, M. Page, tourmenté d'une cruelle façon par un lichen de ce genre et rapidement guéri par ces douches. M. Jacquet en est arrivé à cette formule : deux douches chaudes par jour à la température qui réussit le mieux à chacun des malades, individuellement.

M. Eraud (de Lyon) rapporte une observation très curieuse à bien des points de vue ; il s'agit d'un cas d'hérédo-syphilis qui ne s'est manifesté chez un enfant que trois mois après la naissance. La nourrice de cet enfant intenta un procès en dommages et intérêts à la famille. Elle fut déboutée de sa demande parce que le chancre initial avait siégé non sur le sein, mais sur l'amygdale.

M. Hallopeau présente un malade chez lequel des masses lipomateuses, limitées ou diffuses, médianes ou symétriques, se sont développées sur le cou et le thorax, à la suite d'une pneumonie. Chose curieuse, ce malade, contrairement à ce qu'on a relevé dans le plus grand nombre des cas de lipomes symétriques observés jusqu'ici, n'a eu ni douleurs rhumatismales, ni sciatique.

Une autre malade, également présentée par M. Hallopeau, conserve, à la suite d'une poussée généralisée d'urticaire, un œdème également généralisé, dur, d'aspect polysarcique. Il pourrait bien s'agir, là encore, d'une lésion intermédiaire entre l'œdème et le lipome, et cette malade pourrait bien rester purement et simplement une polysarcique. Ce serait, si l'on veut, de la lipomatose diffuse polysarcique.

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

Étude médico-légale sur la révélation punissable. L'article 378 du Code pénal.

Par le docteur Edmond METZQUER (de Montbozon),
Médecin des Chemins de fer Paris-Lyon-Méditerranée, licencié en droit.

Hommage à mon cher et savant maître, M. Tourdes, ancien professeur de médecine légale aux Facultés de Strasbourg et Nancy, doyen honoraire de la Faculté.

I

« Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens et les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires par état ou profession des secrets qu'on leur confie, qui, *hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs*, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois, et d'une amende de 100 à 500 francs. » (C. P., art. 378.)

Ce texte est-il clair ? Est-il fait pour ou contre nous ?

D'après certains jurisconsultes, et entre autres M. Muteau, l'article 378 est d'une précision et d'une évidence ne laissant place à aucune divergence d'interprétation : « Peut-il exister, dit M. le Conseiller à la Cour de Dijon, sur un principe de droit et sur la sanction des devoirs qu'il impose, un texte à la fois plus clair et plus inflexible? » J'avoue que je ne retrouve ni cette clarté ni cette évidence. La place occupée par l'article, son texte lui-même peuvent présenter de sérieuses difficultés dans l'interprétation. En fait, les controverses nombreuses et passionnées, auxquelles il a donné lieu, prouvent la variété des opinions sur ce point, et éloignent l'idée d'évidence. On ne conteste pas le principe général ; la difficulté se présente dans l'application des cas particuliers.

Ces controverses tiennent, je l'ai dit, au rang occupé par l'article 378 et aux expressions employées pour sa rédaction. Placé dans le chapitre « Injures et calomnies », délits pour lesquels l'intention de nuire est un élément constitutif, on se demande si la divulgation doit, pour devenir délictueuse, être assortie de l'intention. Un grand nombre d'arrêts de cassation, antérieurs à 1885, exigeaient formellement cette condition. Telle était la jurisprudence de certaines cours et particulièrement de la Cour de Caen (arrêt du 6 mai 1874). La Cour suprême, dans l'affaire Wattelet, est revenue sur sa jurisprudence, et, dans son arrêt du 18 décembre 1885, admet que le délit peut exister sans intention de nuire.

Les auteurs sont, comme la jurisprudence, très divisés sur ce point. Tandis que MM. Brouardel, Lavaux et Muteau ne tiennent nullement compte de l'élément intentionnel ; au contraire, MM. Tourdes, Legrand du Saulle, Dalloz, Briant et Chaudé, lui font jouer le rôle capital dans la constitution de la culpabilité. La place occupée dans le Code par l'article 378, intercalé dans des délits, exigeant tous l'intention pour devenir punissables, est une première cause d'obscurité dans l'explication du texte, et partant, de controverse.

La lettre même de l'article, par les expressions dont le législateur s'est servi, prête, elle aussi, à la discussion.

Auteurs et jurisprudence sont loin de s'entendre. On discute sur les mots : *secret, confié, révélé*. Ainsi, en jurisprudence, dans l'arrêt du 16 septembre 1843, la Cour de cassation admet que le silence *sur toutes choses* est imposé aux médecins ; qu'il leur est défendu de *rien* révéler. Tandis que dans l'arrêt du 26 juillet 1845 de la même Cour, il est établi que le médecin n'est dispensé de révéler à la justice que des faits confidentiels par leur nature, ou devenus tels par la volonté des parties. La première définition du mot secret est *large* dans l'arrêt de 1843 : toute chose confiée est secret. Au contraire, la définition du mot secret ne s'applique qu'à des faits confidentiels par leur nature ou par la volonté des parties dans le jugement de 1845.

En théorie, même désaccord. Les uns considèrent comme secret, toute parole ou tout fait venu à la connaissance du médecin par ou à l'occasion de l'exercice de sa profession. Pour d'autres, au contraire, un texte pénal doit être interprété « strictissimo sensu » : le législateur n'a eu en vue, comme délit punissable, que la révélation de faits *secrets de leur* NATURE et CONFIÉS au médecin, faits dont la divulgation porterait préjudice au malade, soit dans son honneur, soit dans ses biens.

Les discussions auxquelles l'article 378 a prêté ; la place qu'il occupe ; les expressions vagues et par conséquent discutables, dont le législateur s'est servi, m'empêchent d'accepter l'interprétation de M. Muteau.

Le texte, loin d'être net, est ambigu ; prête à la discussion ; limite mal nos devoirs ; expose à des poursuites imprévues et rendrait, s'il était appliqué strictement, l'exercice de la médecine, sinon impossible, au moins très difficile. Or, le législateur n'a pas voulu faire de notre profession un art impraticable.

Le texte n'indique pas même, dans une énumération limitative, les personnes qui peuvent être atteintes et punies pour révélation délictueuse. La préoccupation du législateur paraît être dirigée uniquement contre les indiscrétions du médecin : ce sont eux qui sont visés directement et nominativement.

Les autres dépositaires de secrets, tout aussi sacrés, ne sont pas désignés. Nous ne les connaissons que par les arrêts des différentes Cours, ayant statué dans des cas litigieux (prêtres, avocats, avoués, notaires, agents de change, magistrats, huissiers, greffiers, agents des postes, tuteurs, curateurs ou conseils judiciaires) ; on a discuté la question des aides, des étudiants en médecine, des infirmiers ; celle des professions accessoires ; les dentistes auxquels la loi du 1er décembre 1892, sur l'exercice de la médecine (titre II, art. 2), fait une position régulière.

D'après quelques auteurs, la loi, ne contenant pas une énumération limitative, laisse aux juges un pouvoir d'appréciation. Je ne le crois pas. Rien, ni dans le texte, ni dans les discussions préliminaires, ne l'indique. Ce serait, d'ailleurs, une exception à la règle suivie en droit pénal, où tout est prévu, où le délit est toujours très bien spécifié et où sont indiquées, avec soin, les circonstances atténuantes et aggravantes de la faute résultant de la qualité du délinquant. En droit pénal, le pouvoir d'appréciation porte sur le degré de la peine à appliquer. Telles ou telles circonstances peuvent aggraver ou diminuer la responsabilité criminelle.

Dans l'article 378, le juge a le droit de varier la peine entre un mois et six mois de prison, 100 ou 500 francs d'amende. Bien plus, l'article 463 lui permet d'appliquer l'une de ces deux peines seulement. Mais, je le répète, le législateur, en se servant de ces expressions « ou toute autre personne dépositaire par état ou profession des se-

crets qu'on leur confie », n'a pas voulu donner aux magistrats un pouvoir d'appréciation, qui serait exorbitant, mais il a reculé devant une liste limitative qu'il ne pouvait pas établir.

Je résume ce premier point : *En fait*, la rédaction de l'article 378 a donné lieu à d'interminables discussions. *En droit*, le législateur, par la place qu'il lui a donnée dans le Code, semble exiger l'intention de nuire, comme élément constitutif du délit. Par des expressions vagues, il a prêté à des controverses. Par une énumération incomplète des personnes visées en ce texte, il a paru donner aux juges un pouvoir d'appréciation, qui dérogerait à tous les principes du droit pénal où le délit est prévu, indiqué, et où rien n'est laissé à l'arbitraire.

Que conclure de ce premier point? Cette rédaction défectueuse demande une modification, une revision de l'article.

Nos confrères, investis du mandat législatif, pourraient, devraient en prendre l'initiative. Ce qui a retardé cette réforme d'un article suranné dans sa lettre et qui devrait l'être même dans son esprit, si chacun avait conscience de sa dignité professionnelle, ce qui a retardé cette réforme, dis-je, c'est que la plupart de nos confrères voient, en l'article 378, un droit. Il est fait *pour* nous, dit-on, et non *contre* nous. Cette idée est absolument fausse, et c'est le second point à élucider en cette étude préliminaire.

II

Le législateur de 1810 a édicté *contre* nous une prohibition et une prohibition sévère. Jamais il n'a pensé à nous conférer un privilège. Il nous suspecte, comme il nous a suspectés en l'article 909 (C. C.), lorsque, nous mettant hors la loi, il nous a déclarés inhabiles à succéder à nos clients, à moins de parenté au quatrième degré inclusivement. Il n'est pas difficile de trouver de bonnes raisons pour soutenir cette appréciation. J'en ferai valoir deux seulement :

1° Le Code pénal n'est *jamais* constitutif de *droits*, mais il édicte *toujours des prohibitions*.

2° La discussion préliminaire du Code, où différents orateurs parlent tour à tour des secrets des familles divulgués par l'indiscrétion des confidents qui, loin d'être bienfaisants et consolateurs, se sont changés en traîtres, cette discussion, dis-je, fait éclater avec évidence et l'esprit et les tendances dans lesquels est conçu l'article. Qui pourrait conserver des doutes, après la lecture de ce passage : « Combien ne voit-on pas de personnes, dépositaires de secrets dus à leur état, sacrifier leur devoir à leur causticité; se jouer des sujets les plus graves; alimenter la malignité par des révélations indécentes, des anecdotes scandaleuses, et déverser ainsi la honte sur des individus, en portant la désolation dans les familles. »

Tous les orateurs (Faure et Montseignat entre autres), ayant parlé dans la discussion préparatoire, l'ont fait en ce sens. Nous ne retrouvons pas un mot nous laissant croire qu'on a pensé, un seul instant, à nous conférer un droit.

Mais ce droit ne pourrait-il pas exister en fait? Ce qui tendrait à le faire croire, c'est qu'interrogés par la justice, nous pouvons nous retrancher derrière notre profession et refuser de parler. Et pourtant, ici encore, je ne trouve pas un droit. Car c'est précisément en invoquant la prohibition que nous pouvons garder le silence. Pourquoi supposer un prétendu droit pour nous taire, lorsque la loi nous défend expressément de parler, sous peine de prison et d'amende?

En résumé, l'article 378 édicte une prohibition et ne constitue pas pour nous un droit ou une dispense. Tout nous l'indique. Nous en trouvons plus particulièrement la preuve dans ce fait, que le Code pénal n'est pas constitutif de droits, et dans la lecture des discussions préliminaires du Code, où chacun des orateurs n'a eu en vue que nos indiscrétions.

III

Après avoir montré que le texte est obscur, qu'il est établi contre nous, demandons-nous quelles doivent être son étendue et sa portée. Le secret *imposé* est-il absolu, est-il, au contraire, relatif? Si nous recherchons, en parcourant les ouvrages traitant ce point spécial, les éléments pour nous former une opinion, nous trouverons des partisans convaincus des deux doctrines.

La théorie du secret absolu est ancienne : c'est celle des théologiens, des casuistes, reconnaissant en cela, comme chef, saint Thomas : « C'est, disent-ils, un droit naturel, supérieur à tous commandements et devant faire taire tout ordre reçu. » C'était, d'ailleurs, l'opinion des légistes romains. Farinacius disait : « Sacerdos non potest delicta commissa per confitentem revelare etiam quot sint atrocissima. » C'était l'avis de Ranchin et, d'après Frend, le secret médical doit être aussi rigoureusement gardé que le secret religieux. La raison de cette assimilation tiendrait peut-être à ce que, pendant longtemps, les médecins ont été prêtres et investis des deux caractères. Verdier partage la même opinion.

En médecine, cette doctrine a eu et a encore de savants défenseurs. La Faculté de Paris, dans un de ses statuts de l'an 1600, érige en dogme le secret, sans ombre de restriction : « Ægrotorum arcana, visa, audita, intellecta, eliminet nemo. » Cette doctrine, séduisante en théorie, élève notre profession à la hauteur d'un sacerdoce. Mais quelles difficultés dans l'application! Pourtant elle est admise, mais surtout au point de vue déontologique, par MM. Tourdes, Brouardel, Muteau et Lavaux.

En lisant avec attention les anciens, il est aisé de voir que presque tous n'ont demandé aux médecins qu'un secret relatif. La déclaration du vieillard de Cos contient elle-même une restriction : « Ἃ μὴ χρὴ πότε ἐκλαλέεσθαι ἔξω. » Ce que je verrai ou entendrai, dans l'exercice de ma profession et *qui ne devra pas être divulgué, je le tairai.* Les statuts mêmes de la Faculté de Paris, cités plus haut, en apparence si nets, si formels, font une exception pour la révélation des indices des crimes. Ranchin exprime ainsi son opinion : « Medici qui corporis morbis medentur, eos qui corpori sui afficiuntur, non debent, *si patefacere eos non expediat*, propalare. » La restriction est encore ici évidente. Dans le moyen âge ceux qui ont laissé leur avis sur la question admettent tous le secret relatif.

Enfin, il y a eu même des restrictions légales parues sous forme d'édits ou de lois. L'article 103 du Code pénal, aujourd'hui abrogé, imposait au médecin l'obligation de révéler les crimes commis contre la sûreté de l'État. Les articles 106 et 107 du même code stipulaient les cas d'excuse, lorsqu'il y a parenté entre le coupable et celui qui aurait dû dénoncer, et n'admettaient pas, comme excuse, le fait de la non-approbation du crime ou de la dissuasion de l'exécuter.

Sans remonter à l'édit de Colbert, en 1666, nous trouvons

l'ordonnance de 1778, celle de ventôse an XI, de 1805, d'avril 1806. La préoccupation des gouvernements autocratiques ou démocratiques a été de faire plier l'intérêt individuel et même la sainteté et l'inviolabilité du secret devant l'intérêt social, comme l'article 378 le faisait plier devant la raison d'État. Dans le même esprit est conçu l'article 30 du Code d'Instruction criminelle, reproduction maladroite de l'article 87 de la loi du 3 brumaire an IV. Ce dernier texte n'édicte pas de sanction. Le législateur de 1808 n'en a pas attaché plus à la violation du devoir qu'il impose.

Depuis, des ordonnances ou des décrets ont consacré des exceptions au secret et même des déclarations obligatoires, en ce qui concerne les maladies infectieuses et épidémiques. Ces règlements anciens et récents ont été renouvelés à l'occasion du choléra. L'article 15 de la loi du 30 novembre 1892 nous *impose l'obligation* de révéler à l'autorité publique les cas de maladies *épidémiques* tombées sous notre observation. Sa sanction se trouve dans l'article 21 de la même loi (amende de 50 à 200 francs).

Je me hâte de sortir de textes ayant certainement leur utilité, mais dont l'énumération trop longue serait fastidieuse.

De tout ce qui précède, il ressort que les uns admettent en médecine le secret absolu, les autres le secret relatif.

Avant d'exprimer une opinion personnelle, je dois rappeler le but que je me propose en analysant l'article 378. Je n'ai pas à rechercher ici ce que la déontologie nous commande de faire, quelle doit être au point de vue de la morale notre règle de conduite : je n'hésite pas à dire que nous *devons* nous taire. Mon but est de définir nettement ce que nous *pouvons* faire ; jusqu'où nous pouvons aller sans tomber sous le coup de la loi pénale et sans nous exposer aux poursuites des parquets.

Cela posé, je me rangerais volontiers à la seconde opinion. Je crois l'*obligation* au secret relative. J'ai à invoquer, pour justifier ma manière de voir, des raisons directes et un argument indirect. Les premières vont être développées dans le cours de cette étude. Le second peut se formuler ainsi : Le secret absolu est impraticable. En effet, que se passe-t-il chaque jour ? Tous, nous disons, à la famille, aux amis, quelquefois même à des étrangers nous interrogeant par curiosité : Tel malade a une fluxion de poitrine, tel autre, une luxation. Si les parquets devaient poursuivre pareilles indiscrétions, ils n'y suffiraient pas. Mais je crois même qu'il serait parfois inhumain, et en tous cas peu pratique, de demander au médecin le secret pour telles maladies. Nous avons besoin souvent, pour obtenir des soins plus intelligents et plus empressés, de révéler notre diagnostic. Ce fait est si bien connu, si bien passé dans la pratique que l'on ne manque jamais de nous interroger et nous répondons toujours : je parle, bien entendu, des maladies banales, *non secrètes par nature*. Si, par hasard, nous nous taisons ou si nous donnons une réponse évasive, on ne nous fait pas l'honneur de nous croire discrets, on nous taxe d'ignorants. De là à la défiance, il y a un pas, vite franchi. On suit mal les prescriptions d'un médecin inspirant peu de confiance. Enfin, nous pouvons porter à notre malade un préjudice en voulant garder un soi-disant secret, qui, le plus souvent, n'en est pas un.

A un autre point de vue, il me paraît difficile de ne pas avertir la famille de la gravité de l'affection, dont un des siens est atteint. Des intérêts pécuniaires très importants peuvent être en jeu. Plus la situation sera sérieuse, plus la famille pressera le médecin pour connaître son diagnostic.

La *pratique* du secret absolu est donc très difficile, mais en *théorie* même il n'est pas toujours facile d'y plier tous les cas. Un des ouvrages très estimés, traitant du secret en médecine, est la thèse de M. Lavaux, médecin doublé d'un jurisconsulte, esprit sérieux, intelligent et très sympathique. M. Lavaux se donne et est regardé comme un partisan du secret *absolu*. Il commence ainsi son travail : « Le silence du médecin, sur *tout* ce qu'il a vu, entendu, compris, en remplissant ses fonctions auprès de ses malades, doit être *entier*, *absolu* et SANS OMBRE DE RESTRICTION ! »

Ainsi donc, pas de doute possible. C'est bien le secret absolu dans toute sa rigueur. Et, cependant, pages 8 et 9, M. Lavaux nous fait l'étonnante déclaration que je transcris textuellement : « Toutefois, peut-il exister une règle générale de conduite pour tous les cas que nous aurons à examiner ? NOUS NE LE PENSONS PAS ! En effet, le médecin peut parfaitement voir ou comprendre, dans l'intérieur d'une famille, des choses qui, non seulement, ne lui ont pas été confiées mais qu'on cherche à lui cacher. Appelé pour soigner une indigestion, il peut reconnaître un empoisonnement. IL EST DONC IMPOSSIBLE DE PRESCRIRE AU MÉDECIN LE SILENCE ABSOLU ! »

Puis, plus loin, à propos de la lettre, écrite le 17 décembre 1824, à Pierquin, par Lamennais, M. Lavaux ajoute : « Nous ADMETTONS PARFAITEMENT la DISTINCTION établie par Lamennais. » Or, dans cette lettre, Lamennais affirme que, en quelques cas, non seulement le médecin *peut* révéler ce qu'il sait, mais qu'il le *doit*. Nous voilà loin du rigorisme absolu de la première phrase, et de l'épigraphe du travail de M. Lavaux : « Ægrotorum arcana, audita, visa, intellecta eliminet nemo. »

Il faut donc reconnaître au médecin le droit de parler en certains cas. Quels sont-ils ? A mon avis, nous pouvons, sans tomber sous le coup de la loi *pénale*, révéler tout ce qui n'est pas secret *par nature*.

La diversité des opinions vient de ce qu'on ne s'entend pas sur le mot secret. Déjà, en 1884, le 12 mai, M. Horteloup, conseiller à la Cour de Paris, disait : « Je crois que les médecins se trompent sur ce qu'il faut entendre par secret médical. En tous cas, toutes les fois qu'un médecin est délié par son client du secret médical, il lui nuit s'il s'obstine à garder le silence. »

Le secret médical est donc la discrétion imposée au médecin, sur des faits cachés, connus par lui dans l'exercice de sa profession et dont la divulgation porterait préjudice au malade, soit dans son honneur, soit dans ses biens. Le caractère préjudiciable de l'acte est, à mon avis, un élément essentiel de culpabilité.

M. le conseiller Tanon s'exprime ainsi : « Que si on voulait prendre en considération, dans quelque mesure, le caractère préjudiciable de l'acte, on le trouverait encore ici (affaire Wattelet). Si, en effet, le docteur Wattelet a agi dans un but personnel d'intérêt ou de défense, et s'il n'a pas eu l'intention directe de nuire, il n'en a pas moins eu la conscience du préjudice que son acte pouvait occasionner et cette conscience du préjudice individuel ou social d'une action prévue par la loi pénale *suffirait, dans ce cas, à caractériser l'intention coupable.* »

Avec ces données, nous pouvons établir les éléments constitutifs du délit de divulgation.

Pour que la révélation soit délictueuse, il faut :

1° Que le médecin ait connu, en exerçant ses fonctions,

ou reçu en communication, une chose cachée pour le vulgaire, un secret ;

2° Qu'il tienne cette découverte ou cette confidence de sa profession ;

3° Qu'il ait été consulté, non comme expert, mais comme médecin ;

4° Que l'acte porte au malade un préjudice matériel ou moral et que la divulgation soit faite *avec conscience* de ce préjudice.

IV

1° Le médecin ne peut révéler, sans commettre un délit, un fait dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions et caché pour le vulgaire. Tel est le premier élément du délit. J'appelle fait caché pour le vulgaire celui auquel la révélation du médecin ajoute quelque chose, ne ferait-elle que transformer en chose certaine un fait livré à la controverse. Supposons le cas d'un cancer de la face. Cette affection, visible pour chacun, ne pourrait être divulguée par le médecin *traitant*. M. le conseiller Tanon en indique d'ailleurs excellemment le motif : « Quelle que soit cette notoriété, dit le rapporteur, le témoignage du dépositaire du secret viendra toujours y ajouter quelque chose. Il transformera toujours en un fait certain et avéré, ce qui n'a été jusqu'alors qu'un fait peut-être divulgué, mais livré à la controverse. »

2° Il faut, de plus, que le médecin tienne cette découverte ou cette confidence de sa profession, exercée auprès du confident. Ainsi, en passant dans la rue, je rencontre une personne inconnue, atteinte de gibbosité très apparente et je dis : « Cet homme a une carie des vertèbres. » Je fais une révélation ; je parle imprudemment, je puis même, par cette parole, porter préjudice à cette personne. Mais tomberai-je, de ce fait, sous le coup de l'article 378? Non certes. Je suis pourtant médecin ; j'agis ici comme tel. Mais je n'ai pas reçu de confidence, cet homme n'est pas venu à moi, il n'a pas livré son corps à mon examen. Il ne peut m'astreindre au silence, je ne lui dois rien. Loin de moi la pensée de dire qu'un tel acte ne serait pas blâmable. Mais il ne peut être réprimé correctionnellement. Si le médecin n'a rien à craindre des rigueurs de l'article 378 (C. P.), il n'en est pas de même de l'action civile qui, je crois, dans ce cas, peut lui être intentée en vertu de l'article 1382 (C. C.), en réparation du préjudice causé. Les juges regarderaient sans doute, comme circonstance aggravante, la qualité de l'offenseur. Mais le parquet ne pourrait mettre en jeu l'action pénale.

3° Le médecin doit avoir été consulté comme *medicus familiaris* et non comme expert. La raison en est que le malade, se livrant à l'expert, ne peut pas attendre de lui le secret. Il se soumet à son examen pour qu'il parle, et le relève tacitement du secret.

4° Enfin pour qu'il y ait délit, il faut que la divulgation soit de nature à causer un préjudice matériel ou moral à celui qui en est victime et *soit faite avec conscience de ce préjudice*.

Si, par exemple, questionné sur l'état de santé d'un de mes clients, je me borne à dire que tous ses organes sont en état de santé parfaite, j'ai fait une révélation. Cette personne a livré son corps à mon examen, elle avait droit au secret. Mais cette divulgation ne lui est pas dommageable ; il n'y a partant pas délit. Et ici encore le confident n'aurait pas à craindre les poursuites des parquets. Mais hâtons-nous de dire que la révélation doit s'arrêter là. Si nous ajoutions, je suppose, qu'un de ses ascendants a été moins robuste, nous aurions fait une divulgation dommageable, il y aurait violation du secret.

On fait ici une grave objection et on raisonne ainsi : il n'est pas nécessaire, en général, pour que le délit existe, qu'il y ait préjudice causé ; il suffit de l'intention. Un malfaiteur tente de pénétrer chez vous pendant la nuit, il est entravé par un obstacle matériel. Un voleur, embusqué sur votre passage, vous tire un coup de revolver et ne vous atteint pas. Dans ces deux cas, il n'y a pas de préjudice causé et pourtant le délit existe : l'action pénale aura son cours. Sans prendre parti, je fais remarquer la différence entre les deux cas. En ce qui touche le délit de révélation, l'intention ne peut pas exister sans le préjudice causé. Intention et préjudice sont liés l'un à l'autre. Aussitôt que le confident a montré son intention de révéler, à ce moment-là même, il a accompli l'acte et porté préjudice. Chez le voleur, pour reprendre notre exemple, la culpabilité commence au moment où la volonté de commettre le crime est manifestée extérieurement ; c'est au moment de la tentative, mais le crime peut ne pas être commis. Il peut y avoir intervalle entre la tentative et l'exécution, la loi les punit toutes deux. L'intention ne suffit pas à la constitution de la culpabilité ; il faut un commencement d'exécution. Cette question délicate se présente à propos des tentatives d'empoisonnement. Il n'en est plus de même dans la révélation : la tentative se confond avec l'exécution ou plutôt il n'y a pas tentative, il y a toujours exécution.

V

Reste à résoudre deux grands problèmes qui priment toute la question du secret médical au point de vue pénal :

1° Pour qu'il y ait délit punissable, faut-il que l'intention de nuire existe ? L'intention est-elle un élément constitutif du délit?

2° Le déposant a-t-il le droit de relever le dépositaire de l'obligation au secret ? Pouvons-nous parler si la personne qui nous a livré le secret nous y autorise ? Je ne dis pas, et à dessein, le dépositaire peut-il nous faire parler? Non, jamais. La prohibition est toujours un rempart qui nous assure protection efficace. C'est ce que l'on a confondu avec notre prétendu privilège.

Donc, relevés de l'obligation au secret par le déposant, estimant que notre conscience nous autorise à parler, pouvons-nous le faire sans crainte de l'article 378 ? Ces deux questions sont capitales.

1° *De l'intention.* — On peut définir l'intention de nuire : la volonté de violer sciemment la loi. Un des grands arguments, invoqué par ceux qui exigent l'intention de nuire pour établir la faute délictueuse, est la place occupée par l'article 378. Certains légistes ont même soutenu qu'aucun délit n'est classé comme punissable, s'il n'est accompagné du dessein de nuire. Il faut pourtant en excepter les délits contraventionnels, tels que : homicide par imprudence, délits de chasse, usage de timbres oblitérés, etc., limitativement désignés par la loi. On a répondu à cet argument que la classification adoptée par le législateur ne fait pas toujours présumer l'esprit dans lequel les textes ont été rédigés. Combien ne rencontre-t-on pas d'articles à une place qu'ils ne devraient pas occuper, soit en droit civil,

tel l'article 249, surtout en droit administratif et même en droit pénal?

Le seul fait d'avoir révélé le secret constitue un acte punissable, car son auteur méconnaît la loi et se met au-dessus des prescriptions de l'article 378. Il n'est donc pas besoin qu'on relève contre lui le dessein coupable, il suffit qu'il y ait eu violation du dépôt reçu, pour quelque motif que ce soit, fût-ce même pour rendre service au client. Ainsi raisonnent les partisans du secret absolu.

Entre ces deux opinions extrêmes, il s'en est établi une que l'on formule ainsi : la révélation porte atteinte au crédit, à l'honneur du déposant ou de sa famille. Or, en pareille matière, la mauvaise foi du délinquant est toujours présumée. C'est à lui à justifier qu'elle n'existe pas.

Cette opinion intermédiaire ne me paraît pas soutenable en droit pénal. Il peut se faire que la preuve de la bonne foi diminue la culpabilité, elle ne la supprime pas. Le législateur a laissé aux juges, sur ce point, une certaine latitude dans la gravité des peines et même la ressource de l'article 463 (C. P.) qui, en admettant l'inculpé au bénéfice des circonstances atténuantes, permet aux magistrats de substituer l'amende à l'emprisonnement. Ce sont précisément ces cas où le délinquant argue de sa bonne foi, où cette dernière ressort même d'une façon nette pour le juge, ce sont ces cas, dis-je, peu répréhensibles en somme, qui exigent une punition moins forte et justifient l'échelle des peines établie par le législateur.

Ainsi donc, rejetant cette doctrine du juste milieu, nous laissons en présence les deux opinions diamétralement opposées : 1° le dessein de nuire est un élément essentiel et indispensable à la constitution du délit; 2° la culpabilité existe, bien que l'intention de nuire ne puisse être relevée contre le révélateur.

Aux deux systèmes se rattachent des médecins et des légistes d'une grande valeur. Au premier, Hémar, Chauveau, Faustin-Hélie, Legrand du Saulle et M. le professeur Tourdes. Au second, MM. Rauter et Cubain, Rossi, Muteau et M. le professeur Brouardel.

La jurisprudence, jusqu'en 1885, était nettement favorable au premier système. Sans remonter bien haut, et pour ne pas accumuler des arrêts, je me contenterai de citer celui de cassation du 23 juillet 1830 et celui de la Cour de Caen du 6 mai 1874, aux termes duquel quatre conditions sont nécessaires pour constituer le délit punissable : 1° secret confié; 2° obligation par état, pour le dépositaire, de garder le secret; 3° violation du secret; 4° *intention mauvaise*.

Le 18 décembre 1885, dans l'affaire Wattelet, la Cour de cassation a jugé que le délit est constitué et partant punissable, même sans l'intention. Je ne transcrirai pas les considérants connus de chacun. Le rapport remarquable de M. le conseiller Tanon semble alors ouvrir un champ nouveau d'application à l'article 378.

A laquelle des deux opinions devons-nous nous rallier? L'une invoquant et la place occupée par l'article et l'esprit dans lequel furent engagées les discussions préliminaires du Code. En effet, M. Faure, orateur du gouvernement, ne fait entrer dans la catégorie des délits que les révélations qui, souvent, ne tendent à rien moins qu'à compromettre la réputation de la personne dont le secret est trahi.

Montseignat parle des révélations qui sont faites par plaisanterie ou causticité et, par conséquent, avec dessein de nuire.

Cette opinion a été appuyée par la jurisprudence et les arrêts de la Cour suprême jusqu'en 1885.

L'autre théorie dénie à l'intention de nuire le rôle de cause dans la constitution du délit et reconnaît que celui-ci existe par le seul fait que la loi est sciemment violée. Cette opinion est fortifiée par l'arrêt de 1885.

Avec M. Muteau (1) et M. de Pastoret (2), je crois qu'il n'y a pas délit sans l'intention ou la volonté de le commettre. *Mais si le confident* SAIT *qu'il viole la loi, cette intention existe.* La meilleure preuve que le législateur l'entendait ainsi, c'est que la question d'intention a été retirée aux jurés par la loi de 1808. Cette puissante raison a été donnée par MM. Muteau et de Pastoret, par M. Le Sellyer, dans son *Traité de la criminalité*. Elle a été indiquée par Faure dans l'exposé et la discussion des motifs du Code d'instruction criminelle et développée au Corps législatif par Riboud, dans la discussion sur le même Code. Enfin, M. le conseiller Tanon, dans son remarquable rapport, après avoir montré que le législateur ne fait aucune distinction entre les révélations, selon l'intention qui les a dictées, ajoute : « Le docteur Wattelet n'en a pas moins eu la *conscience* du préjudice que son acte pouvait occasionner et cette conscience, du préjudice individuel ou social d'une action prévue par la loi pénale, suffirait ,dans le cas, à caractériser l'intention coupable. »

Dans cette phrase, se trouve la clef de voûte de la question. Oui, il faut le dessein de nuire; car, en réalité, le délit n'est pas constitué s'il n'y a pas intention ou volonté de le commettre. Mais le révélateur sait-il qu'il viole la loi, ce fait seul fait naître l'intention. Toutes les fois que le confident a eu *conscience* du préjudice que son acte pouvait causer, il tombe sous le coup de la loi. La révélation est-elle faite avec connaissance, la culpabilité existe. Ce n'est, d'une façon absolue, ni la doctrine de MM. Faustin-Hélie, Hémar, Legrand du Saulle et Tourdes, ni celle de Rauter et Rossi, c'est celle de la Cour suprême indiquée dans le rapport de M. Tanon.

2° Le dépositaire peut-il être relevé de l'obligation au secret par le déposant?

A première vue, cette question paraît des plus simples. Il n'en est pas, en réalité, de plus complexe et de plus importante.

Comment, dira-t-on, le déposant, qui est maître de son secret, n'aurait-il pas le droit d'autoriser celui à qui il a fait une confidence à la divulguer — et cela surtout, c'est le cas que nous admettons d'abord, si cette confidence n'intéresse que lui? Il peut bien lui-même divulguer ce secret, le rendre public; pourquoi ne pourrait-il pas transmettre au confident le droit qu'il possède? Cette manière de voir est celle de presque tous les auteurs, excepté M. Muteau. M. Brouardel, partisan du secret absolu, dont l'étude remarquable est faite surtout au point de vue déontologique, paraît même se départir un peu, sur ce point, de son rigorisme. En effet, page 55, je lis : « Le consentement de la personne qui a confié le secret peut autoriser le médecin à le révéler. »

Au point de vue pénal, je crois que le confident peut, avec l'autorisation du déposant, révéler le secret, sans tomber sous le coup de l'article 378, si cette confidence n'intéresse que celui qui l'en a relevé. En effet, le texte qui nous lie est ainsi conçu : « Tout médecin, dépositaire de

(1) MUTEAU. *Secret professionnel*, p. 83.
(2) DE PASTORET. *Traité des lois pénales*, vol. II, p. 136.

secrets qu'on lui *confie*, qui aura *révélé* ces secrets, sera puni, etc. »

Déterminons d'abord la nature du contrat formé, nous répondrons à une objection ainsi formulée : La prohibition de l'article 378 est d'ordre social. Il y a dans le contrat qui intervient trois parties contractantes : le déposant, le dépositaire et, au-dessus de tous, la société. Le client peut permettre au médecin de parler, mais la société l'a-t-elle relevé de cette obligation au secret ?

Il n'y a, au moment de la formation du contrat tacite, lors de la confidence du client à son médecin, que deux parties contractantes : le dépositaire et le déposant. La société n'y prend nulle part. Et cependant la violation de ce contrat a une sanction sociale. Ce dépôt « est muni d'une action », comme on dit en droit romain. Mais *à quel* MOMENT cette action peut-elle entrer en jeu ? Elle ne s'exerce qu'au cas où il y a divulgation, violation du secret confié. Or peut-on dire qu'il y a violation du secret, si on le révèle de l'assentiment, d'après la volonté, le désir même de celui qui l'a confié ? Nullement. L'action publique ici n'a pas de raison d'être; on ne retrouve aucune des conditions de son exercice. Il n'y a plus de secrets, puisqu'il n'y a rien de confié : il ne peut donc y avoir divulgation, par conséquent pas d'action sociale.

Certains légistes, comme nous l'avons dit plus haut, vont même plus loin et prétendent que le médecin a le *devoir* de parler. M. Horteloup, par exemple, exprimait et soutenait cette idée dans son discours à la Société de médecine légale en mai 1884.

On fait deux autres objections :

1° Lorsque le client nous relève du secret, sait-il toujours l'étendue de l'autorisation qu'il nous donne ? Connaît-il la vérité ? Et, s'il ne la sait qu'en partie, comment pourrait-il nous permettre de dire des choses qu'il ignore lui-même ? On a confondu, à mon avis, en ce cas, l'exercice du droit avec le droit lui-même. Peut-être notre client n'avait-il l'intention de nous délier du secret que pour ce qu'il en connaissait. Mais là n'est pas la question. A-t-il le *droit* de nous dégager de notre obligation ou ne l'a-t-il pas? Qu'importe au point de droit qu'il connaisse ou ignore la vérité tout entière ? Son intention et son droit sont choses distinctes. Le déposant doit toujours savoir qu'il s'expose, en nous autorisant à parler, à des révélations inattendues pour lui.

2° Mais la révélation est, en certains cas, préjudiciable au malade. Elle peut lui faire connaître une affection incurable qu'il ne soupçonnait pas. C'est possible. Mais ici encore il y a confusion entre l'effet de la révélation et le droit du déposant. Que l'effet soit funeste cela peut être ; que le *devoir* nous ordonne de nous taire, c'est mon avis. Mais en quoi toutes ces considérations limitent-elles le *droit* du déposant ? Enfin, pour consacrer une dérogation si grave aux principes généraux ; pour dépouiller le déposant, au profit de la société, de la propriété de son secret ; pour lui interdire de reprendre une confidence, il faudrait des textes formels. Où sont-ils? Où, dans les discussions préliminaires du Code, un orateur a-t-il abordé ce sujet? Et si on ne l'a pas fait, soit par omission, soit volontairement, qui nous autorise à sortir du droit commun ?

La confidence est un dépôt que nul ne peut garder, lorsqu'il est réclamé par celui qui l'a effectué.

Si le secret intéresse plusieurs personnes, la question est plus complexe. Pourtant, à mon avis, le confident peut parler avec l'autorisation de celui qui a confié le secret. Les personnes intéressées, si la révélation leur est dommageable, intenteront au révélateur une action civile (art. 1382, C. C.). Mais le parquet ne peut mettre en mouvement l'action pénale. En effet, l'exercice de celle-ci suppose violation du secret, or, à l'égard des tiers, il n'y a pas eu révélation ou violation de secrets puisque ces derniers n'ont rien confié.

Le pouvoir de parler, reconnu par nous, au dépositaire muni de l'autorisation du déposant, trouve un appui dans l'opinion des casuistes, d'hommes éminents et dans les jugements rendus.

1° On lit dans Jousse : « Le confesseur en matière de crimes peut et *doit* même révéler la confession, lorsqu'il en a reçu la permission de son pénitent. »

Farinac s'exprime ainsi : « Le confesseur peut demander au pénitent la permission de se servir de la connaissance qu'il a dans le tribunal pour une grande nécessité ou utilité concernant le bien spirituel du pénitent, s'il en accorde librement et expressément la permission; pourvu qu'il ne passe pas les bornes de son intention et qu'il n'y ait aucun scandale (1). »

Or, de l'avis de chacun, l'obligation du prêtre est plus stricte que celle du médecin. Je cite, à ce sujet, la lettre de Lamennais à Pierquin : « Le confesseur est tenu au secret par des motifs d'un ordre à part. Il n'est en rapport qu'avec la conscience. C'est un sanctuaire dont il ne sort pas. Le médecin a deux devoirs à remplir : l'un, envers le malade qui réclame ses soins, et l'autre, envers la société, dont il est, à cette occasion, le ministre; et, comme il n'est pas douteux, s'il doit avertir le magistrat lorsqu'une maladie présente, à ses yeux, des signes alarmants de contagion, combien n'est-il pas plus obligé de révéler ce qui menace non seulement la vie de quelques hommes, mais celle de la société (2) ! »

2° Opinion des jurisconsultes ou médecins légistes : MM. Dalloz pensent que le délit ne peut reposer que sur la violation du dépôt. Il ne peut plus être commis, dès que ce dépôt a été retiré par le déposant (3). Muyart de Vouglans, cité par M. Muteau, page 157, dit en parlant des confidents : « La loi ne veut pas qu'on puisse les contraindre à déposer dans des procès criminels, quoiqu'ils puissent être admis à le faire, lorsqu'ils y sont provoqués par ceux dont ils ont le secret. »

Rauter, dans le tome I de son *Traité de droit criminel*, affirme nettement que, si la personne, qui a confié le secret, a autorisé la révélation, il n'y a plus de délit.

MM. Chauveau et Faustin-Hélie, tout en admettant que le confident, relevé par le déposant, reste lié vis-à-vis de la société, affirment qu'il n'y a pas de délit. Cette obligation sans sanction me paraît chose contradictoire.

Enfin, mon cher et savant maître, M. le professeur Tourdes, s'exprime ainsi : « Le médecin n'encourt aucune responsabilité pour avoir révélé le secret dont il était dépositaire, lorsqu'il y est autorisé par la personne qui lui a confié ce secret. Cette provocation à parler le décharge de toute responsabilité pénale ou pécuniaire, dans le cas où le secret concerne uniquement la personne qui l'autorise à le révéler (4). »

---

(1) FARINAC. Quest. LI, n[os] 111 à 115.
(2) Lamennais à Pierquin, 17 déc. 1824.
(3) *Répertoire*, V. Révélation de secrets, n° 35.
(4) *Diction. encycl. des sc. méd.*, art. SECRET,

3° Jugement. Enfin, un jugement du Tribunal de la Seine, en date du 21 avril 1870, a reconnu que le médecin, autorisé à parler, ne commet pas un délit.

Ce jugement n'a pas été frappé d'appel.

VI

CONCLUSIONS. — De ce qui précède, je conclus :

1° L'étude analytique de l'article 378, comprenant une vue générale sur le secret professionnel *au point de vue pénal*, est indispensable à la solution des cas particuliers. Ceux-ci, en effet, se résolvent par l'application des principes que nous avons développés.

2° Le texte de la loi est obscur, ambigu. Il limite mal nos devoirs, nous expose à des poursuites imprévues et rendrait, s'il était appliqué rigoureusement, l'exercice de notre art très difficile. Son application rigoureuse serait souvent plus préjudiciable qu'utile aux malades eux-mêmes. Comme conséquence, nous devons souhaiter une revision de l'article 378.

3° Jamais le législateur n'a eu la pensée d'édicter, en notre faveur, une dispense ou un privilège. Mais il a pris, contre les médecins, spécialement désignés, des précautions en frappant par une prohibition sévère des indiscrétions qu'il n'a pas même définies.

4° Le secret, qui nous est *imposé* par le Code pénal, ne peut être qu'un secret relatif. En effet, le silence absolu est impraticable et n'est pas pratiqué. *En théorie*, on ne peut le justifier dans toute son étendue; *en fait*, les parquets n'ont jamais poursuivi que les révélations dommageables, portant un réel préjudice à la personne, soit dans son honneur, soit dans ses biens.

5° Plusieurs conditions doivent concourir pour la constitution de l'acte délictueux. Il doit y avoir secret, reçu par le médecin dans ou à l'occasion de l'exercice de sa profession, comme médecin et non comme expert. La divulgation doit avoir été faite par le confident, avec conscience du préjudice causé, et l'acte doit être préjudiciable au déposant du secret, soit matériellement, soit moralement.

6° La conscience du préjudice suffit à caractériser l'intention coupable.

7° Enfin, le déposant peut relever le dépositaire de l'obligation au secret.

Je dois, en terminant cette étude générale, faire remarquer combien la prohibition pénale a mal atteint le but que devait viser le législateur! Texte obscur, à craindre pour chacun; texte défectueux, favorable aux coupables. Combien surtout sa prohibition est moins étendue et moins digne que celle, toute morale il est vrai, de ce qui doit être notre loi : la Déontologie, le Devoir! car, *et je tiens à le dire*, si j'ai cherché à fixer le droit des parquets, si j'ai montré les imperfections de la lettre de l'article 378, si j'ai cherché à limiter l'obligation au secret, *sous le rapport pénal*, je suis, hors certains cas bien rares, très partisan, en déontologie, du secret absolu. Et je pense que si, grâce à des arguties de textes, dont les défauts disparaîtront prochainement, j'espère, le malhonnête homme, qui a fait une révélation, peut échapper à la vindicte, il n'échappe jamais aux remords de sa conscience.

MÉDECINE PRATIQUE

Un nouveau médicament : la tropacocaïne. — Il s'agit d'un nouvel agent d'anesthésie locale, dont l'expérimentation a été faite en Allemagne et en Angleterre. A en croire les notes qui nous viennent de l'étranger et les quelques expériences qui ont été faites en France, par quelques privilégiés, ce nouveau médicament doit remplacer la cocaïne à jamais.

Nous n'avons pas eu la bonne fortune d'expérimenter ce nouveau produit, mais nous ne pouvons nous empêcher d'accompagner de commentaires l'arrivée chez nous du nouvel anesthésique.

Tout d'abord, disons qu'il est difficile de se procurer la tropacocaïne : il faut recourir à la bienveillance d'un pharmacien, résidant de l'autre côté du Rhin. En deuxième lieu, que peut bien être au point de vue chimique cette tropacocaïne, dont l'effet serait analogue à l'action combinée de l'atropine et de la cocaïne? *A priori*, on croirait qu'il s'agit d'une combinaison de l'alcaloïde de la belladone avec celui de la coca. Erreur! cette tropacocaïne est un alcaloïde spécial, d'une certaine variété de coca et, d'après certaines analyses, ce serait *une benzoïlo-pseudo-tropéine!*

Nos connaissances en chimie sont trop limitées pour que nous puissions expliquer comment cette benzoïlo-pseudo-tropéine est devenue tropacocaïne; mais, il nous paraît difficile d'accepter, sans un contrôle plus sévère, les conclusions de certains expérimentateurs; et nous attendrons que la fabrication de ce nouveau produit soit plus connue, moins spécialisée pour y donner notre appui. Depuis quelque temps nous sommes inondés de produits en *ol* ou en *ine*, tous dérivés de déchets inutilisés de la distillation de la houille, tous produits ayant fait merveille à l'étranger, doués de propriétés thérapeutiques extraordinaires et qui, en réalité, ne sont que l'utilisation industrielle de résidus mal définis et, en général, d'odeur repoussante.

Il ne faut plus laisser s'acclimater, chez nous, cette mode qui consiste à croire sur parole les publications enthousiastes d'un produit étranger et de dénomination bizarre.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La sixième assemblée générale de l'Association médicale mutuelle a eu lieu dimanche 19 février, à deux heures et demie, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

L'Association compte aujourd'hui 230 sociétaires. Il y a eu cette année 39 nouvelles adhésions. Il n'a été enregistré que 607 jours de maladie.

L'avoir de l'Association, au 31 décembre 1892, est de 81 158 fr. 25 cent.

Cette Association continue donc sa marche prospère, et l'année qui vient de s'écouler confirme une fois de plus l'exactitude des prévisions de ses fondateurs.

— *Hôpitaux de Marseille.* — Un concours pour la nomination à une place de pharmacien-adjoint à l'hospice Sainte-Marguerite s'ouvrira le lundi 12 juin 1893, à trois heures précises, dans l'amphithéâtre des concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Le registre d'inscription sera clos le vendredi 2 juin 1893. — S'adresser au secrétariat général de l'Administration des hospices civils de Marseille.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — M. Thévenin (Léon-Paul) est nommé préparateur de thérapeutique.

— M. le professeur Albert Gaudry est nommé assesseur du directeur du Muséum.

— M. le docteur Meunier est nommé médecin-adjoint du lycée de Tours, en remplacement de M. le docteur Sainton, décédé.

— M. le docteur Michalowicz est élu membre du Conseil général, pour le canton de Noyant (Maine-et-Loire).

— L'Association syndicale professionnelle des médecins de la Seine vient d'ouvrir une souscription pour la veuve d'un de nos confrères qui reste, avec deux jeunes enfants, dans une situation des plus précaires.

On peut adresser sa souscription à M. le docteur Savornin, trésorier de l'Association syndicale, 118, rue de Flandre, à Paris.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Didion (de Nancy); P. Meynet, médecin honoraire des hôpitaux de Lyon; Morel, prosecteur de l'École de médecine de Caen; Orlet, médecin de l'état civil du XIIIe arrondissement de Paris.

— Le jeudi 23 février 1893, à cinq heures précises, M. Jean Dybowski fera, à la Société d'anthropologie, 15, rue de l'École-de-Médecine, une conférence sur les races et les mœurs des populations de l'Afrique centrale.

— La commune de Dampierre-sur-Salon (Haute-Saône) offre 1000 francs par an à un docteur médecin. Bonne clientèle.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On se rappelle la discussion qui a eu lieu, en août dernier, sur la lèpre. M. le professeur Leloir (de Lille), qui n'a pu y prendre part à cette époque, et dont on connaît les travaux sur ce sujet, vient de faire à l'Académie une communication que nous publierons *in extenso* dans un de nos prochains numéros. Bien que, le premier, et bien avant M. Zambaco pacha, M. Leloir ait émis cette opinion qu'il existe, en France, des malades atteints d'affections innommées rappelant la lèpre et qu'on pourrait se trouver en présence de vestiges de l'ancienne lèpre du moyen âge, il ne croit pas qu'on puisse encore l'affirmer d'une façon positive et, pour lui, cette théorie, si séduisante qu'elle soit, attend encore une démonstration scientifique. Personne mieux que le jeune et distingué professeur de Lille n'est à même de nous donner cette démonstration.

Sous ce titre : « L'outillage sanitaire de la ville de Paris », M. A.-J. Martin a fait connaître à l'Académie les moyens qui sont mis à la disposition de la ville pour combattre ou prévenir les maladies évitables, les services rendus, chaque jour, par les moyens de transports et les procédés de désinfection, enfin l'efficacité réelle de ces mesures énergiquement et opportunément appliquées, efficacité qui a pu être démontrée dans la dernière épidémie de choléra.

M. Le Dentu a communiqué deux cas d'anévrysmes du tronc brachio-céphalique et de la crosse de l'aorte, qu'il a traités par la ligature des grosses artères du cou. En se basant sur ces deux faits, rapprochés des cas déjà fort nombreux dans lesquels on a eu recours à la méthode de Brasdor ou de Wardrop, c'est-à-dire à la ligature périphérique des grosses artères du cou, M. Le Dentu croit pouvoir conclure qu'en présence des faits où le traitement médical échoue, il est indiqué de recourir à ces ligatures multiples portant sur les grosses artères du cou.

M. Ozenne a fait une intéressante communication sur le traitement de la tuberculose primitive des organes génitaux de l'homme par les injections de chlorure de zinc.

Signalons, enfin, une lecture de M. Pozzi sur les opérations conservatrices de l'ovaire. Il faut louer M. Pozzi de combattre cette tendance qu'ont beaucoup de chirurgiens, surtout à l'étranger, de faire peut-être un peu trop facilement le sacrifice total des deux ovaires.

L'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pathologie médicale. La liste de présentation a été dressée ainsi qu'il suit : en première ligne, M. Kelsch ; en deuxième ligne, M. Straus ; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Fernet, Joffroy, Landouzy et Rendu.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Jaccoud.

Un cas de cirrhose du foie.

L'affection dont est atteint le malade couché au n° 5 de la salle Jenner, est en apparence classique, vulgaire, banale. Ce n'est qu'après l'examen complet que l'on voit qu'il s'agit d'une forme de cirrhose exceptionnelle et d'un grand intérêt clinique.

Ce malade est un homme robuste de cinquante-trois ans. Il n'a aucun antécédent morbide, soit héréditaire, soit personnel. C'est seulement en octobre dernier qu'il s'aperçut que son ventre grossissait. Il s'en aperçut uniquement d'ailleurs parce que ses vêtements devenaient trop étroits, et sans qu'il éprouvât ni douleurs ni troubles de la santé générale. Ce gonflement augmenta lentement, progressivement. Le 20 décembre, la gêne mécanique devint telle que le malade dut s'aliter. Le 30, on fit une ponction qui évacua sept litres et demi de liquide. Mais quinze jours après, le ventre étant redevenu aussi gros, une nouvelle ponction fut nécessaire. La quantité de liquide évacuée fut, à peu de chose près, la même. Cette rapidité dans la reproduction du liquide est un fait fâcheux pour le pronostic, mais non un fait rare. La reproduction peut même être plus rapide encore. Un peu après cette deuxième ponction, ce malade aurait eu, du côté droit, une poussée pleurétique. Cette poussée fut légère et de courte durée. Quand trois semaines après, le 8 février, le malade se décidait à entrer à l'hôpital, son ventre ayant grossi de nouveau, il ne restait, comme trace de cette poussée, que quelques frottements aux bases sans aucun signe d'épanchement.

Mais à l'entrée, l'abdomen était de nouveau distendu, volumineux. La quantité d'épanchement ascitique pouvait encore s'élever à sept à huit litres. Elle ne dépassait pas ce chiffre, car il n'y avait ni le déplissement ombilical, ni les vergetures, ni la diminution de la sonorité intestinale qui

caractérisent les épanchements très abondants. Le paquet intestinal était bien refoulé en haut dans la région sus-ombilicale, mais sur une assez grande zone la sonorité persistait.

A l'inspection du ventre, un petit symptôme méritait d'appeler l'attention. Bien que le début apparent de la maladie remontât à plus de quatre mois, que le début réel fût certainement plus ancien encore, la circulation veineuse collatérale commençait à peine à s'ébaucher. Le peu de développement de cette circulation veineuse était intéressant, comme expliquant la rapidité de reproduction du liquide après les ponctions.

Un autre symptôme négatif était d'une importance capitale. Le malade n'avait pas trace d'ictère. Ni la peau ni les muqueuses n'offraient la coloration ictérique. Les matières fécales n'étaient pas décolorées. L'urine analysée ne renfermait pas de bile.

Les membres inférieurs étaient le siège d'un œdème assez considérable. Il n'est pas très rare de voir dans la cirrhose du foie cette coexistence de l'œdème et de l'ascite. Chez notre malade, l'ascite avait certainement, et de beaucoup, précédé l'œdème. L'œdème n'était apparu qu'un peu avant la première ponction. L'examen du cœur ne révélait d'ailleurs rien d'anormal. L'urine ne renfermait pas d'albumine et avait une composition normale. Si cette coexistence de l'œdème des membres inférieurs et de l'ascite est assez fréquente dans la cirrhose, la corrélation est parfois un peu difficile à préciser. On peut invoquer, pour expliquer l'œdème des membres inférieurs, quatre éventualités principales. La première est la compression de la veine-cave inférieure par le liquide de l'ascite. Mais cette compression ne se produit guère que dans des épanchements ascitiques très abondants et non dans des épanchements moyens comme chez notre malade. La seconde, dont nous avons eu, dans le service, des exemples et qui ne peut être vérifiée qu'à l'autopsie, est la compression de la veine-cave par des adénopathies mésentériques coexistant avec la cirrhose et plus ou moins indépendantes d'elles. La troisième, dont nous avons également rencontré des exemples, est la compression de la veine-cave par des fausses membranes péritonitiques. Les poussées de péritonites périhépatiques sont fréquentes dans la cirrhose. Leur évolution est souvent latente, apyrétique. Elles laissent des fausses membranes plus ou moins entrecroisées, plus ou moins diffuses, plus ou moins denses, plus ou moins infiltrées par le liquide de l'ascite. Chez notre malade, cette dernière hypothèse est d'autant plus vraisemblable que la poussée qu'il a eue du côté de la plèvre a dû être le retentissement de quelque poussée péritonéale. Une quatrième éventualité enfin est la production de coagulations veineuses pariétales qui s'observe parfois chez les cirrhotiques. Ces coagulations occupent quelquefois la veine-cave. Elles occupent plus souvent encore les veines iliaques dont elles rétrécissent le calibre. Vous voyez qu'il est bien difficile de se prononcer cliniquement entre ces diverses causes éventuelles de l'œdème des membres inférieurs.

Après ces explications sur l'origine de l'œdème, après ce résumé de l'histoire du malade, il semble qu'un diagnostic s'impose : cirrhose atrophique veineuse de Laënnec. Tout, dans cette histoire, est classique. Les renseignements étiologiques ne le sont pas moins. Ce malade n'a eu ni impaludisme, ni syphilis, ni lithiase biliaire. Bien qu'il soit doreur sur métaux, il n'a jamais été exposé à une intoxication mercurielle. Mais si ces causes rares de cirrhose nous manquent, la cause fréquente, l'alcoolisme, ne fait pas défaut. Depuis quelque vingt ans, ce malade boit chaque jour deux litres de vin, plusieurs absinthes, quelques apéritifs. Il ajoute d'ailleurs qu'il ne se grise jamais. Mais faites le compte de ces rations quotidiennes et voyez quelle quantité d'alcool et de mauvais alcool a dû passer par le foie.

Cherchons donc l'atrophie du foie. Contrairement à toute prévision, dès le premier examen, on constate que le foie est très gros, très gros de partout. Son bord inférieur déborde les fausses côtes de quatre travers de doigt. Il ne s'agit pas d'un simple abaissement du foie mais d'une hypertrophie, car la matité verticale sur la ligne mamelonnaire n'atteint pas moins de 17 centimètres. Le foie est régulier. Il est dur, d'une dureté lardacée sans bosselure. En saisissant entre le pouce et les doigts le bord inférieur qui déborde, on constate très nettement cette induration. En un mot, comme volume, comme consistance, c'est le foie type de la cirrhose hypertrophique biliaire.

Cette hypothèse d'une cirrhose hypertrophique biliaire est inadmissible. Il n'y a pas d'ictère, il ne saurait y avoir obstruction biliaire. L'absence d'ictère nous empêche également d'admettre une de ces formes mixtes de cirrhose à la fois biliaire et veineuse, formes plus fréquentes que les formes pures et auxquelles aurait pu faire penser l'ascite. Il s'agit donc d'une cirrhose veineuse de Laënnec, d'une cirrhose dite atrophique, mais cette fois avec hypertrophie.

Sans doute, au début de la cirrhose veineuse, le foie passe par une période de turgescence. Avant de devenir atrophié, ratatiné, il est gros, congestionné ; les poussées congestives s'accompagnent parfois de douleur et de fièvre. Mais ici, en dehors de l'ancienneté relative du début, le volume est trop gros, la consistance trop dure pour qu'on songe à cette congestion initiale anormalement prolongée. Le gonflement lardacé est bien acquis, bien définitif, il augmentera peut-être, il ne diminuera pas.

Je n'ai encore vu, tous les deux en 1884, que deux exemples de ces cirrhoses veineuses hypertrophiques. Tous deux ont eu une évolution rapidement fatale, plus rapide que chez notre malade actuel. Jusqu'à la fin, l'évolution a eu lieu sans ictère. A l'examen histologique, nous avons trouvé une cirrhose périportale différente de la cirrhose vulgaire en ce que le réseau veineux sus-hépatique était absolument respecté. Ces faits, tout rares qu'ils soient, sont intéressants à connaître. Ils vous montrent une fois de plus que le volume du foie est un élément secondaire dans le diagnostic des cirrhoses et qu'il faut faire le diagnostic de cirrhose veineuse, cirrhose biliaire, cirrhose mixte, sans trop invoquer l'atrophie ou l'hypertrophie.

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PRIMITIVE

DES ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME, PAR LES INJECTIONS DE CHLORURE DE ZINC

Par le docteur Ozenne,

Ancien interne des hôpitaux, chirurgien-adjoint de Saint-Lazare.

Au nombre des tuberculoses localisées, justiciables de la méthode sclérogène, la tuberculose génitale de l'homme se trouvait indiquée dans le mémoire de M. Lannelongue.

C'est à cette dernière variété de tuberculose, heureusement traitée par les injections de chlorure de zinc, que se rapporte l'observation suivante :

Au commencement du mois de juillet, M. X..., âgé de trente et

un ans, représentant d'une maison de commerce, présentait une tumeur des bourses, dont le début remonte à quelques mois.

Sauf une blennorragie, disparue depuis huit ans, il n'y avait rien à relever dans les antécédents personnels, les renseignements héréditaires restaient également négatifs.

En février 1892, pour la première fois il ressentit quelques douleurs dans le testicule gauche; ces douleurs intermittentes réapparaissaient principalement à la suite d'une marche ou de la station debout prolongées.

Deux mois environ plus tard, il constatait une augmentation de volume de la moitié gauche du scrotum, dont l'accroissement se faisait graduellement, en s'accompagnant de douleurs locales et irradiées vers la région inguinale et la région lombaire.

Ses bourses forment une tuméfaction plus saillante à gauche qu'à droite, arrondie dans sa partie inférieure; elle se prolonge, en s'effilant, dans la direction du cordon gauche, dont le relief est manifeste. Leur aspect bilobé a disparu; la peau a conservé ses caractères ordinaires et n'adhère pas aux organes sous-jacents. Ses tuniques vaginales ne renferment pas de liquide.

A gauche, le testicule et l'épididyme ont acquis un volume qui atteint la grosseur d'un œuf de dinde; mais il est facile de reconnaître que la majeure partie de la tumeur, qu'ils constituent, s'est développée aux dépens de l'épididyme.

Le testicule, situé en avant et en dedans, est lisse, uni, sensible à la pression et ne paraît ni accru, ni altéré; il est encadré à ses extrémités et à sa face postérieure et externe par l'épididyme, qui présente l'aspect d'une masse dure, allongée, demi-cylindrique et irrégulière, constituée par trois saillies correspondant aux trois parties de l'organe. La saillie qui répond à la tête est la plus développée. En arrière et au-dessus d'elle, on perçoit le cordon sous la forme d'un corps cylindrique, de la grosseur d'un pouce : il présente plusieurs bosselures indurées, paraissant développées sur le canal déférent, qu'il est difficile d'isoler des autres éléments du cordon; il semble qu'une gangue épaisse et résistante les réunisse et les entoure. Près de l'anneau inguinal et dans l'intérieur du trajet, le canal déférent, plus facilement séparable, est rigide et augmenté de volume. Il est donc altéré dans toute sa portion accessible à la palpation.

A droite, le testicule est sain; au niveau de la queue de l'épididyme, la pression est légèrement douloureuse et, de plus, on sent un empâtement mal circonscrit, de consistance encore peu prononcée. Le canal déférent est intact, le cordon sans altération appréciable.

La prostate, un peu plus volumineuse qu'elle ne devrait l'être à l'âge du malade, présente une certaine consistance de son lobe gauche; c'est également ce que l'on note pour la vésicule spermatique correspondante.

Les autres organes sont intacts.

Depuis deux mois, les douleurs irradiées se sont répétées plus fréquemment, surtout vers la fin de la journée, en s'accompagnant de lassitude et d'affaiblissement général.

En présence de ces symptômes locaux et généraux, le diagnostic de tuberculose génitale, confirmé d'ailleurs par Horteloup, ne pouvait être discuté.

Nous soumîmes ce malade aux injections de chlorure de zinc à 1/10e.

En quatre séances, sept de ces injections, composées chacune de deux gouttes de liquide, furent pratiquées sur les points malades. Trois d'entre elles furent faites en avant, entre le testicule et l'épididyme; deux autres en arrière, sur une ligne correspondante, et les deux dernières sur le trajet du cordon, l'une à sa partie moyenne, entre deux bosselures, et l'autre près de l'anneau inguinal, chacune d'elles intéressant le canal déférent.

A la suite de la première séance, dans laquelle une seule injection avait eu lieu, le malade a souffert pendant près de douze heures. Pour les autres séances, la morphine a été injectée à la dose de 1 centigramme, un quart d'heure avant les piqûres de chlorure de zinc. La sensation douloureuse, très supportable, ne dura qu'une heure environ, sauf cependant à la suite de l'une de ces injections, dont la pénétration dans le parenchyme testiculaire a déterminé une orchite subaiguë, qui, d'ailleurs, a disparu assez rapidement.

Dans les autres points où avaient été déposées les deux gouttes de liquide, il s'est formé une saillie dont la sensibilité, à la pression, a persisté pendant quelques jours et dont la diminution a coïncidé avec une induration de ces parties; cette induration s'est finalement confondue avec les noyaux tuberculeux de voisinage, soit de l'épididyme, soit du canal déférent.

Pendant une quinzaine de jours, il ne s'est produit aucun changement physique dans l'aspect de la tuméfaction épididymo-déférentielle; son volume n'a pas sensiblement diminué et sa consistance est restée à peu près la même. Mais, à partir de ce moment, tous les phénomènes douloureux disparurent; puis les bosselures sont devenues graduellement moins nettes, l'empâtement du cordon diminuait, la masse épididymaire s'affaissait en prenant la forme d'une demi-coque indurée et régulière, appliquée à la partie postérieure du testicule.

En résumé, un mois après le début du traitement, l'amélioration locale était déjà très manifeste; quant à l'état général, soit par le fait du repos, soit par les modifications survenues dans l'appareil génital, il était redevenu également meilleur et tellement satisfaisant que M. X... quittait sa résidence voisine de Paris et reprenait sa profession de voyageur.

Ses occupations l'appelant dans la région du Sud-Ouest de la France, nous lui donnâmes le conseil de s'arrêter quelque temps à Salies-de-Béarn. Il y est resté une quinzaine de jours soumis à un traitement dirigé par M. le docteur Lejard.

Vers la fin du mois d'octobre, c'est-à-dire un mois plus tard, pendant lequel M. X... avait continué sa tournée de voyages et avait à grand'peine obtenu, après revision, un sursis militaire ce malade revenait nous trouver pour nous montrer les heureux résultats du traitement et pour nous consulter au sujet d'une petite tuméfaction circonscrite et douloureuse, qui siégeait au niveau de la queue de l'épididyme du côté droit.

Il existait en effet en ce point là, où trois mois auparavant nous avions trouvé un empâtement, un noyau induré et allongé, du volume d'une amande.

Le même traitement fut proposé; malheureusement, il n'a été possible de pratiquer à cette époque qu'une seule injection chlorurée, M. X... ayant été obligé de repartir en voyage quelques jours après. Malgré cette insuffisance de traitement, un changement favorable n'en a pas moins été obtenu, ainsi qu'un examen tout récent nous a permis de le constater.

A droite, la petite tumeur indurée de la queue de l'épididyme est très notablement réduite de volume, elle a perdu de sa sensibilité et elle n'est plus représentée que par une plaque indurée très limitée. Au-dessus du testicule, sur le trajet du cordon, est apparue tout récemment une petite nodosité indurée.

A gauche, la tumeur formée par le testicule, et surtout par l'épididyme, a diminué de moitié de volume; il en résulte que le testicule est accessible à la palpation, dans une plus large étendue. Cet organe est lisse et régulier, mais il offre une certaine résistance anormale, probablement due à l'action du liquide que l'une des injections y a fait pénétrer. L'épididyme ne présente plus de saillies distinctes.

Le cordon a repris son volume et sa souplesse ordinaires.

Les nodosités du canal déférent ont disparu, mais ce canal conserve sa rigidité pathologique.

Le toucher rectal ne révèle aucun changement dans l'état de la prostate et des vésicules, dont l'altération reste problématique.

Les douleurs scrotales et lombaires n'ont plus été ressenties, malgré les fatigues occasionnées par les voyages de ces cinq derniers mois.

Lorsqu'on se trouve en face d'une tuberculose, qui, du testicule et de l'épididyme, s'est propagée au canal déférent jusque dans le trajet inguinal et peut-être au delà, il est de règle que l'on ne doit pas avoir recours à la castration.

Quelques interventionnistes, considérant que cette tuberculose n'est qu'une variété de tuberculose locale, à l'égard de laquelle on doit se comporter comme on le fait contre tout foyer primitif, préconisent l'extirpation complète de tout ce qui est envahi par la dégénérescence.

C'est ainsi que l'on a conseillé l'ablation du testicule, de l'épididyme, du canal déférent et de la vésicule; c'est ce que Roux (de Lausanne), en particulier, a fait sur deux malades, dont il a rapporté l'observation au Congrès français de chirurgie de 1891. Dans l'un de ces cas, il n'y avait pas eu de récidive un an après l'opération; dans l'autre, l'amélioration a été troublée par des accidents cérébraux (après inoculation de lymphe de Koch) et a été fort lente à se produire.

Les observations de cette nature étant, à notre connaissance, encore trop peu nombreuses pour que l'on soit fixé sur la valeur d'une telle intervention, nous n'avions pas à en discuter l'opportunité chez le malade que nous avons eu à traiter.

Aussi le seul traitement qui, en cette occasion, eût pu être propice et capable d'arrêter les progrès de la généralisation, ne devait consister qu'en un traitement général, approprié à l'état et à la constitution du sujet.

On sait, en effet, que des améliorations et même des guérisons ont été parfois observées à la suite de ce traitement longtemps prolongé.

Devant cette fréquente inefficacité du traitement médical, nous avons pensé qu'il était utile d'y associer le traitement local par la méthode de M. Lannelongue.

Doit-on attribuer à nos injections les changements qui se sont produits dans les parties malades et dans toute l'économie? Il est incontestable, que l'amélioration a commencé à se manifester, dès les premières semaines du traitement.

Quant à la valeur curative, proprement dite, des injections de chlorure de zinc, il serait actuellement prématuré de se prononcer d'une façon absolue. Mais, en présence des résultats acquis, il nous paraît rationnel de fonder des espérances sur l'emploi de la méthode sclérogène dans les cas suivants :

1° Contre la tuberculose du testicule et de l'épididyme;

2° Contre la tuberculose du testicule, de l'épididyme et du canal déférent;

3° Contre la tuberculose de la prostate et des vésicules.

Si, dans ces diverses circonstances, cette méthode de traitement, que l'on appliquera suivant les règles formulées par M. le professeur Lannelongue, a pour résultat de déterminer une transformation locale rapide, aboutissant à la production d'un tissu fibroïde définitif, et de s'opposer ainsi à la généralisation de l'infection, il ne restera guère d'arguments à faire valoir en faveur de l'extirpation des organes génitaux atteints de tuberculose.

MÉDECINE PRATIQUE

Chlorose vraie. — M. Duclos, professeur à l'École de Tours, résume ainsi, dans la « Revue générale de clinique et thérapeutique », les médications de la chlorose vraie :

« Donnez aux chlorotiques du fer, du fer soluble, et donnez-le aux repas : c'est le remède spécifique et il y en a si peu en médecine!

Faites-leur suivre un régime alimentaire mixte, non pas très recherché, mais très varié. Qu'elles mangent tout ce que l'estomac accueille et digère sans constipation, ni diarrhée, mais surtout, mais avant tout, ne permettez jamais un régime exclusivement animalisé.

Maintenez l'activité de la peau, spécialement par des douches tièdes, en pluie, et générales, ou par des frictions.

Prescrivez des promenades répétées à l'air pur, sain, un peu vif.

Faites respirer de l'air, toujours de l'air, et si, par des circonstances spéciales, vous éprouvez à cet égard des difficultés, prescrivez des inhalations courtes mais répétées d'oxygène, soit pur, soit mêlé à une certaine quantité d'air. »

Dysenterie et sublimé. — M. le docteur Bonamy rapporte, dans la « Gazette médicale de Nantes », les bons résultats qu'il a obtenus des lavements de sublimé dans le traitement de la dysenterie. Ce traitement a été inauguré en Algérie par un médecin militaire, M. le docteur Lemoine, et n'a jamais provoqué de stomatite ou d'intoxication mercurielle.

Le lavement est ainsi composé :

Sublimé.	20 centigrammes.
Eau distillée.	500 grammes.
Alcool.	q. s.

pour deux lavements, un matin et soir.

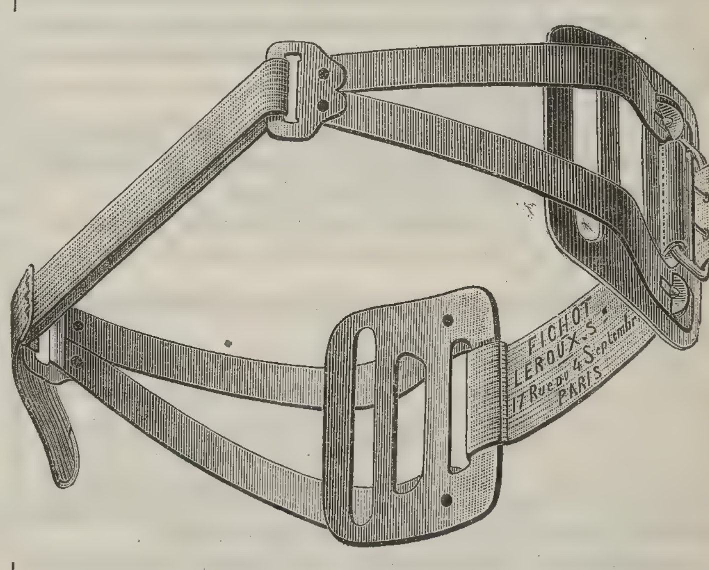
Sous l'influence de ces lavements, les selles diarrhéiques ne tardent pas à être moulées. Ces lavements font de l'antisepsie locale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 février 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

PRÉSENTATION

Appareil pour la contention des pubis, après la symphyséotomie. — M. **Guéniot** présente un appareil qu'il a imaginé pour assurer le contact des pubis et favoriser leur réunion après l'opération de la symphyséotomie. Maintenir fermement rapprochés les os disjoints, c'est là son but essentiel; mais il remplit encore deux offices secondaires d'une réelle utilité. En effet, sans rien perdre de son action, il sert à soulever commodément la malade pour l'administration des soins de propreté; de plus, il maintient les couvertures du lit à distance de la plaie, comme le ferait un cerceau.



Dans un cas récent de symphyséotomie, cet appareil a paru très supérieur à la gouttière de Bonnet. Comme simplicité d'usage et puissance d'effet, il peut rendre aux accoucheurs de réels services.

Peut-être même les chirurgiens trouveraient-ils à l'utiliser

avec avantage, dans le traitement de certaines fractures du thorax ou du bassin.

Cet appareil — que M. Guéniot désigne sous le nom de compresseur iliaque — se compose essentiellement de deux plaques métalliques, destinées à s'appliquer l'une à droite, l'autre à gauche, sur les parties latérales du bassin. Chacune d'elles mesure environ 15 centimètres de long sur 12 de large. Percées de trois fenêtres dans le sens de leur longueur (ce qui les allège considérablement), elles sont un peu incurvées sur leurs faces afin de mieux s'adapter à la convexité des hanches. En arrière, elles se trouvent reliées entre elles par une sangle transversale, que le jeu d'une boucle permet de raccourcir ou d'allonger à volonté. Enfin, de leur face externe, tout près du bord postérieur, part un ressort métallique, à la fois souple et résistant, de forme rubanée et qui se dirige droit en avant.

Ce sont ces deux ressorts (droit et gauche) qui, réunis à leur extrémité antérieure par une courroie, s'infléchissent l'un vers l'autre, juste au degré voulu pour produire, sur les os iliaques, une pression concentrique efficace. Grâce à cette pression bilatérale, que l'on gradue à volonté au moyen de la courroie, les pubis sont maintenus au contact et complètement immobilisés.

Afin de prévenir la douleur que pourrait provoquer l'appareil, on accumule sur les hanches une grande épaisseur d'ouate; on recouvre ensuite celle-ci, à droite et à gauche, d'une plaque de gutta-percha d'environ 15 centimètres sur 12; et c'est sur ces mêmes plaques que l'on applique celles du compresseur. Lorsque, par la chaleur du corps la gutta-percha s'est assouplie, elle se moule pour ainsi dire sur les inégalités de la région; et de la sorte, la pression de l'appareil se trouve si favorablement répartie que la patiente n'en éprouve aucune gêne.

Cela fait, l'adjonction extemporanée d'une portion de bande ou d'un cordon quelconque à chacune des plaques fenêtrées, fournit une prise facile qui permet de soulever commodément le bassin de la malade. Quant aux couvertures du lit, elles se trouvent naturellement maintenues à distance de la plaie pubienne par l'extrémité antérieure des ressorts et par la courroie qui les unit.

La dernière accouchée, pour laquelle a été utilisé le compresseur iliaque, s'est promptement rétablie tout en donnant le sein à son enfant. Opérée le 22 décembre 1892, elle est sortie de la Maternité le 14 janvier suivant, étant en très bon état, ainsi que son nourrisson qu'elle continuait à allaiter.

COMMUNICATIONS

Traitement chirurgical des anévrysmes du tronc brachio-céphalique et de la crosse de l'aorte par la méthode de Brasdor ou de Wardrop. — M. LE DENTU rappelle avoir traité un cas d'anévrysme du tronc brachio-céphalique par la ligature périphérique de la carotide primitive et de la sous-clavière droites. Les deux vaisseaux avaient été liés le même jour. L'opération avait été très bien supportée, mais la poche anévrysmale était énorme, la tumeur continua à s'accroître et le malade succomba quarante-quatre jours après l'opération.

Depuis cette époque, il a pratiqué une seconde fois la ligature des gros vaisseaux du cou pour un anévrysme du tronc brachio-céphalique.

Dans ce premier cas, il s'agit d'une femme atteinte d'un anévrysme du tronc brachio-céphalique et probablement de la crosse de l'aorte. Elle était dans un état fort grave.

Dans une seule séance il lia la carotide primitive droite et la sous-clavière droite ; l'opération eut des suites très simples et pendant les jours qui suivirent la malade fut très soulagée. L'amélioration fit des progrès rapides et pendant trois ou quatre mois elle put être considérée comme guérie. Mais les symptômes se montrèrent de nouveau, l'anévrysme se développa vers la gauche, surtout dans la direction de la sous-clavière. M. Le Dentu fit alors la ligature de ce vaisseau, ou mieux, d'une grosse artère située dans l'aisselle et qu'il vit plus tard être la scapulaire postérieure, anormalement développée. Cette opération fut encore suivie d'une amélioration passagère, mais plus courte que la première.

La tumeur se développant de nouveau, il pensa à pratiquer la ligature de la carotide gauche. Mais l'état était trop grave, il y renonça et la malade succomba peu de temps après.

A l'autopsie on constata la présence d'une poche occupant non seulement le tronc brachio-céphalique et la crosse de l'aorte, mais encore une certaine partie de l'aorte descendante.

M. Le Dentu se résume ainsi :

Quand il s'agit d'anévrysme du tronc brachio-céphalique, il faut commencer par la ligature en une seule séance de la carotide primitive et de la sous-clavière droite.

Si, après un temps d'arrêt, la tumeur continue à se développer dans la direction du creux sus-claviculaire et du creux sus-sternal, sans cependant s'élever jusqu'à la sixième vertèbre cervicale, on pourra parfois tenter la ligature de la vertébrale du même côté.

Si la tumeur, enrayée dans son développement à droite, tend à se développer vers le creux sus-claviculaire gauche, on liera la sous-clavière gauche quelque temps après les deux branches de bifurcation du tronc brachio-céphalique. On devra éviter de lier la carotide primitive gauche, à moins que plusieurs mois ne se soient écoulés depuis l'opération du côté droit.

Quant aux anévrysmes primitifs ou secondaires de l'aorte, s'ils siègent dans la portion ascendante de la crosse, c'est encore la ligature des deux branches du tronc brachio-céphalique qui convient.

Si c'est la portion horizontale de la crosse qui est atteinte, avec ou sans le tronc brachio-céphalique, il se pourra qu'il y ait avantage à lier dans la même séance un gros vaisseau du côté gauche en même temps qu'une des branches du tronc brachio-céphalique, à condition, toutefois, qu'on ne lie pas les deux carotides le même jour.

Si c'est la portion de la crosse située après l'origine de la sous-clavière qui est atteinte primitivement, toute ligature est contre-indiquée, parce qu'il faut éviter d'augmenter la tension du sang dans le sac.

Si cette portion de crosse est distendue, en même temps que les deux premières portions et que le tronc brachio-céphalique, les ligatures peuvent encore être efficaces en arrêtant momentanément la marche de l'affection et en soulageant les malades.

Le traitement médical doit être essayé avant que l'on songe à une opération et il ne faudra pas beaucoup s'effrayer de l'idée de l'intervention, parce que les ligatures aseptiques des artères sont bénignes.

Traitement de la tuberculose primitive des organes génitaux de l'homme par les injections de chlorure de zinc. — M. OZENNE fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 214.)

Existe-t-il, dans des pays réputés non lépreux, en France, en particulier dans la région du Nord et à Paris, des vestiges de l'ancienne lèpre? — M. LELOIR fait, sur cette question, une communication. (Sera publiée.)

M. VIDAL fait observer que, pour que la question de la lèpre puisse entrer dans la voie vraiment scientifique, il faut catégoriser les faits et distinguer ceux qui sont rendus indéniables par la constatation du bacille de Hausen, de ceux dans lesquels on rencontre seulement les altérations des nerfs semblables à celles de la lèpre. Il y a en effet certaines affections qui peuvent simuler le lépromé des nerfs. M. Vidal partage donc les réserves émises par M. Leloir. Pour ce qui est de ces lèpres dégénérées, il faudrait trouver la filiation qui rattache ces lépreux à ceux du moyen âge.

M. LELOIR fait remarquer qu'au point de vue bactériologique, il faut tenir compte de la qualité et surtout de la quantité des bacilles lépreux.

LECTURES

Opérations conservatrices de l'ovaire. — M. POZZI n'ajoute aucune foi aux opérations ayant pour but de restaurer les fonctions d'une trompe malade, car, au moment où elle a été fortement atteinte par l'inflammation, elle est devenue définitivement incapable de remplir un rôle physiologique. Il élimine donc la résection partielle de la trompe du nombre des opérations conservatrices; celles-ci ne peuvent être tentées que lorsque la trompe est saine, que son pavillon est ouvert et que son calibre est perméable.

En d'autres termes, l'ovaire seul est justiciable des opérations partielles. On sait qu'il suffit d'une très petite quantité de tissu ovarien pour assurer la régularité de la menstruation, et, par suite, permettre la fécondité; nombre d'observations en font foi.

Il reste actuellement à déterminer dans quels cas de lésion de l'ovaire on peut faire une opération partielle et à fixer la nature et la technique de cette opération. M. Pozzi établit, comme règle générale, que, toutes les fois que la trompe est saine et l'ovaire seul altéré, il faut essayer d'en conserver une partie et ne se résigner au sacrifice total qu'à la dernière extrémité.

La lésion typique, celle qui est évidemment la plus favorable à la persistance des fonctions du reste de l'ovaire, est un kyste isolé siégeant vers un des pôles, kyste dermoïde (Schrœder), kyste proligène commençant, gros kyste folliculaire, kyste du corps jaune.

Dans ces circonstances la technique s'impose d'elle-même à l'opérateur: 1° s'assurer de la perméabilité complète de la trompe en introduisant un stylet par son pavillon et en le poussant jusqu'à la corne utérine; tandis qu'un aide fixe l'ovaire entre ses doigts, le chirurgien pratique la résection de la partie altérée par deux incisions qui circonscrivent un tégument uniforme. Les deux lèvres de l'incision sont réunies à l'aide d'un surjet en catgut qui assure à la fois la coaptation et l'hémostase.

C'est encore à la résection d'un segment de l'ovaire qu'il faut avoir recours dans le cas dégénérescence micro-kystique, où l'altération a laissé intacte une zone de tissu ovarien. M. Pozzi respecte d'ordinaire la partie avoisinant le hile, puis il incise sur cette limite en ménageant la base de l'organe, dont il réunit les lèvres par un surjet de catgut. Il a en outre l'habitude dans ces cas, afin d'éviter qu'il ne s'égare, de suturer le pavillon de la trompe sur le moignon ovarien.

Dans ces derniers temps il a remplacé fréquemment la résection par l'ignipuncture, lorsque l'ovaire présente des lésions très disséminées, constituées par des kystes de petit volume ou par l'ovarite diffuse. On peut, il est vrai, se demander si l'on ne va pas créer des noyaux cicatriciels ou même dans la profondeur de l'organe et favoriser cette sclérose qu'on avait pour but de guérir. Il en serait certainement ainsi dans les cas où la cautérisation serait suivie de la chute de l'eschare par suppuration et granulation; mais le processus est tout différent dans l'intérieur de la cavité péritonéale, il est essentiellement aseptique.

L'eschare est resorbée molécule à molécule, sans travail inflammatoire, par conséquent sans prolifération embryonnaire. L'observation clinique tend même à faire supposer que l'irritation substitutive, produite par le fer rouge au sein des tissus atteints de sclérose favorise leur résorption. Il est, en outre, prouvé que l'ignipuncture ne favorise pas la dégénérescence micro-kystique de l'ovaire, comme on aurait pu le craindre.

M. Pozzi joint à ce mémoire douze observations, six pour la résection partielle, six pour l'ignipuncture. Toutes les malades ont guéri rapidement, sans complication aucune de l'opération, qui peut être considérée comme très bénigne.

L'outillage sanitaire de la ville de Paris. — M. A.-J. MARTIN lit une communication sur ce sujet. (Sera publié.)

L'Académie se forme en comité secret.

LE DOCTEUR ALPHONSE DAVAINE

Au moment où le monde médical déplorait, il y a dix ans, la perte de C. Davaine, il restait son fils Jules et son neveu le docteur Alphonse Davaine, qui portaient dignement un nom célèbre. En effet, Casimir Davaine était un des grands initiateurs de l'époque contemporaine et ses travaux sur la Bactéridie des maladies charbonneuses lui assuraient la reconnaissance et la sympathie universelles.

Le fils, licencié en droit, atteint d'une affection du cœur, succombait bientôt après son père. Alphonse Davaine demeurait seul, après avoir fait paraître en un volume avec son cousin « l'Œuvre de Davaine », précieuse collection de Recherches, de Notes, de Mémoires. Cette publication fut réalisée dans un but tout filial; elle est à la fois un travail de mise au point et de justification des idées du Maître. En tête du volume se trouve une Notice sur Casimir Davaine lue à la Société de biologie par un fidèle ami, M. le professeur Laboulbène.

Alphonse Davaine a été enlevé à l'affection de ses parents et de ses amis en quelques jours, presque en quelques heures; sa mort a été d'autant plus cruelle qu'elle était moins prévue; il n'avait que quarante et un ans. A. Davaine commençait à recueillir les fruits d'une vie de labeur, de dévouement et de désintéressement, dont son oncle lui avait donné l'exemple. Né à Saint-Amand, dans le Nord, venu jeune à Paris, il avait fait de fortes études médicales; de plus, il connaissait les sciences naturelles et avait servi d'aide pour la rédaction du *Traité des Entozoaires*. Arrivé à l'internat des hôpitaux, Alphonse Davaine avait été attaché successivement aux services de MM. Ollivier, Féréol, Léon Labbé, Laboulbène. En 1879, il avait soutenu une thèse remarquée, sur un sujet encore intéressant aujourd'hui : *Étude sur l'œdème rhumatismal et nodosités éphémères rhumatismales du tissu cellulaire sous-cutané.*

Le jeune docteur Alphonse Davaine s'était rapidement attiré, par sa droiture, sa discrétion, son dévouement à toute épreuve, l'affection de plusieurs familles et de ses malades, devenus ses amis. Succédant à son oncle comme médecin de la Compagnie d'assurances « la Nationale », il avait dans ce poste délicat montré un tact et une sûreté de vues, de plus en plus appréciés.

Les obsèques d'Alphonse Davaine, qui appartenait à la religion protestante, ont eu lieu au Temple de l'Oratoire de la rue Saint-Honoré. Une foule d'amis et de confrères, entre autres MM. M. Berthelot, Gilles, Rémy, Schwartz, etc., se pressaient à ses funérailles. Et la pensée de tous se reportait aussi sur Mme Casimir Davaine, désormais solitaire dans la propriété de Garches, créée par son mari, venant lui témoigner ainsi un hommage sincère de tristesse et de respect.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury du concours du Bureau central (médecine) est constitué comme suit: MM. Brault, d'Heilly, Fernet, Joffroy, Labbé, Peyrot et Albert Robin.

— Par décision ministérielle, en date du 20 février 1893, le nombre des élèves à admettre à l'École du service de santé militaire de Lyon, à la suite du concours qui s'ouvrira le 21 juillet prochain, est fixé à 60.

— L'Assistance publique se propose de créer, à Angicourt (Oise),

un hôpital de phtisiques. Cet hôpital, placé sur une hauteur et entouré de bois, contiendra de 100 à 200 lits.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Mariotte, élève en médecine, qui a succombé aux suites d'une angine diphtéritique contractée à Lariboisière.

— M. le professeur Lannelongue commencera le cours de pathologie externe, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, le vendredi 3 mars, à trois heures, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en leur recommandant le Lait stérilisé et en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 24. — SAMEDI 25 FÉVRIER 1893. 66e ANNÉE. SAMEDI 25 FÉVRIER 1893. — N° 24.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : **20 c.** — Avec Supplément : **30 c.**

REVUE GÉNÉRALE

Traitement du choléra.

Par le docteur L. GALLIARD, médecin des hôpitaux de Paris.

Après chaque épidémie, les médecins qui ont soigné des cholériques doivent jeter les regards en arrière et se demander dans quelle mesure ils ont su mettre à profit les enseignements du passé ; ils doivent rechercher si leurs efforts ont contribué en quelque manière à perfectionner notre armement scientifique; ils doivent nous dire si, pour l'avenir, nous avons des progrès à espérer, ou si, au contraire, nous sommes condamnés à ne voir jamais, dans l'histoire thérapeutique du choléra, qu'un perpétuel recommencement.

I

S'il suffisait, pour mesurer le chemin parcouru, d'interroger les statistiques, la question serait bien facile à résoudre.

Nous verrions, par exemple, qu'à Hambourg, le nombre des cholériques ayant été de 19647 en 1892, on n'a compté que 8575 décès ; le taux de la mortalité a donc été représenté par 43 p. 100. Or, dans les épidémies précédentes, il avait oscillé entre 46 et 66 p. 100.

A Paris, du 4 novembre 1884 au 15 janvier 1885 (1), on a compté, dans les hôpitaux, 1080 cas de choléra et 587 décès. Mortalité 54,36 p. 100.

En 1892, les statistiques publiées par les médecins des hôpitaux de Paris (2), et portant sur 1060 cas, montrent que la mortalité n'a pas dépassé 44,05 p. 100.

Je sais que les statistiques sont difficiles à établir en ville, et que, même à l'hôpital, nous avons quelque peine à éviter les erreurs de diagnostic susceptibles de fausser les résultats. Mais enfin, si nous rapprochons ces chiffres, si, d'autre part, nous envisageons les progrès considérables qu'a réalisés déjà la prophylaxie du choléra, n'avons-nous pas le droit de penser qu'à l'avenir nos ressources seront plus grandes et nos mains mieux armées ?

Dans une discussion récente, M. Dujardin-Beaumetz ne craignait pas de prononcer ces paroles : « Pour ce qui est de la thérapeutique du choléra, j'en suis arrivé à un *scepticisme absolu*. Le cholérique est un être réfractaire à toute médication. Je dirai plus : une thérapeutique active lui est plutôt nuisible. »

Pour moi, je ne saurais me croiser les bras en présence des cholériques graves. Le devoir du médecin est d'espérer contre toute espérance. *Quand même!* Voilà sa devise.

En général, l'ardeur généreuse du médecin n'a pas besoin d'être stimulée. Il faut plutôt le mettre en garde contre l'enthousiasme que pourraient lui inspirer certains triomphes trop faciles ; il faut lui rappeler que la cholérine guérit *toujours*, quel que soit le traitement mis en œuvre, tandis que le choléra pernicieux guérit *très rarement*. D'autre part, il convient de lui remettre en mémoire cette notion très importante : le cholérique, à la période d'algidité, se refuse à absorber et aussi à éliminer les médicaments; mais, à la période de réaction, la circulation redevient active, et alors les remèdes, accumulés sans prudence dans l'organisme, risquent de *faire balle* et de tuer le malade. Voilà pourquoi M. Dujardin-Beaumetz nous invite à avoir la main légère.

II

On dit et on répète qu'il n'y a pas de *médication spécifique* du choléra. La chose est vraie. Mais n'est-ce pas déjà beaucoup que de savoir *ce que doit être* une telle médication du choléra? C'est à la bactériologie que nous devons les notions qui nous conduiront un jour, cela n'est pas douteux, à une thérapeutique victorieuse.

Après avoir découvert le bacille-virgule, Koch a eu le mérite de formuler une doctrine pathogénique qui, malgré les protestations de plusieurs, demeure aujourd'hui debout. Cette doctrine a été résumée par M. Bouchard, dans un mémoire remarquable (1), en trois points :

1° Le choléra est une maladie infectieuse, dont le bacille-virgule est l'agent pathogène ;

2° La cavité intestinale est l'habitat exclusif de ce bacille;

3° Le bacille ne pénétrant ni dans le sang ni dans la lymphe, et ne se répandant pas dans les tissus, ne peut pro-

(1) RIVIÈRE. Acad. des sc., 1885.

(2) Galliard, 400 cas; Hayem-Lesage, 251; Peter, 108; Siredey, 104; Delpeuch, 64; Barié, 64: Bourcy, 42; Variot, 27. — *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris* et Acad. de méd., 1892.

(1) BOUCHARD. Congrès de Grenoble, 1885.

duire les accidents généraux du choléra par le procédé de l'intoxication. Il doit donc sécréter dans la cavité intestinale une matière vénéneuse qui, absorbée à la surface de l'intestin, détermine l'empoisonnement de tout l'organisme.

Il résulte donc de la doctrine de Koch, que, lorsqu'on aura tué le bacille dans l'intestin, on n'aura fait que la moitié de la besogne; resteront les toxines solubles qu'il faudra rapidement anéantir, ou dont on devra précipiter l'élimination. Sans cela, il n'y aura pas de *médication spécifique* du choléra.

Mais, dira-t-on, si telle est la médication spécifique, peut-on concevoir qu'elle soit jamais réalisée?

Assurément, il y a de grandes difficultés à vaincre. Supposons, en effet, que nous possédions un agent parasiticide parfait, c'est-à-dire capable de mettre à mort le bacille-virgule *dans l'intestin* sans nuire au malade. A quel moment pourrons-nous le faire ingérer? Ce sera au moment où les premiers signes de l'intoxication seront venus nous avertir de l'existence du bacille et de la diffusion des ptomaïnes. Or, à cette heure il sera peut-être déjà trop tard, et tandis que le médicament livrera bataille aux bacilles, le cholérique mourra foudroyé.

Voilà pourquoi il importe d'avoir à notre disposition des moyens qui nous permettront de gagner du temps.

Voilà pourquoi il importe de traiter les cholériques dès le début, et d'attaquer vigoureusement la diarrhée prémonitoire.

Le problème étant ainsi posé, dira-t-on qu'il soit insoluble? Osera-t-on répéter le mot de M. Semmola qui, en 1884, tenait tout traitement parasiticide du choléra pour une *charlatanerie scientifique?*

Je vais envisager d'abord les médications dirigées contre le principe morbide lui-même, et les notions acquises dans la recherche du médicament spécifique idéal.

En second lieu, j'examinerai les indications thérapeutiques et leur traitement.

Enfin, je présenterai les conclusions de ce travail.

III

Les médications qui visent le bacille-virgule et les toxines sécrétées par lui, doivent aboutir, soit à entraîner simplement au dehors les principes nuisibles, soit à les réduire, dans l'organisme lui-même, à l'impuissance. Je grouperai sous quatre chefs les remèdes employés jusqu'ici.

1° *Traitement par les émèto-cathartiques.* — Les médecins n'ont pas attendu les découvertes bactériologiques pour admettre l'existence des poisons intestinaux et gastriques et la nécessité de leur élimination. Depuis longtemps ils ont proclamé l'utilité des purgatifs et des vomitifs, au moins au début, chez les cholériques. « Le vomitif, écrit Grisolle, nous avait donné de bons résultats dans l'épidémie de 1832, mais en 1849 nous ne lui avons reconnu aucun avantage; il en est de même des purgatifs salins, à la suite desquels on voit parfois le choléra se confirmer. »

« On peut prescrire l'ipéca, dit M. Hayem (1), quand il y a un état saburral et lorsque l'attaque succède à des excès alimentaires. Mais il n'est utile que lorsqu'on peut intervenir dès le début, et l'on doit se garder d'en renouveler l'emploi. Les purgatifs, qui ont été prescrits comme agents de la méthode substitutive, ont échoué dans les épidémies antérieures et doivent être considérés définitivement comme plus nuisibles qu'utiles. »

(1) Hayem. *Traitement du choléra*, 1885.

Il est bien difficile, en effet, la première heure étant passée, de ne pas reconnaître la nécessité de modérer les évacuations gastro-intestinales, dont nous connaissons les graves inconvénients chez les cholériques.

Il existe une médication qui favorise parfois les grandes débâcles, mieux que ne le feront jamais l'ipéca, le tartre stibié, l'huile de ricin, les purgatifs salins; c'est la transfusion intra-veineuse d'eau salée. On voit certains cholériques, à la suite d'une injection copieuse dans les veines, rejeter, par l'estomac et par l'intestin, d'énormes quantités de liquide, absolument comme si le sérum artificiel avait été versé dans un vase sans fond. Or, pour ma part, je n'ai jamais vu cette transfusion *danaïdienne* amener la guérison des malades. Aussi, suis-je disposé à n'accepter les émèto-cathartiques que comme remèdes de la première heure, et à souscrire aux réserves de M. Hayem.

D'ailleurs, s'il s'agit d'éliminer les toxines du contenu gastrique, on a le lavage de l'estomac et, pour celles de l'intestin (du moins du gros intestin), l'entéroklyse.

2° *Traitement par les purgatifs antiseptiques.* — Le prototype des purgatifs antiseptiques est le calomel.

Le *calomel*, considéré par les médecins anglais et américains comme un véritable spécifique du choléra, jouit depuis longtemps d'une grande faveur. On en prescrivait jadis de fortes doses. En 1849, à l'hôpital de New-York on donnait, en deux heures, à un cholérique 50 grains de calomel *fractâ dosi*; on poussa même jusqu'à 180 grains, et quelques malades prenaient une demi-once en une seule dose. En 1854, les doses furent plus faibles : 60 grains en moyenne.

Il est certain que si le calomel n'avait pas été différencié des purgatifs vulgaires, on l'aurait administré à doses massives et non réitérées; or, c'est le contraire qui est arrivé. Le calomel a été employé comme modificateur avantageux des sécrétions intestinales (même en dehors de toute conception bactériologique) et comme cholagogue.

En 1866, Leyden traita par le calomel les cholériques de Königsberg, à qui il donnait 10 ou 20 centigrammes du remède, jusqu'au moment où les matières prenaient une coloration verdâtre. Ziemssen conseilla, plus tard, plusieurs doses initiales de 50 centigrammes, suivies de doses plus faibles. Nothnagel recommanda le calomel sans enthousiasme.

Le calomel a eu cette fortune singulière de réunir à Hambourg (1), en 1892, non pas seulement la majorité, mais la presque unanimité des suffrages; et si Frænkel et Rumpf ne l'avaient pas accusé de provoquer parfois la colite pseudo-membraneuse ou la néphrite, rien n'aurait terni l'éclat de sa gloire.

Rieder est le seul médecin hambourgeois qui l'ait considéré comme inefficace. A côté de lui, tous ceux qui ont publié les résultats de leur pratique dans l'épidémie de 1892, en ont vanté les effets.

Rumpf a donné d'abord une dose quotidienne unique de 30 centigrammes, puis des doses répétées de 2 à 5 centigrammes pour les adultes; le calomel augmentait souvent la diarrhée et provoquait parfois des vomissements; mais, comparé aux autres antiseptiques intestinaux, il a sur eux,

(1) Voir les comptes rendus de la Soc. de méd. de Hambourg, dans le *Deuts. Med. Wochens.*, sept., oct. et nov. 1892.

d'après Rumpf, d'incontestables avantages, à condition d'être administré de bonne heure.

Lauenstein et Ratjen ont prescrit 5 centigrammes par heure. Korach, ayant prescrit, après deux ou trois doses de 50 centigrammes, 3 ou 5 centigrammes toutes les deux heures, se flatte d'avoir calmé de la sorte la diarrhée et les vomissements des cholériques. Heyse a donné 10 ou 20 centigrammes toutes les deux heures, parfois davantage.

Praussnitz n'a pas dépassé 30 centigrammes par jour en associant le calomel au sous-nitrate de bismuth. Eisenlohr, craignant la colite hydrargyrique, a eu recours aux doses moyennes ou élevées.

Même succès du calomel à Saratow entre les mains de Tipiakoff, qui a prescrit toutes les heures 6 centigrammes, jusqu'au moment où il voyait les selles se colorer.

Ce n'est pas seulement contre le choléra confirmé que le calomel doit être employé : il faudrait l'utiliser, dit-on, dans tous les cas suspects en temps d'épidémie. A Hambourg, les médecins qui, soignant les cholériques, étaient atteints eux-mêmes de diarrhée rebelle, lui ont dû, d'après Heyse, la cessation complète de leur mal en vingt-quatre heures.

3° *Traitement par les antiseptiques intestinaux.* — Rien n'est plus instructif que de lire, dans le travail que je citais tout à l'heure, l'exposé de M. Bouchard : « J'ai fait avec sincérité et loyauté l'application de la doctrine de Koch à la thérapeutique du choléra. Étant depuis longtemps en possession des principes et des procédés de l'antisepsie intestinale, je résolus d'employer les médicaments dont j'avais eu à me louer dans bien des cas de putridité de l'intestin, et dont l'association constitue un des éléments de ma méthode de traitement de la fièvre typhoïde : l'iodoforme, déjà employé par Vulpian, et la naphtaline déjà conseillée par Rossbach. Un gramme d'iodoforme et 5 grammes de naphtaline ont été administrés chaque jour à un état de division tel que chacun de ces médicaments présentait en surface un développement de 60 mètres carrés. Si la doctrine de Koch était exacte, si l'agent pathogène habitait exclusivement l'intestin, je devais maîtriser le choléra. Or, sur mes 44 cholériques j'ai eu 29 décès. C'est une mortalité de 66 p. 100. Cette moyenne prouve que ma thérapeutique a été absolument inefficace. »

Donc, maniée par les mains expérimentées de M. Bouchard, l'antisepsie intestinale a échoué : c'est qu'elle a atteint le microbe sans arriver jusqu'aux toxines, elle n'a fait que la moitié de la besogne dont je parlais précédemment. Fallait-il persévérer dans la même voie après l'insuccès éclatant de M. Bouchard ?

L'*iodoforme* a été, récemment encore, préconisé par Bujwid (de Varsovie), qui se contente de doses faibles, et par Neisser, qui indique comme maximum la dose quotidienne de 1 gramme.

La *naphtaline*, mélangée aux milieux de culture à 5 p. 100, retarde ou empêche le développement du bacille-virgule ; voilà pourquoi Pernice l'a recommandée après M. Bouchard.

Le *charbon*, conseillé par Guéneau de Mussy et Biett en 1832, a été délaissé : c'est un antiseptique trop faible pour le bacille-virgule.

Je ne parlerai ni de l'*alun*, ni du *nitrate d'argent*, ni des *sels de cuivre*, ni de l'*arsenic* et de ses composés, ni des *sels de zinc*, ni du *sulfate de quinine*.

Le *proto-iodure de mercure* a échoué.

Le *sublimé* a donné de bons résultats à Yvert, en 1888, au Tonkin. Sur 46 cholériques traités par la liqueur de van Swieten à dose faible, 36 ont guéri. Le médecin s'est servi du sublimé comme prophylactique et a réussi.

Le *sulfure noir de mercure*, préconisé par Socrate Cadet et, en 1884, par Cornucci, a rendu des services. M. Hayem a reconnu, en 1873, que, prescrit à la dose d'un gramme par heure pendant les douze premières heures, ce remède arrêtait la diarrhée prémonitoire.

L'*eau chlorée*, considérée par quelques-uns comme un spécifique, a paru inefficace, sinon nuisible, à Rumpf qui l'a employée.

Le *tannin* est un antiseptique, mais comme on ne l'a donné qu'en lavement (entéroklyse de Cantani) et que, malgré certaines affirmations, nous ne pouvons admettre qu'il ait ainsi dépassé la valvule iléo-cæcale pour atteindre l'habitat des bacilles, je le réserve pour un autre chapitre.

La *créosote*, comme le tannin, n'a été guère administrée qu'en lavement. Rumpf a constaté que, prise par la bouche, elle déterminait une insupportable sensation de brûlure et provoquait les vomissements.

La *créoline* peut être rapprochée, à ce point de vue, de la créosote. Paul Guttmann, Rumpf et Lauenstein ont essayé une potion contenant 5 grammes de créoline pour 200 grammes de véhicule, à prendre en vingt-quatre heures. Les malades se sont plaints, ont vomi presque toujours et aucun d'eux n'a guéri. Korach pense que la créoline peut nuire aux cholériques.

Le *salol*, grâce aux expériences de Lœwenthal, devait faire naître les plus grandes espérances. Lœwenthal, en effet, a démontré que le salol, résistant à l'action du suc gastrique et pénétrant dans le duodénum, pour s'y décomposer en acide phénique et acide salicylique, pourrait, *sous l'influence du suc pancréatique frais*, tuer là le bacille-virgule.

Fort de ces notions, Lœwenthal préconisait le salol, d'abord comme prophylactique à la dose de 6 grammes par jour, puis comme curatif en débutant par 4 grammes, et en donnant ensuite 1 gramme par heure.

Depuis la publication des travaux de Lœwenthal, le salol a conquis une si large place parmi les antiseptiques intestinaux, que partout les médecins devaient saisir l'occasion d'employer cette arme excellente.

Peut-on dire aujourd'hui qu'elle ait fait merveille?

A Hambourg, Eisenlohr a vu les doses fréquemment répétées de 1 ou 2 grammes réussir dans les cas moyens, mais demeurer absolument sans effet dans le choléra algide : Rumpf l'a vu constamment échouer, même après l'avoir administré dès le début de l'attaque. Il a essayé d'injecter sous la peau des malades le salol dissous dans l'éther : même insuccès. Rieder n'a pas été plus heureux ; d'après lui, les résultats que donnent les injections sous-cutanées de cette solution doivent donc être attribués à l'éther et non au salol; administré par la voie buccale le salol est immédiatement vomi. Korach regrette d'avoir perdu son temps, au début de l'épidémie, à prescrire ce médicament inefficace. A Berlin, Paul Guttmann déclare que les vomissements des cholériques sont exaspérés par le salol. Dans un cas, il a fait prendre le salol comme prophylactique à un homme sain et cela n'a pas empêché le choléra de se déclarer.

Je suis disposé, pour mon compte, à mettre en doute l'efficacité du salol chez les cholériques. Plusieurs fois, je l'ai prescrit à la dose de 4, 6 ou 8 grammes par jour, quand l'acide lactique était mal toléré ou vomi, et jamais je n'ai obtenu de résultat nettement favorable. D'ailleurs, le

remède n'est pas très facile à administrer puisqu'il est insoluble dans l'eau et son goût déplaît souvent aux malades. Je n'ai pas essayé les injections sous-cutanées d'éther salolé.

Doit-on penser, avec Leudesdorf, que le salol soit nuisible aux cholériques, et, avec Frænkel, qu'il puisse causer chez eux des néphrites à l'exemple du calomel? La chose me paraît difficile à juger. Il nous suffit de savoir qu'il a trompé les espérances des physiologistes et qu'il n'a pas guéri les malades.

Le *salicylate de bismuth* se décompose dans l'intestin, comme Vulpian l'a démontré, en oxyde de bismuth et acide salicylique. Il réussit dans la cholérine, mais n'a guère d'action dans le choléra grave. M. Barié l'a associé à l'extrait thébaïque sans dépasser 3 grammes par jour et s'en est bien trouvé. J'ai vu, au cours de l'épidémie de 1892, un pharmacien de la ville qui avait pris en deux jours 60 grammes de ce remède sans obtenir aucun résultat; je l'ai guéri par l'acide lactique, donné d'abord à la dose de 20 grammes. J'ai prescrit souvent avec succès le salicylate de bismuth à la période de déclin de la maladie.

Le *sous-nitrate de bismuth* est un antiseptique moins énergique que le salicylate. Merveilleux remède, personne ne l'ignore, dans les diarrhées banales, il est impuissant chez les cholériques graves.

Les acides. — Koch a démontré que, si l'ingestion des bacilles-virgules demeurait sans effet, soit chez les animaux, soit chez l'homme, c'est que ces microbes rencontraient dans l'estomac un agent parasiticide : le suc gastrique. Il est donc rationnel d'acidifier autant que possible, en temps d'épidémie, le contenu de l'estomac et de condamner les alcalins. D'autre part, il faut choisir des acides assez stables pour traverser la cavité stomacale et atteindre l'intestin grêle où réside le bacille-virgule.

D'ailleurs, la médication par les acides n'est pas nouvelle. En 1832, on la préconisait déjà en Allemagne, et, depuis lors, elle a été reprise plusieurs fois.

L'*acide sulfurique* a été employé, en 1866, par J. Worms qui prescrivait le mélange suivant :

Décoction de salep édulcorée.	150 grammes.
Acide sulfurique 3,4 ou. . .	5 —

En Angleterre, Sproston a vanté la mixture suivante :

Eau distillée de menthe. . .	120 grammes.
Acétate d'ammoniaque . . .	60 grains.
Sirop de framboise..	12 —
Acide sulfurique dilué. . . .	8 —

Récemment encore les instructions officielles anglaises contenaient l'indication de la limonade sulfurique et d'une potion à l'acide sulfurique.

Au début de l'épidémie de 1892, un médecin de Chicago, Almon Brooks, écrivit aux médecins de Hambourg pour leur recommander d'injecter sous la peau des cholériques, en une seule fois, un mélange ainsi composé :

Acide sulfurique dilué. . . .	1gr35
Chlorhydrate de morphine. .	1 centigr.
Eau distillée	45 grammes.

Plusieurs l'essayèrent, mais aucun n'eut à s'en louer. Lauenstein vit même se produire, chez quatre malades, de la gangrène de la peau au siège des injections.

L'*acide chlorhydrique* mériterait, semble-t-il, la première place, puisque à l'état physiologique il existe déjà dans l'estomac. Quelques médecins l'ont prescrit aux cholériques. Rumpf et Eisenlohr déclarent qu'il s'est montré absolument inefficace.

L'*acide tartrique* sert à fabriquer une limonade excellente que les malades, avides de boissons acidulées, recherchent toujours. J'ai fait dans mon service un grand usage de cette limonade (15 grammes d'acide tartrique pour 1 litre d'eau sucrée) qui m'a été utile, mais sur laquelle je n'ai jamais compté pour réaliser complètement la cure des cholériques.

L'*acide citrique* doit être employé comme l'acide tartrique à titre d'adjuvant. La limonade au citron aura toujours un rôle modeste dans le traitement du choléra.

L'*acide salicylique* détruit le bacille-virgule : la chose a été démontrée par Nicali et Riessch. C'est, en général, le salicylate de bismuth qui a été administré, dans ces derniers temps, aux cholériques. Cependant, Rommelaere (1) a fait prendre d'heure en heure, à un cholérique désespéré, des lavements contenant 5 grammes d'acide salicylique et le malade a guéri.

L'*acide borique*, proposé par quelques-uns, n'a pas encore fait ses preuves comme antiseptique intestinal.

L'*acide phénique*, malgré son action connne sur le bacille-virgule, n'a pas été employé à l'état simple. On s'est contenté de le savoir présent dans le salol.

L'*acide lactique* a été préconisé d'abord par M. Hayem (2) dans les diarrhées bacillaires de l'enfance; M. Lesage a affirmé qu'il n'y avait pas de meilleur antiseptique intestinal. Aussi figura-t-il en tête des remèdes recommandés contre le choléra, au début de l'épidémie de 1892, par le Conseil d'hygiène. M. Dujardin-Beaumetz soumit à la Société de thérapeutique la formule suivante :

Acide lactique.	10 grammes.
Sirop de sucre.	90 —
Alcoolat d'orange ou de citron.	2 —
Eau	1000 —

En prendre trois cuillerées à soupe tous les quarts d'heure.

Malgré les critiques de MM. Bucquoy, Constantin Paul, Créquy, on fit généralement à Paris un très bon accueil aux prescriptions du Conseil d'hygiène, et l'acide lactique devint bientôt le médicament *à la mode*. Que dire des résultats obtenus?

M. Peter déclare que l'acide lactique, donné à la dose de 4 à 6 grammes par jour, n'a paru produire aucun effet.

M. Siredey s'exprime ainsi : « L'acide lactique, qui a été presque partout en faveur, n'a pas paru combattre la diarrhée aussi efficacement que je l'espérais. »

M. Bourcy, qui, sur 42 cholériques, n'en a perdu que 14, a fait usage de l'acide lactique.

M. Delpeuch dit qu'il a d'abord usé largement de l'acide lactique chez ses malades; mais le remède ne lui a pas paru suffisant puisqu'il a eu recours ensuite aux lavements de créosote pour arrêter la diarrhée.

M. Barié déclare qu'il a prescrit plusieurs fois (?) l'acide lactique à la dose de 20 grammes, mais c'est à l'opium et au salicylate de bismuth qu'il attribue surtout ses succès thérapeutiques : 20 p. 100 de mortalité seulement sur un ensemble de 64 cas.

En rendant compte des faits observés, en 1892, à l'hôpi-

(1) Rommelaere. Acad. de méd. de Bruxelles, 1892.

(2) Hayem. Acad. de méd., 17 mai 1887.

tal Saint-Antoine, M. Hayem (1) s'exprime de la façon suivante : « L'acide lactique a rendu des services considérables, surtout au début et dans les formes non foudroyantes. Dans quelques cas, il est rejeté par les vomissements : il faut alors pratiquer le lavage de l'estomac. Chez les malades traités par M. Lesage, la limonade lactique a été d'une efficacité incontestable dans les formes non algides et accompagnées seulement d'une faible dépression thermique. Lorsque l'algidité a été, au contraire, très prononcée, l'acide lactique s'est montré à peu près inutile. »

A Hambourg, on n'a guère usé de l'acide lactique.

Eisenlohr déclare que ce médicament lui a paru (comme l'acide chlorhydrique d'ailleurs) assez indifférent. Rumpf parle avec le même dédain de ces deux acides.

Lauenstein a combiné, dans une série de cas, l'usage de l'acide lactique avec l'entéroklyse de Cantani, mais ses malades, dit-il, n'ont pas tardé à refuser le remède qu'il a, dès lors, remplacé par le calomel.

Il m'est permis d'émettre au sujet de l'acide lactique une opinion personnelle, car j'ai employé systématiquement ce remède pendant toute la durée de l'épidémie au *Bastion* 36.

Dans tous les cas graves, mes cholériques recevaient, le premier jour, une limonade composée de 1 litre d'eau sucrée et de 15 grammes d'acide lactique, avec l'autorisation de l'étendre d'eau glacée ou de la mélanger, s'ils le désiraient, avec la limonade tartrique qu'on leur donnait à discrétion ou à peu près. La plupart se plaignaient du goût désagréable de la limonade lactique, disant que la boisson était *trop forte;* quelques-uns la vomissaient immédiatement; mais comme on avait la précaution de la faire prendre par petites gorgées, comme on donnait dans l'intervalle des morceaux de glace, de la cocaïne ou du menthol, on arrivait presque toujours à la faire tolérer aux malades. Ceux qui manifestaient une répugnance invincible, ceux qui vomissaient malgré les précautions prises, ceux-là rejetaient aussi bien les boissons que je substituais à la limonade lactique et, dès lors, leurs chances de guérison devenaient bien faibles.

J'estime qu'il est toujours possible de triompher de la répugnance des malades et de leur faire accepter un médicament qui a l'immense avantage d'être soluble dans l'eau.

D'ailleurs, j'abaissais aussi rapidement que possible la dose quotidienne à 10 grammes et même à 5 grammes. Les 99 cholériques graves que j'ai eu la satisfaction de voir guérir, et parmi lesquels 65 ont évité la transfusion intraveineuse, ont été traités par l'acide lactique.

4° *Traitement par les toxines.* — Dans cette catégorie d'agents thérapeutiques (je n'ai pas à parler des vaccins dérivés des cultures), je ne trouve à citer, comme ayant passé du laboratoire à la salle d'hôpital, que l'*anticholérine* de Klebs.

Klebs admet que le bacille-virgule, absolument comme les organismes supérieurs, sécrète des poisons de deux ordres : les uns nuisibles à soi-même ou *autotoxines*, les autres nuisibles à autrui ou *allotoxines*. Ce sont les autotoxines que Klebs a imaginé d'utiliser pour détruire le bacille chez l'homme et qu'il se flatte d'avoir isolées.

Le liquide qu'il a obtenu en faisant agir l'alcool absolu sur les cultures tue le bacille-virgule. Il guérit les cobayes du choléra et les vaccine même contre cette maladie. Inoculé à l'homme (Klebs l'a démontré sur lui-même et sur un autre médecin), il ne provoque pas d'accident.

(1) Hayem. Acad. de méd., 8 nov. 1892.

C'est sur les indications de Klebs, venu à Hambourg pendant l'épidémie de 1892, que Manchot a utilisé le nouveau remède. Il injectait sous la peau des cholériques 6 ou 7 centimètres cubes d'anticholérine le premier jour, 5 ou 6 le second jour, 3 seulement le troisième jour, 1 ou 2 le quatrième jour. Chaque malade recevait en moyenne de 15 à 18 centimètres cubes et pas davantage. Le chiffre maximum a été de 30 centimètres cubes chez un cholérique qui a succombé, d'ailleurs, le septième jour avec une pneumonie du sommet droit et dont l'intestin contenait encore des bacilles-virgules. L'injection d'anticholérine provoquait une réaction manifeste : élévation de température de 2 degrés en moyenne, disparition de la cyanose, urination : mais souvent cette réaction demeurait incomplète et il fallait pratiquer la transfusion intra-veineuse. Parfois on notait un frisson et un accès fébrile durant quelques heures.

Manchot a remarqué que les malades, ainsi traités, pouvaient guérir rapidement et qu'ils évitaient l'état fébrile secondaire (ce que j'ai appelé moi-même l'*état fébrile du dixième jour*) qu'accompagne, dans certains cas, l'érythème cholérique.

Sur 31 cholériques graves, l'anticholérine en a guéri seulement 10; la mortalité, dans cette série restreinte, a donc été de 67,7 p. 100, encore faut-il rappeler que la transfusion intra-veineuse n'a été évitée que dans 8 cas favorables. De plus, l'anticholérine n'a pas tué les bacilles : à la suite des injections sous-cutanées, on les trouvait presque toujours dans les matières et avec des caractères qui ne permettaient pas de songer à une dégénérescence.

L'anticholérine de Klebs a fourni à Bela Angyan (de Buda-Pesth) 9 guérisons sur 19 cas très graves.

IV

Parmi les médicaments que j'ai passés en revue, il n'y en a pas un seul qui mérite le nom de spécifique. D'ailleurs, il est difficile de concevoir un remède qui réponde à *toutes* les indications du choléra grave ; l'action de ce spécifique idéal aura toujours besoin d'être préparée et soutenue par une série de manœuvres accessoires.

Quelles sont les indications thérapeutiques du choléra grave ?

1° *Arrêter la diarrhée et calmer les coliques.* — Je ne reviendrai pas sur les médicaments rangés dans les précédentes catégories et qui tous visent ce but. Je ne parlerai pas non plus des modestes astringents.

L'*opium* régnait en maître dans la thérapeutique du choléra, lorsque, en 1866, Leyden le condamna comme défavorable. On l'a accusé, depuis cette époque, de déprimer les malades et aussi (expérience de Koch) de retenir, dans l'intestin paralysé, les toxines dont il importe de précipiter l'élimination. Ses partisans ont répondu qu'il favorisait l'action des antiseptiques intestinaux en prolongeant la durée de leur contact avec les bacilles.

En 1892, l'opium a paru inutile à Rieder et à Rommelaere, dangereux à Ratjen, à Rumpf, à Eisenlohr. Heyse souhaite qu'il soit banni à jamais de la thérapeutique du choléra, car il détruit les effets de la transfusion et provoque le collapsus.

Cependant, Tipiakoff l'a souvent associé aux sels de bismuth et Barié, qui a une statistique très favorable, déclare que l'opium lui a toujours réussi.

Tout dépend de la gravité des cas et de la période où l'on agit. Personne n'ignore que, bien souvent, la diarrhée initiale du choléra a pu être enrayée par le laudanum ou par l'élixir parégorique (lequel contient de l'extrait d'opium et du camphre), dont on a prescrit des doses de xx gouttes plusieurs fois répétées dans la journée; mais dès qu'il y a tendance au collapsus l'opium peut être dangereux.

Le laudanum m'a paru utile, à la période de réaction, pour modérer les coliques persistantes et tarir définitivement le flux intestinal.

2° *Arrêter les vomissements.* — C'est surtout pour calmer et pour éviter les vomissements qu'on recommande aux cholériques (puisque la soif ardente les condamne à boire) de prendre par petites gorgées de l'eau glacée, de l'eau de Seltz froide, des limonades acides. On conseille aussi l'eau chloroformée, l'éther, le menthol (doses variant de 50 centigrammes à 1 gramme); j'ai employé avec succès le chlorhydrate de cocaïne à la dose de 2 ou 3 centigrammes. Enfin plusieurs médecins ont pratiqué le lavage de l'estomac avec l'eau bouillie (Hayem, Lesage) ou avec une solution faible d'acide lactique (Delpeuch) et ne craignent pas de préconiser ce procédé thérapeutique, bien qu'il paraisse pénible aux malades. On a abandonné la révulsion à l'épigastre qui était pratiquée jadis.

3° *Calmer les crampes.* — Pour cela, rien ne réussit mieux que les bains et la transfusion de sérum artificiel.

4° *Réchauffer les malades et stimuler la circulation périphérique.* — Les cholériques peuvent être comparés aux sujets asphyxiés par le froid. C'est pour cela qu'il a paru rationnel de les traiter, comme les malheureux qu'on trouve roidis dans la neige, par l'eau glacée et les affusions froides. Depuis l'épidémie de 1832, cette pratique a passé de mode et généralement on a adopté les bains chauds.

En 1892, les bains chauds ont été employés dans la plupart des services hospitaliers. Chez les cholériques algides, dit M. Hayem, les bains chauds, durant vingt minutes, et répétés toutes les deux ou trois heures, provoquent une élévation de température de 1 à 2 degrés et, en même temps, le relèvement du pouls, la disparition des crampes, le retour des urines. M. Siredey loue également les excellents effets des bains, à condition qu'on s'en abstienne pendant la période de réaction. M. Mathieu a vu, comme M. Siredey, des convulsions survenir à la suite des bains chauds chez des cholériques qui offraient les signes de l'intoxication urémique. M. Delpeuch déclare que, contre l'algidité et la cyanose, les bains à 40 degrés sont sans effet. A Hambourg, la balnéation chaude a paru réussir dans les cas d'intensité moyenne; dans les cas graves, il a toujours fallu recourir en même temps aux transfusions.

Il est bon de pratiquer d'énergiques frictions, d'envelopper les membres dans l'ouate, de mettre dans le lit des boules d'eau chaude. Quant aux procédés qui ont pour but de provoquer la sudation (enveloppement dans le taffetas gommé, bains de vapeur), ils peuvent activer la réaction, mais déterminent souvent du malaise. Éviter les sinapismes, qui provoquent parfois des eschares.

5° *Stimuler le cœur.* — A côté des stimulants et des toniques (acétate d'ammoniaque, rhum, cognac, champagne, thé, café), dont il faut user avec prudence et qui, souvent, provoquent des vomissements, nous avons à notre disposition la caféine et l'éther que nous injectons sous la peau. Ces médicaments sont susceptibles de retarder, d'empêcher même parfois, le collapsus algide. M. Barié loue des lavements d'éther. M. Delpeuch préconise les injections sous-cutanées de sulfate de strychnine, qu'il préfère aux injections de caféine et d'éther. On verra que le meilleur stimulant du cœur est le sérum artificiel injecté dans les veines.

6° *Stimuler les reins.* — C'est ce que font les procédés qui stimulent le cœur et augmentent la pression sanguine. La transfusion intra-veineuse influence rapidement les reins.

7° *Calmer la dyspnée.* — La dyspnée cesse avec la cyanose et les symptômes qui trahissent l'anoxémie, quand on a pratiqué la transfusion. Les inhalations d'oxygène m'ont paru utiles.

8° *Calmer le délire.* — C'est une des indications capitales, surtout chez les alcooliques. Il faut s'adresser aux injections sous-cutanées de morphine et laisser de côté l'extrait thébaïque et les autres calmants.

9° *Restituer au sang épaissi le sérum qu'il a perdu.* — Pour remédier aux énormes déperditions de sérosité consécutives à la débâcle gastro-intestinale, pour délayer le sang épaissi et secourir les tissus déshydratés, on peut utiliser les voies ouvertes (estomac, intestin, vessie) ou en ouvrir de nouvelles.

Les injections intra-vésicales sont peu efficaces; les injections faites dans le péritoine et les plèvres sont insuffisantes, difficiles et manifestement dangereuses. Je n'envisagerai que les procédés qui s'adressent aux voies digestives et directement au système circulatoire.

I. Restitution aux voies digestives. — En 1830, les paysans russes prenaient l'initiative de gorger les cholériques d'eau salée et l'année suivante, Searle appliquait méthodiquement le procédé aux malades de Varsovie. En 1832, Thomas Latta donnait aux cholériques de Leith (Écosse) d'énormes quantités d'eau salée à boire et en même temps leur administrait des lavements salés. En 1866, à Paris, Moissenet eut la satisfaction de guérir 33 cholériques sur 44, en leur faisant prendre des potions au chlorure de sodium et des lavements contenant 30 ou 40 grammes du même sel; mais il ajoutait à cela le bicarbonate de soude à haute dose (30 à 40 grammes) : c'est exactement l'inverse de ce que nous préconisons aujourd'hui.

Il est certain qu'on doit donner aux cholériques assoiffés des boissons à discrétion. Faut-il les contraindre à boire malgré leur désir? Les médecins qui l'affirment apprécient mal l'intolérance gastrique de ces patients et font trop bon marché des vomissements si pénibles qui sont la conséquence inévitable de leur méthode.

Les lavements ont été prescrits en tout temps chez les cholériques, mais nul ne les avait préconisés avec autant d'ardeur que Cantani. Ce médecin ne s'est pas contenté d'irrigations banales du gros intestin : il a fait des injections de 2 litres, qu'il s'est efforcé de porter, à l'aide d'une sonde, aussi haut que possible dans l'intestin. Bien qu'il soit difficile d'admettre, avec Cantani, que le liquide franchisse la barrière iléo-cæcale pour atteindre l'iléon, il faut reconnaître qu'il y avait là un procédé nouveau et que la création d'une dénomination nouvelle était justifiée. L'*entéroklyse* de Cantani était destinée dès lors à occuper une place importante dans la thérapeutique du choléra.

A l'exemple du médecin napolitain, les praticiens qui ont eu recours à l'entéroklyse ont ajouté à l'eau tiède une dose de 3 grammes d'acide tannique, souvent aussi quelques gouttes de laudanum.

Pendant l'épidémie de 1892, le procédé a joui d'une

grande faveur à Hambourg, non pas comme traitement héroïque du collapsus algide, mais comme un adjuvant utile des autres médications pendant le stade de phlegmorragie. Heyse voit surtout dans l'entéroklyse un bon moyen de vider rapidement l'intestin, de conjurer le ténesme rectal et de procurer ainsi aux malades le repos dont les privent les incessantes évacuations : ce n'est pas exactement le but que voulait atteindre le promoteur de la méthode.

M. Bourcy est le seul médecin qui, à Paris, ait fait connaître les résultats obtenus dans l'emploi du procédé de Cantani : « Le traitement de mes 42 cholériques a consisté surtout, outre les bains chauds, les injections de caféine et les potions à l'acide lactique, en grands lavages gastriques et intestinaux. Ces derniers étaient faits avec le bock à injection et la sonde molle introduite dans l'intestin aussi loin que possible. Le liquide employé était l'eau récemment bouillie et la quantité employée oscillait entre 2 et 6 litres. L'effet immédiat de ces lavages était un soulagement très marqué, si bien que les malades les réclamaient avec instance. Il m'a semblé que les cas de moyenne intensité étaient fort améliorés par ce procédé. »

Il serait injuste de ne pas mentionner ici la statistique de Tipiakoff qui a soigné à Saratow 615 cholériques et en a sauvé 270. Dans la série des malades traités par les bains chauds et l'entéroklyse, ce médecin n'a eu qu'une mortalité de 22 à 24 p. 100, tandis que dans la série des cas traités par les injections sous-cutanées de sérum, la mortalité s'est élevée à 56 p. 100.

II. Restitution au système circulatoire. — On a donné le nom d'*hypodermoklyse* à l'injection de sérum artificiel faite dans le tissu cellulaire sous-cutané, c'est-à-dire visant le système capillaire. J'ai proposé d'appeler *artérioklyse* l'injection intra-artérielle et *phléboklyse* l'injection intra-veineuse du même sérum, en disant que ces opérations constituaient une sorte de *trinité thérapeutique*.

Je passerai rapidement sur la *transfusion intra-artérielle* proposée, pour la première fois, par Landois et décrite par E. Ungar. Qu'on ait l'intention de diriger le liquide dans le sens normal du courant sanguin ou de lui faire remonter ce courant, cette opération ne peut avoir plus d'efficacité que celle qui s'adresse aux veines; elle ne peut influencer plus rapidement le myocarde; et comme on ne doit jamais se décider, sans nécessité absolue, à ouvrir des artères, j'estime que l'artérioklyse doit être mise au rang des opérations dangereuses et, par conséquent, rejetée. Les résultats de Schede (de Hambourg) qui a obtenu 4 succès sur 16 opérations ne sont pas de nature à ébranler ma conviction à cet égard.

J'arrive aux deux opérations qui se disputent actuellement la faveur des médecins et qui, largement pratiquées en 1892, méritent d'être mises en pleine lumière : la phléboklyse et l'hypodermoklyse.

A. *Transfusion intra-veineuse.* — Avant l'Écossais Latta, qu'on considère, en général, comme l'inventeur de la transfusion aqueuse chez les cholériques, il convient de citer Jœhnichen qui, en 1830, à Moscou, injecta une solution acidulée dans les veines d'une cholérique agonisante. Latta ne vint qu'en 1832 et, la même année, Magendie avait recours, sans succès d'ailleurs, aux injections intra-veineuses, tandis que le Hambourgeois Zimmermann rapportait dans le journal d'Hufeland le premier cas de choléra guéri en Allemagne par le procédé de Latta.

Grâce aux efforts des médecins d'outre-Manche (Craigie, Gerdwood, Laurie, Carruthers, Weatherill) imitateurs de Latta, la méthode de la transfusion d'eau salée comptait déjà, en 1850, plus de 30 succès chez les cholériques algides. En 1855, Duchaussoy lui consacrait une étude excellente. En 1866, Lorain l'appliquait discrètement (400 grammes d'eau pure injectés), mais victorieusement à un malade. En 1873, M. Dujardin-Beaumetz tentait en vain de sauver trois cholériques, en leur injectant de l'eau salée.

Lorsque survint, à Paris, l'épidémie de 1884, M. Hayem n'hésita pas à mettre au service du procédé de Latta sa connaissance approfondie de l'hématologie clinique. Au lieu d'avoir recours à la solution de Latta (eau 6 pintes, sous-carbonate de soude 2 scrupules, chlorure de sodium 2 drachmes), il se servit du liquide suivant :

Eau.	1000	grammes.
Chlorure de sodium pur . .	5	—
Sulfate de soude	10	—

La température de cette solution était portée à 38 degrés et la quantité injectée à 2 litres. M. Hayem avait pu établir, par la numération des globules au stade de collapsus algide, que, pour ramener la masse du sang à la normale (sans tenir compte des exigences des tissus déshydratés), il ne fallait pas moins de 1150 grammes de sérum artificiel. Il y avait donc avantage à dépasser cette dose, sans imiter Latta qui ne craignait pas d'injecter, dès le début, 120 onces, soit 3^{kg}390, et qui, dans un cas heureux, fit passer dans les veines d'un cholérique, en treize heures, 17 kilogrammes de sérosité.

Avec la solution de M. Hayem, on rendait plus durables les effets de la transfusion et moins fréquentes les opérations nécessaires chez le même sujet. D'autre part, M. Hayem put établir, grâce au microscope, une distinction importante entre les cas où la retransfusion s'imposait (le nombre des globules rouges s'étant élevé à la suite de la déperdition post-opératoire de sérosité) et ceux où elle était inutile. En général, il mit entre deux transfusions un intervalle de vingt-quatre heures,; chez deux malades seulement, le nombre des transfusions s'éleva à 3, chez un seul à 4, chiffre maximum.

Résultats de M. Hayem en 1884 : sur 90 cholériques transfusés, 27 guérisons et 63 décès, soit 30 p. 100 de guérisons.

M. Hayem ne tarda pas à trouver un imitateur : en 1885, M. Rouvier traita comme lui 35 cholériques et obtint 18 guérisons (32,7 p. 100 de guérisons).

Ces chiffres montraient bien que la transfusion intra-veineuse n'était pas un moyen infaillible. Mais lorsqu'on vit M. Hayem affirmer que le procédé n'aggravait pas la situation des malades ; que, pour provoquer la réaction franche, il n'avait pas d'égal ; qu'il devait être considéré désormais comme constituant une méthode rationnelle, scientifique, non exceptionnelle, mais régulière dans le traitement du choléra ; que, d'ailleurs, l'expérience de 1884 n'était pas encore décisive et que la transfusion pouvait aspirer à de plus nombreuses victoires ; plusieurs conçurent le projet d'utiliser, à la première occasion, l'étude si précise du médecin de Saint-Antoine.

Dès qu'apparut le choléra de 1892, à Paris, on songea à la transfusion. C'est à Beaujon qu'on eut l'occasion de la pratiquer tout d'abord, puis elle fut faite par moi-même au Bastion 36. Du 11 juillet au 25 octobre, 149 cholériques ont subi de ma part cette opération et, sur ce nombre, 34 ont

guéri. Elle a été pratiquée de même par MM. Variot, Siredey et Bourcy, et surtout à Saint-Antoine, dans le service de M. Hayem, par M. Lesage.

A Hambourg, en 1892, la transfusion intra-veineuse a été faite dans tous les services de l'hôpital général. Comme le nombre des malades était considérable, comme on faisait concurremment les transfusions sous-cutanées et les grands lavages intestinaux, on a pu comparer entre elles les différentes méthodes. Le liquide employé était une solution de chlorure de sodium à 6 p. 1000, à laquelle on ajoutait parfois une petite quantité d'alcool absolu. La dose injectée variait de 1 litre et demi à 2 litres.

Parmi les plus chauds partisans de la transfusion intraveineuse, il faut citer Rumpf, Rieder, Schede, Jolasse, Heyse, Mouchot; en moyenne, ces médecins ont eu, chez les cholériques traités par ce procédé, une mortalité de 75 p. 100.

Quels sont les effets de la transfusion intra-veineuse? Quelles sont les indications? Quel est l'avenir de l'opération chez les cholériques?

Aucun des médecins qui ont assisté aux injections intraveineuses, faites chez les cholériques en état de collapsus algide, n'a manqué d'exprimer son admiration pour des résultats qui tiennent du prodige. « On croirait assister, dit M. Hayem, à une véritable résurrection... En quelques minutes, on a transformé un être cadavérisé et insensible en un sujet plein de force. » Schede s'écrie : « La transfusion, c'est le réveil des morts! »

Ne pouvant entrer dans les détails des phénomènes réactionnels, je dirai seulement que le plus remarquable de ces phénomènes est le prompt retour du pouls radial supprimé. Il ne faut pas croire qu'une copieuse injection soit nécessaire pour faire battre le pouls radial. Quelques centaines de grammes suffisent en général. Cela prouve que le liquide injecté stimule le myocarde et il est inutile d'invoquer ici l'action des sels de soude sur le muscle cardiaque, puisque Lorain a obtenu un succès définitif avec 400 grammes d'*eau pure*. La rapide irrigation des centres nerveux est démontrée par la réapparition des réflexes, des fonctions de sensibilité, de l'intelligence, par la disparition de la cyanose et de l'asphyxie.

Avant la fin de l'opération, on voit, en général, se produire un frisson qui dure une demi-heure; puis la température centrale s'élève de 1 ou 2 degrés. La langue devient humide, l'aphonie disparaît, l'opéré demande à boire. Souvent il ne tarde pas à uriner. Dans certains cas (rarement d'après M. Hayem, assez souvent d'après moi), il a des vomissements réitérés et de copieuses évacuations intestinales : l'organisme du cholérique étant dès lors traversé par le liquide comme un tonneau des Danaïdes, on pourrait accuser l'opération d'avoir manqué son but, si l'on n'envisageait les toxines diluées par le sérum artificiel et entraînées à la surface de l'estomac et de l'intestin. Au point de vue théorique, cette dilution et cette élimination rapide des toxines sont assurément très désirables; en pratique, les grandes débâcles consécutives à la transfusion sont toujours à regretter : elles ramènent le collapsus algide et nécessitent des transfusions réitérées.

Pour mon compte, j'ai rarement fait plus de trois transfusions à chacun de mes cholériques et deux seulement ont subi six opérations. A Hambourg, le chiffre de six transfusions chez un seul et même cholérique n'a guère été dépassé. Schede cite des malades qui, ayant été transfusés cinq fois et même sept fois en quarante-huit heures, ont guéri. M. Lesage a dépassé ce nombre, mais il faut dire que sa façon de comprendre les indications de la transfusion n'a pas été, de tous points, semblable à celle de M. Hayem en 1884, à celle des médecins de Hambourg et à la mienne.

Les indications de la transfusion intra-veineuse doivent être précisées rigoureusement, si l'on veut éviter des excès regrettables dans la pratique. Il faut se rappeler qu'elle constitue une opération sérieuse; que, sans parler de l'entrée (facile à éviter) de l'air dans les veines, elle expose les malades aux embolies pulmonaires constatées par Frænkel, aux foyers suppuratifs vus par Simmonds, aux phlébites, aux suppurations locales; et que, d'ailleurs, on ne peut jamais mesurer d'avance l'effet d'une perturbation thérapeutique aussi violente. Il faut se rappeler qu'un grand nombre de cholériques graves guérissent sans transfusion (j'en ai compté 65 dans mon service) et, par conséquent, la réserver aux cas désespérés. C'est ce qu'avait fait M. Hayem en 1884, mais déjà, en 1885, il manifestait le regret de n'avoir pas agi autrement et s'élevait contre la temporisation.

Aussi n'eut-on pas à s'étonner de l'entendre proclamer à l'Académie de médecine, le 8 novembre 1892, lorsqu'il commenta les résultats obtenus dans son service par M. Lesage, les bienfaits de la transfusion hâtive. « Guidé par mes observations antérieures, dit-il, M. Lesage n'a pas craint d'étendre le domaine de la transfusion et il a opéré, non seulement les malades sans pouls, mais ceux aussi dont le pouls radial était seulement très affaibli, toutes les fois qu'après un certain nombre de bains chauds le choc artériel ne s'était pas relevé. »

Y a-t-il avantage à *étendre le domaine* de la transfusion? Y a-t-il avantage à transfuser, comme on l'a fait à Saint-Antoine, des cholériques non graves? J'estime qu'en dépit de la statistique que M. Hayem a apportée à l'appui de son dire, l'opération doit être réservée aux cholériques dont les autres procédés thérapeutiques n'ont pas amélioré l'état. J'estime qu'il faut attendre, pour la pratiquer, le *collapsus algide avec suppression durable du pouls radial*. J'estime que comme à Saint-Antoine, en 1884, comme dans mon service du Bastion 36, comme dans tous les services de Hambourg, il faut la faire seulement *in extremis*.

Ce n'est d'ailleurs qu'en la présentant de cette manière qu'on pourra la faire accepter des médecins qui se refusent encore à l'accueillir. Ceux-là reprochent à la transfusion d'être seulement un moyen de prolonger la lutte et non pas de gagner la bataille. Delpeuch, par exemple, compare le médecin, qui s'efforce de rendre momentanément la vie au cholérique cadavérisé, au physiologiste qui ressuscite pour quelques secondes, à l'aide d'injections carotidiennes, la tête d'un décapité.

J'ai répondu en déclarant que, sur mes 34 cholériques transfusés guéris, j'en considérais 30 comme ayant été sauvés par la transfusion. N'en eussé-je sauvé qu'un seul, je n'aurais pas à regretter mes efforts. Et puis, il y a, pour l'avenir du traitement des cholériques, plus que pour le présent, un autre argument à faire valoir : « Le jour où nous aurons entre les mains, ai-je dit, le *médicament spécifique* du choléra, nul ne négligera de gagner du temps, nul n'hésitera à rechercher ce retard de l'agonie que certains dédaignent à l'heure actuelle. » Avec moi, Klebs, qui se flatte de posséder dans l'anticholérine un spécifique digne de ce nom, a insisté sur cette vérité.

Gagner du temps! Voilà ce qu'il faut faire dans le choléra foudroyant.

J'ai parlé du liquide à employer : sérum d'Hayem ou solution de chlorure de sodium à 6 p. 1000, comme à Hambourg. Température du liquide à injecter 38 à 39 degrés, comme l'a conseillé M. Hayem. Je suis convaincu qu'il peut être dangereux de porter le liquide à un degré supérieur. Quantité de liquide : 1500 à 2000 grammes chez les adultes. L'injection doit être faite lentement et durer au moins quinze minutes.

J'ai conseillé de choisir toujours la veine saphène interne immédiatement au-dessus de la malléole ; elle est facile à trouver, elle repose sur un plan osseux, on peut y faire pénétrer facilement la canule sans se butter à des anastomoses. On incise la peau et l'aponévrose, on met la veine à nu sur une étendue de 2 centimètres au maximum, on la dissèque, on la charge sur une sonde cannelée, et on la tend à l'aide d'une pince pour y introduire la canule munie du trocart approprié, la pointe du trocart étant dirigée vers le cœur. Tout cela en obéissant aux lois de l'antisepsie la plus rigoureuse.

Quand la canule est introduite, on enlève le trocart qu'on remplace par l'embout de l'injecteur. Il est très important de bien maintenir la canule dans la veine, car si on la laissait sortir tout serait à recommencer, et chacun sait qu'on risque souvent de transpercer la veine ou de s'engager seulement dans la gaine. L'opération est, en résumé, délicate. Quand l'injection est finie, on comprime la veine au-dessus de la plaie, pour s'opposer à l'issue du liquide mêlé au sang, et l'on se hâte de suturer la plaie. Puis on applique un pansement antiseptique.

Il faut éviter, cela va sans dire, d'injecter de l'air. Il faut avoir un liquide parfaitement stérilisé. Il faut se garder des corps étrangers, qui créeraient des embolies et, comme Lauenstein l'a conseillé, filtrer le liquide. L'appareil doit être stérilisé avec le plus grand soin.

Quel est le meilleur appareil? M. Hayem s'est servi d'une pompe en caoutchouc. Après avoir essayé l'appareil de Dieulafoy et l'appareil de Potain, qu'on peut employer en cas d'urgence, j'ai eu recours au transfuseur de Collin. M. Variot s'est servi de l'appareil à pression, utilisé dans les laboratoires pour les injections microscopiques. A Hambourg, on a pris soit de simples injecteurs en verre, soit des appareils plus compliqués, parmi lesquels celui de Renvers paraît spécialement recommandable au point de vue de la pureté du liquide et de l'exclusion de l'air. Tous les appareils sont bons, pourvu qu'on se garantisse contre la pénétration des germes, des poussières, des particules solides, et contre l'entrée de l'air dans les veines.

Si l'on doit renouveler la transfusion, il faut tâcher d'utiliser la plaie déjà faite.

B. *Transfusion hypodermique.* — C'est en 1883 que Samuel (de Königsberg) et J. Michael (de Hambourg) recommandèrent presque simultanément les injections d'eau salée dans le tissu cellulaire sous-cutané des cholériques. En 1884, Cantani utilisa la méthode à Naples, et la fit accepter à plusieurs confrères ; sur 187 cholériques traités par l'*hypodermoklyse* (on se rappelle que l'entéroklyse appartient au même médecin), 114 eurent la vie sauve : c'était une proportion de guérisons de 61 p. 100. La même année, Semmola se déclarait partisan absolu de ce procédé. En 1886, Bela von Angyan (de Budapesth) publiait les résultats obtenus chez 274 cholériques ; 106 guérisons et 168 décès, soit 40 p. 100 de guérisons.

En 1892, à Hambourg, l'hypodermoklyse a été acceptée d'emblée comme un excellent mode de traitement du choléra, et comme J. Michael était là pour soutenir qu'elle pouvait rivaliser avec la transfusion intra-veineuse, on ne craignit pas de l'employer, même au stade de collapsus algide. Mais bientôt, plusieurs médecins déclarèrent que pour les cas extrêmes, il n'y avait qu'un traitement héroïque : l'injection dans les veines. D'ailleurs, ils acceptaient l'hypodermoklyse pour les cas d'intensité moyenne, et s'efforçaient de combiner l'une et l'autre opération, dans les cas graves.

A Paris, l'hypodermoklyse a été pratiquée par MM. Mathieu et Siredey.

M. Mathieu l'a faite chez une trentaine de malades. Il a injecté, à l'aide de l'appareil de M. Burlureaux, de 400 à 800 grammes et même jusqu'à 1200 grammes de sérum d'Hayem. Dans tous les cas, les effets ont paru favorables, soit que la transfusion intra-veineuse eût précédé ces injections, soit qu'elle n'eût pas semblé nécessaire. « Je n'hésiterais pas, ajoute ce médecin, à employer de nouveau et plus largement encore ce procédé, soit d'emblée, dans les cas moyens, soit consécutivement à la transfusion intra-veineuse. »

M. Siredey a soumis 54 cholériques au même traitement : « Dès qu'apparaissaient les premiers phénomènes d'algidité, de cyanose, on faisait une injection de 150 à 300 grammes de sérum, à l'aide de l'appareil de Burlureaux ou à l'aide de diverses seringues. L'injection était faite profondément dans le tissu cellulaire sous-cutané, ou à travers les muscles de la cuisse ou de la fesse, quelquefois à la partie inférieure de l'épaule, en employant toutes les précautions antiseptiques. Malgré la quantité du liquide injecté, il n'est survenu aucun accident immédiat ni éloigné. La douleur était vive chez certains malades, nulle chez les cholériques en collapsus. La dose quotidienne de sérum injecté variait de 300 à 500 grammes. Elle a été maintenue quelquefois pendant deux ou trois jours. Elle a été portée à un litre pour une jeune femme qui était entrée dans un état excessivement grave ; dès la fin de la première journée, la connaissance était revenue, le pouls se relevait et l'émission de 200 grammes d'urine annonçait la fin de la crise. Chez 54 malades traités de la sorte, 38 sont morts et 16 ont guéri. »

La statistique de Siredey indique donc une proportion de guérisons de 29,63 p. 100. Michael indiquait 42,7 p. 100 comme résultant d'un calcul fait à l'aide de diverses statistiques, lorsqu'il a voulu démontrer les avantages de l'hypodermoklyse. En général, les chiffres fournis par cette méthode thérapeutique sont supérieurs à ceux que donne la transfusion intra-veineuse, mais cela tient à l'état relativement favorable des sujets. Les cholériques désespérés ne subissent, en général, que la transfusion intra-veineuse, de là les échecs si fréquents de cette opération. Il faut s'attendre à voir toujours, dans la série des transfusés, moins de cholériques guéris que dans l'autre série. On doit s'abstenir de mettre en regard les chiffres de ces deux séries, puisque chacune des deux méthodes a ses indications spéciales. De même, il est impossible d'opposer les résultats de la transfusion intra-veineuse *hâtive* à ceux de la transfusion pratiquée *in extremis*.

Paul Guttmann (de Berlin) n'hésite pas à considérer

l'hypodermoklyse comme la seule conquête thérapeutique sérieuse qu'ait réalisée le choléra, depuis 1884. Nous devons reconnaître avec lui qu'elle a des avantages réels :

1° Elle peut être faite en ville, tandis que la transfusion intra-veineuse n'est praticable qu'à l'hôpital, et on peut la faire *de bonne heure;*

2° Elle est moins dangereuse, puisqu'elle n'expose ni à l'entrée de l'air dans les veines, ni aux embolies ;

3° Elle donne des résultats moins brillants, moins saisissants, mais *plus durables* que l'autre opération ; elle expose moins aux débâcles gastro-intestinales.

Puisque nous possédons l'hypodermoklyse qui doit suffire dans les cas d'intensité moyenne et que nous avons le droit de pratiquer hâtivement dans les cas graves, pourquoi chercherions-nous à lui substituer la transfusion intra-veineuse hâtive ? Réservons cette dernière pour les cas désespérés.

Pour pratiquer les injections sous-cutanées de sérum, on doit se servir du même liquide que pour la transfusion intra-veineuse et l'employer à la même température, on aura une aiguille plus large et deux fois plus longue que celle de la seringue de Pravaz, qu'on adaptera au tube en caoutchouc de l'injecteur et qu'on introduira sous la peau des régions sous-claviculaire ou abdominale, ou bien aux points qu'a indiqués M. Siredey. Ici, comme pour la transfusion intra-veineuse, tous les injecteurs sont bons pourvu qu'on les manie avec précaution et qu'on obéisse aux lois de l'antisepsie. On peut, pour gagner du temps, avoir recours à deux aiguilles simultanément.

L'utilité de l'opération, telle qu'on l'a préconisée dans l'épidémie de 1892, me paraît si évidente que je propose de mettre entre les mains des praticiens une provision de sérum artificiel et un appareil très simple, de telle sorte que l'injection sous-cutanée soit faite à domicile, *avant le départ pour l'hôpital.* Cela permettrait aux cholériques d'affronter, sans dommage, les longs trajets en voiture qui, trop souvent, causent des accidents irrémédiables.

V

En résumé, dans le *choléra léger*, tous les procédés réussissent; il suffirait presque de condamner les malades au lit, de les priver d'aliments solides et de calmer leur soif à l'aide de boissons indifférentes pour les guérir.

Dans le *choléra grave* il faut agir avec prudence, mais il faut agir vite. Si l'on n'a pas réussi à juguler la diarrhée prémonitoire, qu'il importe toujours de traiter énergiquement, il ne faut pas perdre son temps à essayer l'effet de l'opium ou des antiseptiques faibles, des sels de bismuth, par exemple. Il faut recourir immédiatement à l'un des deux remèdes, qui, en attendant un spécifique, s'imposent à notre confiance : le *calomel*, préconisé en Allemagne, ou l'*acide lactique*, vanté en France. On se gardera, cela va sans dire, d'associer ces deux médicaments, on choisira l'un ou l'autre et, si l'on se décide pour le calomel, on renoncera aux limonades acides qui vont si bien avec l'acide lactique.

S'il y a *tendance au collapsus* et cyanose, on aura recours aux bains chauds, à l'entéroklyse ou à l'hypodermoklyse, sans oublier les frictions, les injections sous-cutanées d'éther et de caféine, les inhalations d'oxygène.

S'il y a *collapsus algide avec suppression du pouls radial*, on fera la transfusion intra-veineuse.

Le choix des boissons aura une grande importance : boissons gazeuses glacées, eau de seltz, champagne glacé étendu d'eau, café glacé très léger. J'estime qu'avant la période de réaction, il ne faut donner aux cholériques ni lait, ni bouillon, ni alcool ; le thé fait souvent vomir. Si l'on autorise trop tôt l'usage du lait et des aliments, on s'expose à des rechutes. Le lait d'ânesse rend service dans ces cas d'intolérance gastrique qui sont si fréquents chez les convalescents de choléra. Il faut songer aussi aux lavements de peptone qui peuvent soutenir les malades affaiblis. J'insiste sur la nécessité de maintenir longtemps les convalescents au lit malgré leur impatience.

Je laisse de côté les complications qui sont d'ailleurs peu nombreuses dans le choléra.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les candidats, inscrits pour le concours aux trois places de médecin du Bureau central, sont au nombre de 72. Ce sont, par ordre alphabétique :

MM. Achard, Barbier, Baudouin, Béclère, Belin, Berbez, Besançon, Blocq, Boulloche, Bruhl ;

Capitan, Caussade, Cayla, Charrier, Coffin, Courtois-Suffit, Dalché, Darier, Deschamps, Despréaux, Dubief, Duplaix, Duflocq, Dupré ;

Enriquez, Florand, Gallois, Gaume, de Gennes, Gilles de la Tourette, Gillet, Giraudeau, Girode, de Grandmaison, Guinon (Georges), Guinon (Louis), Hudelo, Jacquet, Jeanselme, Klippel ;

Laffitte, Launois, Lebreton, Legry, Le Noir, Lesage, Létienne, Lion, Luzet, Lyon ;

Martin de Gimard, Ménétrier, Méry, Morel-Lavallée, Mosny, Parmentier, Pignol, Polguère, Queyrat ;

Raymond, Ribail, Sallard, Souques, Springer, Thoinot, Tissier, Toupet, Vaquez, Vignalon, Weber, Widal et Wurtz.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur Ball, qui vient de succomber au mal qui, depuis quelques mois, le tenait éloigné de ses études. Nous aurons à revenir sur l'œuvre de ce maître si cruellement frappé, lorsque les corps savants, auxquels il appartenait, lui rendront les hommages dus à son souvenir.

— Hier jeudi à dix heures et demie ont eu lieu, à Saint-Étienne-du-Mont, les obsèques du malheureux Eugène Mariotte; à ces obsèques, faites aux frais de la Ville, assistaient les représentants de l'administration, M. le doyen Brouardel, M. le professeur Tillaux, M. le docteur Poirier, M. Troisier, médecin de Lariboisière, et un grand nombre d'étudiants et de médecins.

M. Vorbe, au nom de la Ville ; M. Poirier, au nom de la Faculté, et M. Tissier, au nom des étudiants, ont prononcé l'oraison funèbre d'Eugène Mariotte, mort victime de son dévouement.

Puis le corps a été conduit à la gare de Lyon, pour être dirigé sur Auxerre où devait avoir lieu l'inhumation.

— Le banquet offert à M. le docteur Dujardin-Beaumetz par ses élèves et ses amis, à l'occasion de sa promotion dans la Légion d'honneur, aura lieu le lundi 13 mars, à l'hôtel Continental.

Les cotisations et adhésions sont reçues chez M. O. Doin, 8, place de l'Odéon.

— Le coulage de la statue en bronze du docteur Guépin (de Nantes) vient d'avoir lieu. L'opération a parfaitement réussi.

— M. le docteur Gouguenheim reprendra ses conférences de clinique laryngoscopique, à l'hôpital Lariboisière, le dimanche 26 février, à dix heures du matin, et les continuera les dimanches suivants à la même heure. — Examens cliniques et opérations les mardis, jeudis et samedis, à neuf heures du matin.

— MM. Boissier, Lachaud et Lefilliatre, internes des asiles, commenceront le mercredi 1er mars, à quatre heures, à l'Asile

clinique de Sainte-Anne, des conférences pour l'internat des asiles (amphithéâtre de M. le docteur Magnan).

— M. Gaucher, agrégé, commencera les conférences sur les maladies de la peau, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, le mercredi 8 mars, à cinq heures, et les continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure. — Les dimanches, à dix heures et demie, M. Gaucher fera, dans l'amphithéâtre des cliniques de l'hôpital Saint-Louis, des démonstrations cliniques et pratiques relatives aux sujets traités théoriquement dans ses leçons à la Faculté.

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 27 février 1893.

D'après un rapport, lu à la Chambre des députés, il y aurait dix-huit millions d'habitants de campagnes et de petites villes, complètement dépourvus de tout mode d'assistance en cas de maladie ; c'est-à-dire que, dans vingt-quatre mille communes, les indigents n'ont de ressources que dans la charité individuelle.

Dans une épidémie récente, qui vient de sévir en Bretagne, une population de plusieurs milliers d'habitants resta complètement privée de soins médicaux. De là maints articles de journaux, tous proposant leurs remèdes. Il y en a, et des plus sérieux, qui parlaient de rétablir les officiers de santé, comme si actuellement les officiers de santé avaient cessé d'exister. S'ils se sont retirés de ce coin ingrat de la Bretagne, comme ils se sont retirés de maints autres endroits, c'est qu'ils ne trouvaient pas, dans l'exercice de leur profession, une suffisante rétribution de leurs peines.

Jamais, docteurs ou officiers de santé n'ont refusé leurs conseils et leurs soins aux pauvres et aux déshérités; mais il faut de toute nécessité qu'ils puissent trouver près de leurs autres malades une juste rémunération. Nous sommes persuadé qu'il est peu de régions de la France où des médecins n'aient tenté de s'établir, et s'ils ont renoncé à leur tâche, si des localités se sont trouvées privées de médecin, c'est qu'il ne trouvait pas, dans ces pays, de quoi parer aux nécessités de l'existence. Dans les autres villages, dont la population est moins pauvre, le médecin est resté, partageant ses soins entre les indigents et ceux qui pouvaient lui servir de modestes honoraires. Mais malgré tout son dévouement, toute sa sollicitude, le médecin de campagne, souvent seul dans son canton, ne peut suffire à toute cette clientèle. Le nombre des malades est trop considérable, la distance qui sépare les villages est trop grande. Il faudrait deux médecins; mais deux médecins ne pourraient y vivre, un seul y végète à grand'peine.

Aussi nous approuvons le projet qui va incessamment être déposé sur les bureaux du Sénat. Dorénavant, l'assistance médicale sera due aux indigents.

Mais l'assistance médicale ne peut être due que si, par des moyens financiers appropriés, le Parlement peut indemniser le médecin de ses peines et de ses fatigues. Si l'État et les communes ont su s'imposer pour la création de chemins vicinaux, de maisons d'école, de services d'aliénés ou d'enfants assistés, il est légitime que l'État et les communes se chargent du service médical des indigents. C'est là la vraie solution qui permettra d'organiser le traitement des malades nécessiteux. C'est le véritable remède à apporter à la disparition des médecins dans certains centres. Le médecin ne marchandera jamais ni son temps, ni son dévouement, à la condition toutefois qu'il puisse, là où il exerce sa profession, trouver de quoi vivre pour lui et pour les siens.

A la Société médicale des hôpitaux (24 février), M. Chauffard a montré un malade atteint d'une lésion de la langue, dont le diagnostic, actuellement plus facile, a présenté au début de grandes difficultés. Il s'agit d'un tuberculeux qui, au moment de son entrée à l'hôpital, avait, dans le tiers antérieur de la langue, un épaississement qui donnait bien l'idée d'une gomme syphilitique. Le malade, du reste, avait eu, quelques années auparavant, un chancre de la verge : le traitement spécifique fut donc essayé à dose élevée (8 grammes d'iodure de potassium par jour), mais la lésion linguale ne s'améliora pas, au contraire. Il se fit à son niveau une sorte de fissure par laquelle le contenu de la tumeur se vida, et actuellement on constate une ulcération allongée, en forme de sillon, à fond blanchâtre, granuleux.

Dans les détritus recueillis par le grattage, on a trouvé des bacilles de Koch. Il s'agit donc d'une lésion tuberculeuse de la langue à forme de gomme interstitielle, comme on en a déjà signalé quelques cas.

Les applications d'acide lactique seraient probablement très douloureuses. M. Chauffard aura recours soit à des préparations iodoformées, soit au naphtol camphré. M. Fernet a, du reste, obtenu, dans un cas analogue, de très bons résultats de l'emploi de cette substance.

M. Huchard fait une intéressante communication sur les douleurs fixes, assez fréquentes chez les neurasthéniques, auxquelles M. Blocq a donné le nom de topoalgies et qu'il propose, lui, d'appeler algies centrales. Voici en quoi consistent ces manifestations douloureuses. Chez des individus névropathiques, parfois très nettement neurasthéniques, apparaît progressivement quelquefois, quelquefois brusquement, à la suite d'une vive émotion par exemple, une

douleur localisée, qui persiste d'une façon constante, avec des paroxysmes plus ou moins intenses, qui ne suit nullement le trajet des nerfs, comme dans les névralgies, et qui ne correspond à aucune lésion appréciable, périphérique ou centrale. Ces douleurs sont d'une ténacité extrême, elles sont rebelles à tous les médicaments, elles durent des mois et des années. On en a vu persister pendant dix et quinze ans. Suivant leurs localisations, ces algies ont provoqué des erreurs de diagnostic et, ce qui est plus sérieux, des interventions chirurgicales aussi graves que peu fondées. Ces algies peuvent siéger à la face, aux membres, au creux épigastrique et faire penser à une lésion gastrique, dans le bassin. Cette dernière localisation est celle qui a amené le plus souvent les chirurgiens à opérer et un certain nombre d'ovariectomies ont été faites pour ce motif : ce sont des exemples de l'abus de la castration féminine.

M. Huchard croit qu'il vaudrait mieux donner à ces algies le nom d'algies centrales pour indiquer leur nature et la grande part que prend dans leur genèse l'état psychique des malades qui, s'il ne suffit pas à créer ces douleurs, les entretient et les exagère certainement dans une large mesure.

M. Blocq a traité ces algies par la faradisation de la peau à l'aide du balai électrique. Son but était, en créant une douleur artificielle, à distance, de détourner et de disséminer en quelque sorte l'attention trop concentrée des malades. Il a obtenu des succès par ce procédé. A cette faradisation, M. Huchard ajoute les injections hypodermiques de phosphate de soude et des pulvérisations de chlorure de méthyle le long de la colonne vertébrale.

M. Antony, médecin au Val-de-Grâce, rapporte l'histoire de plusieurs épidémies d'oreillons dans des milieux militaires, qui sont de nature à éclairer la question de la contagiosité de cette maladie. On sait que, dans des séances précédentes, MM. Rendu et Sevestre ont montré par des faits probants que les oreillons sont contagieux pendant la période d'incubation, et l'on s'est demandé s'ils le sont encore après, s'il y a lieu de maintenir, dans les lycées, l'exclusion de trois semaines, habituellement imposée à ceux des élèves qui viennent d'avoir cette maladie. Quelques médecins avaient tendance à considérer cette quarantaine comme excessive et même inutile.

Une batterie d'artillerie (batterie A) quitte le camp de Châlons, pour aller remplacer à Châlons même, à quatre ou cinq lieues de là, la batterie B dans son casernement. Il y avait eu auparavant et tout récemment encore, immédiatement avant cette permutation, des cas d'oreillons dans la batterie B, aucun dans la batterie A. Au bout d'une quarantaine de jours, des cas d'oreillons se montraient parmi les hommes de la batterie A, qui occupaient, sans désinfection préalable (en 1878, on n'en faisait pas encore), les logements occupés auparavant par la batterie B. Or, à cette époque, il n'y avait pas d'oreillons dans la garnison de Châlons. Il est donc très probable que les germes de la maladie avaient persisté dans les planchers, les murs, etc., du casernement.

Il faudrait attribuer la contagion à un diplocoque trouvé par MM. Laveran et Catrin, dans une cinquantaine de cas, et dans cinq cas sur six, par M. Antony.

Il doit résulter des faits rapportés par M. Antony, qu'il est prudent de faire la désinfection des vêtements portés par les malades, de leur literie, des lieux qu'ils ont habités, pour éviter la contagion.

Une observation de Bernutz prouve que la transmission peut se faire encore après la guérison apparente des oreillons. Ne sait-on pas, du reste, que l'orchite ourlienne ne survient que tardivement, alors que la tuméfaction parotidienne a disparu ?

On n'est donc pas en droit, à l'heure actuelle, de supprimer la quarantaine imposée dans les lycées.

M. Antony tend à penser que la période d'incubation peut dépasser notablement les vingt jours indiqués par MM. Rendu et Sevestre et atteindre un mois, c'est aussi ce qui résulte d'un fait produit au cours de la séance, par M. Merklen et par un médecin de la Charente-Inférieure, dont le nom nous a échappé.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. J. Simon.

Formes et causes des broncho-pneumonies chez l'enfant.

Les broncho-pneumonies ont, chez l'enfant, une marche et une allure essentiellement variables. Il est indispensable d'en distinguer trois formes cliniques principales : la forme foudroyante, la forme aiguë, la forme ordinaire.

La forme foudroyante de la broncho-pneumonie tue en deux ou trois jours, parfois même en quelques heures. C'est un catarrhe suffocant généralisé à tout l'arbre bronchique, entraînant d'emblée l'asphyxie. Elle offre, comme principaux symptômes, une dyspnée et une angoisse intenses, une sonorité exagérée de tout le thorax à la percussion, de l'apnée, des râles fins disséminés partout. C'est une forme assez rare, ne s'observant guère qu'à l'hôpital.

La broncho-pneumonie aiguë est, elle aussi, extrêmement grave. Sa durée dépasse rarement huit jours. En dehors des lésions de bronchite capillaire, quelques noyaux broncho-pneumoniques ont le temps de s'ébaucher. Leur présence donne, au milieu de la sonorité généralisée, quelques noyaux de submatité. Mais, là encore, les troubles fonctionnels l'emportent de beaucoup sur les signes stéthoscopiques.

La broncho-pneumonie, dans sa forme la plus fréquente, dans la forme que vous observerez presque exclusivement en ville, a une allure toute différente et beaucoup moins aiguë. Son début est insidieux. Au cours d'une coqueluche, d'une grippe, d'une laryngite, d'un simple coryza même, apparaissent, chez un enfant qu'on a exposé au froid, de la toux, de la fatigue, de la fièvre, de l'anxiété respiratoire. C'est tout d'abord bien peu de chose. La fièvre monte lentement, met deux ou trois jours à dépasser 39 degrés. Les signes stéthoscopiques sont nuls. Puis apparaissent des zones d'hypersonorité, d'apnée, de râles fins. Le trait essentiel de la maladie est sa marche par oscillations, par poussées. De temps à autre, surviennent des périodes d'amélioration et même de guérison apparente. Puis de nouveaux noyaux se forment. La fièvre reprend. De ces oscillations résulte une véritable bigarrure de symptômes stéthoscopiques. Du jour au lendemain, du matin au soir, tous les signes changent de place et peuvent même se transporter d'un côté à l'autre de la poitrine. Ces déplacements, si l'on n'est point prévenu de leur possibilité, donnent parfois lieu, dans les réunions de consultants, à des surprises et à des malentendus.

Les alternatives d'améliorations et de rechutes se pro-

longent pendant un mois. Souvent les enfants succombent. Ils meurent soit brusquement par syncope, soit rapidement par asphyxie, soit lentement par épuisement progressif. La mortalité dépasse certainement 40 p. 100 en ville, 80 p. 100 à l'hôpital. Cette extrême aggravation du pronostic à l'hôpital s'explique moins par la déchéance organique que par les déplorables conditions et les dangers d'infections secondaires que présente le milieu nosocomial.

Quand l'enfant guérit, sa convalescence est longue. Pendant un mois encore après la défervescence complète, c'est plutôt un malade qu'un convalescent. Pour que les dernières traces de l'emphysème, de l'atélectasie aient disparu, il faut compter un an et même plus.

A cette période de déclin de la broncho-pneumonie, il est une erreur de diagnostic tellement fréquente, tellement importante pour la pratique, que vous devez bien la connaître. Au moment où les noyaux disparaissent, la dilatation consécutive des petites bronches donne des signes stéthoscopiques, qui simulent en tout les signes des noyaux tuberculeux ramollis parvenus à la période de petites cavernes. L'état général est toujours épuisé par la lutte qui vient d'être soutenue et toujours profondément touché. L'enfant est pâle, amaigri. Il est impossible de ne pas songer à la tuberculose. Et c'est souvent au moment où la guérison est prochaine qu'on porte le pronostic le plus grave. Il n'y a qu'un seul moyen de diagnostic. Tant que les lésions n'occupent pas d'une façon prédominante, et d'une façon fixe, le sommet des poumons; tant que les signes stéthoscopiques n'ont pas leur maximum, et leur maximum permanent, en avant dans les creux sous-claviculaires, en arrière dans les fosses sus-épineuses, ne vous hâtez pas de conclure à la tuberculose. Il s'agit très vraisemblablement de simples dilatations bronchiques exigeant de grands soins, mais parfaitement curables.

Ce diagnostic est le diagnostic important de la broncho-pneumonie. Sans doute, quelques formes aiguës, à noyaux pseudo-lobaires, peuvent rappeler la pneumonie franche. Mais le début, bien qu'aigu, n'est ni aussi brusque, ni aussi solennel. Il n'apparaît pas en pleine santé. A côté des lésions pseudo-lobaires existent d'autres lésions disséminées. Sans doute, quelques fièvres typhoïdes, à forme thoracique, peuvent au début faire penser à la broncho-pneumonie. Mais bientôt l'état typhique se dégage. Ces deux diagnostics n'ont pas l'importance du précédent.

Les connaissances étiologiques sur l'origine de la broncho-pneumonie ont fait, dans ces dernières années, des progrès réels. Ces connaissances ont un intérêt extrême pour le traitement et surtout la prophylaxie.

La broncho-pneumonie exige le concours de deux facteurs pour se développer, un agent infectieux, un terrain préparé pour le développement de cet agent. L'agent infectieux sera constitué par le streptocoque, le pneumocoque, le staphylocoque. Le premier prédominera dans les broncho-pneumonies lobulaires, le second dans les pneumonies pseudo-lobulaires. Ces microbes ne se trouvent jamais dans le poumon normal; mais vous savez que, à l'état sain, ils existent dans la bouche, la gorge, le nez. Leur pénétration dans les voies aériennes, quand elle est favorisée par le terrain, est donc facile. Cette origine extérieure est démontrée par les localisations prédominantes de ces microbes. Ils sont plus nombreux dans les bronches que dans les alvéoles. Dans les alvéoles mêmes, ils sont plus nombreux au centre qu'à la périphérie.

Pour que cette pénétration s'effectue, le terrain doit être préparé. La broncho-pneumonie est la maladie des enfants débilités par la diphtérie, la rougeole, la coqueluche, la grippe. Elle surviendra même au cours d'une simple pharyngite, d'un coryza, d'un rhume léger. Souvent alors, le refroidissement intervient comme agent occasionnel. C'est de deux à quatre ans, à l'âge où la surveillance est la plus difficile, la résistance vitale encore faible, que s'observent le plus de broncho-pneumonies.

Cette étiologie vous permet de prévoir le traitement préventif. Dans la rougeole, tous les soins devront tendre à prévenir la broncho-pneumonie. C'est difficile à l'hôpital, où les enfants respirent un air vicié et s'infectent en quelque sorte les uns les autres. C'est plus facile en ville, où vous n'avez à vous occuper que du refroidissement. Dans la coqueluche, le froid est encore le grand ennemi. On m'accuse d'exagération quand je fais garder le lit au début pendant une huitaine, la chambre pendant tout un mois, et plus encore, l'hiver, pour une simple coqueluche. Mais cet excès de précaution est indispensable. Dans la diphtérie, et surtout après la trachéotomie, l'enfant doit respirer un air tiède et humidifié. Trousseau, en imaginant la cravate de gaze fine en avant de la canule, obtint aussitôt une diminution notable dans la fréquence des broncho-pneumonies. Dans les rhumes, les coryzas les plus bénins en apparence, vous devez, chez les petits enfants, exiger le séjour à la chambre et à la chaleur.

Mais vous pouvez et devez, dans toutes ces affections, faire plus encore. En pratiquant l'antisepsie buccale et pharyngée, en nettoyant le nez par des irrigations boriquées ou salolées, la gorge par des badigeonnages au borax et au miel rosat chez les enfants très jeunes, des irrigations chez les enfants plus âgés, en faisant souvent laver la bouche avec la solution boriquée, ou même simplement de l'eau de Vichy, vous entraverez le développement et, par suite, l'envahissement des microbes normaux de ces cavités. Pour éviter les invasions d'origine extérieure, attachez-vous à assurer aux enfants un air aussi pur que possible; veillez à la propreté absolue de leurs tasses, de leurs verres, de tous les ustensiles de leur repas. Veillez aussi à la propreté minutieuse de leur linge et de leur literie. En songeant à la gravité de la broncho-pneumonie, qui est la grande cause de mort dans la grippe, la coqueluche, la rougeole, la diphtérie même, qui peut tuer au cours d'un rhume même léger, vous comprendrez l'importance de ces précautions.

L'OUTILLAGE SANITAIRE DE LA VILLE DE PARIS

Par M. le docteur J.-A. MARTIN.

Quelle que soit l'opinion que l'on professe sur la genèse, la nature et les modes de propagation des maladies transmissibles, tout le monde est d'accord pour reconnaître que leur prophylaxie est limitée à un petit nombre de règles précises, résumées ainsi qu'il suit : comme moyens immédiats, la déclaration aux autorités compétentes de tout cas de maladie transmissible constaté, la vaccination pratiquée en cas de variole, l'isolement obtenu dans les limites du possible avec transport des contagieux par des moyens et dans des locaux bien appropriés, la désinfection appliquée à tout ce qui a pu être contaminé ou souillé par le malade; puis, comme mesures d'une urgence un peu moins grande, mais tout aussi nécessaire, la salubrité du logement et l'assainissement du quartier ou de la ville.

Or, si de tels moyens procèdent de conceptions anciennes parce qu'elles sont la conséquence de l'observation attentive et

sagace des manifestations épidémiques, les progrès scientifiques et industriels permettent de les appliquer avec une facilité chaque jour plus grande et avec une efficacité de mieux en mieux démontrée, car, de ces progrès doit naître la création d'un outillage sanitaire pouvant, par ses perfectionnements, répondre aux exigences de la santé publique.

La Ville de Paris, grâce à l'appui persévérant et à la générosité de son Conseil municipal, a pu constituer peu à peu un tel outillage qui, en dehors de la vaccination antivariolique, assurée depuis plusieurs années par des services publics, grâce auxquels la variole est devenue extrêmement rare, comprend principalement les moyens de transport et les procédés de désinfection.

Les premiers consistent dans des services de voitures de deux modèles, appartenant à deux administrations distinctes; ils ont effectué, en 1892, environ 6000 transports contre 19000 pour l'ensemble des malades transportés par ces mêmes voitures pour diverses causes.

Deux stations spéciales et deux postes hospitaliers ont été installés à cet effet. Dans les stations se trouvent en permanence des infirmiers diplômés qui accompagnent le malade pendant le parcours afin de pouvoir lui donner des soins, s'il est nécessaire, et d'éviter la contagion pour la famille.

Actuellement trois stations de désinfection existent à Paris, comprenant six étuves à vapeur sous pression et tout le matériel nécessaire pour pratiquer la désinfection à domicile. Dans quelques mois deux nouveaux établissements semblables vont s'ouvrir.

Dans ces établissements, des précautions minutieuses sont prises pour pratiquer la désinfection avec tout le soin désirable et de la manière la plus absolue; la séparation y est complète entre la partie recevable des objets contaminés et celle où sont déposés les objets qui ont subi les opérations de désinfection.

Le personnel des désinfecteurs se compose aujourd'hui de 55 agents, plus des hommes de peine; un chef les surveille, 3 mécaniciens-chauffeurs conduisent les appareils, 3 chefs dirigeant les opérations dans chaque station, des cochers pour les voitures; le reste est occupé à la désinfection proprement dite à l'étuve et à domicile. Au cours de la dernière épidémie cholérique, ce personnel a été porté, à certains jours, à 88 agents.

On a bien des fois déjà, en décrivant les procédés employés pour la désinfection par la Ville de Paris, fait remarquer qu'ils se recommandaient par leur simplicité et leur facilité d'exécution. En effet, comme procédé de désinfection, on y a recours à l'étuve à vapeur sous pression pour les tissus, les étoffes, les matelas, la literie, etc.; aux pulvérisations au sublimé à 1/1000 pour tous les autres objets et les locaux infectés, et au nettoyage à l'aide du sulfate de cuivre à 50/1000 pour les cabinets d'aisances et les vases souillés.

En 1889, de la fin de mai jusqu'au 31 décembre, les étuves municipales ont pratiqué 78 opérations; en 1890, 652; en 1891, 4139; en 1892, 18464. Il est vrai qu'au cours de cette dernière année est survenue l'épidémie cholérique dont le nombre approximatif des victimes a été d'un millier en y comprenant les enfants et, par suite, le nombre des opérations de désinfection en a été aussitôt accru. Cependant, l'augmentation graduelle ne cesse pas, puisque, au mois de janvier 1893, on a compté également plus de 2000 désinfections.

Si l'on met en regard de ces chiffres (et même on y pourrait ajouter le nombre inconnu, mais assez faible, des opérations faites par des établissements privés) celui des décès par maladies transmissibles pendant la même période, on remarque que ce n'est que depuis le mois de juillet 1892 que les désinfections ont dépassé en nombre les décès dus aux maladies pour lesquelles la désinfection est demandée. Mais si l'on observe que chacun de ces décès correspond à une moyenne de dix malades, on voit combien nous sommes loin encore d'avoir réalisé cette précaution pour toutes les atteintes des maladies transmissibles dans la capitale.

Cependant, il est extrêmement rare que les malades et leurs familles refusent la désinfection; les agents sont généralement bien accueillis, même lorsqu'ils sont envoyés d'office. D'ailleurs les difficultés qu'ils éprouvent parfois ne tiennent pas d'ordinaire à la nature de la maladie : à part le choléra qui a donné lieu, en 1892, à 2691 opérations de désinfection, parmi les affections transmissibles ordinaires, ce sont les diverses tuberculoses et surtout la tuberculose pulmonaire qui ont compté pour le plus grand nombre des désinfections, à savoir 4545, en nombre croissant presque mois par mois. Il est même intéressant de constater que les familles ne paraissent jamais tenir à cacher cette maladie, pas plus qu'aucune autre de celles pour lesquelles la désinfection est opérée. La pratique de l'hygiène prophylactique détruira, sans doute, nombre de préjugés contre lesquels on a si longtemps tenu à les prémunir.

Lorsque l'existence du service de désinfection vient à être connue dans une famille, on s'empresse, le plus souvent, d'y avoir recours. Si, donc, il n'est pas encore appelé autant de fois qu'il serait nécessaire, c'est que les moyens d'information mis en usage n'ont pu encore parvenir partout où il faut le faire pénétrer. Sur les 18464 désinfections ainsi pratiquées en 1892, 6824 l'avaient été à la suite de demandes faites par des mairies, 5011 par des particuliers, 2573 par des médecins, 2415 par la préfecture et les commissariats de police, 1641 par diverses administrations publiques et notamment par les stations d'ambulances.

L'Administration s'est empressée de multiplier les moyens d'information, par le téléphone, le télégraphe, les mairies, les commissariats, les bureaux de bienfaisance, par l'envoi de carnets à souche, etc.; elle souhaite surtout de voir employer les moyens les plus rapides, car c'est de la rapidité de l'information que dépend le plus souvent l'efficacité de la désinfection. De grands progrès se sont faits peu à peu à cet égard; ils doivent être plus complets encore.

Ce n'est pas seulement après décès que le service des étuves municipales intervient. Dès qu'il est informé d'un cas de maladie transmissible, il se rend au domicile indiqué et demande à procéder à la désinfection de l'appartement, à l'exception de la chambre occupée par le malade; puis il emporte les linges et objets salis et laisse un sac spécial destiné à recevoir ces mêmes objets pendant la maladie; un échange de ces sacs est fait à intervalles réguliers; la maladie terminée, par guérison ou par décès, il est alors procédé à la désinfection de la chambre et de tout son contenu.

Enfin, le même service procède à la désinfection totale des maisons dans lesquelles plusieurs cas, d'une ou plusieurs maladies transmissibles, ont été déclarés, afin de supprimer, autant que possible, tout foyer de propagation. C'est ce qui se pratique normalement aussi, dès qu'une école est signalée comme contaminée; aussitôt elle est tout entière désinfectée : classes, corridors, escaliers, logements, mobilier, etc., par deux équipes de désinfecteurs éprouvés.

Mais il ne suffirait pas, dans une agglomération telle que celle de Paris, de s'efforcer de détruire tous germes nocifs par une désinfection, quelque minutieuse qu'elle puisse être; il importe de diminuer en même temps, et au plus vite, les causes d'insalubrité dans le milieu contaminé. Afin d'y parvenir plus rapidement, la Ville de Paris a, depuis sept mois, créé un service spécial qui a pour mission de rechercher ces diverses causes et d'en signaler l'existence aux divers services techniques susceptibles d'y remédier. Un exemple emprunté à l'épidémie cholérique permettra de comprendre le fonctionnement de ce service :

Informé un certain jour, à onze heures et demie du matin, de l'apparition d'un nouveau cas, dans une maison très insalubre, il fit, à midi, commencer la désinfection de 85 logements de cet immeuble, désinfection totale qui dura jusqu'à deux heures et demie du matin. En même temps, le service de l'assainissement, prévenu, faisait procéder à la vidange des fosses, et le service des eaux, également informé de suite, mettait le propriétaire en demeure de remplacer l'eau de l'Ourcq par l'eau de source, pendant que le laboratoire faisait les prélèvements d'eau, d'air et de

poussières pour une enquête scientifique. En outre, le membre délégué de la Commission des logements insalubres était appelé à faire ses constatations et son rapport pour les travaux plus complets et plus larges d'assainissement qui pouvaient être reconnus indispensables. Ces diverses enquêtes peuvent être ainsi commencées immédiatement et très promptement suivies de l'exécution des mesures les plus urgentes. Treize fois on put agir de cette façon l'an dernier dans des habitations où venaient de se montrer plusieurs cas de choléra et toujours celui-ci cessa. Depuis cette époque, la même manière d'agir a été appliquée et continue à l'être contre les diverses maladies transmissibles; jusqu'ici, le résultat s'est toujours montré aussi favorable.

Comme conséquence de l'attention ainsi portée de divers côtés sur les mesures de salubrité, notamment par l'intervention des commissions spéciales dans les arrondissements, il y a lieu de noter que le chiffre des opérations du service de l'assainissement technique des habitations a dépassé, l'an dernier, de plus d'un tiers le nombre ordinaire et que les travaux de la Commission des logements insalubres se sont accrus de près de moitié, en même temps qu'un grand nombre d'affaires étaient directement traitées et terminées à l'amiable par les commissions locales.

Est-il trop ambitieux d'y voir une nouvelle preuve de l'heureuse influence qu'exercent les mesures prophylactiques lorsqu'elles peuvent être facilitées par un outillage sanitaire approprié et suffisant et lorsque leur exécution peut être assez rapidement obtenue?

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 février 1893. — Présidence de M. PERIER.

RAPPORT

Expulsion d'un polype fibreux utérin. — M. ROUTIER fait un rapport sur une observation de M. Décornière (de Lisieux), dans laquelle il s'agit d'une femme de quarante-six ans, qui était atteinte, depuis cinq ans, d'hémorragies utérines, dues à la présence d'un polype utérin. Dans les derniers temps, la tumeur augmenta rapidement de volume, les pertes devinrent plus fréquentes, et comme l'état général commençait à s'aggraver, M. Decornière se décidait à intervenir lorsque la tumeur apparut spontanément à la vulve et put être facilement extraite.

COMMUNICATIONS

Opération césarienne suivie de succès pour la mère et l'enfant. — M. PICQUÉ vit, en juin 1892, une femme de trente-sept ans, chez laquelle il constatait l'existence d'une tumeur fibreuse utérine et d'une grossesse arrivée à huit mois et demi environ. Jusqu'alors la malade avait refusé toute intervention. Lorsque l'abdomen a été ouvert, il a incisé l'utérus suivant les règles ordinaires et, le fœtus extrait vivant, il a réuni les lèvres de l'organe par plusieurs plans de sutures. Bien qu'il y eût insertion du placenta prævia, l'opération et ses suites ont été normales. Quant au corps fibreux, développé sur la corne droite de l'utérus, il était immobile et remplissait la totalité de la cavité pelvienne.

M. BOUILLY, presque à la même époque, pratiquait la même opération. Il rencontra certaines difficultés qu'il relatera; il a profité de la laparotomie pour faire en même temps l'ablation des annexes dans le but d'arrêter les progrès de la tumeur fibreuse.

Traitement des kystes hydatiques du foie chez les enfants par la glycérine au sublimé. Un cas de mort rapide. — M. FÉLIZET a eu l'occasion de traiter de différentes façons les kystes hydatiques du foie chez les adultes et chez les enfants; mais deux succès antérieurs, obtenus chez ces derniers, l'ont déterminé à appliquer de nouveau ce traitement la semaine dernière. Malheureusement le résultat a été néfaste.

Il s'agissait d'un enfant de cinq ans, atteint de deux kystes assez volumineux. Après avoir vidé l'un d'eux par la ponction et retiré environ 300 grammes de liquide clair, il a injecté dans la poche une quantité sensiblement égale de glycérine au sublimé; quelques minutes plus tard il a essayé de retirer ce liquide, mais, il n'a pu y parvenir et, à un certain moment, il a senti que la poche se désemplissait sans que l'issue du liquide eût lieu au dehors. Dans la journée, l'enfant était pris de diarrhée, puis de coma, et il succomba.

A l'autopsie, on a trouvé la poche vide, rétractée sur elle-même et perforée; c'est par cette perforation que le liquide de l'injection avait pénétré dans le péritoine, dont la surface était turgescente.

Ce fait prouve qu'il est plus sûr, malgré les succès dus aux injections, de traiter ces kystes par l'intervention chirurgicale.

M. BOUILLY comprend cette conclusion formulée sous le coup d'une certaine émotion, mais il ne croit pas qu'elle doive être adoptée en thèse générale; suivant lui, on peut éviter ces distensions de la poche et sa rupture en n'injectant qu'une petite quantité de liquide. C'est pour cette raison qu'il a conseillé, même pour des kystes de la contenance de 500 grammes, de n'injecter que 10 grammes de liqueur de van Swieten; dans le cas actuel, il eût suffi d'en employer 3 ou 4 grammes et bien probablement l'accident ne fût pas survenu.

M. VERNEUIL se souvient d'un cas de mort survenu à la suite de la pénétration d'une notable quantité de liquide toxique dans la cavité abdominale. Il s'agissait d'une femme, atteinte d'une énorme tumeur liquide, de nature indéterminée, dans laquelle il pratiqua, après l'avoir vidée, l'injection d'une assez grande quantité de solution phéniquée. L'injection faite, il a en vain essayé de la faire ressortir et la malade succombait quarante-huit heures plus tard.

M. TERRIER croit que cette question de thérapeutique est loin d'être résolue, s'il en juge par la pratique différente des chirurgiens français et des chirurgiens de la Nouvelle-Hollande, en particulier, où ces kystes sont très fréquents; les avis sont partagés entre la ponction et l'intervention chirurgicale.

Après en avoir traité un certain nombre de cette façon, il a appliqué la méthode de Debove avec succès. Toutefois la ponction lui semble mériter un reproche : c'est de ne pas éclairer sur le nombre de poches qui peuvent exister. Voilà une des raisons principales pour lesquelles il donne la préférence aux procédés chirurgicaux, qui, dernièrement, lui ont encore donné deux succès. Dans les deux cas, le kyste était unique, mais dans l'un, il y avait une telle quantité d'hydatides, que bien certainement l'injection eût été insuffisante.

M. FÉLIZET fait observer que la ponction peut déterminer, au travers des différentes couches hépatiques, une plaie béante, permettant l'issue du liquide dans la cavité péritonéale.

M. TERRIER rappelle qu'en Australie, on a parfois recours à l'ablation totale du kyste suivie de la suture du tissu hépatique.

M. POZZI a déjà appliqué ce procédé, il y a cinq ans, et il en a rapporté l'observation au deuxième Congrès français de chirurgie.

Grossesse tubaire de trois à quatre mois; ablation; guérison. — M. MONPROFIT (d'Angers) communique un fait de grossesse tubaire, qu'il avait diagnostiquée et qu'il a opérée avec succès par la laparotomie. La tumeur, bien circonscrite, offrait de nombreuses adhérences avec les anses intestinales. Il a dû ouvrir le kyste, extraire le fœtus et enlever la poche par morceaux. Les suites ont été bonnes.

Statistique. — M. DELAGENIÈRE (du Mans) communique la statistique des opérations qu'il a pratiquées en 1892; elles s'élèvent à 265, sur lesquelles on compte 21 morts opératoires.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

63. M. Didier. Essai sur la grippe et les causes de ses épidémies. — 64. M. Lemansky. De la voie rectale et de son utilisation en thérapeutique. — 65. M. Radiguet. Contribution à l'étude de l'origine hydrique de la fièvre typhoïde. Fièvre typhoïde et eau de Seine dans les prisons de Paris. — 66. M. Sarrouy. Des injections intra-pleurales antiseptiques comme traitement des épanchements pleuraux; de leur efficacité dans les pleurésies enkystées. — 67. M. Bruneau. Contribution à l'étude de l'intoxication par l'oxyde de carbone et particulièrement de l'anatomie pathologique et des signes de cette intoxication. — 68. M. Mosgofian. Étude sur la néphrite liée à l'aplasie artérielle. — 69. M. Bureau. Étude sur les aortites. — 70. M. Laporte. Les hémorragies intestinales sont-elles une contre-indication des bains froids dans la fièvre typhoïde. — 71. M. Guay. Essai sur la pathogénie de la maladie d'Addison. — 72. M. Brasse. Application des lois de la dissociation à l'étude des phénomènes biologiques. — 73. M. Luez. Traitement des vomissements de la grossesse. — 74. M. Carton. Du rachitisme intra-utérin. — 75. M. Monteiro. Contribution à l'étude clinique de l'accouchement gémellaire. — 76. M. Himely. Du vertige oculaire et du mal de mer. — 77. M. Duloroy. Le phénosalyl; son pouvoir microbicide et son emploi en chirurgie et en gynécologie. — 78. M. Hean. Quelques considérations sur l'emphysème sous-cutané. — 79. M. Brandstetter. Des ruptures de la rate. — 80. M. Dailliez. Les sujets de sexe douteux; leur état psychique; leur accessibilité au mariage. — 81. M. Villequez. Tumeurs malignes de la voûte palatine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 23 février 1893, ont été promus ou nommés dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat.

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de deuxième classe Cordier.

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine Poumayrac et Lairac.

Au grade de pharmacien de deuxième classe. — M. le pharmacien universitaire de première classe Durcigne.

— Par décret, en date du 25 février 1893, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur Michoud, médecin de deuxième classe des colonies, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Bar, agrégé, est chargé d'un cours de clinique d'accouchement pour les élèves sages-femmes.

M. le docteur Appert est nommé chef des travaux d'anatomie pathologique du laboratoire de clinique médicale (hôpital Necker), en remplacement de M. Marfan, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Bosc, chef de clinique médicale, est institué chef de clinique des maladies mentales, en remplacement de M. Lafon dont le temps d'exercice est expiré.

— La patente, qui était jusqu'ici fixée au quinzième de la valeur locative, sera portée au douzième de cette valeur pour les médecins qui, à Paris, occupent des locaux d'une valeur locative supérieure à 3000 francs et ceux qui, dans les villes de plus de 100000 âmes, occupent des locaux d'une valeur locative supérieure à 2000 francs.

— M. le docteur Daran, ancien médecin-adjoint du lycée de Pau, est nommé médecin honoraire dudit lycée.

M. le docteur Monod est nommé médecin-adjoint au lycée de Pau, en remplacement de M. le docteur Daran.

— Le Conseil municipal de Paris propose de donner le nom de Quatrefages à la rue du Battoir, et celui de Charles Robin à une section de la rue Claude-Vellefaux;

Parmi les rues nouvelles, signalons dans le VIIe arrondissement la rue Valentin-Haüy; dans le XIIIe arrondissement les rues Guyton-de-Morveau, Paul-Gervais, Vulpian et Wurtz.

— La Société contre l'abus du tabac vient d'ouvrir un nouveau concours. Voici les questions qui intéressent nos lecteurs :

Prix de médecine. — Rapporter au moins quatre observations inédites, bien circonstanciées (étiologie, symptomatologie, terminaison, etc.), d'affections exclusivement attribuables à l'abus du tabac.

Le prix consistera en un lot de livres, d'une valeur de 200 francs environ, et une médaille de vermeil.

Prix du docteur Gruby (100 francs). — Dans l'intérêt des fumeurs incommodés par le tabac et qui disent ne pouvoir vaincre leur passion, faire connaître un moyen pratique et peu coûteux de détruire le plus possible les principes délétères de la fumée du tabac.

Le programme détaillé du concours sera envoyé gratuitement aux personnes qui en feront la demande au Président, 20 *bis*, rue Saint-Benoît, Paris.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Aimé Aubert (de Mâcon); Decaye (de Paris); Dublette (de Senonges); Duchon-Doris (de Rambouillet); Gaurand (d'Astaffort); Pichon (de Paris); Prouff (de Saint-Brieuc).

— M. le professeur Brouardel commencera le cours de médecine légale, le vendredi 3 mars 1893, à quatre heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

— M. Retterer, agrégé, commencera les conférences d'histologie, le vendredi 3 mars 1893, à cinq heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

— M. André, agrégé, commencera les conférences de pharmacologie, le samedi 4 mars 1893, à onze heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

— M. le professeur Gariel commencera le cours de physique, le samedi 4 mars 1893, à une heure, dans le petit amphithéâtre de la Faculté et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

— M. le professeur Debove commencera le cours de pathologie interne, le samedi 4 mars 1893, à trois heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

— M. Letulle, agrégé, commencera les conférences d'anatomie pathologique, le samedi 4 mars 1893, à trois heures, dans le grand amphithéâtre de l'École pratique et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

— M. le professeur Proust commencera le cours d'hygiène, le samedi 4 mars 1893, à quatre heures, dans le grand amphithéâtre et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

— M. Gley, agrégé, commencera les conférences de physiologie, le samedi 4 mars 1893, à quatre heures, dans l'amphithéâtre de l'École pratique et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

— M. Maygrier, agrégé, commencera le cours complémentaire d'accouchements, le samedi 4 mars 1893, à cinq heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. le professeur Friedel commencera le cours de chimie organique, le mercredi 1er mars,

à une heure et demie, rue Michelet, n° 3, et le continuera les mercredis à la même heure, et les vendredis à dix heures et demie. — Il traitera des composés de la série grasse.

M. J. Chatin, professeur adjoint, commencera un cours annexe d'histologie, le vendredi 3 mars, à dix heures, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle, et le continuera les vendredis suivants à la même heure. — Après avoir résumé les principes généraux de la technique, il étudiera la cellule animale dans les principaux tissus considérés au point de vue de l'histologie zoologique.

M. le professeur Lippmann commencera le cours de physique, le samedi 5 mars, à deux heures, dans l'amphithéâtre de physique, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. — Il traitera de l'électricité.

M. le professeur Yves Delage commencera le cours de zoologie, anatomie et physiologie comparée, le samedi 4 mars, à trois heures et demie, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. — Il traitera des vertébrés avec les entéropneustes et les tuniciers.

— M. Em. Gilbert, pharmacien à Moulins, nous apprend que la patrie des pilules est l'Angleterre. Nos voisins d'outre-Manche en avalent par jour, dans toute la Grande-Bretagne, le nombre fabuleux de 5643961. Tout citoyen, depuis le plus ancien des vieillards jusqu'au plus jeune baby, consomme au moins une pilule par semaine.

Les pilules consommées annuellement donneraient un poids de 181000 kilogrammes et nécessiteraient pour le transport un train de marchandises de 36 wagons. De plus, si on les plaçait bord à bord en une seule ligne, elles donneraient deux fois la distance de Liverpool à New-York. (*Bull. de pharm. de Lyon.*)

— La commune de Dampierre-sur-Salon (Haute-Saône) offre 1000 francs par an à un docteur médecin. Bonne clientèle.

Consultations médicales sur quelques maladies fréquentes, thérapeutique appliquée, par le docteur J. Grasset, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Montpellier. 1 vol. in-18, reliure souple. — Prix : 3 francs. — Paris, G. Masson; Montpellier, Coulet.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 26. — JEUDI 2 MARS 1893. 66e ANNÉE. JEUDI 2 MARS 1893. — N° 26.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Proust a terminé la lecture de son rapport sur l'épidémie cholérique de 1892. La conclusion générale qui se dégage des faits relatés dans ce rapport, est que cette épidémie a sévi presque exclusivement dans des milieux insalubres, qu'elle a eu pour cause, dans la grande majorité des cas, l'absorption d'eaux impures ou contaminées, et qu'enfin nous sommes aujourd'hui en possession de moyens prophylactiques propres à prévenir de semblables épidémies ou tout au moins à les enrayer dès leur apparition.

A propos de ce rapport, M. Rochard a pris la parole et, dans une de ces chaleureuses improvisations dont il a le secret, il a fait un tableau saisissant des progrès accomplis, dans ces derniers temps, dans la prophylaxie du choléra. Pour lui, comme pour M. Proust, l'eau de Seine a pu être considérée comme l'une des principales causes de la dernière épidémie. Aussi est-il de toute nécessité de doter les Parisiens d'eaux potables. C'est à quoi l'on travaille actuellement, et M. Rochard a cru pouvoir affirmer qu'au printemps prochain, Paris sera amplement pourvu d'eau potable, et conséquemment à l'abri du choléra, qu'on boit beaucoup plus qu'on ne le respire, suivant son heureuse expression.

M. Lucas-Championnière a présenté à l'Académie des malades fort intéressants, auxquels il a pratiqué la suture métallique de la rotule. Ces malades marchent très bien, plient les genoux et ne se ressentent en rien de leurs fractures.

D'après les faits de ce genre, déjà fort nombreux, qu'a observés M. Lucas-Championnière, il est hors de doute aujourd'hui, que la suture de la rotule, pratiquée selon les indications et avec les précautions indiquées par notre collègue, est aujourd'hui un des bons traitements des fractures de cet os.

Signalons enfin un rapport de M. Polaillon sur un travail de M. Godfroy (de Versailles), relatif à l'arthrodèse tibiotarsienne, comme complément de l'amputation de Chopart, puis une lecture de M. Schwartz, sur un cas de cholécystectomie dite idéale.

M. Kelsch a été élu, avec une imposante majorité, membre titulaire dans la section de pathologie médicale. Nous sommes heureux d'adresser toutes nos félicitations à notre très distingué confrère de l'armée.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Pronostic des paralysies alcooliques.

Par M. J. ARNAUD,
Ancien chef de clinique à l'École de Marseille.

On ne peut rien dire de très général sur ce sujet : le pronostic des paralysies alcooliques diffère presque d'un malade à l'autre, et les conditions de ces différences ne sont pas toujours saisissables. — Malgré ces variations personnelles, M. Lancereaux (1), Œttinger (2), et plus récemment, MM. Boisvert (3), Vassal (4), ont décrit des formes fondées non seulement sur les caractères cliniques des paralysies alcooliques, mais aussi sur leur pronostic. Ces descriptions, forcément schématiques, s'adaptent assez bien à la plupart des cas; mais, dans la réalité, il est des paralysies qui, participant par leurs symptômes des formes les plus graves, ont cependant la terminaison heureuse des formes bénignes. Telle est l'observation recueillie par M. Lop et moi dans le service de M. Trastour (5) et complétée par les renseignements qu'a bien voulu nous donner M. le professeur Fallot. Pour mieux faire ressortir les particularités de notre observation, je décrirai comme terme de comparaison les formes cliniques classiques avec leur terminaison habituelle. Je montrerai, en finissant, que la terminaison étonnante de notre cas a cependant des analogues dans d'autres paralysies toxiques ou infectieuses.

A. FORMES CLINIQUES DES PARALYSIES ALCOOLIQUES. — I. *Les paralysies atténuées* ont été bien décrites par un élève de M. Pitres, M. Boisvert, dans sa thèse inaugurale : elles ont pour caractères généraux, outre certains symptômes communs à presque toutes les paralysies alcooliques, leur guérison rapide et complète, quand le malade peut ne plus boire. M. Boisvert distingue plusieurs formes atténuées :

(1) LANCEREAUX. *Leçons de clinique médicale.*
(2) ŒTTINGER. Th. de Paris, 1885.
(3) BOISVERT. Th. de Paris, 1888.
(4) VASSAL. Th. de Paris, 1891.
(5) TRASTOUR. *Rev. de méd.*, 1891.

A. D'abord une parésie plus ou moins étendue qui ne se montre qu'au réveil, comme le tremblement. L'alcoolique a recours à son excitant ordinaire pour hâter chaque jour la disparition de ce symptôme, et ainsi il s'achemine vers une forme plus grave. Comme les paralysies alcooliques permanentes, ces parésies matutinales sont flaccides, accompagnées de troubles vaso-moteurs et sensitifs, précédées de douleurs quelquefois fulgurantes dans les parties qui vont se paralyser, ou encore précédées de coliques violentes, sèches ou avec diarrhée, sorte de crises viscérales.

B. D'autres fois la paralysie permanente, mais cependant encore curable, se cantonne dans un nerf (le cubital dans deux observations de Boisvert). Les localisations dangereuses sur le phrénique ou le pneumogastrique n'appartiennent qu'aux formes généralisées.

C. Les paralysies permanentes, bien qu'atténuées et curables, peuvent se diffuser aux quatre membres et à peu près également sur tous les muscles de ces parties ou en prédominant sur les extenseurs : il n'y a pas d'atrophie musculaire bien marquée, pas de réaction de dégénérescence, et l'alcoolique guérit encore assez vite de sa paralysie. Contrairement à l'opinion courante, Boisvert a vu ces parésies des extenseurs moins marquées aux membres inférieurs qu'aux supérieurs, ou même localisées à ces derniers.

II. *Paralysie alcoolique chronique non progressive.* — C'est la forme la plus commune et la mieux connue ; aussi parlerai-je surtout de quelques-uns de ses symptômes retrouvés dans notre observation et qui auraient pu faire commettre une erreur diagnostique et pronostique. Je veux parler ici des troubles hystériformes de la sensibilité qui sont parmi les prodromes de la paralysie : « Les malades accusent souvent de la pesanteur thoracique, rétro-sternale et aussi une contraction à la gorge analogue à celle des hystériques. L'hyperalgésie des membres inférieurs (surtout quand il s'agit d'intoxication par les essences) envahit le tronc et devient excessive au niveau des fosses iliaques, où la pression provoque des contractions réflexes et le renversement du tronc en arrière à la façon des hystériques à qui l'on presse sur les régions ovariennes (1). » La paralysie se montre après quelques semaines ou quelques mois de prodromes. Son début est lent, quelquefois entrecoupé de rémissions. La paralysie envahit symétriquement les muscles des membres inférieurs dans l'ordre suivant : d'abord le groupe antéro-externe de la jambe : l'extenseur propre du gros orteil est toujours pris le premier ; le triceps crural (surtout le droit antérieur) est souvent atteint l'un des premiers, même il peut être seul paralysé. Les muscles des mollets, les adducteurs de la cuisse restent le plus souvent indemnes. Quand la marche est encore possible, le malade steppe. L'atrophie envahit les muscles dans le même ordre ; l'excitabilité faradique est diminuée et quelquefois abolie, mais la réaction de dégénérescence est plus rare dans la paralysie alcoolique que dans les autres névrites toxiques. Aussi ne sera-t-on pas très étonné en lisant ces observations de MM. Lancereaux, Leudet, Charcot, Œttinger, Carpentier (2) où la paralysie, survenue après une intoxication très lente et à petites doses, guérit après avoir duré quelquefois plusieurs années. Cependant cette forme, en général de moyenne gravité, peut laisser une paralysie définitive et même tuer le malade par l'extension de la paralysie au nerf phrénique.

(1) Laffitte. *Gaz. des hôp.*, 1892, p. 1082.
(2) Carpentier. Th. de Paris, 1890.

III. Mais nous confinons ici *la forme progressive et aiguë*, qui, d'après l'opinion générale, est le plus souvent *fatale.* Elle se montre chez les individus fortement intoxiqués surtout par des liquides alcooliques à essence. Dans une phase prodromique on voit des phénomènes qui traduisent l'excitation des centres : hyperesthésie, insomnie ou rêves terrifiants qui se continuent pendant la veille et constituent un délire de parole et d'action. Bientôt les membres inférieurs faiblissent et la paraplégie peut être complète en une semaine ; en même temps la contractilité électrique disparaît, les muscles s'atrophient. Les membres supérieurs ne tardent pas à être paralysés, et l'atrophie domine sur les extenseurs, sur les muscles de l'épaule et surtout le deltoïde. Dans une observation de Broadbent (1), la paralysie gagna le diaphragme. L'immunité des nerfs craniens est la règle ; cependant de Hun (2) a vu la paralysie du facial, Lilienfeld (3) la paralysie du moteur oculaire externe. Thomsen (4) a réuni six cas de paralysie alcoolique des muscles de l'œil : dans ces six cas la paralysie suivit une marche aiguë et les malades succombèrent. Enfin, chez une alcoolique fébricitante, dont le pouls avait 160 battements, Déjerine (5) trouva une névrite du pneumogastrique ; dans deux observations de Vassal cette extension au vague a été diagnostiquée seulement d'après l'existence de la tachycardie.

Cependant cette forme aiguë ne tue pas le plus souvent par l'extension au phrénique ou au vague mais par l'intensité des symptômes ou par une complication. L'atrocité des douleurs spontanées et provoquées par le plus léger contact, l'insomnie absolue, le délire maniaque peuvent à eux seuls tuer le malade presque dès la période prodromique. D'autres fois la fièvre survient, la langue se sèche, les vomissements, la diarrhée sont incoercibles, des eschares se forment au sacrum et une septicémie secondaire est peut-être la cause de la mort. Enfin une tuberculose pulmonaire peut emporter l'alcoolique en quelques semaines (Obs. Broadbent, Lancereaux), en quelques mois au plus.

B. Je vais maintenant résumer *notre Observation* qui, par le début bruyant, les symptômes rapides et intenses, offre beaucoup de ressemblance avec cette forme aiguë et qui se termina pourtant par une guérison complète des troubles sensitifs et moteurs.

Observation. — En mai 1891 entre dans le service de M. Trastour la femme G. F..., vingt-sept ans.

Antécédents : mère hystérique, père alcoolique qui a eu des attaques de délirium tremens. Elle-même a eu de la chorée à onze ans et plus tard quelques symptômes hystériformes. Mariée à dix-sept ans et emmenée en Australie, elle y a aussitôt contracté des habitudes alcooliques. Quelques années après, des aventures romanesques la séparèrent de son mari et de son enfant ; les ennuis de sa fausse situation, l'exemple de son amant (interné depuis dans un asile après des excès alcooliques), l'entraînèrent à boire de plus en plus. Il y avait peut-être de la vantardise dans ses affirmations, mais elle nous a dit maintes fois que dans ces derniers temps elle s'enivrait avec son amant en

(1) Broadbent. *The Lancet*, 1884.
(2) De Hun. *Amer. Journ. of Med. Sc.*, 1885.
(3) Lilienfeld. *Berlin. Gesell. f. Psych. und Nerv. Kr.*, 1885.
(4) Thomsen. *Traité de médecine*, t. III, p. 627.
(5) Déjerine. *Arch. de physiol.*, 1887.

partageant avec lui, dans une seule nuit, un litre d'eau-de-vie : c'était leur boisson préférée. Au mois de janvier 1891, elle eut une première attaque de délirium tremens ; quinze jours avant son entrée dans le service, elle eut des hallucinations de la vue, puis un délire violent d'actions et de paroles que nous avons pu observer. Les hauts cris qu'elle pousse spontanément, ou au moindre contact, témoignent de son hyperesthésie. Les pieds sont en varus équin, les jambes fléchies, les mains sont pendantes, les doigts en flexion. La paralysie, annoncée par ces déformations, est à peu près complète, surtout aux membres inférieurs que la malade peut à peine déplacer sur le plan du lit. Les réflexes sont abolis. Les membres sont atrophiés. Un examen électrique a été fait dans l'anesthésie. — Faradique : pas de contraction des muscles antéro-externes de la jambe, ni du triceps crural même par le courant maximum; aux membres supérieurs, il n'y a de contraction que par les forts courants (distance inférieure à cinq au chariot du Bois-Raymond). — Galvanique : aux membres inférieurs, abolition complète de l'excitabilité surtout des muscles extenseurs, mais sans inversion de formule; aux membres supérieurs, l'excitabilité des extenseurs est faible même pour des courants de 25 à 30 milliampères.

Troubles sensitifs : hyperesthésie cutanée plus intense dans les parties qui recouvrent les muscles paralysés, cette hyperesthésie s'étend à la fosse iliaque, au dos et y simule des zones hystérogènes. — Troubles psychiques : après quelques jours de traitement, le délire maniaque a fait place à un délire tranquille d'où on peut momentanément la tirer en excitant fortement son attention. Enfin, après le délire, reste de l'amnésie très prononcée surtout pour les faits récents : nous n'aurions pu reconstituer les derniers traits de son histoire sans les renseignements donnés par son entourage.

Dès son amélioration, cette malade voulut revenir chez elle ; elle ne put y faire qu'un court séjour et fut bientôt portée à l'infirmerie protestante où M. Fallot l'observa durant plusieurs mois. D'après les renseignements qu'il a bien voulu nous donner, la paralysie est maintenant guérie, la marche est possible sans aucun soutien, les mouvements des membres supérieurs sont faciles. Restent seulement des troubles psychiques et surtout de l'amnésie qui existait déjà avant cette récente crise de son alcoolisme.

Cette heureuse terminaison contraste étrangement avec le début de la maladie, assez effrayant pour nous faire écrire (1), en juillet 1851 : « La rapide extension de la paralysie (qui occupe presque tous les muscles des membres tout en prédominant sur les extenseurs), la rapidité de l'amyotrophie, le délire maniaque, l'albuminurie pourraient tout d'abord faire rapprocher ce cas de la forme aiguë et grave de la paralysie alcoolique... Nous ajoutions : si l'état général s'est rapidement amélioré, il n'en est pas de même des paralysies qui, depuis deux mois, semblent rester stationnaires et de plus se compliquent peut-être, dans certaines régions, de rétractions fibro-tendineuses. »

L'opposition de nos craintes d'alors et de la réalité d'aujourd'hui pourrait faire douter de l'exactitude de notre diagnostic. En présence de cette terminaison inattendue on serait tenté de tout rapporter à l'hystérie, prouvée chez cette femme par des antécédents personnels et héréditaires. Certes, comme un autre poison, l'alcool peut provoquer et surtout réveiller l'hystérie : témoin les observations de Charcot, Lancereaux, Hischmann, Debove. Mais, dans ces cas, il y avait de l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle et la paralysie y avait le type cérébral, hémiplégique et non le type névritique (prédominance sur les extenseurs, amyotrophie, perte rapide de l'excitabilité électrique). Il est

(1) Arnaud. *Rev. de méd.*, 1891, p. 959.

encore vrai que le délire alcoolique (rare chez la femme) (1) ressemble à s'y méprendre au délire hystérique ; « mais le plus souvent le délire vient dans l'hystérie comme une prolongation de la phase terminale des grandes attaques qui manquent depuis longtemps chez G. F... ; le tremblement y est possible, mais rare ; l'albuminurie ne peut y entrer qu'à titre de complication » (2). Enfin la terminaison lente, graduelle, de la paralysie n'est pas dans les allures de l'hystérie qui procède plutôt par changements à vue.

C. Il faut donc chercher une autre explication qu'une erreur de diagnostic à cette terminaison inespérée. Procédons par analogies et voyons si d'autres polynévrites, pour aiguës et généralisées qu'elles soient, n'ont jamais de guérison. Or l'intoxication arsénicale aiguë produit une paralysie tout à fait semblable à celle de l'alcool ; précédée par l'hysperesthésie, la paralysie prédominant sur les extenseurs s'étend rapidement aux quatre membres. Abolition des réflexes, troubles trophiques musculaires et cutanés. Bien que cette paralysie aiguë ne diffère guère de l'alcoolique que par l'absence de troubles cérébraux, cependant la guérison est presque la règle : soixante-dix-sept fois sur cent d'après Gerhardt (3). On expliquera peut-être cette terminaison heureuse de l'arsénicisme aigu par la non-participation des centres nerveux. On ne pourra opposer la même objection aux paralysies curables dues à l'oxyde de carbone : ici, en effet, la participation des centres nerveux est prouvée par le coma initial et les troubles psychiques qui survivent presque toujours aux troubles moteurs ; et pourtant la paralysie, qui s'étend rapidement aux quatre membres, guérit presque toujours dans l'intoxication carbonée. De même les formes aiguës et généralisées de la paralysie saturnine ont une terminaison heureuse qui contraste avec les symptômes graves au début, surtout dans la forme fébrile décrite par Renaut (4) : après un grand frisson, accompagné de céphalée très vive, de courbature, de nausées, la température s'élève rapidement et la paralysie s'installe ; en une ou plusieurs poussées, elle envahit en peu de jours les muscles des membres et du tronc, y compris le diaphragme et même les muscles laryngés ; cependant la mort par asphyxie est exceptionnelle, à cause probablement de la fugacité de la paralysie, qui disparaît aussi des autres muscles d'une manière plus lente, mais le plus souvent aussi complète.

Cette dernière forme de paralysie généralisée, aiguë et fébrile, me rappelle ces polynévrites, aussi curables, observées dans le cours ou la convalescence d'infections classées ou non. Les cas en sont assez nombreux surtout si l'on doit ranger parmi eux [comme le fait Mme Déjerine (5)] les paralysies généralisées attribuées par Duchesne à une lésion aiguë des cornes antérieures : la discussion sur le siège anatomique de ces paralysies a pour excuse leur guérison constante. Pour ma part je pourrai en citer deux observations, l'une prise pendant mon clinicat chez M. Laget : après une maladie assez semblable à une fièvre typhoïde, un homme est pris de paralysie rapidement généralisée, même aux muscles du thorax et du larynx. Les muscles des

(1) Congr. de l'Assoc. méd. anglaise, 1891.
(2) Arnaud. Loc. cit.
(3) Gerhardt. *Phys. med. Gesell.*, Wurtzburg 1891.
(4) Le Meignen. Th. de Lyon, 1878.
(5) Mme Déjerine. Th. de Paris, 1889.

membres étaient atrophiés et avaient complètement perdu leur excitabilité électrique. J'ai vu dans le service de M. Nicolas-Duranty un cas analogue : après une journée de fatigue, employée à écurer une fosse à fumier, un homme est pris de grand frisson avec vomissement, diarrhée, ictère ; quatre ou cinq jours après ce début la paralysie avec amyotrophie se montre aux membres inférieurs et se généralise. J'ai retrouvé ce malade, en janvier 1892, dans mon service de la Conception, pour une maladie étrangère à cette paralysie qui avait guéri en quelques mois.

D. Ces nombreux exemples cliniques démontrent la guérison possible des paralysies généralisées toxiques ou infectieuses. Nous trouverons peut-être l'explication de ce fait dans ce que nous savons sur l'anatomie pathologique de ces névrites (1) : les lésions portent surtout sur les fibres nerveuses plus rapprochées de la périphérie, tandis que les gros troncs, les racines nerveuses sont indemnes. De plus Gombault (2) a montré que, dans la paralysie alcoolique comme dans la saturnine, la névrite restait péri-axile : les modifications portent seulement sur la myéline, le cylindraxe ne perd que rarement sa continuité ; aussi dans les muscles paralysés le nombre des fibres saines est relativement considérable. — Nous trouvons là une raison de ce fait clinique : l'absence de réaction de dégénérescence fréquente surtout dans la forme aiguë de la paralysie alcoolique (3).

En somme on pourrait conclure de ces données anatomiques que les symptômes moteurs guériraient dans la paralysie alcoolique *aiguë*, si le délirium tremens, si les troubles bulbaires (4), si les complications septicémique ou tuberculeuse leur en laissaient le temps.

VOMISSEMENTS INCOERCIBLES

SURVENANT AU DEUXIÈME MOIS D'UNE GROSSESSE COMPLIQUÉE DE PLEURÉSIE LÉGÈRE ET GUÉRIS PAR UNE SEULE CAUTÉRISATION DU COL AVEC LE THERMOCAUTÈRE.

Par le docteur A. LECLER, de Rouillac (Charente).

La communication de M. le docteur Mouchet (de Sens), relative à un cas de vomissements incoercibles, persistant même après l'accouchement provoqué (5), me remet en mémoire un cas de ces mêmes vomissements ayant résisté à diverses médications et cédé, enfin, à une cautérisation du col.

Pareils succès obtenus par M. le docteur Mauny [de Mortagne-sur-Gironde (6)], et d'autres praticiens, m'engagent à recommander à mes confrères ce procédé d'une exécution simple et d'une bénignité, en tout cas, bien supérieure à celle de l'avortement.

Jeanne N..., vingt-neuf ans, bipare, accouche pour la première fois d'une fille, le 4 novembre 1885, il fallut employer le forceps, du reste comme pour sa mère et pour ses deux sœurs.

Début de la seconde grossesse vers la fin d'août 1888, le 10 septembre pleurésie cédant aux diurétiques et aux vésicatoires.

Pendant la convalescence, le 1er octobre, vomissements opiniâtres que n'arrêtent ni potion de Rivière, ni glace, ni chloral, ni chloroforme, ni bromure, ni opium, morphine ou codéine. Le 20 octobre, on soupçonne leur vraie cause, et comme tous les aliments sont vomis, que la maigreur et la faiblesse sont extrêmes, je songe à provoquer l'avortement.

Toutefois, me rappelant le fait de M. le docteur Mauny, je veux, sur l'avis conforme de M. le docteur Porchère (de Neuvicq), essayer la cautérisation, et le jour même, je fais sur le museau de tanche trois applications de thermocautère.

Dès le lendemain les vomissements ont disparu pour toujours, et la grossesse suit son cours normal.

Quelques douleurs surviennent du 13 au 18 mai, toutefois, le travail ne commence que le 27 à une heure du matin ; il se termine dix heures plus tard, par l'accouchement d'une fille à terme que la mère a allaitée, sans inconvénient ni pour l'une ni pour l'autre.

Au 15 janvier 1893 toutes deux se portent bien.

THÉRAPEUTIQUE

Origine centrale et traitement des névralgies.

Par le docteur X. DELMIS.

C'est une question fort intéressante — même au point de vue de la pratique et de la thérapeutique — que celle du siège *réel* des névralgies. Cette question se réduit à ceci : la douleur, dans les névralgies de toute espèce, est-elle produite dans les points mêmes où les malades l'accusent, ou bien est-elle simplement ressentie dans ces points comme si elle s'y produisait, à la façon, par exemple, dont les amputés accusent une douleur dans leurs moignons après ablation du membre qui était le siège et l'unique cause de leur mal.

A priori, la première hypothèse paraît la plus vraisemblable. Elle a donné naissance à la théorie dite *périphérique* des névralgies, mais de nombreux neuropathologistes — et non des moins éminents — soutiennent la théorie dite *centrale*. Si elle n'est point applicable à tous les cas, ce qui n'est pas douteux, elle en explique le plus grand nombre, et elle s'appuie sur des arguments bien propres à entraîner la conviction. Les principaux sont les suivants :

A la suite des résections nerveuses, préconisées contre les névralgies rebelles à tout traitement, on voit très souvent la douleur reparaître tout comme avant. Elle n'avait donc pas un siège périphérique.

De même qu'on ne conteste plus aujourd'hui les troubles trophiques dans l'hystérie, on ne peut nier que, dans certains cas de névralgies, sans névrite, les mêmes troubles trophiques ne se produisent. Or, ne s'expliquent-ils pas de la façon la plus rationnelle en admettant la théorie *centrale* des névralgies? Dans cette hypothèse, en effet, on comprend aisément que l'excitation morbide se propage du noyau d'origine du nerf malade aux noyaux d'origine des nerfs voisins, dont l'atteinte se traduira, *loco dolenti*, par les troubles de nutrition.

En troisième lieu, nombre de maladies diathésiques et certaines altérations du sang donnent naissance à des névralgies. Comment expliquer, si on n'admet pas une atteinte primitive de la moelle, que ces affections diathésiques et ces modifications du liquide sanguin aillent toucher directement tel ou tel tronçon nerveux, plutôt que tel autre, et parfois sur un trajet de quelques centimètres ou de quelques millimètres seulement?

En quatrième lieu, on sait que les névralgies ont des rapports multiples et étroits avec les névroses héréditaires. Or, celles-ci sont incontestablement centrales. Dès lors, comment leur effet ne le serait-il pas?

Ajoutons que la théorie du siège central de la douleur dans les névralgies explique à merveille — et explique seule bien — la

(1) BABINSKY. *Gaz. hebd. med. et chir.*, 1890.
(2) GOMBAULT. *C. R. de l'Acad. des sc.*, 1886.
(3) VIGOUROUX. *Gaz. des hôpit.*, 1891, n° 112.
(4) CHARCOT. *Leçons du mardi*, 1888-89, p. 391.
(5) MOUCHET. Acad. de méd., 20 déc. 1892.
(6) MAUNY. *Assoc. franç. pour l'avanc. des sc.* (La Rochelle), p. 692.

mobilité bien connue des névralgies, leurs alternances, leur passage rapide d'un nerf à un autre. On sait, en effet, combien sont voisins, dans la moelle, les filets d'origine des différents nerfs. On comprend, par suite, que l'excitation douloureuse se transmette avec la plus grande facilité d'un filet nerveux à un autre dans l'axe spinal.

Au surplus, la thérapeutique courante apporte à la théorie centrale des névralgies un argument capital. Tous les jours, en effet, on voit des névralgies (du trijumeau, du sciatique, des nerfs superficiels) rebelles à tous les anesthésiques locaux, à tous les révulsifs, disparaître rapidement après l'usage, pendant quelques jours, du *Bromidia*. Ce résultat s'explique facilement par l'action physiologique bien connue des substances actives du *Bromidia* (Kb R., chloral pur, chanvre indien et jusquiame), mais c'est sur les centres cérébro-spinaux que s'exerce cette action. Donc les névralgies, dans la grande majorité des cas tout au moins, ont un siège central.

Ainsi se trouve vérifié une fois de plus, de par un médicament dont l'éloge n'est plus à faire, le *Bromidia*, le vieil axiome hippocratique :

Naturam morborum ostendunt curationes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 février 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale. Au premier tour de scrutin, sur 74 votants, M. Kelsch obtient 60 suffrages, M. Straus 12, M. Fernet 1, M. Rendu 1.

En conséquence, M. Kelsch est proclamé élu.

RAPPORTS

L'épidémie de choléra de 1892. — M. PROUST lit la seconde partie de son rapport sur cette épidémie. Il termine par les réflexions suivantes :

« L'épidémie de 1892 a frappé presque exclusivement des individus vivant dans des habitations insalubres, au milieu de quartiers malsains, ou buvant des eaux impures, plus ou moins contaminées.

Afin d'éviter le retour, au printemps prochain, des accidents dont nous avons souffert en 1892, il faut profiter des dernières semaines d'hiver pour remédier aux inconvénients signalés.

Il est nécessaire et urgent de nettoyer et désinfecter, avec le plus grand soin, tous les logements insalubres ; de supprimer les causes d'insalubrité dans les quartiers malsains ; de donner aux populations des eaux aussi pures que possible, et, dans les cas où les eaux potables seraient suspectes, préparer, dès maintenant, les moyens de les épurer, de les filtrer ou les faire bouillir.

D'un autre côté, comme partout où l'autorité sanitaire a été prévenue assez tôt, dès les premiers cas cholériques, elle a pu empêcher la formation de foyers secondaires, il sera nécessaire, si de nouveaux cas se produisaient au printemps prochain ou cet été, de les déclarer immédiatement. »

M. ROCHARD signale les progrès accomplis dans la prophylaxie du choléra et rappelle qu'il y a peu de temps, on en était encore aux quarantaines, à l'isolement, à tout cet arsenal prophylactique du moyen âge. Aujourd'hui, grâce à la désinfection, aux mesures de salubrité, à la propreté, à l'épuration des eaux potables, on arrive à se rendre maître des épidémies. Comme M. Proust, M. Rochard pense que la transmission du choléra se fait surtout par les eaux impures et contaminées. Il est donc de toute nécessité de remplacer l'eau de Seine par de l'eau de source ou de l'eau purifiée. A ce point de vue, les Parisiens recevront une légitime satisfaction dès le printemps prochain. En effet, nous aurons, à Paris, à partir du 1er avril, 110000 mètres cubes d'eau de la Vigne et la banlieue recevra, au lieu d'eau de Seine prise en aval de Paris, de l'eau puisée en amont, puis purifiée par le fer et filtrée sur le sable, avant d'être livrée à la consommation.

Arthrodése tibio-tarsienne complètant l'amputation de Chopart. — M. POLAILLON fait un rapport sur un travail de M. Godfroy père (de Versailles) relatif à l'arthrodèse tibio-tarsienne, faite en même temps que l'amputation de Chopart, pour éviter l'entraînement du talon en arrière. M. Godfroy a eu recours à ce procédé avec succès.

LECTURES

Trois sujets opérés pour traumatismes trés complexes de la rotule ; un cas de fracture des deux rotules, un cas de deux fractures sur la même rotule opérés à deux mois d'intervalle et un cas de formation d'un tendon rotulien artificiel en fil d'argent. — M. JUST CHAMPIONNIÈRE a fait si souvent l'opération de la suture de la rotule après ouverture large de l'articulation du genou (quarante fois environ) qu'il ne présente ces cas qu'à cause de particularités intéressantes et rares. Il les présente surtout comme exemples de la tolérance des fils d'argent par les tissus et comme preuve de la restitution rapide et complète de toutes les fonctions du membre après un temps qui varie de dix jours à trois semaines, dans les cas les plus difficiles.

On peut voir comment le premier sujet qui fut atteint de fracture de la rotule gauche, il y a deux ans, et de fracture de la rotule droite, il y a quatre mois, marche sans aucune difficulté et plie ses deux membres au delà de l'angle droit. Encore la jambe gauche plie moins bien que la droite, parce qu'il fut opéré seulement six semaines après le traumatisme, tandis que, pour la seconde jambe, M. Championnière put intervenir au bout de quatorze jours et le faire marcher douze jours après la suture. La solidité du sujet est irréprochable et le relèvement de la pointe du pied ne laisse rien à désirer.

Sur un second malade qui n'a pu être amené, M. Championnière a fait une seconde opération, soixante-dix jours après une suture faite dans son service par un interne. Dans une chute faite deux mois après sa guérison par la suture, pour une fracture de la rotule, le malade avait paru s'être fait à nouveau une fracture de la rotule, dont il présentait tous les symptômes. M. Championnière lui ouvrit le genou, trouva les fragments primitifs séparés, un des fils rompu et l'autre détortillé. La rotule étant très friable, il mit deux autres fils : l'un des deux seulement dans la substance des fragments et l'autre enserra les deux fragments ; il a souvent fait ainsi pour des fragments trop petits et très friables. Le malade, qui s'est levé le quatorzième jour, est sorti le vingt-troisième et, depuis longtemps, c'est-à-dire à peine un mois après son opération, a repris son travail et marche sans aucune difficulté.

La solidité et la puissance des membres ainsi traités sont aussi parfaites qu'on puisse le souhaiter. M. Championnière a eu, l'été dernier, l'occasion d'opérer un acrobate du Moulin-Rouge qui s'était fait une fracture de la rotule en exécutant le saut périlleux. Non seulement il reprit son métier d'acrobate, mais, moins de deux mois après, il recommençait ses sauts périlleux sans accident. Il s'était levé dix jours après l'opération.

Comme on le voit, M. Championnière ne retire jamais les fils. Non seulement ils ne nuisent pas au membre, mais ils le consolident et, en cas de non-réunion, ils peuvent parfaitement subir l'effort des muscles. Il a opéré plusieurs cas de fracture ancienne où le rapprochement des fragments ayant été impossible, les fils les réunissent solidement et la charnière métallique supporte l'effort musculaire pendant la marche. M. Championnière a même eu l'occasion, sur un sujet chez lequel il avait employé du fil trop petit, de réouvrir le genou pour retirer les fils brisés et en repasser de plus solides.

Mais le rôle de ces fils d'argent, en place au milieu des tissus,

est encore bien plus remarquable chez le dernier sujet présenté par M. Championnière. Cet homme, après une fracture de la rotule traitée par trois mois d'appareils, marchait très mal. A la suite d'un nouveau traumatisme, il devint tout à fait impotent. Il était constamment couché lorsque M. Championnière le vit et constata une fracture de rotule et une déchirure complète du tendon sous-rotulien. M. Championnière imagina l'opération suivante pour réparer ce membre : Deux gros fils d'argent furent passés de la tubérosité du tibia jusqu'à la rotule et ramenés en anse, puis tendus, rattachant ainsi le fragment rotulien supérieur au tibia et formant un tendon rotulien artificiel. L'opération eut des suites très simples, sauf la nécessité d'un long traitement pour restituer, en leur intégrité, les muscles altérés par leur longue immobilité. Puis le malade, bien guéri, sortit de l'hôpital ; il a constamment travaillé depuis trois ans, aux métiers les plus durs. Il est charretier et conduit des voitures qu'il décharge sur les quais. En examinant le genou on constate la présence des fils qui fonctionnent comme tendon. Le membre ne fléchit pas aussi librement que celui des autres sujets, mais il fléchit cependant assez pour tous les mouvements utiles, et le sujet ne boite en aucune façon.

Le groupe de ces trois sujets montre bien que le traitement des fractures de la rotule, par la grande ouverture et les sutures, peut conduire à la guérison absolue parfaite, de sujets destinés à des fonctions médiocres ou même à une impotence absolue.

Les fils d'argent, qui sont si bien supportés par les tissus osseux, sont des fils de 1 millimètre de diamètre, que M. Championnière recommande pour toutes ces opérations.

Un cas de cholécystectomie idéale. — M. SCHWARTZ. La cholécystectomie est à juste titre pratiquée presque constamment en ayant soin de se prémunir par un drainage fait de telle et telle manière, contre l'infection secondaire de la cavité péritonéale, par l'irruption de la bile ou de toute autre façon.

Il est cependant des conditions dans lesquelles le chirurgien peut fermer en totalité et immédiatement la paroi, c'est lorsque la vésicule n'est pas infectée, qu'elle est devenue depuis longtemps indépendante du système biliaire, que la bile n'y circule pour ainsi dire plus du tout.

C'est un cas de ce genre que nous avons eu l'occasion d'opérer récemment.

Il s'agit d'une malade de cinquante et un ans, ayant eu autrefois des coliques hépatiques, et qui est entrée dans notre service pour une tumeur de la région de l'hypocondre droit, en forme de massue, tenant au foie. Comme signes fonctionnels : une anorexie complète, des digestions très pénibles, une constipation opiniâtre, qui allait quelquefois jusqu'à l'obstruction, et que de forts purgatifs parvenaient seuls à surmonter.

La malade accusait en outre des sensations de poids, de pesanteur dans le côté droit, surtout dans le décubitus dorsal. Ses forces avaient beaucoup diminué depuis quelques mois.

La laparotomie nous permit de constater qu'il s'agissait bien d'une vésicule biliaire ectopique ayant étiré son pédicule, de façon à flotter dans l'abdomen; elle adhérait au grand épiploon, sur lequel elle formait comme un demi-anneau comprimant le côlon transverse.

Il nous fut facile de la libérer et de l'extirper, en plaçant une double ligature sur le pédicule élevé qui constituait le canal cystique. Une goutte de bile suinta du petit moignon lié. Cautérisation au thermocautère. Pas de drainage, occlusion par deux plans de sutures.

Les suites immédiates ont été excellentes. La malade n'est plus reconnaissable depuis sept semaines que l'opération a été pratiquée. Elle est sortie le dix-huitième jour, après s'être levée le quinzième jour.

La vésicule était complètement oblitérée par deux énormes calculs superposés et il est absolument certain que, depuis longtemps, elle ne devait plus diviser le cours de la bile et lui servir de réservoir.

Le choléra dans l'arrondissement de Dunkerque (septembre à décembre 1892); la lutte contre l'épidémie. — M. REUMAUX résume ainsi sa communication.

Quatre importations distinctes de choléra à Dunkerque :

1° Importation de Hambourg par mer;

2° Importation d'Anvers par voie de terre;

3° Importation de Calais par les bâteaux pêcheurs;

4° Importation de l'intérieur, par les canaux et le batelage.

Dès le début de l'épidémie, lutte par tous les moyens dont la science dispose. Aussi, il n'y a eu que 57 cas et 35 décès.

Dans l'arrondissement 23 communes sur 65 ont été atteintes, toutes situées le long de cours d'eau. Partout où les maires ont prévenu l'autorité sanitaire, l'épidémie s'est éteinte rapidement.

Une seule commune a fait exception, c'est celle du grand Fort-Philippe. Ce n'est que plusieurs semaines après l'apparition du choléra que le maire s'est décidé à faire, à la sous-préfecture, les déclarations nécessaires.

Il y a eu là 37 décès sur 3 000 habitants, tandis qu'à Dunkerque, où, dès le début de l'épidémie, l'on avait pris toutes les mesures nécessaires pour combattre le fléau, il n'y a eu que 35 décès sur 40 000 habitants.

Conclusions pratiques. — 1° Très grande surveillance dans les ports.

La surveillance des frontières de terre coûte cher et elle est inefficace.

2° Surveiller les canaux et le batelage.

3° Déclaration immédiate des premiers cas.

4° Dépôt dans chaque chef-lieu d'arrondissement d'une étuve à désinfection mobile et de pulvérisateurs que l'on mettrait à la disposition des communes.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les candidats au concours du Bureau central (médecine) ont eu à traiter par écrit la question suivante : « Des méningites cérébrales aiguës non tuberculeuses, diagnostics clinique, anatomique et bactériologique. »

— La Faculté de médecine de Paris vient de décerner les prix suivants pour l'année 1892 :

Legs Trémont. — Ce legs (1 000 francs) a été partagé entre deux étudiants également méritants et remplissant les conditions du legs.

Prix Barbier. — Il est accordé, à titre d'encouragement : 1° 300 francs à MM. les docteurs Langlois et Launay; 2° 300 francs à M. le docteur de Pezzer; 3° 300 francs à M. Mergier; 4° 100 francs à M. le docteur Marage.

Le reliquat du prix (1 000 francs) a été attribué à la bibliothèque de la Faculté.

Prix Chatauvillard. — Le prix est partagé de la manière suivante : 1° 900 francs à M. le docteur Duroziez pour son « Traité des maladies du cœur » ; 2° 800 francs à MM. les docteurs Blocq et Onanoff pour leur ouvrage intitulé : « Séméiologie et diagnostic des maladies nerveuses » ; 3° 300 francs à M. le docteur Poulalion pour son ouvrage intitulé : « Les pierres du poumon, de la plèvre et des bronches. »

Les prix Corvisart et Montyon ne sont pas décernés.

Prix Jeunesse (hygiène). — M. le docteur Bordas pour son « Étude sur la putréfaction ».

Prix Lacaze (phtisie). — M. le docteur H. Martin pour l'ensemble de ses travaux sur la « tuberculose ».

Thèses récompensées. — Médailles d'argent : MM. Achalme, Buscarlet, Chabrié, Charrier, Drouin, Faidherbe, Faure-Miller, Rochon-Duvigneaud, Thiroloix.

Médailles de bronze : MM. Bertillon, Besançon, Boëtau, Bonnemaison, Castera, Critzman, Desforges, Faure (J.-L.), Laffitte, Lé-

tienne, Macaigne, Meurisse, Noguës, Oustaniol, Pachon, Pilliet, Rousseau-Dumarcet, Sauvineau, Vassal, Vibert.

Mentions honorables : MM. Adler, Aldibert, Anglade, Béchet, Berbez, de Bourgon, Bruneau, Chevalet, de Grandmaison, Hallion, Lallier, M[lle] Landais, MM. Malbec, Mussy, Poulain, Quignard, Rahon, Renoul, Répin.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les travaux pratiques d'histologie (semestre d'été), sous la direction de M. Rémy, agrégé, chef des travaux, sont obligatoires pour les élèves docteurs de deuxième année; ils commenceront le mardi 7 mars 1893, et se continueront les jeudi, samedi et mardi de chaque semaine, de deux heures un quart à quatre heures de l'après-midi (École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine). — MM. les étudiants de deuxième année, qui ont pris la sixième inscription en janvier 1893, seront convoqués individuellement par lettre spéciale.

Le laboratoire sera ouvert, à partir du 13 mars 1893, les mardis, jeudis, samedis de quatre heures à six heures de l'après-midi, pour les étudiants de troisième année, qui désireraient examiner des préparations histologiques en vue du deuxième examen (première partie) de doctorat.

Ces étudiants devront, au préalable, se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), jusqu'au 8 mars inclusivement, et présenter la quittance à souche constatant le paiement des droits afférents à la dixième inscription prise en janvier 1893; ils seront convoqués par lettre spéciale.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Virlet, médecin-major de première classe en retraite, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à Bar-le-Duc, le 20 février 1893, à l'âge de soixante-quatre ans.

— M. Marie, agrégé, commencera les conférences de pathologie interne, le vendredi 3 mars 1893, à trois heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

— M. Fauconnier, agrégé, commencera les conférences de chimie médicale, le vendredi 3 mars 1893, à une heure de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre de la Faculté et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

— M. Lejars, agrégé, commencera les conférences de pathologie externe, le samedi 4 mars 1893, à quatre heures, dans le petit amphiheâtre de la Faculté et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 27. — SAMEDI 4 MARS 1893. 66e ANNÉE. SAMEDI 4 MARS 1893. — N° 27.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Étiologie, pathogénie et traitement de la gangrène pulmonaire.

Par P.-A. Lop, interne à l'hôpital Rothschild, ancien interne des hôpitaux de Marseille.

I

S'il est en pathologie interne une affection bien connue, c'est, à coup sûr, la gangrène pulmonaire; il n'est pas un point de son étude qui n'ait été l'objet de recherches spéciales, consignées pour la plupart dans les traités classiques et les articles des dictionnaires; aussi, notre intention n'est-elle pas de faire ici un chapitre de pathologie, qui n'aurait d'ailleurs pas sa raison d'être, mais simplement de nous restreindre dans le cadre plus étroit, mais beaucoup plus pratique, de l'étude, des causes et de la thérapeutique de cette redoutable complication.

L'histoire de la gangrène pulmonaire comprend quatre grandes phases. La première purement clinique et anatomo-pathologique, avec Bayle, Laënnec, Andral, Cruveilhier; la deuxième a eu pour point de départ les recherches de Virchow, sur le rôle des embolies dans la pathogénie de la mortification du poumon; la troisième étudie avec Lasègue, Trousseau, Rilliet et Barthez, Hardy et Béhier, les relations étroites de cette complication avec les affections broncho-pulmonaires. A ce moment, la thérapeutique, encore un peu hésitante, semble vouloir entrer dans une voie nouvelle, surtout à l'étranger, où l'intervention chirurgicale, quelque temps en honneur, fut vite abandonnée, à cause des insuccès opératoires.

Cette phase s'étend jusque vers ces quinze dernières années. C'est à ce moment que paraissent les travaux de MM. Bucquoy (1), Besnier et la thèse de M. Liandier (2). A partir de 1885, la gangrène pulmonaire rentre dans une phase toute nouvelle, que devait faire prévoir la venue des théories microbiennes. Malheureusement, jusqu'aujourd'hui, le succès n'a pas répondu à l'attente des observateurs qui avaient espéré démontrer la spécificité de la mortification pulmonaire.

Les recherches bactériologiques les plus récentes, et en particulier celles de M. Babès, sont venues démontrer, comme on le verra plus loin, que la gangrène du poumon ne relevait pas d'un agent microbien spécial, mais bien de l'action combinée des saprophytes et des différents microbes de la putréfaction. Ces recherches, en montrant combien il était peu fondé de tenter une médication spécifique contre un microbe qui n'existe pas, ont restreint d'une part le nombre toujours croissant des médicaments proposés contre la gangrène, et ouvert, d'autre part, dans la mesure du possible, une large voie aux interventions directes, beaucoup plus efficaces et beaucoup plus sûres. Nous y reviendrons en parlant du traitement, l'on verra ainsi les progrès immenses accomplis dans la cure du sphacèle pulmonaire. Avant de passer à l'étude de l'étiologie et de la pathogénie, nous allons, au préalable, faire connaître les recherches microbiologiques entreprises à ce sujet.

Dans l'expectoration gangréneuse, en outre des cristaux d'hématoïdine et des aiguillettes d'acide lactique, des gouttelettes de graisse, des hématies et des leucocytes, Jaffé et Leyden ont trouvé des *champignons* réunis en chaînettes ou bien en longs bâtonnets à plusieurs membres : ces champignons sont constitués par des granulations animées de mouvements amiboïdes, que ces auteurs ont comparés aux battements des « ailes de mouches ». Ces champignons ne seraient autres que des *lepthotrix pulmonaris*. Jaffé et Leyden, en injectant les bouchons bronchiques ou *bouchon de V. Dittrich*, expectorés dans la gangrène, à des animaux, ont vu éclore sous leurs yeux des maladies putrides du poumon. Leyden a aussi trouvé dans ces mêmes bouchons des *spirilles*, en très grand nombre. Kaunenberg (1) y a découvert deux variétés d'infusoires, le *monas lens* et le *cercomonas*; le premier offre l'aspect d'une sphère de dimensions plus petites que celles d'une hématie, et portant un prolongement flagelliforme, qui s'observe aussi chez le second.

MM. Cornil et Babès (2) ont pu constater dans les crachats gangréneux l'existence du *staphylococcus aureus*, ainsi que celle des bacilles de la putréfaction : ces mêmes microbes ont été trouvés par Bonome (3), dans les abcès gangréneux

(1) Bucquoy. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1875, t. XII, p. 24, 32, 61, 81 et 95.
(2) Liandier. Th. de Paris, 1883.

(1) Eichhorst. *Pathologie interne*, t. I.
(2) Cornil et Babès. *Les bactéries*, 1890, t. I.
(3) Bonome. *Deuts. Med. Wochens.*, 1888, n° 52.

du poumon. Ce dernier auteur est amené à admettre, de la présence de ces microbes dans l'expectoration de la gangrène que, tout d'abord, le staphylococcus, par sa présence dans le poumon, amène une nécrobiose du tissu pulmonaire et que, secondairement à cette mortification, surviennent les bacilles de la putréfaction qui pénètrent par les voies respiratoires.

Bonome, en injectant dans le tissu du poumon des cultures pures du staphylococcus, ou bien encore en faisant pénétrer par les voies aériennes ces microbes, a vu se développer, chez les animaux en expérience, des altérations pulmonaires semblables à celles que l'on observe dans la gangrène de l'homme. M. Babès (1), dans un cas de gangrène pulmonaire observé à Bucharest dans le service de M. Stoiescu, a trouvé un microbe qu'il a pu cultiver sur l'agar-agar, la gélatine et dans le sérum de bœuf. Ce bacille ne dégage aucune odeur, se développe bien dans le vide; il est constitué par de petits bâtonnets ayant 0 μ 8 à 1 μ 5, affectant différentes formes. D'après M. Babès, ces bâtonnets appartiendraient au groupe *proteus :* ce nouveau microbe serait très pathogène pour la souris, le lapin et le cobaye, qui succombent en deux ou trois jours, avec des symptômes de septicémie, à l'injection de petites doses de cultures. Ce proteus se colore par la méthode de Gram, il est mobile, ne forme pas de spores et meurt à une température supérieure à 80 degrés, il résiste à la dessiccation (Babès).

MM. Bard et Charmeil (2) avaient admis, en 1886, que : « La gangrène pulmonaire doit être considérée comme une entité pathologique spéciale, d'origine microbienne spécifique. » Or, cette spécificité admise, pour certains cas, par les auteurs lyonnais, il y a six ans, est encore à démontrer aujourd'hui. Nous sommes amené à admettre que l'on doit considérer la destruction putride du poumon, comme relevant de l'action multiple du travail de certaines bactéries pathogènes, inconnues pour le moment, qui se fait dans l'intimité de son parenchyme, sous l'influence d'une des nombreuses causes que nous allons étudier.

II

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Il est peu d'affections auxquelles les cliniciens aient attaché autant de facteurs étiologiques et des plus variés. Pour M. Jaccoud (3) : « Les causes en sont multiples, mais ne diffèrent pas de celles que nous avons étudiées en traitant de la gangrène en général. »

Cette complication, relativement rare, se rencontre à tout âge, ainsi Trousseau l'a observée chez un enfant de quinze mois et demi.

Les véritables causes de la gangrène du poumon peuvent être rangées sous deux chapitres : A. *Causes indirectes* ; B. *Causes directes*.

A. Causes indirectes. — Ces causes jouent, dans l'étiologie de la gangrène, le même rôle que dans n'importe quelle autre affection, en mettant l'organisme dans un état d'infériorité éminemment propre à favoriser le développement d'un état morbide grave, qui évoluera avec d'autant plus de facilité, qu'il rencontrera un terrain se laissant aisément envahir, et incapable par lui-même de réagir. Tels sont : l'alcoolisme, la misère, la convalescence des maladies graves, le froid, dont l'influence est admise par nombre d'auteurs, et en particulier par M. Bucquoy. Le froid produit un ralentissement de la circulation ; si son action se prolonge, à ce ralentissement s'ajoute un état spasmodique des vaisseaux, qui amène un état d'anémie locale passagère, même dans un organe à circulation aussi active que le poumon, si ce spasme vasculaire s'exagère au delà de la mesure physiologique, comme chez les malades de M. Bucquoy par exemple, le froid paraît alors agir sur le poumon, comme il agit sur les autres points du corps, en amenant la mortification par exagération des troubles circulatoires (?).

Parmi les causes banales, le *diabète* est une de celles qui a le plus d'importance. Le sphacèle pulmonaire occupe, dans les accidents gangréneux du diabète, une place prépondérante. Cette mortification du poumon peut se manifester de différentes manières, tantôt il termine une pneumonie ou une broncho-pneumonie, tantôt il reconnaît pour point de départ la tuberculose pulmonaire, ce dernier mode serait, au dire de Barié (1), des plus fréquents; ce fait avait été déjà signalé par Marchal (de Calvi).

La gangrène pulmonaire, apparaissant d'emblée dans le *diabète*, est difficile à expliquer. La dénutrition excessive, les troubles apportés aux échanges physiologiques, les altérations du sang, sont tout autant de facteurs capables de transformer le poumon en un lieu de culture favorable au développement des microbes pathogènes de la putréfaction ! Quand la gangrène succède à la phtisie sucrée terminale, ou à une broncho-pneumonie intercurrente, il est alors beaucoup plus facile d'en saisir le mécanisme.

Affections des voies respiratoires. — Les lésions inflammatoires de l'appareil broncho-pulmonaire sont une des nombreuses causes de la gangrène du poumon. La dilatation bronchique, les bronchites catarrhales fétides, la pneumonie aiguë et chronique, la broncho-pneumonie, la tuberculose pulmonaire, la pleurésie, les néoplasmes du poumon, sont autant d'affections dans le cours desquelles on peut relever la gangrène. Parmi toutes, il en est deux dont l'influence est hors de conteste, nous voulons parler de la *bronchectasie* et de la *broncho-pneumonie aiguë*. C'est à V. Dittrich (2) que l'on doit d'avoir démontré, pour la première fois et d'une façon évidente, l'influence de la dilatation chronique des bronches sur la mortification du poumon; les travaux de Traube, Leyden, Jaffé, MM. Lancereaux, G. Sée (3) ont confirmé les recherches de cet auteur. M. Rendu (4), à propos d'un cas de gangrène consécutive à une dilatation bronchique, insiste sur le rôle important de cette maladie, comme cause de gangrène pulmonaire.

Quant à la *broncho-pneumonie*, son action est admise par tout le monde. Le sphacèle consécutif à la broncho-pneumonie s'observe surtout dans les services d'enfants, où elle est beaucoup plus fréquente; aussi, la gangrène est-elle rangée par les auteurs comme une complication habituelle, commune à la bronchite capillaire chez les enfants (Rilliet et Barthez, Trousseau, Cadet de Gassicourt, J. Simon).

L'influence de la *pneumonie*, soit aiguë, soit chronique, est

(1) Cornil et Babès. Loc. cit.
(2) Bard et Charmeil. *Lyon méd.*, 1886, t. XLII, p. 47.
(3) Jaccoud. Loc. cit.

(1) Barié. *Dict. encycl. des sc. méd.*, t. XXVIII.
(2) V. Dittrich. *Canstatt's Jahresb.*, 1850, Bi II.
(3) G. Sée. *Maladies des poumons non tuberculeuses.*
(4) Rendu. Loc. cit.

très contestée, on ne nie pas qu'elle puisse amener la gangrène du poumon, mais on regarde ce fait comme extrêmement rare. Grisolle (1), qui a observé un grand nombre de pneumonies, n'a jamais vu de gangrène post-pneumonique. Andral (2) croit cet accident exceptionnel. Gendrin (3), Bouillaud, Monneret (4) ont cependant observé des cas de sphacèle pulmonaire à la suite de pneumonie. Barié (5), dans son article, en cite plusieurs observations; M. Jaccoud (6) range la pneumonie en dernier lieu. M. Bucquoy (7) est aussi de l'avis de Grisolle, il croit la gangrène d'origine pneumonique extrêmement rare.

L'action pathogène des maladies broncho-pulmonaires est trop connue, pour qu'il soit nécessaire de nous y étendre longuement. Cependant, nous ferons remarquer que tous ces états morbides ne procèdent pas de la même façon : les uns (bronchectasie, bronchite chronique, tuberculose), par exemple, préparent de longue haleine le terrain, la gangrène ne constitue, dans ces cas-là, qu'un épiphénomène grave, consécutif à une véritable auto-inoculation septique sur place; les autres (pneumonie, broncho-pneumonie) paraissent constituer, la plupart du temps, la première étape du processus inflammatoire, qui aboutira à la mortification du poumon. Et bien souvent aussi à l'agent pathogène de la broncho-pneumonie ou de la pneumonie, succèdent ou se surajoutent d'autres agents bactériens.

Signalons aussi le *traumatisme* de la coque thoracique; deux cas peuvent s'observer; ou bien il y a simple contusion du poumon, sans solution de continuité de la paroi, ou bien il y a plaie du poumon, soit par l'agent traumatique, soit par un fragment de côte fracturée; dans cette dernière hypothèse, la cause est plutôt directe. L'*inhalation de vapeurs toxiques* a été relevée par M. Jaccoud comme pouvant déterminer, dans certains cas, la gangrène pulmonaire (8).

Parmi les *maladies générales* qui se compliquent fréquemment de gangrène nous signalerons la rougeole. La gangrène morbilleuse s'observait très souvent il y a quelques années. A l'hôpital, disent Rilliet et Barthez, « elle peut se développer à la suite de toutes les espèces de rougeole ». D'après M. Brouardel, elle atteignit jadis, aux Enfants-Malades, le chiffre de 43 p. 100. Aujourd'hui, l'on peut dire que cette complication de la rougeole est devenue, grâce à l'hygiène, une rareté. Ainsi, M. Cadet de Gassicourt (9), sur 125 observations de rougeole observées à l'hôpital, n'a eu que 2 cas de gangrène.

La *scarlatine*, la *variole* ont été quelquefois suivies de sphacèle du poumon. On l'a encore observé dans la *fièvre typhoïde*, la *diphtérie*, l'*érysipèle*. Tout récemment, Frænckel (10) l'a signalé dans l'*influenza*. Cet auteur, qui en a vu six cas dans la dernière épidémie, pense que, dans la grippe, cette complication relève à la fois du streptocoque et de l'affection grippale. La gangrène pulmonaire a été aussi observée au cours de l'artério-sclérose, M. Ben-Tata (1) en rapporte plusieurs observations dans sa thèse.

Toutes ces maladies paraissent agir, soit en préparant indirectement le terrain, en affaiblissant l'état général, soit par une préparation locale, si le poumon a pris part aux symptômes de la maladie elle-même (rougeole, fièvre typhoïde). C'est, en somme, une infection surajoutée à la maladie initiale, qui, presque toujours, est d'origine microbienne.

B. Causes directes. — 1° *Les corps étrangers.* — Qu'ils arrivent par la trachée, l'œsophage ou par le thorax, à la faveur d'une solution de continuité de la paroi, les corps étrangers du poumon, tels que : fragments d'aliments, noyaux de cerise, d'olive, pièces de monnaie, etc., ou bien encore par l'immigration de fragments gangréneux ou septiques, venus du voisinage, sont capables d'amener la mortification d'un organe qui tolère aussi difficilement les corps étrangers que le poumon, et si Guéneau de Mussy, M. d'Astros (de Marseille) ont pu signaler des cas de tolérance remarquable, il est assez habituel de constater que leur présence dans les voies respiratoires amène plus ou moins rapidement un foyer broncho-pneumonique, et cela surtout si ce corps étranger est organique (parcelles d'aliments ou débris septiques de voisinage, pus provenant de la bouche, noma, fracture du maxillaire inférieur). En pareil cas, M. Germain Sée (2) admet « que les bactéries, le lepthotrix buccalis, se détachent des parties sphacélées et pénètrent dans le poumon où elles se multiplient ».

Ce foyer broncho-pneumonique sera suivi, presque fatalement, d'une mortification totale ou partielle du poumon ainsi infecté, selon la dose et la qualité des éléments qui auront pénétré dans l'intimité de ses tissus.

2° *Les embolies.* — Elles sont certainement une des causes les plus fréquentes et des mieux connues de la gangrène pulmonaire. Le point de départ de ces embolies peut être dans toute l'étendue du système circulatoire, tantôt le caillot migrateur se détache du cœur, et en particulier du cœur droit (oreillette, auricule), d'autres fois, il vient de la périphérie (phlébite chirurgicale, phlegmatia des accouchées, phlébite utérine).

L'oblitération d'une artère bronchique par embolie est extrêmement rare et d'un contrôle anatomique difficile; l'artère pulmonaire peut être aussi obstruée, mais cette obstruction ne reconnaît pas toujours pour cause une embolie. Parrot en a cependant montré un bel exemple. M. Jaccoud rejette formellement l'embolie de l'artère pulmonaire comme cause de sphacèle.

Il est facile de saisir le mode d'action de ces caillots migrateurs, aussi ne croyons-nous pas utile d'insister là dessus. Nous ferons remarquer simplement, qu'avant toute chose il faut considérer, dans l'embolie, *sa qualité*, *son siège* et *son volume*. Sa qualité a une aussi grande importance que son siège et son volume. Deux cas peuvent se présenter, l'embolie est septique ou non; dans ce dernier cas, elle serait, au dire de M. Lancereaux et de Virchow, inoffensive; tous les auteurs ne pensent cependant pas de même à cet égard, mais si elle est septique, l'accord est parfait entre tous les cliniciens. L'on comprend très bien comment une embolie, ayant pour point de départ une phlébite puerpé-

(1) Grisolle. *Traité de la pneumonie*, 1864.
(2) Andral. Loc. cit.
(3) Gendrin. *Histoire anatomique des inflammations*, 1826.
(4) Monneret. *Traité de pathologie générale*, 1861.
(5) Barié. Loc. cit.
(6) Jaccoud. *Traité de pathologie interne*, t. II.
(7) Bucquoy. Loc. cit.
(8) Explosion de la place de la Sorbonne, 1869.
(9) Cadet de Gassicourt. *Leçons cliniques sur les maladies des enfants*, 1887, t. II.
(10) Frænckel. Soc. de méd. int. de Berlin, 18 janv. 1892.

(1) Ben-Tata. Th. de Paris, 1888-89, n° 333.
(2) G. Sée. *Maladies infectieuses non tuberculeuses du poumon.*

rale, sera capable de donner naissance, rien que par la nature du caillot qui la constitue, à une gangrène pulmonaire. Du siège et du volume de cette embolie, résultera l'étendue du foyer gangréneux, qui sera plus ou moins grand, selon l'importance du vaisseau oblitéré.

III

TRAITEMENT

Cliniquement, l'on peut admettre trois formes de gangrène pulmonaire :

1° Forme limitée circonscrite;
2° Diffuse;
3° Périphérique ou pleurale.

Cette division, qui repose sur l'anatomie pathologique pure de cette affection, est, au dire de M. Mathieu, beaucoup plus exacte et moins artificielle que l'ancienne division qui comprend cinq formes (pneumonique, pleurétique, bronchique, embolique et consécutive).

Chacune des trois formes cliniques que nous venons d'indiquer comporte-t-elle une thérapeutique spéciale, ou sont-elles toutes trois justiciables d'un seul et unique traitement? Nous éliminons immédiatement de cette division la forme diffuse, contre laquelle nous n'avons malheureusement aucune action. La première et la troisième formes relèvent toutes deux, au point de vue médical, de la même médication (antiseptiques et toniques). Quant au traitement chirurgical, il demande à être discuté à part, nous allons y revenir bientôt. Mais il va de soi que ce traitement chirurgical ne comportera pas toujours la même gravité. Dans certains cas (forme pleurétique), une ou plusieurs ponctions suffiront pour amener la guérison, tandis que, dans d'autres, il faudra recourir à une intervention franchement sanglante (résection de côtes, curetage du foyer gangréneux).

A. Le *traitement médical* doit remplir trois indications capitales qui sont : 1° favoriser l'expectoration; 2° atténuer la fétidité de l'haleine et faire l'antisepsie pulmonaire; 3° soutenir l'état général, afin de permettre à l'organisme de lutter efficacement contre les phénomènes de septicémie gangréneuse.

Partant de cette idée que la gangrène pulmonaire était presque toujours consécutive à une pneumonie, les anciens médecins préconisaient, contre cette redoutable affection, l'emploi des émissions sanguines générales et du *tartre stibié* à l'intérieur. Ce traitement par trop énergique est abandonné depuis longtemps.

a. *Favoriser l'expectoration.* — L'on s'adressera pour cela aux expectorants (tels que kermès, pastilles d'ipéca), on leur préférera les balsamiques (essence de térébenthine, préconisée pour la première fois par Skoda en 1867, le goudron, les gommes résines); ou bien encore les ammoniacaux (carbonate et acétate d'ammoniaque, l'ammoniaque anisée), dont on se trouvera très bien.

b. *Atténuer la fétidité de l'haleine et faire l'antisepsie pulmonaire.* — Ce ne sont certes pas les médicaments qui manquent pour répondre à cette deuxième indication; mais l'on ne doit pas oublier qu'en thérapeutique, plus que partout ailleurs, nombre ne veut pas dire efficacité, et qu'il faut savoir choisir.

Graves (de Dublin) donnait à l'intérieur du *chlorure de chaux* associé à l'*opium*, il faisait prendre chaque jour quatre pilules contenant chacune 15 centigrammes de chlorure de chaux et 5 centigrammes d'opium. Hardy et Béhier croyaient peu à l'efficacité de ce traitement et ils prescrivaient de préférence le *musc* et le *quinquina* en poudre. Skoda, nous l'avons dit, avait préconisé l'emploi de l'essence de térébenthine en inhalations; à cet effet, on verse quelques cuillerées à café d'essence dans de l'eau chaude, et l'on fait aspirer aux malades les vapeurs qui se dégagent. Ce procédé a donné de bons résultats à Trousseau (1) qui y ajoutait l'administration de l'essence à l'intérieur.

On peut employer l'*acide phénique*, soit en inhalations, en faisant respirer au malade de l'air passant au travers d'une solution phéniquée forte, contenue dans une sorte de narghilé, soit encore *per os*, à la dose de 25 centigrammes à 1 gramme par jour. M. Constantin Paul doit quatorze guérisons à l'emploi des inhalations d'acide phénique.

On se trouvera bien aussi de la *terpine* ou du *terpinol*, de la *teinture d'eucalyptus*, préconisée à l'intérieur par M. Bucquoy (2) et dont M. Bonamy (3) a montré les bons effets. La *créosote*, l'*iodoforme* pourront être essayés à l'intérieur aux doses habituelles, leur efficacité est douteuse.

MM. d'Espine et Picot (4), suivant les conseils de Traube, donnent à l'intérieur chez les enfants, l'*acétate de plomb*, à la dose de 2 ou 3 centigrammes, toutes les deux heures, ou bien encore le *sulfate de quinine* à hautes doses (50 centigrammes à 1 gramme par jour).

Ces substances, en général bien supportées, ne doivent pas être données, quand on les prescrit à l'intérieur, pendant trop longtemps; il sera bon, de temps à autre, de faire reposer le malade, afin de ne pas irriter son tube digestif, qu'il faut à tout prix respecter. Aussi essaiera-t-on de s'adresser, et non sans quelques chances de succès, soit à la voie sous-cutanée, soit à la voie trachéale, ou bien encore en portant directement le médicament dans le parenchyme pulmonaire, à travers un espace intercostal, à l'aide d'une seringue de Pravaz à longue aiguille.

L'on donnera la préférence à la voie sous-cutanée, puis à la voie intra-pulmonaire directe, le mode d'introduction par la trachée ne doit être employé qu'avec prudence. Il est rejeté par M. G. Dujardin-Beaumetz.

Comme médicament à employer par la méthode hypodermique, nous ne saurions trop recommander le *gaïacol*, qui, dans trois cas où la fétidité de l'haleine et des crachats pouvait faire croire à une gangrène pulmonaire, dont nous rapportons ici les observations, a donné des résultats remarquables entre les mains de notre maître, M. le docteur Weill (de Paris) : on pourra faire usage de la suivante (5) :

Gaïacol . . . . } *āā* 10 gr.
Huile d'amande douce stérilisée à 100°. }

M. s. a. De une à quatre injections par jour. Chaque seringue renferme 1 gramme de gaïacol.

OBSERVATION I. — *Abcès pneumonique avec crachats fétides et abondants.* — M... (Léa), trente-neuf ans. Bonne santé antérieure, entre à l'hôpital de Rothschild le 1er novembre 1890. Elle tousse beaucoup, mais n'expectore pas, se plaint de vives douleurs dans le côté gauche de la poitrine. Quelques jours après son entrée, élévation subite de la température, augmentation de la toux, accentuation de la douleur du côté gauche. La malade fait une pneu-

(1) TROUSSEAU. *Cliniques médicales*, t. 1.
(2) BUCQUOY. *Gaz. des hôp.*, 1879, p. 738.
(3) BONAMY. *Bull. de thérap.*, 1885, p. 396.
(4) D'ESPINE et PICOT. *Maladies des enfants*, 1884, p. 659-660.
(5) WEILL et DIAMANTBERGER. Congr. pour l'ét. de la tubercul., 1891.

monie du sommet gauche dont la résolution se fit très lentement, à tel point que l'on soupçonna le passage à l'état chronique. Quelques jours après l'apparition des signes aigus de la pneumonie, l'expectoration devient fétide, à odeur gangréneuse, abondante. Signes d'excavation du sommet gauche. État général mauvais.

On commence immédiatement le traitement par le gaïacol, de deux à quatre injections par jour. Sous l'influence de ce traitement continué pendant deux mois, l'expectoration perd immédiatement sa fétidité, diminue de quantité et finit par se tarir complètement. Les signes locaux disparaissent peu à peu. L'état général se relève. La malade sort complètement guérie, le 12 mars 1891.

Obs. II. — *Abcès pulmonaire gangréneux.* — Le 26 février 1891, R... (David), cinquante-huit ans, entre à l'hôpital de Rothschild. Il dit avoir avalé par mégarde, il y a quatre semaines, une arête de poisson, et, à partir de ce moment, avoir été pris d'une toux quinteuse et de douleurs localisées au niveau du tissu supérieur du poumon droit. Bientôt il a commencé à expectorer des crachats verts, purulents et très fétides; il a maigri considérablement, a des sueurs nocturnes et de la fièvre; à son entrée, température 39°5.

A l'examen physique on constate, dans la fosse sous-épineuse droite, une matité absolue, un souffle cavitaire avec gargouillements nombreux et bronchophonie. Le reste du poumon est parsemé de râles sous-crépitants. Les jours suivants tous ces symptômes s'exagèrent. Température entre 38 et 39 degrés.

Le 9 mars, première injection de gaïacol (1 gramme); le matin suivant, température 37°1/2. On continue l'injection d'un gramme de gaïacol par jour. La température continue à baisser. Le 13 mars, 36°8 le matin, et 37°7 le soir. L'expectoration a diminué progressivement et ne représente même plus le quart de la quantité initiale; la fétidité a disparu : les signes stéthoscopiques sont aussi considérablement atténués. Le 15 mars, il ne crache et ne tousse plus, la température est normale, il mange avec beaucoup d'appétit. Le 17 mars, il exige son *exeat*, en disant que, ne se sentant plus malade, il devait reprendre son travail.

Depuis, ce malade n'a pas été revu, et il est probable que la guérison s'est maintenue.

Obs. III. — *Pleurésie enkystée diaphragmatique ouverte dans les bronches.* — N... (Jules), quarante-quatre ans, émailleur, entré le 6 juillet 1891. A de mauvais antécédents pulmonaires; fréquentes bronchites durant l'enfance, a eu une broncho-pneumonie très grave, d'une durée de deux mois, en 1884.

Quinze jours avant son entrée, violente douleur dans la région sus-hépatique, qui l'empêche de respirer, en même temps fièvre, toux avec expectoration muqueuse *sans odeur*. Un matin, en se levant, a eu une expectoration très copieuse (200-300 grammes). Depuis ce jour-là, l'expectoration continue, mais les crachats ont pris l'odeur fétide. Pas d'hémoptysies, amaigrissement, frissons, fièvre.

A son entrée, on constate une fétidité très marquée de l'haleine, les crachats, très abondants, exhalent une odeur repoussante.

A l'auscultation, on constate des signes d'excavation à la base et en arrière du poumon droit.

Le 8 juillet, on commence le gaïacol (1 gramme par jour); quatre jours après chute de la température, disparition de la fétidité de l'haleine et des crachats. Ce traitement est continué avec succès jusque vers les premiers jours de septembre, et le malade sort complètement guéri le 21 septembre 1891.

Voilà trois observations (résumées) où le gaïacol a fait merveille, nous ne connaissons guère que les inhalations phéniquées, telles que les fait pratiquer M. C. Paul, qui aient donné des résultats aussi remarquables. Cette idée de soumettre aux injections sous-cutanées de gaïacol les malades atteints de gangrène pulmonaire, revient tout entière à notre maître, qui est le premier et le seul jusqu'à maintenant à l'avoir employé. Cette tentative, faite à titre d'essai, a été, comme on le voit, couronnée de succès.

Ce traitement demande à être employé de bonne heure, dès que le diagnostic est possible et qu'il n'y a plus d'hésitations à avoir sur la nature de la maladie. Dès les premières injections, la fièvre tombe et la fétidité des crachats et de l'haleine commence à disparaître. Il est à remarquer que, dans les observations que nous rapportons, dès que l'on cessait un jour ou deux les injections de gaïacol, la température s'élevait de nouveau et les crachats redevenaient fétides et abondants. C'est là une marque de l'action évidente de ce médicament.

c. *Soutenir l'état général.* — Il n'est pas besoin d'insister sur ce dernier point; tous les toniques seront prescrits avec succès. Une alimentation réparatrice, substantielle, complétera cette troisième indication.

Dans le cas où l'on constaterait un épanchement pleurétique plus ou moins abondant, et dont une ponction exploratrice montrerait la nature gangréneuse, il faudrait se hâter d'en débarrasser l'organisme, par une ponction aspiratrice aseptique, que l'on pourra faire suivre d'un lavage, fait avec un liquide faiblement antiseptique, *chloral* à 10/1000, *sublimé* à 1/2000, eau *naphtolée* à 0,50/1000.

Cette ponction et ce lavage pourront, si besoin est, être renouvelés plusieurs fois.

Les *injections intra-parenchymateuses*, qui ont pour but de porter directement le médicament employé sur le foyer gangréneux, sans qu'il soit nécessaire de recourir au bistouri, peuvent permettre d'atteindre, dans une certaine mesure, la fétidité de l'haleine et même de diminuer l'expectoration. Leur action curative est douteuse et, de plus, elles ne sont pas exemptes de dangers. Nous leur préférons l'intervention sanglante, qui présente ce double avantage de faire l'antisepsie locale nécessaire, et de favoriser en même temps l'évacuation des sécrétions du foyer gangréneux.

Ces injections peuvent être faites, soit à l'aide de la seringue de Pravaz ordinaire, à laquelle on adaptera l'aiguille de Debove, ou bien encore avec le n° 1 de l'aspirateur de Dieulafoy. Quant aux substances à injecter, on n'aura que l'embarras du choix (gaïacol, iodoforme, créosote, etc.).

Un détail qui n'est pas sans avoir son importance, et que l'on ne négligera point : aération fréquente de la chambre du malade; en été, les fenêtres demeureront ouvertes aussi longtemps que possible; en hiver, l'on renouvellera l'air au moins trois fois par jour, le reste de la journée on favorisera le changement de l'atmosphère à l'aide d'un bon feu, qui servira en même temps à maintenir une douce température dans l'appartement. On y fera plusieurs fois par jour des pulvérisations odorantes antiseptiques (thymol, acides thymique, phénique).

B. *Traitement chirurgical proprement dit.* — a. *Pneumotomie.* L'idée d'intervenir chirurgicalement, dans certaines affections du poumon, est déjà très ancienne. Hippocrate (1), dans le traitement des abcès du poumon, en pose les indications opératoires et en décrit le *modus faciendi*. Tombée dans l'oubli, cette méthode de traitement des abcès pulmonaires fut reprise en 1692 par Purmann, puis par Poutheau en 1783. David, dans un mémoire couronné par l'Académie de chirurgie, en 1778, recommande l'ouverture des abcès

(1) Hippocrate. *Œuvres complètes*, trad. de Littré, vol. VII, p. 15.

du tissu pulmonaire ayant des adhérences pleurales, que les insuccès avaient fait abandonner. Divers chirurgiens du commencement de ce siècle tentèrent de réhabiliter la chirurgie pulmonaire, mais ce fut en pure perte. Ce n'est qu'à l'avènement des méthodes antiseptiques, que les chirurgiens se décidèrent à remettre en honneur le traitement chirurgical des abcès du poumon, et à l'appliquer à la gangrène pulmonaire. Les Anglais Cayley et Lawson, Drinkwater, Fenny, Frenger, Bull, furent les premiers à intervenir dans les cas de gangrène circonscrite du poumon. Presque en même temps qu'eux, Leyden et Koch entreprirent à leur tour de traiter chirurgicalement cette grave affection.

En 1884 paraît la thèse de M. Truc (1), aujourd'hui professeur à la Faculté de Montpellier, qui analyse l'état de la science à ce point de vue spécial, et donne les observations parues jusqu'à ce jour, en même temps qu'il pose les indications et joint le manuel opératoire de la pneumotomie.

En dehors des indications opératoires que nous allons donner, il est bon de rappeler ici que le traitement chirurgical n'est applicable que dans les cas de gangrène circonscrite, et encore faut-il savoir à quel moment, de l'évolution du processus destructeur du poumon, l'on doit opérer.

Anatomiquement, l'on reconnaît à ce processus trois stades (Laënnec).

Dans le premier stade (*eschare gangréneuse*), l'intervention est inutile, dangereuse et d'ailleurs impossible, on ne possède pas de diagnostic ferme, élément indispensable pour intervenir convenablement.

Dans le deuxième et le troisième stade (*sphacèle déliquescent, excavation consécutive*), l'intervention est utile, nécessaire même.

C'est là, croyons-nous, une règle immuable dont on ne doit pas se départir, si l'on ne veut pas s'exposer à un insuccès certain.

Voici les indications opératoires posées par M. Truc.

1° Que le siège de la lésion soit propice, exactement reconnu ;

2° Qu'il existe à son niveau des adhérences pleurales;

3° Que la guérison spontanée paraisse impossible;

4° Que l'état général soit grave et la résistance organique encore suffisante.

Nous pensons que la troisième indication, posée par M. Truc, ne doit pas être acceptée dans toute sa rigueur. Évidemment, il existe des gangrènes guérissant toutes seules, Lasègue les a très bien décrites ces gangrènes *spontanément curables!* mais elles n'entrent que pour une très faible part dans le nombre des gangrènes pulmonaires. Et attendre que la guérison spontanée soit impossible, n'est-ce pas s'exposer à affaiblir davantage le malade, en prolongeant plus longtemps les phénomènes septicémiques et à diminuer ainsi les chances de succès de l'opération?

Bien que nous n'ayons pas d'expérience personnelle làdessus, l'intervention chirurgicale nous paraît indiquée :

1° Quand, de huit à quinze jours après le début, la médication interne, les inhalations et les injections antiseptiques ont été impuissantes à modifier l'expectoration comme qualité et comme quantité, et que l'état général s'aggrave.

2° Quand les signes d'auscultation ont révélé la présence d'une cavité siégeant en un point nettement circonscrit du poumon.

(1) Truc. Th. de Lyon, 1884-85, n° 264, p. 114.

3° Quand cette cavité présente des adhérences pleurales manifestes, et que, de plus, son siège paraît facilement accessible, sans trop faire courir de risques au malade.

Le manuel opératoire diffère un peu, selon les chirurgiens. Mais il est un point sur lequel tous sont d'accord, c'est la nécessité de n'opérer que lorsqu'il existe des adhérences pleurales.

M. Truc, dans sa thèse, divise l'opération en trois temps :

Premier temps : Incision (horizontale, oblique, verticale, en T, en L, en H) des parties molles, afin d'avoir plus de jour.

Deuxième temps : Ponction exploratrice pour voir s'il existe des adhérences pleurales; résection de côte, s'il est nécessaire.

Troisième temps : Drainage et pansement antiseptique; traitement consécutif au choix de l'opérateur.

Depuis M. Truc, les méthodes ont peu varié. On a perfectionné les pansements, mais l'opération elle-même n'a pas subi de grandes modifications. Nous allons néanmoins faire connaître le manuel opératoire de M. de Cérenville, de M. Bouilly et celui suivi par M. Perier, dans un cas que nous rapportons plus loin.

M. de Cérenville [de Lausanne (1)] résèque une ou deux côtes, afin d'avoir plus d'espace et plus de jour, puis il intervient directement sur le foyer gangréneux, soit à l'aide du bistouri, soit avec le thermocautère, auquel il donne la préférence à cause des hémorragies inévitables avec le bistouri, drainage et pansement antiseptique consécutif.

M. Ch. Perier (2) est intervenu de la façon suivante chez le malade qui fait le sujet de sa communication à l'Académie :

« Après avoir tracé au crayon d'aniline, dans le milieu du deuxième espace intercostal, une ligne parallèle aux côtes, dont le centre répondait au point le plus voisin du foyer. Ce centre était une ligne verticale passant par le mamelon.

Sur ce tracé, incision de 10 centimètres en procédant, couche par couche, à travers le grand et le petit pectoral et les muscles intercostaux jusqu'à la plèvre pariétale. Comme on ne savait pas au juste s'il y avait des adhérences entre les feuillets de la plèvre, M. Perier saisit, avec de très fines pinces de Museux, le tissu du poumon à travers la plèvre pariétale pour assurer et maintenir le contact. Incision de la plèvre qui paraît adhérer mollement. Une incision superficielle du poumon fait voir que son tissu est sain. Abandonnant alors le bistouri, M. Perier enfonce, par un mouvement de ponction, une pince de Lister fermée, dans la direction du foyer; retrait de la pince, en écartant les branches, faisant ainsi par déchirure, dans le tissu pulmonaire une ouverture qui ne donnait point de sang ou à peine. Il s'échappa une petite quantité d'un pus visqueux, infect, mêlé à des débris de tissu pulmonaire sphacélé. En explorant par le doigt, on constate une cavité d'une capacité de 60 centimètres cubes. Nettoyage de ce foyer au moyen d'un tampon d'ouate imbibé d'une solution de chloral à 1/100, puis, en dernier lieu, attouchement de toute la surface avec du naphtol camphré. Introduction de tubes à drainage accolés, de moyen volume, que l'on fixe à la peau, et réunion de la plaie à gauche et à droite des deux drains; pansement avec poudre de salol et gaze salolée imbibée de chloral. »

(1) De Cerenville. *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1884.

(2) C. Paul et Ch. Perier. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 15 mars 1892.

D'après M. Bouilly (1), le procédé opératoire de la pneumotomie doit être le suivant :

1° Inciser les téguments comme pour pratiquer l'opération d'Estländer ; diviser les muscles pectoraux si l'on agit à leur niveau ;

2° Pratiquer la résection costale ;

3° Faire lentement l'incision du poumon avec un thermocautère porté à une température peu élevée, pour éviter l'hémorragie ;

4° Faire l'antisepsie et le drainage de la cavité, mais s'abstenir de tout lavage, le liquide injecté pouvant pénétrer dans les bronches et amener la mort.

Pour les excavations gangréneuses siégeant au sommet du poumon, on pourra suivre le procédé indiqué par MM. Poirier et Jonnesco (2) dans le traitement chirurgical des cavernes tuberculeuses du sommet.

Tels que nous venons de les décrire, ces différents procédés opératoires sont susceptibles d'être modifiés au gré du chirurgien appelé à intervenir. Nous ferons remarquer cependant que, dans la plupart des cas, il sera utile et même nécessaire de pratiquer l'opération de Letiévant-Estländer. C'est là une pratique très suivie en Suisse et en Angleterre et qui a donné de très bons résultats.

En résumé, intervenir assez tôt pour ne pas avoir affaire à un malade trop affaibli, les deux premiers temps opératoires seront faits à l'aide du bistouri, que l'on quittera pour prendre le thermocautère quand on arrivera sur le poumon, ou bien dilacérer le foyer, à la manière de M. Perier, avec une pince de Lister ou à défaut de Péan ; nettoyer le foyer avec une substance modificatrice antiseptique (naphtol camphré, chlorure de zinc, chloral, drainage et pansement). Antisepsie rigoureuse. Pas de lavages. A chaque pansement, instillations à travers les drains d'un antiseptique quelconque. M. Perier recommande à cet effet le naphtol camphré.

b. *Pneumectomie ou résection du poumon.* — Ce dernier mode d'intervention chirurgicale n'a été appliqué que deux fois, d'abord par Drinkwater, puis par M. Delagenière (du Mans), avec succès, il est vrai. Bien que Kœnig et Bloch aient démontré que la résection du poumon réussissait toujours chez les animaux en expérience, pourvu qu'elle soit faite aseptiquement, nous croyons cependant qu'elle entrera difficilement dans l'intervention chirurgicale courante des abcès gangréneux, auxquels la simple pneumotomie suffit dans la plupart des cas. Voici néanmoins la technique opératoire qu'il faudrait suivre en pareil cas (3) :

La pneumectomie diffère, selon que le foyer sphacélé est *cortical* ou *central*.

1° *Le foyer est en rapport avec la plèvre costale.* — Déterminer le point du poumon atteint, enlever la côte qui, dans son trajet *descendant, atteindra la limite inférieure* du foyer. En ce point, placer les drains. Résection des côtes situées au-dessus du foyer, afin d'arriver à *la limite supérieure de la lésion et de l'atteindre.* L'ouverture de la cage thoracique devra *toujours permettre l'introduction de la main ;*

2° *Le foyer est en rapport avec la plèvre diaphragmatique.* — Incision dans la direction de la neuvième côte ; agrandir, si besoin est, cette incision en L ou en U. Ablation des huitième, septième et sixième côtes, s'il le faut.

L'important est *d'y voir et de pouvoir agir ;*

3° *Le foyer est en rapport avec la plèvre médiastine.* — Cette incision, de longueur variable, suivant l'étendue et le siège de la lésion, doit répondre aux angles des côtes à quatre travers de doigt des apophyses épineuses. Elle comprendra d'abord les parties molles jusqu'aux côtes, qu'on sectionnera ensuite et qu'on écartera vigoureusement au dehors ;

4° *Le foyer central est inter-lobaire.* — On tâchera d'y arriver par le chemin le plus court, de préférence par la paroi costale latérale.

Quelle que soit la localisation du foyer une fois en présence de la lésion, on doit se comporter de la façon suivante :

A. *La lésion est centrale, le poumon est libre dans la cage thoracique.* — Saisir et fixer le poumon avec des pinces, incision avec le thermocautère. Vider le foyer gangréneux avec une curette ou un tampon d'ouate monté, excision *aux ciseaux des parties mortifiées ;* s'il y a hémorragie, ligature, thermocautère, pinces à demeure ou tamponnement avec gaze iodoformée ;

B. *Lésion superficielle avec adhérences pleurales.* — Il n'est pas besoin de fixer le poumon, se comporter comme dans le premier cas. Si les adhérences venaient à se rompre pendant l'opération, les remplacer par des points de suture.

Dans l'un et l'autre cas, fixer l'incision pulmonaire à l'ouverture de la plèvre, à l'aide de points de suture. Drainage avec drains volumineux, plaies en déclivité. *Pas de lavages.* A chaque pansement, toucher le foyer soit avec du naphtol camphré, soit avec du chlorure de zinc.

Voici, résumées, les autres observations de gangrène pulmonaire, traitées chirurgicalement, qui ont été publiées depuis 1879 jusqu'en 1892.

Première observation. — Homme, quarante ans, caverne gangréneuse de la base du poumon droit. Intervention le 31 décembre 1878, qui donne issue à cinq onces de pus et de débris sphacélés de tissu pulmonaire. Amélioration considérable qui ne persiste pas, mort le 4 janvier. (Cayley et Lawson. *The Lancet*, 29 mars 1879, t. I, p. 440, trad. pers.)

Deuxième observation. — Homme, soixante-six ans. Excavation gangréneuse du lobe moyen droit post-pneumonique. Intervention, amélioration passagère, mort au bout de neuf jours. (Sal, Charles Smith. *The Lancet*, janv. 1880, p. 86, trad. pers.)

Troisième observation. — J. E..., servante, vingt-trois ans. En novembre 1880, bronchite putride ; en janvier 1881, pleurésie gauche ; 19 janvier, excavation gangréneuse vers le quatrième espace intercostal. Intervention le 24 janvier. Guérison complète vers fin février de la même année. (Bull. *Nord. Med. ark.*, 1881, d'après la thèse de Truc.)

Quatrième observation. — Abcès du poumon après pneumonie gangréneuse. Incision dans le deuxième espace intercostal, amélioration prompte, guérison prochaine. (Bacchini. *Imparzial*, 1883, n° 11, d'après la thèse de Truc.)

Cinquième observation. — Homme, soixante-trois ans, expectoration purulente, fétide, depuis un an, apparue après une bronchite aiguë. Le 5 décembre 1881, apparition d'une douleur très aiguë à la partie antéro-postérieure de la poitrine. Adynamie, fièvre, sueurs profuses. En 1882, apparition d'un point douloureux sous la clavicule droite ; 16 janvier, fluctuation des plus nettes, une première incision le 18 janvier, pas d'amélioration, aggravation ; le 22 mars, l'auteur élargit la plaie, résèque la troisième côte qui montre le lobe droit gangréné. Résection de

---

(1) Bouilly. Soc. de chir., 1886.

(2) Poirier et Jonnesco. *Congrès pour l'étude de la tuberculose*, Paris 1891, p. 590.

(3) Résumé d'après la communication de M. Delagenière (du Mans) au Congrès français de chirurgie, 1892.

ce sommet, drainage. Le 3 décembre 1883, amélioration très notable, guérison complète fin septembre 1884. (Drinkwater. *London Med. Record*, 1884, t. I, trad. pers.)

Sixième observation. — Homme, trente ans, cultivateur, gangrène post-pneumonique. Entré, le 5 novembre 1884, à l'hôpital. Intervention le 21 novembre. Mort par emphysème généralisé, le 26 du même mois. (Finny. *Dublin Med. journ.*, 1884, pp. 13, 33, trad. pers.)

Septième observation. — Homme, âgé de trente-quatre ans, excavation gangréneuse droite. Intervention, guérison à peu près évidente cinq semaines après. (Frenger. *Amer. Journ. med. Assoc.*, 1884; *Revue de Hayem*, 1885.)

Huitième observation. — Fille de douze ans, foyer gangréneux, suite de broncho-pneumonie ou pleurésie inter-lobaire suppurée, ouverte dans les bronches. Guérison. (Beurman et Prengrueber. *Sem. médic.*, 1886, p. 415.)

Neuvième observation. — Pleurésie, vomique, fièvre, gangrène pulmonaire. Opération, guérison. (Thiriar. *Sem. médic.*, 1886, p. 561.)

Dixième observation. — Homme, soixante-quinze ans, admis dans le service du docteur Symes Thompson en février 1882, diagnostic : dilatation des bronches et gangrène pulmonaire. Expectoration copieuse, fétide, état général grave du poumon droit, l'examen physique fait reconnaître au niveau de l'omoplate, près de la ligne axillaire, une excavation (râles sonores, gargouillements et bronchophonie). Frottements pleuraux à plusieurs points de la poitrine. Première intervention le 2 mars, pratiquée par le docteur Marshall, insuccès; le 29 mai, deuxième intervention, nouvel insuccès. Enfin, une troisième intervention, le 14 novembre, amène une grande amélioration qui permet au malade de sortir de l'hôpital et lui donne une survie de trois ans. Il rentre de nouveau, en 1885, et meurt quelques jours après. (Rickman et J. Godlec. *The Lancet*, 1887, nos 714, 715, trad. pers.)

Onzième observation. — M. D..., âgé de cinquante-huit ans, fut pris, au commencement du mois de juin 1891, d'une bronchite grave dont l'expectoration prit bientôt le caractère fétide. L'urine ne contenait ni sucre, ni albumine.

La maladie, combattue par le terpinol et la teinture d'eucalyptus, continua néanmoins ses progrès et les symptômes de septicémie gangréneuse devinrent formels.

C'est dans ces conditions que M. C. Paul fut appelé par le docteur Piot, médecin traitant.

A ce moment, le malade était en pleine septicémie gangréneuse. Inappétence absolue, frissons et sueurs froides, diarrhée, mais surtout un affaissement progressif qui fit craindre une mort prochaine.

« Je commençai, c'est M. le docteur C. Paul qui parle, immédiatement l'antisepsie des voies aériennes en faisant respirer au malade de l'air passant au travers d'une solution d'acide phénique saturée renfermée dans une sorte de narghilé.

Sous l'influence de ce traitement et de la teinture d'eucalyptus dont on continua l'usage, les phénomènes de septicémie gangréneuse cessèrent rapidement. Les crachats restaient abondants et purulents, mais ils avaient perdu leur fétidité. L'auscultation révélait, en arrière, une zone sans respiration.

Amélioration d'un mois de durée qui permet au malade de retourner à ses occupations de bureau.

A la fin de juillet, les crachats reprirent l'odeur gangréneuse et la septicémie reparut. Le traitement par les aspirations antiseptiques réussit encore.

Mais, à partir du 22 août, à la suite d'une rechute, le malade rendit par une vomique 300 grammes environ de pus fétide. Après quoi, nouvelle amélioration puis cinq autres vomiques, les 11 et 12 octobre, le 4 novembre, le 23 novembre et le 4 décembre.

Le 5 décembre, on entendit, pour la première fois, du souffle dans la zone de matité du poumon gauche sans phénomènes cavitaires.

Peu à peu le souffle disparut en arrière et se porta dans l'aisselle puis en avant et au-dessus du mamelon gauche, s'accompagnant alors manifestement de signes cavitaires (gargouillements). »

L'état général s'aggravant et voyant le peu d'action des inhalations antiseptiques, M. C. Paul fit appeler M. Ch. Perier. L'opération fut pratiquée le 29 décembre 1891 avec un plein succès. Le 25 janvier la guérison était complète. (C. Paul et Ch. Perier. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 15 mars 1892.)

Douzième observation. — B... Paul, trente-sept ans, charbonnier; le début de l'affection gangréneuse ressemble à celui d'une *pneumonie lobulaire* ou d'une *pleurésie enkystée*. La maladie initiale remonte au 9 avril 1891. Cet état s'améliore quelque peu et le malade va à la campagne. Le 8 juillet 1891, l'état général s'aggrave (phénomènes de septicémie gangréneuse). Opération le 29 juillet. Guérison totale le 26 août de la même année. Le malade est revu en décembre, la guérison s'est maintenue. (Delagenière [du Mans]. Pneumectomie partielle pour gangrène pulmonaire, loc. cit.)

Lopès publie, en outre, une statistique de 17 cas de gangrène pulmonaire vraie, où il est intervenu chaque fois (10 guérisons, 6 améliorations, 1 mort).

Les douze observations que nous rapportons se répartissent de la façon suivante :

Guérisons	7
Améliorations	3
Morts	2
	12

Les 7 guérisons ajoutées aux 10 de Lopès donnent 17 succès complets pour 31 cas de gangrène traitées chirurgicalement. Ce qui nous fait à peu près 60 guérisons p. 100, par conséquent plus de la moitié. C'est là un chiffre encourageant. Si l'on songe maintenant que la plupart des malades chez lesquels on est intervenu, présentaient un état général grave (septicémie gangréneuse), l'on s'expliquera ainsi le nombre des insuccès, qui ne doit donc pas être mis sur le compte de l'intervention chirurgicale.

On voit que nous n'avions pas tort d'avancer, au début de cette Revue, que la thérapeutique de la gangrène du poumon, grâce aux progrès de la bactériologie, était entrée dans une voie nouvelle et heureuse, dont malades et médecins ne paraissent avoir qu'à se louer jusqu'à ce jour.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er mars 1893. — Présidence de M. Perier.

RAPPORTS

Opération d'un phimosis congénital; rétention d'urine; mort. — **M. PICQUÉ** fait un rapport sur une observation adressée par M. le docteur Pauzat, relative à un jeune homme de vingt et un ans atteint d'un phimosis congénital ayant entraîné une rétention d'urine qui, malgré un débridement fait sur le phimosis, a amené la mort par urémie. On trouva, à l'autopsie, une dilatation des uretères, des bassinets et une néphrite interstitielle.

M. VERNEUIL rappelle que, chaque fois qu'il y a un obstacle au cours de l'urine, il faut examiner les reins avant de pratiquer la moindre opération.

M. RECLUS fait observer que le titre donné par l'auteur à cette observation n'est pas exact. La mort n'a pas été, dans ce cas, la conséquence de l'opération du phimosis.

M. PICQUÉ a noté, en effet, que les accidents existaient anté-

(1) Lopès. *A moderna cirurgia pulmonar*, in-4o, Lisbonne 1888. — Cet ouvrage n'existe pas à la Faculté.

rieurement à l'opération et que ce n'est pas à celle-ci qu'il faut attribuer la mort.

M. TUFFIER dit que, lorsque l'on observe des lésions graves à la suite d'un phimosis, il s'agit généralement d'un phimosis adhérent. Il faudrait savoir, dans le cas de M. Pauzat, s'il y a eu des lésions septiques des voies urinaires ou si, au contraire, il s'agissait de lésions aseptiques. Cela serait important à connaître au point de vue du rôle joué par l'opération elle-même dans les accidents qui ont entraîné la mort.

M. PICQUÉ répond qu'il n'y avait aucune trace de suppuration, qu'il s'agissait d'une dilatation aseptique des uretères. L'opération pourrait donc être incriminée comme cause d'infection.

M. TILLAUX demande si le malade de M. Pauzat était diabétique.

M. PICQUÉ répond négativement.

Acné rosacée hypertrophique du nez. — M. FELIZET fait un rapport sur une observation présentée par M. Deilly (de Belgique).

Il s'agissait d'un bourgmestre, homme d'âge, mais aussi fort homme de société et aimant à boire, qui était atteint d'une acné hypertrophique du nez, qui le rendait parfaitement ridicule et nuisait fort à l'autorité de ses fonctions. Ce pauvre homme tomba dans une sorte de mélancolie et ne trouvait plus de consolations à sa triste situation, que dans l'abus d'alcooliques, qui, s'ils diminuaient un peu sa tristesse, augmentaient considérablement son mal. M. Deilly extirpa en totalité ce mal comme une tumeur maligne et mobilisa deux lambeaux pour refaire un nez, selon la méthode française. Il obtint un beau succès.

M. BERGER ne croit pas que les excès alcooliques soient la cause réelle de cette acné hypertrophique ou rhinophima de l'hôpital Saint-Louis. Ils peuvent l'aggraver, mais beaucoup de ces malades sont très sobres. Ils sont, en général, très malheureux. M. Le Dentu, il y a quelques années, a fait connaître un procédé opératoire qu'emploie toujours maintenant, avec succès, M. Berger. Après avoir enlevé le mal en totalité, pourvu qu'on ait respecté le revêtement ostéo-cartilagineux du nez, il n'y a nullement à se préoccuper d'autoplastie. On abrase le nez comme on taille un crayon, et la réparation se fait toute seule, et beaucoup mieux que par des lambeaux empruntés au voisinage ou dans toute autre région. Il y a généralement un peu d'hémorragie, mais qui est facilement arrêtée par la compression. M. Berger fait un pansement au salol.

M. CHAMPIONNIÈRE rappelle que, bien avant M. Le Dentu, M. Ollier avait opéré un nombre considérable de ces malades, par un procédé des plus simples, par la décortication du nez à l'aide du thermocautère et sans aucune réparation autoplastique. Le thermocautère ne donne pas de sang et cela se répare avec une extrême rapidité. Ce procédé, très simple, donne toute satisfaction.

Contrairement à M. Berger, M. Championnière estime que l'alcoolisme joue un grand rôle dans l'étiologie de cette affection. Tous les malades qu'il a opérés étaient des alcooliques.

M. ROUTIER pratique l'opération telle que le conseille M. Le Dentu; il met le doigt dans le nez et coupe celui-ci à plat.

M. VERNEUIL a enlevé beaucoup de ces tumeurs et n'a jamais fait la réparation. Il emploie le thermocautère ou mieux encore le galvanocautère qui permet de couper plus rapidement.

M. BERGER préfère le bistouri qui permet de mieux diriger ses incisions et va plus vite.

M. CHAMPIONNIÈRE affirme qu'on opère aussi vite avec le thermocautère.

COMMUNICATION

Traitement de l'ectopie testiculaire. — M. JALAGUIER fait une communication sur ce sujet.

PRÉSENTATIONS

Cure radicale des varices. — M. REYNIER présente un malade chez lequel il a fait la cure radicale de varices par la résection de la veine saphène.

Gastrostomie. — M. SCHWARTZ présente une malade atteinte de carcinome de la région cervicale de l'œsophage, chez laquelle il a fait une gastrostomie en deux temps. Dans un premier temps, gastropexie; quatre jours après ouverture de l'estomac.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire de médecine psychologique (1), par Hack Tuke.

C'est une idée des plus heureuses que celle d'avoir mis au point les différentes questions de psychiatrie et de les avoir rassemblées sous forme alphabétique dans un dictionnaire. Cette idée, anglaise par son côté pratique, a été réalisée par un Anglais, le docteur Hack Tuke, dont tous les aliénistes connaissent le nom et les travaux. Mais ce n'est pas ce médecin seul, comme on le pense bien, qui a pu suffire à cette lourde tâche. Il a eu la bonne fortune de pouvoir compter, parmi ses collaborateurs, des savants d'une compétence universellement admise, qui se sont chargés des questions qu'ils étaient à même de traiter avec le plus d'autorité. C'est ainsi que M. Charcot, en collaboration avec M. Gilles de La Tourette, a rédigé l'article « Hypnotisme dans l'hystérie », et avec M. Pierre Marie, celui d' « Hystérie et hystéro-épilepsie »; M. Ribot, « Maladies de la mémoire » et « Maladies de la volonté »; Erlenmeyer, « Morphinomanie » et « Cocaïnomanie »; Mendel, « Diagnostic des maladies mentales »; Neisser, « Catatonie »; Benedikt, « Craniométrie » et « Cerveaux des criminels »; Horsley, « Crétinisme » et « Trépanation », etc.

Comme on le voit, c'est un Dictionnaire international, dans lequel la France est dignement représentée. Car, outre les articles de nos compatriotes cités plus haut, il faut encore signaler ceux-ci : « Monomanie homicide » de MM. Garnier et Colin, « Folie érotique », « Nymphomanie » et « Satyriasis » de M. Bouchereau, « Folie circulaire » de M. Ritti, « Les cérébraux » de M. Motet, « Alcoolisme et dipsomanie » de M. Legrain, « Folie du doute » de M. Ball, « Salivation » de M. Paul Blocq, « Suggestion et hypnotisme » de M. Bernheim, « Régicides » de M. Régis, « Délire des persécutions » de M. Parant.

Pour chaque pays, il y a une étude médico-légale, documentée, où l'on trouve des renseignements intéressants sur les lois et les dispositions administratives qui visent les aliénés, ainsi que l'histoire des progrès de l'aliénation mentale.

Il serait difficile de donner une idée, par une analyse même abrégée, des principaux articles de ce dictionnaire. On peut seulement dire que les principales questions de psychologie, d'anatomie, de physiologie et de pathologie mentale, et celles de pathologie nerveuse ayant des relations avec la psychiatrie, sont traitées dans ce Dictionnaire, et avec des développements en rapport avec l'importance du sujet. Un des avantages de cet ouvrage est que chaque pays ayant collaboré à sa facture, on y voit représentées les opinions de toutes les écoles internationales. C'est une sorte de tableau synoptique des idées ayant cours actuellement dans le monde scientique sur l'aliénation mentale.

Au début, deux études générales ont été écrites l'une par Tuke, sur l'histoire de la folie, l'autre par W. C. Coupland, sur la psychologie.

Dans le corps du Dictionnaire, chaque article contient d'abord la synonymie et la définition, et à la fin une courte bibliogra-

---

(1) *A Dictionnary of Physiological medicine*, by Hack Tuke. 2 vol. in-8° de 1500 pages. — Londres, Churchill.

phie. On rencontre aussi quelques planches et des gravures illustrant la description d'instruments récemment introduits dans la clinique neurologique et mentale.

Le tome II se termine par une bibliographie chronologique des œuvres de psychiatrie anglaises ou traduites en anglais. Il est regrettable qu'on n'y ait pas adjoint, au moins pour ces dix à vingt dernières années, la nomenclature des publications étrangères. Enfin, le Dictionnaire est complété par un index alphabétique, très utile pour rechercher la liste des travaux publiés, ou pour se reporter rapidement aux différents articles qui contiennent des renseignements sur une même question.

En résumé, ce Dictionnaire est un manuel de médecine mentale, fait par un nombre considérable d'aliénistes. Très pratique, il peut donner tout de suite des indications précises et exactes sur toutes sortes de sujets, et évite ainsi la peine de recourir, dans bien des cas, aux mémoires originaux. Le seul reproche qu'on pourrait adresser à l'éditeur, c'est que certaines parties sont un peu abrégées. Si on avait pu allonger ce Dictionnaire de 200 ou 300 pages, ce Dictionnaire aurait été une encyclopédie complète des sciences mentales. Ce mieux se réalisera, sans doute, dans la seconde édition, qui, souhaitons-le, sera prochaine.

E. TOULOUSE.

Hérédité et exercice (1), par William PLATT BALL.

Les effets de l'usage et de la désuétude sont-ils héréditaires? Tel est le titre exact du livre de William Platt Ball, traduit par M. Henri de Varigny dans cette « Bibliothèque évolutionniste », qui sera, une fois terminée, une véritable encyclopédie de toutes les questions (sciences biologiques et anthropologiques) qu'ont rénovées les théories transformistes de Lamarck, de Darwin et de Spencer.

M. Ball indique tout d'abord l'importance de cette question. Si, comme le croyait Darwin, et comme l'affirme actuellement Spencer, les effets de l'habitude sont héréditaires, si par exemple on peut, en exerçant ses muscles, les rendre plus vigoureux dans sa descendance et, en entraînant son cerveau, le léguer plus sain et plus affiné chez ses rejetons, la sociologie, et par conséquent la science politique qui ne fait qu'appliquer pratiquement ses principes, doivent s'inspirer de ce principe pour tenter d'améliorer l'espèce en améliorant l'individu.

Or M. Ball ne croit pas à cette hérédité des caractères acquis par l'individu et essaye-t-il de combattre les arguments donnés en faveur de cette théorie par Spencer (la diminution des mâchoires chez les races civilisées, l'épilepsie héréditaire des cochons d'Inde, la folie et les désordres nerveux héréditaires) et par Darwin (la domestication des lapins, l'infériorité des sens chez les Européens, la myopie des horlogers et des graveurs). Après avoir habilement rétorqué ces arguments, il prouve, par des arguments qu'il serait trop long de rapporter ici, que les effets de l'habitude ne sont pas acquis. La conclusion est que la philanthropie, l'assistance et le socialisme d'État sont des doctrines inutiles et même dangereuses, que le prix de la lutte sera toujours au plus fort et que l'individualisme de M. Spencer doit être le principe des nations modernes ayant conscience des vérités scientifiques nettement établies.

E. T.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. Escande, ancien député de la Dordogne, vient d'informer l'Académie de médecine qu'il tient à sa disposition une somme de 1000 francs destinée, par un anonyme, à récompenser l'auteur du mémoire classé le premier, par l'Académie, après concours, sur la question suivante : « De la bronchite capillaire (d'emblée ou consécutive à une bronchite simple) chez les enfants du premier âge. »

(1) In-18. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Lecrosnier et Babé.

M. Escande tient également à la disposition de l'Académie, jusqu'à concurrence de 300 francs, une somme destinée à solder les frais que ce concours pourrait occasionner.

Le donateur anonyme exprime le désir que ce concours, si possible, soit désigné sous le nom de « concours Laënnec », dans le but de rappeler la mémoire de ce grand médecin.

— La Commission administrative des hospices de Marseille, présidée par le maire, M. le docteur Flaissières, a voté la laïcisation des hôpitaux civils.

— Un comité international vient de se former à Budapest pour ériger un monument à la mémoire de Semmelweiss, « comme fondateur de la doctrine concernant l'origine de la fièvre puerpérale et les moyens de la prévenir, ainsi que le procédé antiseptique à suivre dans l'obstétrique ».

Semmelweiss est décédé à Vienne en 1865 ; ses cendres furent transportées, en avril 1891, à Budapest, sa ville natale et le centre de sa sphère d'activité scientifique.

Les souscriptions peuvent être adressées directement au trésorier, M. J. Elischer, Petöfitér 1, Budapest (Hongrie).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Arnold (de Schelestadt), médecin-major de deuxième classe, décédé en Algérie, au retour du Tonkin ; Léon-Dufour, médecin principal des armées en retraite, décédé à Saint-Justin (Landes); E. Pellissier (de Nîmes), ancien chirurgien de la marine.

— M. le professeur Bouchard commencera son cours de pathologie générale, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, le mardi 7 mars, à cinq heures du soir, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Salet, maître de conférences, commencera un cours annexe de spectroscopie et de protochimie, le mardi 7 mars, à trois heures et demie, dans la salle des conférences (escalier F), et le continuera les mardis suivants à la même heure.

— M. le docteur A.-J. Martin donnera sa prochaine conférence pratique du cours d'hygiène sociale, le dimanche 5 mars, à neuf heures et demie très précises du matin, aux Étuves municipales de désinfection, rue des Récollets, 6 bis.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les perversions de l'instinct génital. Étude sur l'inversion sexuelle basée sur des documents officiels, par le docteur A. MOLT, avec une préface du professeur A.-V. KRAFFT-EBING (de Vienne), traduit de l'allemand, par le docteur PACTET, chef de clinique des maladies mentales, à la Faculté de médecine de Paris, et le docteur ROMME. 1 vol. in-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, Georges Carré.

Le micrographe préparateur, journal mensuel de micrographie générale et de technique micrographique, publié sous la direction de M. J. TEMPÈRE, avec la collaboration d'un groupe de spécialistes. (N° 2, février 1893.) — Prix de l'abonnement : pour la France, 12 francs; pour l'étranger, 15 francs. — Prix du numéro : 1 fr. 25. — Paris, J. Tempère, 168, rue Saint-Antoine.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 6 mars 1893.

Vendredi dernier, 3 mars, M. le professeur Cornil, sénateur de l'Allier, président de l'Association de la presse médicale, a présenté au ministre de la Guerre les membres de la Commission nommée par notre Association pour l'étude de la question du service militaire des étudiants en médecine. M. Cornil a déposé sur le bureau du ministre un rapport de M. Marcel Baudouin; nous en reproduisons la partie la plus importante :

L'obligation de faire actuellement une année de service comme soldat, dans un régiment d'infanterie, ne se justifie pas pour les étudiants en médecine au point de vue exclusivement militaire, cela pour plusieurs raisons.

1° L'étudiant en médecine, du fait de son inscription à une École ou Faculté, est d'office, en cas de guerre, un soldat qui n'ira jamais au combat. *Il ne sera jamais un combattant.* Même, si la guerre éclatait aujourd'hui, pendant qu'il fait son année de service, l'étudiant serait immédiatement *désarmé* et versé dans une section d'infirmiers : le règlement est formel.

Il y a donc là des conditions spéciales sur lesquelles on ne saurait trop insister. Les médecins sont, en effet, les seuls qui, pendant la période de temps qu'ils doivent à la Patrie et pendant la durée d'une guerre, soient aptes à remplir les mêmes fonctions que celles qu'ils exerçaient dans la vie civile. Les élèves d'une autre École (Polytechnique, Normale, Centrale) ne sauraient être placés sur le même pied que les étudiants en médecine, et le corps de santé militaire est la seule arme qui présente un pareil caractère distinctif.

Pourquoi, dès lors, donner l'instruction du futur combattant à celui qui ne combattra jamais, à celui qui n'a pas le droit de combattre — puisqu'il est neutralisé en temps de guerre par la Convention de Genève — à celui qui, à supposer qu'il pût sauver une armée et même son pays en tirant un seul coup de fusil, n'aurait pas le droit de le faire?

Pourquoi vouloir quand même, pendant six mois au moins, faire porter le fusil à celui auquel un règlement sacré, un règlement international, défend de porter les armes? L'étudiant en médecine se trouve donc placé dans de tout autres conditions que ses camarades des grandes Écoles du Gouvernement. Pourquoi, dès lors, tenir à l'initier, comme ces derniers, aux exercices militaires, lui qui ne doit être que médecin, avant de l'incorporer dans les rangs de ses confrères immédiats, à la suite des médecins aides-majors de l'armée active?

2° D'autre part, alors même que l'étudiant apprend pendant un an le métier de combattant, tout ce qu'il a à apprendre — et il assimile vite, en raison de ses études antérieures — tout ce qu'il a appris, ne lui ouvre plus tard aucun droit au commandement de la troupe, quand il aura été nommé médecin de réserve.

3° L'étudiant en médecine, pendant son année de service militaire, ne s'initie pas aux difficultés du métier qu'il sera tenu d'exercer à la déclaration de guerre. Il faut à tout prix les lui faire connaître, les lui apprendre. Aussi l'État et l'armée doivent-ils lui accorder toutes facilités pour qu'il puisse acquérir au plus vite le grade de docteur en médecine et, partant, devenir pour eux toute autre chose qu'une non-valeur.

Le système actuel met un obstacle très grand à l'instruction professionnelle de médecin militaire. En effet, le jour où il sera nommé médecin de réserve, l'étudiant n'aura pas encore servi comme « professionnel », mais simplement comme combattant! Il ignorerait, par conséquent, le premier mot du rôle qu'il serait appelé à jouer du jour au lendemain, si la guerre venait à éclater avant qu'il n'ait fait ses vingt-huit jours comme médecin de réserve! Et, à supposer qu'il ait servi vingt-huit jours dans ce grade, il n'en saura guère davantage : il faut un plus long temps pour apprendre à connaître le matériel du service de santé en campagne, l'administration militaire, etc.! Enfin, le médecin de réserve passe dans la territoriale, tout aussi ignorant. C'est alors qu'il peut être appelé à diriger un hôpital de campagne et avoir sous ses ordres un officier d'administration du cadre auxiliaire, aussi peu instruit que lui sur les fonctions qu'il a à remplir! On frémit quand on songe à la responsabilité encourue. Et dire que, sur nos seize hôpitaux de campagne, il y en aura douze qui devront fonctionner de la sorte!

Tous ces inconvénients disparaîtront le jour où l'étudiant, reçu docteur ou interne avant vingt-sept ans, pourra faire, à vingt-huit ans au plus tard, son année de service militaire comme médecin aide-major de réserve, c'est-à-dire comme officier, au même titre que ses camarades de l'École polytechnique ou de l'École centrale. En un an, il saura son métier et il sera inutile de l'obliger à refaire deux fois de suite vingt-huit jours. En un an, avec un bon programme, avec six mois d'hôpital et six mois de régiment, il aura appris à diriger un hôpital de campagne, même sans le secours d'un officier d'administration du cadre actif et, dès lors, pourra parfaitement remplir les fonctions de médecin de l'armée territoriale, au moment opportun.

Bien entendu, en raison de la faveur spéciale qui leur serait accordée, les médecins ainsi nommés aides-majors de réserve ne recevraient aucune espèce d'appointements, sauf exception pour des cas tout à fait particuliers à déterminer.

4° Il est une dernière considération qu'il importe au plus haut point de ne pas passer sous silence. Chacun sait qu'en cas de guerre, le nombre de médecins disponibles *se trouvera très insuffisant.* Or, en accordant aux étudiants la faculté de ne servir un an qu'après leur cinquième, sixième ou septième année d'études, après l'obtention de leur doctorat ou du titre d'interne, on augmentera sensiblement le nombre des médecins aides-majors de deuxième classe de réserve.

Et ce surplus, ce contingent nouveau de médecins de la réserve (le chiffre en sera très respectable) viendra très utilement renforcer le cadre actif en temps de paix des médecins de l'armée régulière. Tout cela est de capitale importance, car personne n'ignore que ce cadre actif est aujourd'hui notoirement insuffisant, principalement en aides-majors, et que cette insuffisance même est telle que le service régimentaire et surtout le service hospitalier se trouvent presque compromis.

En terminant, nous voudrions insister sur la nécessité absolue d'autoriser légalement les internes, reçus au concours dans une ville où il y a une Faculté de médecine, à jouir des mêmes prérogatives que les docteurs. L'armée a, en effet, le plus grand intérêt à incorporer tous les internes le jour de la mobilisation avec le titre de médecins traitants (c'est-à-dire d'officiers) et non plus de médecins auxiliaires (c'est-à-dire sous-officiers); car voici qui deviendrait grave si l'on ne voulait entrer dans cette voie : la direction et le commandement appartenant toujours de droit à l'officier ayant le grade le plus élevé ou étant le plus ancien dans le grade le plus élevé, le commandement et la direction des hôpitaux de campagne passeraient forcément aux médecins territoriaux les moins instruits et les moins capables, parce qu'ils sont les plus anciens, parce que l'ancienneté de service compte pour beaucoup dans l'obtention de l'avancement, et parce que l'interne sera nécessairement toujours de deux à trois ans en retard sur un camarade d'études qui n'aura pas passé par l'internat. Il en résulterait un réel préjudice et pour le corps de santé et pour l'armée, le moins digne commandant au plus digne...

Et c'est pour les raisons que nous venons d'exposer et en raison de bien d'autres considérations sur lesquelles nous n'avons pas pu nous appesantir, que notre Commission, au nom de l'Association de la presse médicale, vous prie de vouloir prendre en considération le vœu qu'elle a l'honneur de vous soumettre et qui est ainsi formulé :

« *Les étudiants en médecine feront leur service militaire comme* médecins aides-majors de deuxième classe de réserve, *leurs études médicales terminées. Ils devront être docteurs ou internes nommés au concours dans une ville où siège une Faculté, à l'âge de vingt-sept ans.* »

M. Marie présente à la Société médicale des hôpitaux (séance du 3 mars) un malade atteint d'une kéloïde de la région pré-sternale, qu'il a traitée avec succès par des injections interstitielles d'huile créosotée au cinquième.

M. Marie est convaincu que cette lésion cutanée est une affection d'origine parasitaire. On voit, en effet, la kéloïde se greffer sur les petites plaies du voisinage, ce qui fait que les interventions chirurgicales ne font souvent qu'étendre le mal. Dans un cas de kéloïde traitée par les scarifications, il a vu des lésions de même nature se produire sur diverses régions, se généraliser en quelque sorte, et il est convaincu qu'il y a eu auto-infection, infection générale, par le fait même de la scarification. C'est de cette façon qu'on a accusé la scarification du lupus de provoquer parfois une infection tuberculeuse générale.

Guidé par cette idée théorique, M. Marie a eu l'idée d'essayer les injections interstitielles d'huile créosotée qu'il avait vu employer autrefois par M. Bouchard, dans des conditions tout à fait différentes. Ces injections déterminent la production d'une eschare sèche, qui se détache sans provoquer de suppuration : c'est une sorte de momification aseptique, d'embaumement de la tumeur. Ce procédé pourrait peut-être servir à la destruction de certaines tumeurs malignes.

M. Barth rapporte une observation des plus intéressantes de tétanos guéri par l'injection de sérum immunisé : un jeune homme de vingt ans, atteint de stomatite, avec déchaussement et état bourgeonnant des gencives, sans autre porte d'entrée appréciable, présente du trismus d'abord, puis des signes évidents de tétanos généralisé très intense. Crises de contracture très douloureuses, avec raideur extrême permettant de le soulever tout d'une pièce. M. Roux, chef de service à l'Institut Pasteur, fit au malade trois injections de sérum de cheval immunisé, 300 centimètres cubes au total. L'amélioration ne fut pas immédiate, mais au bout de quarante-huit heures, les crises tétaniques disparaissaient; l'amélioration alla en s'accentuant et la guérison eut lieu. C'est donc, semble-t-il, un cas de traitement avec succès du tétanos par l'anti-toxine; malgré des échecs antérieurs, cette observation est encourageante. Les médecins sont prévenus que M. Roux se tient à leur disposition pour traiter de la même façon les cas de tétanos qu'on voudrait bien lui signaler.

Deux observations très différentes, mais intéressantes, sont lues par M. Blézy (de Toulouse).

Les oreillons avaient fait plusieurs victimes dans un pensionnat; une jeune fille de seize ans fut prise d'albuminurie aiguë, sans aucune cause connue. Ne peut-on se demander s'il ne s'agissait pas d'une albuminurie ourlienne, survenue sans signes appréciables d'oreillons? A ce propos, M. Laveran dit qu'en étudiant les urines à ce point de vue, on eût peut-être trouvé le diplocoque qu'il considère comme l'agent de l'infection ourlienne; M. Catrin, qui vient d'observer 102 cas d'oreillons, à la suite d'une épidémie militaire, n'a relevé que trois fois l'albuminurie. M. Siredey fait remarquer que l'albuminurie peut se montrer plusieurs jours après la disparition de la tuméfaction parotidienne, ce qui fait qu'elle peut passer facilement inaperçue.

La seconde des observations de M. Blézy est relative à un cas de paralysie incomplète du membre supérieur gauche et de la jambe droite, survenue chez un nourrisson à la suite du choléra infantile. Il se demande s'il ne faut pas assimiler ces paralysies à celles que l'on voit survenir à la suite de certaines infections, la diphtérie, par exemple. M. Siredey va même jusqu'à se demander si la paralysie infantile n'est pas souvent la conséquence d'une infection ou d'une intoxication intestinale, et M. Hanot rappelle que M. Gilbert vient de présenter à la Société de biologie, un travail d'où il résulte que le colibacille qui est, comme on le sait, la cause de beaucoup de diarrhées infantiles, donne naissance à des substances toxiques, dont l'ingestion amène chez les animaux des paralysies avec atrophie. M. Rendu pense, avec raison, que cette interprétation de la paralysie infantile ne s'appliquerait pas, en tout cas, à l'ensemble des faits de paralysie avec atrophie chez les enfants.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Jules VOISIN.

Sur une variété psycho-motrice du délire de la persécution.

(Leçon recueillie par M. Albert MOUCHET, interne des hôpitaux.)

Je voudrais vous parler aujourd'hui d'une malade dont le délire me paraît offrir quelque intérêt, tant par sa couleur que par la variété à laquelle il appartient. Il s'agit en effet d'un délire démoniaque, d'un délire de persécution systématisé d'emblée, de cette variété psycho-motrice étudiée par M. Séglas.

Voici, en quelques mots, l'histoire de notre malade. C'est une jeune femme de vingt-six ans; enfant naturelle, elle n'a pas connu son père, mais sa mère a eu des attaques d'hystérie; un oncle et une tante de celle-ci ont été enfermés dans des asiles d'aliénés. Notons, en passant, ce fait d'une hérédité directe maternelle, hérédité plus grave que celle du côté du père, laissant sur les descendants une empreinte plus profonde; les statistiques de MM. Morel, Lucas, Baillarger et Moreau (de Tours) sont là pour l'attester.

Cette jeune femme présenta des bizarreries dans son enfance; elle recherchait volontiers l'intimité des petites filles, elle aimait à voir leur chair nue.

D'une intelligence moyenne, elle fut élevée dans le midi de la France et en Italie, dans un couvent où elle resta jusqu'à quatorze ans. Mariée à dix-neuf ans, elle éprouva de grands chagrins après la séparation forcée qui suivit la condamnation à la prison de son époux. En février 1891, elle arrive à Paris et pose chez les peintres comme modèle. C'est là que la vue des autres modèles développe en elle le penchant qu'elle avait déjà pour les personnes de son sexe, du temps qu'elle était au couvent. Les habitudes d'onanisme, qu'elle contracte alors, ne l'empêchent pas d'avoir un amant. A la fin cependant, le malaise que lui causait la vue des autres femmes chez les peintres l'oblige à renoncer à sa situation et une vie de misères, de privations commence pour elle. Son caractère s'attriste, elle commence à se croire damnée, possédée par le diable, par le démon de la luxure. Notre malade cherche alors des ressources dans la vente des bouquets dans les cafés, mais par moments, elle est prise de secousses involontaires dans les membres, de grimaces dans la figure, qu'elle attribue au diable.

Les railleries dont on l'accable alors et la défaveur avec laquelle on accueille ses bouquets de fleurs lui font quitter un métier devenu aussi peu lucratif. Elle ne reste pas longtemps non plus dans une place de femme de chambre qu'elle obtient ensuite. La voilà à bout de ressources, désespérée; elle veut en finir avec la vie et se jette dans la Seine. Sauvée et recueillie au poste de police, elle y est réclamée par son amant; depuis cette époque, les idées de suicide sont revenues par intermittence.

Vous pouvez constater, en examinant cette femme petite, maigre, qu'elle offre assez un aspect névropathique; elle présente d'ailleurs une diminution de la sensibilité du côté droit, des zones douloureuses ovariennes, sous-mammaires, de l'anesthésie pharyngée, une sensation de boule parfois. Rien du côté des organes des sens. Pas de convulsions.

Depuis le moment où elle est entrée dans le service en février 1892, notre malade a tenté trois fois de se suicider pour se soustraire au diable. Elle raconte clairement qu'elle est à la fois obsédée et possédée par le démon : *obsédée*, car le démon est logé dans sa tête, absorbe ses idées, lui prend sa pensée et la fait remuer ses lèvres et parler malgré elle, comme il l'empêche de répondre parfois aux questions que nous lui posons; *possédée*, car elle sent le diable pénétrer dans son corps, dans son ventre, dans sa poitrine, produire les borborygmes qu'elle entend, lui faire exécuter des mouvements des membres ou de la face, qu'elle ne peut pas empêcher. Le diable a même avec elle des rapports sexuels, mais ces rapports ne lui procurent des sensations agréables qu'à la condition d'être suivis par des manœuvres de masturbation, pendant lesquelles elle se croit coïtée par son amant.

Notre malade n'a jamais vu le diable, elle ne l'entend pas non plus; elle n'a pas d'hallucination auditive, comme dans le délire de persécution; elle nous dit seulement : « J'entends une voie intérieure qui me parle, » ou bien : « Je sens le démon dans ma tête, qui me prend ma pensée. » Elle se croit parfois le bouffon, le jouet des femmes qui l'entourent ici, elle voit ces femmes lui faire des grimaces; elle interprète comme autant d'injures les gestes de ses compagnes, les mouvements qu'elles font pour se moucher, par exemple; mais ce sont là de fausses interprétations, notre malade n'entend pas de voix extérieures.

Nous avons bien affaire ici à des hallucinations psycho-motrices du langage. Vous remarquerez que d'emblée le délire est systématisé, la malade accuse le diable, c'est lui qui est cause de tout. La marche de ce délire a donc un caractère spécial bien différent de celui des autres délires de persécution.

Dans le délire de persécution de Lasègue-Falret ou dans le délire chronique de M. Magnan, on peut considérer quatre périodes, une première d'incubation ou hypocondriaque, une période hallucinatoire, une période d'état, enfin, une période terminale mégalomaniaque ou de démence. Chez notre malade, la période d'incubation manque; d'emblée le délire est systématisé et la personnalité dédoublée.

Dans le délire de Lasègue-Falret, ce dédoublement de la personnalité ne survient qu'au bout de quinze ou vingt ans et les hallucinations sensorielles de l'ouïe y sont habituelles, et caractéristiques (délire sensoriel).

Le délire des persécutés-persécuteurs, décrit par M. Falret, ne s'accompagne pas d'hallucinations de l'ouïe, c'est le délire de persécution des héréditaires. Il peut être considéré comme un délire psychique.

M. Magnan a décrit une autre variété de délire de la persécution chez les dégénérés, survenant sous forme de bouffées délirantes qui durent deux ou trois mois et reviennent par intervalles plus ou moins éloignés; notre malade a bien une tare héréditaire chargée, mais ne présente pas de signes de dégénérescence mentale. Depuis deux ans, son délire n'a pas varié, bien qu'il ait présenté, dans certains cas, entre autres à l'occasion de ses règles, des paroxysmes manifestes. Il ne peut donc rentrer dans ce cadre.

Je crois avec M. Séglas qu'il faut admettre une quatrième variété dans les délires de la persécution, variété dans laquelle rentre le cas de notre malade, et où l'élément moteur joue le principal rôle, où le dédoublement de la personnalité existe, dès le début. Sa caractéristique consiste dans l'existence d'hallucinations psycho-motrices des mouvements et du langage; elle se montre chez des sujets jeunes, c'est le cas ici, ou chez des femmes âgées après la ménopause.

J'ai deux autres cas semblables à celui-ci, où le délire

s'est développé chez des personnes de vingt-cinq et de vingt-six ans et s'est systématisé d'emblée. La maladie dans les deux cas existe depuis deux et trois ans. Ces malades, au lieu d'accuser le diable d'être cause de leurs tourments, accusent l'hypnotisme ou le téléphone de produire les mouvements dont ils ne sont pas maîtres et qui correspondent à des idées qui leur ont été suggérées par les personnes qui détiennent le pouvoir moteur.

Je vous signalerai aussi, chez notre petite malade, des hallucinations de la vue en rapport avec les sensations génitales éprouvées. M. Mabille avait signalé l'existence de ces hallucinations de la vue qui avaient été niées dans le délire de la persécution. Elles ont été mises sur le compte de l'hystérie. Notre malade n'en a que lorsqu'elle éprouve des sensations génitales; c'est le centre génital qui éveille le centre visuel dans le cas présent. Quelquefois l'inverse se produit, et je traite, en ce moment, un jeune officier qui ne peut coïter sans évoquer le souvenir d'une personne qu'il a connue jadis. C'est un phénomène qui existe surtout chez les dégénérés.

La puissance motrice qui obsède notre malade réside en elle-même; chez les autres persécutés, elle réside généralement en dehors d'eux. Aussi cette femme, pour se soustraire à ce pouvoir dominateur, a-t-elle tenté plusieurs fois de se suicider; les autres persécutés, au contraire, ont plutôt l'idée de tuer les détenteurs de la puissance occulte qui les fait agir et font des tentatives d'homicide. Dans le cas présent, c'est le suicide qui sera peut-être la terminaison de l'affection.

Tels sont les caractères du délire de persécution de notre malade. La marche en est continue, quoique sujette à des accalmies momentanées de plusieurs semaines, pendant lesquelles la malade dissimule son délire plutôt qu'elle ne s'en débarrasse.

Le pronostic est grave parce que l'affection est chronique incurable; grave aussi parce que la malade a des tendances au suicide et pourra mettre un jour son projet à exécution. Nous devons donc exercer sur elle une surveillance constante; nous devons aussi surveiller son alimentation et son sommeil.

EXISTE-T-IL DANS LES PAYS RÉPUTÉS NON LÉPREUX EN FRANCE, ET EN PARTICULIER DANS LA RÉGION DU NORD ET A PARIS, DES VESTIGES DE L'ANCIENNE LÈPRE?

Par M. le professeur H. Leloir (de Lille).

La question de la persistance de la lèpre en pays européens non lépreux et, en particulier, en France, ayant été soulevée de nouveau, en août 1890, à l'Académie de médecine, dans une discussion à laquelle les circonstances m'empêchèrent malheureusement de prendre part, j'ai l'honneur de présenter, à l'Académie, le mémoire suivant, croyant qu'il n'est pas inutile de le faire en raison des travaux que j'ai publiés sur ce sujet.

En 1881, j'ai publié dans mon livre intitulé : *Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les affections cutanées d'origine nerveuse* (1), l'observation d'une jeune fille (avec chromolithographie correspondante) présentant une affection innommée, que j'ai désignée sous le nom de plaques gangréneuses cutanées multiples en rapport avec une lésion du système nerveux, mais qui pouvait être également considérée comme atteinte de lèpre lazarine.

M. le docteur Poncet (de Cluny), dont tout le monde connaît la compétence en pareille matière, n'hésita pas à porter le diagnostic : Lèpre lazarine.

(1) Page 117 et suivantes.

Je crus ne pouvoir accepter ce diagnostic qu'avec de grandes réserves. Je classai donc cette affection parmi les affections cutanées d'origine nerveuse innommées avec l'étiquette : « Trophonévrose gangréneuse de la peau simulant la lèpre lazarine. »

Cette jeune fille, née à Paris, n'avait jamais quitté Paris.

En 1885, dans le sommaire de mon rapport sur la lèpre en Norwège, rapport publié le 13 juin 1885, à la Société de biologie, et déposé en octobre 1884 au ministère de l'Instruction publique, j'écrivais : « Je profite de cette communication pour parler à la Société de deux cas remarquables, que j'observe en ce moment à Lille et qui présentent « objectivement » une analogie extraordinaire avec la lèpre à la période mutilante. L'un de ces cas a été vu récemment dans mon service par le docteur Thaon (de Nice), qui m'a même dit quand je lui montrais le malade : « Tiens, vous avez donc des lépreux ici? » J'ai déjà, en 1881, observé un cas d'affection cutanée simulant à s'y méprendre la lèpre lazarine — tel fut l'avis de M. le docteur Poncet (de Cluny). Dans ces trois cas, dont j'aurai à parler plus longuement une autre fois, nous sommes en présence de malades français, nés en France, de parents français et n'ayant jamais quitté leur pays (l'un Paris, les autres le département du Nord). Certes, si ces malades se trouvaient dans un pays lépreux, on poserait le diagnostic : Lèpre mutilante, lèpre lazarine. Comme ces malades sont en France, on donne à ces affections le nom de « problème ». Ne sont-ce pas des lèpres dégénérées, vestiges de l'ancienne lèpre? Je reviendrai sous peu sur cette question dont j'ai plus longuement parlé dans mes cliniques. »

En 1885-1886, je fis, à la Faculté de médecine de Lille, deux cliniques à propos de quatre cas d'affection innommée simulant la lèpre systématisée nerveuse ou la lèpre mixte que je désignais sous le nom de « Trophonévroses léproïdes ».

La première observation est relative à un homme de cinquante et un ans, qui présentait au plus haut degré des lésions rappelant d'une façon frappante celles de la lèpre systématisée nerveuse : déformation d'une main en griffe; mutilation de l'autre main de telle sorte que celle-ci rappelait une patte de phoque groënlandais (comme me l'a fait observer Daniellien quand j'étudiais la lèpre en Norwège); déformations et mutilations des pieds; anesthésie des extrémités; léger épaississement des nerfs cubitaux; douleurs névralgiques dans les membres; formation de bulles pemphigoïdes au niveau des membres; maux perforants plantaires.

Ce malade, né dans les environs de Cambrai, n'avait jamais quitté la région du Nord (départements du Nord, des Ardennes, Belgique).

La deuxième de ces observations est relative à un batteur en granges, âgé de quarante-six ans, pensionnaire à l'hôpital Général dans le service de mon confrère M. le docteur Olivier, suppléé alors par mon collègue M. le professeur Dubar.

Le malade présentait au plus haut degré les caractères de la lèpre systématisée nerveuse : taches hyperchromiques et achromiques avec anesthésie au niveau des plaques; déformations des mains en griffe avec atrophie des muscles des éminences thénar et hypothénar; déformations des pieds et mutilation des orteils rappelant absolument les moignons de pied que l'on observe chez les lépreux; atrophie musculaire des muscles des membres supérieurs et inférieurs; anesthésie des extrémités accompagnée de quelques zones d'hyperesthésie; bulles pemphigoïdes; ulcérations, maux perforants superficiels; état ichthyosiforme de la peau des jambes; névralgies violentes dans les membres; léger degré d'alopécie palpébrale; léger épaississement des nerfs cubitaux.

J'ai pratiqué l'examen histologique du pus provenant des ulcérations cutanées de ce malade, et d'un petit fragment cutané bordant une ulcération; je n'ai rien trouvé de caractéristique. J'ai trouvé deux bacilles présentant les réactions histo-chimiques des bacilles lépreux, et en rappelant assez les caractères. Mais

l'on sait combien les bacilles lépreux sont, en général, abondants dans les tissus lépreux; aussi je n'attache guère d'importance à cet examen.

Le malade, né aux environs de Bergues, n'a jamais été soldat et n'avait jamais quitté les Flandres françaises.

La troisième de ces observations est relative à un berger, âgé de soixante-six ans, entré, le 1er juillet 1885, à ma clinique de l'hôpital Saint-Sauveur.

Le malade présentait des lésions rappelant celles de la lèpre mixte : déformations de la main; début de la mutilation de celle-ci comme dans la lèpre systématisée nerveuse; tendance à la formation d'ulcérations rappelant des maux perforants au niveau de la main; état éléphantiasique du membre inférieur; mutilation du pied en moignon comme dans la lèpre mutilante; état ichthyosiforme de la peau; maux perforants plantaires; bulles pemphigoïdes avec ulcérations rappelant celles du pemphigus leprosus; anesthésie avec hyperesthésie au niveau des extrémités, douleurs névralgiques au niveau des membres; au niveau du front, de la racine du nez et des sourcils, au niveau du coude gauche tubercules en placards rappelant des lépromes; cicatrices multiples sur tout le corps, taies sur les cornées.

J'ai pratiqué l'examen histologique d'une parcelle des tubercules du front, je n'y ai pas trouvé de bacilles lépreux caractéristiques, car je n'ose donner ce nom à trois bacilles rappelant grossièrement les bacilles lépreux, que j'ai trouvés dans le voisinage d'une glande sébacée, bien qu'ils soient nettement colorés par la méthode d'Ehrlich.

Ce malade, né à Coyecques, près de Fauquembergues (Pas-de-Calais), n'avait jamais quitté l'Artois ni les Flandres.

La quatrième observation est relative à une femme de cinquante-huit ans qui me fut adressée, dans ma clinique, par mon regretté collègue, le professeur Hallez.

Cette malade présentait des lésions qui rappelaient beaucoup celles de la lèpre systématisée nerveuse : déformations des mains et des pieds, comme dans certains cas de lèpre systématisée nerveuse; hyperkératinisations plantaires; état ichthyosiforme de la peau; état éléphantiasique des jambes; atrophie musculaire; hyperesthésie cutanée, léger degré d'anesthésie des extrémités; douleurs névralgiques dans les membres.

J'ai pu pratiquer l'autopsie de cette malade et constater des altérations prononcées des nerfs des membres.

Cette malade n'avait jamais quitté les Flandres françaises.

Tout récemment enfin, en mars 1892, un malade de mon service, atteint de troubles trophiques musculaires et cutanés, rappelant beaucoup, à certains égards, ceux de la lèpre systématisée nerveuse, mais d'origine probablement syringomyélitique, me ramenait de nouveau, dans une leçon clinique, à soulever la question de la persistance possible des vestiges de l'ancienne lèpre dans nos régions.

Le malade présentait des altérations rappelant beaucoup celles de la lèpre systématisée nerveuse : atrophie des muscles des épaules, du bras, des avant-bras; atrophie des muscles des éminences thénar et hypothénar, des interosseux; disparition totale de la sensibilité à la douleur au niveau des membres supérieurs, de la moitié supérieure du tronc, du cou, de la face, au point que le malade s'est souvent brûlé sans s'en apercevoir; disparition de la sensibilité à la douleur au niveau de la muqueuse des lèvres et de la langue (mais il faut remarquer qu'au niveau des régions atteintes, correspondant à la veste, au masque et au casque, on observe nettement les phénomènes décrits par M. Charcot sous le nom de dissociation syringomyélitique); nombreuses cicatrices et ulcérations recouvertes de croûtes sur les doigts (consécutives à des bulles de pemphigus); hyperkératinisations palmaires; altérations des ongles.

Ce malade, né à Warhem, arrondissement de Dunkerque, n'avait jamais quitté son pays.

Me basant sur les phénomènes étudiés chez ces malades, je fis observer, en 1885-1886, dans mes cliniques faites à l'hôpital Saint-Sauveur, que, dans les cinq observations précitées, nous nous trouvions en présence de sujets atteints de lésions rappelant beaucoup celles de la lèpre systématisée nerveuse, à la période des taches achromiques et hyperchromiques; de la lèpre dite lazarine (lèpre systématisée nerveuse avec érythème lépreux pemphigoïde et escharotique) et enfin de la lèpre mixte.

S'agissait-il, dans ces cas, de véritables lépreux, comme on pourrait le supposer au premier abord? Mais alors où les malades avaient-ils contracté la lèpre? Cette objection, ajoutais-je, pouvait cependant être écartée, si l'on supposait que nous étions en présence de cas de lèpre autochtone, vestiges de l'ancienne lèpre qui couvrait l'Europe, et la France en particulier, jusque vers le XVe siècle. J'insistais de nouveau sur ce fait, qu'il était possible qu'une maladie qui, à la mort de Louis VIII (1229), avait nécessité la création de 2000 léproseries en France et de 19000 dans la chrétienté, n'avait pas totalement disparu des pays où on la croyait éteinte depuis longtemps.

Mais j'avais soin d'ajouter que, pour qu'une pareille théorie passât du domaine de l'hypothèse dans le domaine réellement scientifique, il fallait que les faits présentés par moi et ceux que d'autres observateurs pourraient étudier plus tard, pussent être rattachés d'une façon indiscutable à la lèpre, en se basant sur une étude clinique, anatomo-pathologique, bactériologique minutieuse.

Or, dans les cinq observations qui servirent de base à mes communications et à mes leçons, si les malades rappelaient beaucoup des sujets atteints de lèpre, il n'en est pas moins vrai que certains détails cliniques (entre autres l'absence de paralysie des orbiculaires des paupières avec anesthésie de la face, etc.) ne cadraient pas absolument, mathématiquement, avec le diagnostic « lèpre » et que le critérium bactériologique nous faisait défaut.

L'on pouvait supposer néanmoins que ces cas de lèpre autochtone, vestiges de l'ancienne lèpre, pouvaient se présenter sous un aspect légèrement modifié, la maladie ayant, en quelque sorte, dégénéré dans nos régions depuis le moyen âge.

Cette théorie, que j'émettais et publiais dès 1884-1885, fut adoptée également en 1885, par le professeur Lang (d'Inspruck), qui a publié, dans les *Wiener medicinische Blatter*, un cas très analogue à celui de mon malade de l'observation III, dont il fit un cas de lèpre nostras.

Le sujet de cette observation, un Tyrolien, n'avait jamais quitté l'Autriche.

En 1886, je revenais sur cette question à la page 263 de mon *Traité de la lèpre.*

C'est donc avec le plus vif intérêt que j'ai lu, récemment, la communication faite par mon ami, M. le docteur Zambaco pacha, à l'Académie de médecine, en août 1892, où je vis que l'hypothèse que j'avais émise en 1884-1885 (1), en 1886 (2), relativement à la persistance possible des vestiges de l'ancienne lèpre du moyen âge dans notre région du Nord (Flandre et Artois), et à Paris, n'était pas aussi hasardée que je l'avais supposé.

La possibilité de l'existence de la lèpre en Bretagne, si bien mise au jour par un léprologiste de la valeur de M. Zambaco pacha, venait donc à l'appui de mon hypothèse. Malheureusement, elle ne lui apporte qu'un appoint, très considérable il est vrai, mais non absolument démonstratif.

L'on peut en effet appliquer à la théorie que j'ai émise en 1884-1885, ce que MM. Besnier et Vidal ont dit, en décembre 1892, à M. Zambaco pacha, à propos de sa communication sur la lèpre en Bretagne : « Nous sollicitons la preuve matérielle sous la forme du bacille lépreux des idées émises par M. Zambaco. Il faut ici que la démonstration soit aussi nette que possible, de façon à ne laisser aucune prise au doute, à l'objection.

M. Zambaco fait actuellement une vive agitation scientifique

(1) Mémoire sur la lèpre en Norwège déposé en 1884 au ministère de l'Instruction publique. — Société de biologie. — *Cliniques de l'hôpital Saint-Sauveur.*

(2) *Cliniques de l'hôpital Saint-Sauveur, Traité de la lèpre.*

autour d'une question des plus intéressantes; il cherche à amener une véritable révolution dans un chapitre particulier de l'histoire médicale. Il importe, au plus haut point, qu'il fournisse des preuves nettes, scientifiques de ce qu'il avance. Il le faut pour l'honneur de la séduisante théorie qu'il propose. Qu'il nous montre les bacilles de Hansen chez un seul lépreux autochtone en Bretagne, et il aura déjà fait un pas énorme vers la démonstration péremptoire, telle qu'elle convient à notre époque de positivisme scientifique (1). »

Je me permets de renvoyer au chapitre « Diagnostic » de mon *Traité de la lèpre* où l'on verra combien difficile est parfois le diagnostic de cette affection. S'il est vrai, comme je le dis dans ce chapitre, et comme je l'ai montré de nouveau en 1889 dans les *Annales de dermatologie*, à propos d'un malade de mon service, dont l'observation a été publiée par mon interne, M. Baude, et dont M. Thibierge a publié ultérieurement l'observation à la Société médicale des hôpitaux, « que la lèpre peut passer inaperçue aux yeux des médecins même les plus expérimentés, mais insuffisamment léprologistes, il n'en est pas moins certain, réciproquement, qu'il faut se méfier de la confusion de différentes maladies avec la lèpre. Ceci est surtout applicable à la lèpre systématisée nerveuse, véritable polynévrite spécifique, que l'on peut aisément confondre avec nombre d'affections d'origine tropho-neurotique ».

Comme je le disais dans mon *Traité de la lèpre*, « on conçoit très bien que la lèpre systématisée nerveuse, n'étant autre chose qu'une polynévrite spécifique, bien des affections d'origine nerveuse peuvent être confondues avec elle ». Mais cette spécificité même de la névrite lépreuse fait qu'elle présente dans son caractère, dans son évolution, dans sa dissémination, dans sa localisation sur certains nerfs, etc., des caractères tellement différents de ceux que l'on a coutume d'observer, un cachet tellement spécial, que, en général, le diagnostic sera facile pour le médecin qui connaît la lèpre systématisée nerveuse.

Je me résumerai ainsi :

1° Comme je l'ai montré pour la région du Nord et pour Paris, en 1884-1885 et comme l'a montré, en 1892, M. Zambaco pacha pour la Bretagne, « il existe en France des malades atteints d'affections innommées rappelant, au plus haut degré, la lèpre » ;

2° Comme je l'ai publié en 1884-1885, et comme l'a écrit en 1892 M. Zambaco, « il est possible que nous soyons, dans ces cas, en présence de vestiges plus ou moins dégénérés de l'ancienne lèpre qui avait envahi toute la France et l'Europe au moyen âge » ;

3° Cette théorie est séduisante, suggestive, « mais elle attend encore une démonstration scientifique basée sur un ensemble de faits minutieusement observés et minutieusement décrits au point de vue clinique, anatomo-pathologique et bactériologique ».

NOTE SUR LA RARETÉ DES MALADIES VÉNÉRIENNES

DANS LA POPULATION OUVRIÈRE DE PARIS

Par le docteur L. Fiaux.

Dans trois notes antérieures (2), nous avons signalé ce fait intéressant pour la santé publique de la rareté des affections vénériennes dans la population ouvrière parisienne.

Les indications statistiques suivantes complètent les chiffres donnés jusqu'au 1er juillet 1891.

Dans le second semestre de 1891, nous avons examiné 1 047 ouvriers soumis à la revision avant d'être admis au travail des ateliers et de la voie, de la Compagnie du chemin de fer du Nord à Paris-La-Chapelle : 1 seul de ces embauchés a été trouvé atteint d'affection vénérienne. X..., âgé de vingt-six ans, marié, chauffeur, habitant Paris depuis six ans, atteint de bubon inguinal avec chancre mou.

Dans les deux semestres de l'année 1892, nous avons examiné 1 756 candidats aux emplois mentionnés dans les notes précédentes; nous avons relevé 5 blennorrhagies ainsi réparties : chez un Parisien, célibataire de vingt-cinq ans; chez un célibataire de vingt et un ans, à Paris depuis cinq mois; chez un homme marié de trente et un ans, à Paris depuis neuf ans, avec complication d'épididymite; chez un célibataire de vingt-deux ans, à Paris depuis un an; enfin chez un Parisien célibataire de vingt-trois ans. Nous avons constaté un cas de syphilis chez un candidat-chauffeur, célibataire, âgé de vingt-six ans, chancre induré du fourreau de la verge cicatrisé, contracté au Tonkin avec une femme indigène : cet individu avait été soumis au régiment au traitement mixte.

Depuis le 1er septembre 1888 jusqu'au 31 décembre 1892, nous avons donc examiné 6 579 ouvriers, sur lesquels 12 ont été trouvés atteints d'uréthrite virulente; 2 d'ulcère simple avec bubon suppuré; 1 de syphilis de provenance coloniale.

P. S. — Pour présenter des indications numériques rigoureuses, nous signalerons, dans le premier semestre de l'année 1891, un individu de trente et un ans, marié, présentant la trace d'une ulcération simple du gland, contractée à l'âge de vingt-deux ans avec une fille publique, à Lyon, ville d'origine. Nous avions omis ce cas, cet ouvrier étant présentement sain.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Atlas of clinical medicine (1), by Byrom Bramwell, M. D., Assistant physician to the Edinburgh royal Infirmary.

La troisième partie du tome Ier de ce magnifique atlas est consacrée à de très intéressantes études dont nous allons donner l'énumération :

1° Atrophie progressive unilatérale de la face ; — 2° Paralysie bulbaire progressive chronique ; — 3° Ophtalmoplégie ; — 4° Molluscum fibrosum ; — 5° Xeroderma pigmentosum.

Deux planches illustrent la première étude et nous montrent l'hémi-atrophie faciale décrite comme un exemple type de cette rare affection.

Deux superbes planches donnent l'idée la plus nette de la paralysie bulbaire progressive chronique, observée chez un homme de cinquante ans. L'auteur nous montre ensuite le portrait d'une femme de soixante-dix ans, atteinte de la paralysie de la langue et des lèvres.

En deux excellentes planches nous voyons la reproduction d'une enfant atteinte d'ophtalmoplégie, et les caractères de la main de la malade.

La XVIIe planche représente l'affection rare connue sous le nom de molluscum fibrosum.

Enfin, en trois excellentes planches, nous pouvons nous rendre parfaitement compte du xeroderma pigmentosum.

La quatrième partie de l' « Atlas of clinical medicine » est presque entièrement consacrée au small-pox.

La planche XXI nous présente coloriés les différents aspects d'éruption du small-pox ; les vésicules groupées ; l'éruption discrète ; l'aspect hémorragique, cohérent et confluent ; l'éruption dans la trachée ; son aspect dans le fœtus et le cow-pox *in situ*.

La planche XXII présente le small-pox discret ; la planche XXIII représente le small-pox confluent ; les résultats de la maladie sont représentés dans la planche XXIV.

Avec les planches suivantes, nous voyons la mélancolie sous diverses formes et la manie.

La livraison se termine par un cas remarquable de globulinurie et la description des planches d'aliénation mentale que nous venons de signaler.

En résumé, le premier tome de « l'Atlas of clinical medicine »

(1) *Ann. de dermat.*, déc. 1892, p. 1279.
(2) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 993; 1891, p. 161 et 1007.

(1) In-folio. Prix : 40 fr. — Edinburgh, T. and A. Constable, University Press.

a tenu très exactement les engagements de son programme. Trente planches, d'une exécution parfaite, coloriées, ou dessins à plusieurs teintes; et trente-deux gravures sur bois, très finement exécutées, éclairent le texte.

Il est de simple justice de dire que le texte de ces monographies diverses est à la hauteur de l'illustration et fait le plus grand honneur à M. Byrom Bramwell.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Des conférences publiques et gratuites sur le traitement hydro-minéral dans les affections du pharynx, du larynx, du nez et des oreilles, auront lieu à la clinique de M. le docteur Castex, 52, rue Jacob, les mardis, de cinq à six heures, à partir du mardi 7 mars.

Le 7 mars, Challes : M. Boyer. — Le 14 mars, Cauterets : M. Senac-Lagrange. — Le 21 mars, Mont-Dore : M. Schlemmer. — Le 28 mars, La Bourboule : M. Heuetz.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. le professeur Édouard Bureau commencera le cours de botanique (classifications et familles naturelles), le mercredi 8 mars 1893, à une heure, dans le grand amphithéâtre. — Il traitera des plantes fossiles et des plantes vivantes, dans deux séries de leçons qui seront le complément l'une de l'autre. — *Plantes fossiles :* le professeur parlera des plantes phanérogames dicotylédones et de leurs affinités dans la flore actuelle. Il insistera sur l'âge relatif des différentes familles appartenant à ce groupe. Ces leçons auront lieu dans le grand amphithéâtre, tous les mercredis à une heure, jusqu'au 26 avril inclusivement. — *Plantes vivantes :* les leçons porteront sur les familles de plantes apétales. Elles commenceront le lundi 1er mai, à une heure, et se continueront les lundis, mercredis et vendredis suivants, rue de Buffon, n° 63.

M. le professeur Milne-Edvards commencera le cours de zoologie (mammifères et oiseaux) le vendredi 10 mars 1893, à deux heures, dans l'amphithéâtre de la galerie de zoologie, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure. — Il traitera de l'organisation, de la classification et de la distribution géographique des oiseaux. A partir du 1er mai, la leçon du lundi aura lieu à dix heures du matin, dans la galerie de zoologie ou dans la ménagerie.

— La commune de Dampierre-sur-Salon (Haute-Saône) offre 1000 francs par an à un docteur médecin. Bonne clientèle.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 29. — JEUDI 9 MARS 1893. 66e ANNÉE. JEUDI 9 MARS 1893. — N° 29.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — L'ACCOUCHEUR PERSÉCUTÉ, poème tragicomique en quatre chants, par M. le docteur Petrus BEYOR. — Chronique et nouvelles scientifiques.

Paris, ce jeudi de la mi-carême.

L'ACCOUCHEUR PERSÉCUTÉ

Poème tragicomique en 4 chants.

CHANT PREMIER

Le docteur Stramonis était un médecin
Très fort sur l'huile de ricin;
Il n'était pas doué d'une riche stature,
Et du beau Dieulafoy n'avait pas la figure;
Mais il portait habit d'une grave longueur,
Un chapeau tubuleux d'imposante hauteur,
Pantalon noir, cravate blanche,
Tous les jours de semaine aussi bien qu'en di-
Dans une voiture d'osier, [manche.
Que la mode appelle panier
Et dont les moyeux à *patente*
Semblaient aux naturels une chose épatante,
Notre accoucheur roulait,
Ronronnant comme un chat le museau dans du lait,
Lui, pauvre docteur de village,
Vers l'opulent château du voisinage;
Il en aurait été très gai,
S'il n'eût été trop fatigué;
Tout autant surmené qu'une bête de somme,
Il n'avait pas dormi son somme
Ayant fait quelque accouchement,
Prescrit un vomitif, ou bien un lavement,
Pendant qu'au-dessous des étoiles,
La nuit, de son pinceau, brossait ses sombres toiles.
Crever de fatigue ou de faim,
Qu'il purge le vallon ou saigne la montagne,
La plupart du temps c'est la fin
De tout médecin de campagne,
Mais s'il lavementait dans les pompeux châteaux,
Il filerait des jours plus beaux,
Payerait un chapeau de velours à Madame,
Car Stramonis possédait femme,
— Une belle femme, et trois gros enfants aussi,
Qui lui causaient un grand souci;
Y compris le cheval et la forte servante,
C'était six ventres à nourrir,
Et tous, avec une vorace entente,
Aimaient mieux enfler que mourir.
Tandis qu'il bâtissait des châteaux en Espagne,
Un homme haletant courait dans la campagne
Après le panier du docteur;
A son allure, il semblait avoir peur
Que la mort fauchât son malade,
Comme un ver blanc une salade,
Et l'on entendait sortir de son sein :
« Mossieu le médecin..... Mossieu le médecin ! »
Mais Stramonis, volant comme une abeille,
Manquait de loisir pour prêter l'oreille
A quelque fâcheux contretemps,
S'il voulait arriver à temps,
Pour soulager la châtelaine,
Que l'on avait dit être à bout d'haleine.
Sur une côte on arrivait,
Et Stramonis avait
De sa minuscule voiture
Été forcé de ralentir l'allure.
Il avait pour cheval un poney tout mignon,
Tout petit, Colibri, c'était vraiment son nom :
Il ne faut pas, pour faire honneur à ses affaires,
Un gros cheval qui mange en foin les honoraires;
Jambé comme un grand cerf, le piéton arpentant
Gagnait du terrain en montant.
Un cantonnier flâneur qui cassait une croûte,
Au lieu de concasser les cailloux de la route,
Malencontreusement arrêta le docteur
Pour lui montrer du doigt notre entêté coureur.
Le médecin, comme une bonne bête,
Bien qu'il fût très pressé, vite tourna la tête,
Il reconnut un grand gaillard
Dont le nom était Machelard,
Et s'avisa beaucoup trop tard,
Qu'il avait fait une bévue.
Pour ne lui point parler, l'homme était trop en vue
C'était un vieux renard, un coquin d'estafier
Maraudeur, maquignon et fameux carottier
Qui, sa fillette étant en état de grossesse,
Avait au médecin extorqué la promesse
De faire, à l'opportun moment,
Cet insolvable accouchement.
« Nout'médecin, s'écriait-il, ça presse!
« Ne nous laissez point en détresse,
« Je crais que nout'fill'est ben mal!... »
Puis il faisait semblant de pleurer, l'animal.
Stramonis inquiet n'était pas à la noce,
Il était d'entre ceux croyant au sacerdoce
Du médecin, et, tout en maugréant
Dans le fond de son cœur contre le mécréant,
Par naïve pitié pour sa progéniture,
Il tourna bride et prit l'homme dans sa voiture.
Le premier qui pâtit du feu sacerdotal,
Fut non pas le docteur, mais le petit cheval;
Machelard se carrait dans le frêle carrosse
Comme un prélat portant et la mitre et la crosse;
Le docteur en souffrait, il plaignait ses res-
[sorts,
Qu'avaient payés de nombreux morts.
Tout au bord d'un hameau, près d'un bois noir, ha-
Cet encombrant client d'élite, [bite
Il se dit nourrisseur, il vend d'étiques veaux
Et pour la boucherie, il tient de vieux chevaux
Dont la maigreur décrit la provende chétive.
Halte !... devant la masure on arrive.
Stramonis promptement saute de son panier,
Quatre à quatre il gravit le branlant escalier,
Il bouscule sur le palier
Un chien de bergerie, une pauvre femelle,
Une tremblante bête à pendante mamelle,
On croirait presque, à voir son tremblement,
Qu'elle attend anxieusement
L'obstétrical événement.
Stramonis, qui bouillait d'inquiétude,
Est tout désappointé de l'air de quiétude
De la blonde Fanchon, fille de Machelard,
Et de sa maman qui se livre à l'art
De tricoter des bas de laine;
Tandis que dans son lit la châtelaine
Peut-être agonisait,
Fanchon se balançait
D'une hanche sur l'autre;
Sa mère, en bon apôtre,
Clignait son œil rusé,
Fière de faire aller ce docteur empesé
Dans sa blanche cravate,
Elle, paysanne en savate.
Son jupon rouge et court tout relâché,
Fanchette, d'un air lent autant que déhanché,
Se dandinait en légère toilette,
Et montrait par endroit sa gorge rondelette ;
En somme pas grand mal... sur son minois joli
Des traits un peu tirés, le teint un peu pâli.
Le docteur sur le lit lui prescrit de s'étendre,
Puis lui fait prendre
La classique position,
Pour pratiquer son exploration.
Il embrasse de l'œil le bois et la vallée;
Fanchette n'en paraît pas par trop désolée;
Il franchit un canal, il pousse jusqu'au col
D'un accès plus étroit que tous ceux du Tyrol :

A son toucher savant il sent que rien ne presse,
Et qu'on aurait le temps de chanter la grand'messe
Avant d'en arriver à ces vives douleurs
Qui font pousser des cris et sécréter des pleurs.
« Vous m'avez envoyé chercher un peu trop vite :
« On souffre autrement, ma petite, »
Dit Stramonis d'un air fâché,
« Et vous m'avez de la sorte empêché
« De visiter de plus pressants malades. »
l s'apprête en sortant à larder de bourrades
Le maigrisseur de veaux, mais le vieil aigrefin
Avait filé chez le marchand de vin :
Il voulait s'égayer et nocer en bon drille
Pour pouvoir supporter les douleurs de sa fille.
Vite il faut redoubler pour aller au château,
Colibri, tu n'es pas à la fin de ta peine,
Des nuages en lourd troupeau,
Pour comble de déveine,
Noircissent l'horizon,
Et l'on entend le formidable son
Des célestes canons qui grondent en tonnerre
Et des feux de Bengale illuminent la terre.
Bien sûr l'orage éclatera,
Tout l'attelage trempera,
Dans l'eau comme une soupe
Et l'automédon baignera
Son doctoral bassin dans l'humide soucoupe,
Car le gentil panier était couvert
Comme un fossé de route à ciel ouvert :
Tout est bien préparé pour prendre un bain de siège,
Mais notre médecin que le devoir assiège
Veut à tout prix courir chez ses riches clients.
En vain il voit les grands arbres pliants
Sous l'effort de l'orage,
En vain des gouttes d'eau lui cinglent le visage,
En vain jusqu'au château n'y a-t-il point d'abri,
Pour arriver plus vite, il fouette Colibri.
Le plus navré des deux n'est pas le quadrupède
Mais bien celui qui tient le fouet comme bipède.
Jusqu'alors il avait su traiter son cheval,
Bien plutôt en ami qu'en infime animal,
Mais comme le disait dans sa langue énergique
Velpeau, ce fils épique
De maréchal ferrant, il vous faut arriver
Ou crever.
Tandis que l'eau lui glace au corps sous la chemise,
Le docteur voit le bord de la terre promise,
Quand tout à coup en arrière il entend
Le lourd galop d'un cheval haletant,
C'est une rosse étique
Qui marche à coups de trique,
Elle a pour cavalier
Un certain estafier
Qui d'une voix pleurarde,
Autant que papelarde,
Supplie en gémissant de vouloir l'écouter
Et sur-le-champ de s'arrêter.
Il jure ses vrais dieux qu'il y va de la vie
De la malade qui se meurt d'hémorragie.
« Ne craignez rien ma parole d'honneur,
« On vous payera, Mossieu le docteur, »
Fait-il d'un grand geste héroïque,
En élevant sa main droite et sa trique,
Pour prendre le ciel à témoin.
Stramonis à son tour aussi lève le poing,
En protestant du fond de l'âme
Que ce n'est pas l'argent, mais bien la sainte flamme
Du devoir médical
Qui lui sert de fanal.
N'empêche pas qu'il trouve, en dedans, débonnaire
De rater le château
Pour un accouchement sans le moindre honoraire;
Mais comme le pauvre a le postérieur dans l'eau,
Sa volonté mollit sans résistance,
Devant la pressante insistance
De l'obstiné roublard
Qui n'est, vous le pensez, autre que Machelard.
L'aventure manque de charme;
Comme un voleur repris par un gendarme,
Le médecin rebrousse à regret son chemin,
Quant au château, bonsoir! sera-t-il temps demain?
D'ailleurs il est trempé comme une vieille ombrelle
En naufrage, chapeau, vêtements, tout ruisselle,
Il est plus dégouttant qu'un malpropre arrosoir
Et serait conspué des lapins de couloir.
Cette fois le docteur au lit trouve Fanchette,
Elle souffre un peu plus, sans qu'il soit très pressant
D'intervenir, mais elle a la venette,
Elle a grand'peur de ce qu'elle ressent,
Elle ne comprend rien aux captieux arcanes
De l'élasticité des féminins organes;
Un enfant, c'est si gros
Qu'il ne sortira point sans lui briser les os.
Il est impossible qu'il vienne
Sans l'opération dite césarienne :
Elle a fait une chute environ vers janvier
Aussi depuis le mois dernier
L'enfant n'a pas donné grand signe d'énergie;
Quant à l'hémorragie
Rien de grave, il y a plus de peur que de mal.
C'est un prétexte encor de ce vieil animal
De Machelard pour amener en hâte
Ce médecin de bonne pâte.
Celui-ci résigné ne se révolte pas,
Mais il a le frisson et puis songe au trépas
De tous ceux qu'il a vus mourir de pleurésie,
Ou même de phtisie,
Pour un *bacillant* chaud et froid.
Ce qui l'angoisse par surcroît,
C'est qu'en vrai médecin, il craint la médecine
Qui voulant vous sauver parfois vous assassine;
Digitale, aconit, émétique, kermès,
Notre docteur voyait tous les poisons d'Hermès,
Se livrer des combats et d'épiques batailles
Dans le champ clos de ses entrailles.
Il fallait à tout prix changer de vêtement
Pour ne pas s'exposer à souffrir bêtement.
Il eut pour s'échapper infiniment de peine.
Tout en continuant de tricoter sa laine,
La mère Machelard chantait
Qu'elle avait peur de voir mourir sa fille
Si le docteur de nouveau la quittait.
Le Machelard, toujours bon père de famille,
Disait : « Si l'on se met en frais de médecin
« Ce n'est pas pour qu'il soit par voie et par chemin. »
Le docteur fit appel à l'obscure éloquence
Médicale, il parla de présentation
Du môme, aussi de sa position,
Ensuite, pour sa dernière défense,
Prétendit qu'il avait besoin d'un instrument,
Peut-être d'un médicament
Renfermé dans le fond d'une secrète armoire,
Enfin toute une histoire...
Il sera là du reste en temps utile.
Après cette promesse, il s'esquive, puis file.
Il venait de quitter le chemin du village,
Lorsqu'il vit au tournant un rapide équipage :
C'était sur un train jaune un coupé noir très beau
Qu'il reconnut pour être du château.
Il reconnut non moins bien la figure
De celui qui trônait dans la riche voiture :
Le docteur Péculat; c'était un médecin
Qui pratiquait dans un gros bourg voisin.
Tandis que Stramonis faisait piteuse mine
Mouillé, trempé, transi jusqu'au bas de l'échine,
Péculat le lorgnait d'un air supérieur
En le gratifiant d'un salut gouailleur.
La pilule était très amère,
Pendant que Stramonis faisait l'homme de bien
Et barbottait pour rien,
L'on avait envoyé chercher son bon confrère.
Morale à retenir de notre premier chant
C'est que la charité rapporte pas d'argent.

CHANT DEUXIÈME

Il était dégouttant, l'eau pissait de ses poches,
Madame le reçut... avec force reproches!
Sa redingote neuve et son plus beau chapeau
Étaient dans un état... Venait-il du château
Ou bien de la rivière?
Il avoue humblement, en baissant la paupière,
Qu'il s'est mis en retard [chelard.
Pour un accouchement. « Chez qui? — Chez Ma-
«—Tu rates le château, franchement, c'est trop bête,
« Pour qui? Pour Machelard! Mais tu perds donc [la tête.
« Voudrais-tu, malheureux, nous voir mourir de
« Tu ne seras payé par ce vieil aigrefin [faim?
« Qu'en grimaces de singe; il n'a ni sou ni maille,
« Et ces bons clients-là nous mettront sur la paille. »
A cela que répondre? Et c'était dit d'un ton
Que n'eût pas renié la hautaine Junon.
Madame, vous savez, était beau brin de femme,
Et ses yeux noirs avaient bravement mis en flamme
Le cœur de Stramonis lorsqu'il avait trente ans.
Noirs aussi ses cheveux et très blanches ses dents,
Elle était sans excès de formes plantureuses,
Un ferme composé de lignes sinueuses.
Le docteur Stramonis, comme tout médecin,
Était tenté parfois en palpant un beau sein,
En caressant de l'œil des chairs blondes et roses,
En frôlant de l'index de délicates choses...
Quels brûlants combats! Mais l'adultère désir
Retournait chez Madame en conjugal plaisir.
Une fois cependant notre mari modèle
Fut jésuitiquement un époux infidèle,
En rêvant à la chair d'une blonde Laïs,
Pour elle il caressa... Madame Stramonis.
C'était au fond un assez bon ménage,
Mais les mauvais clients mettaient Madame en rage;
Jugez si Machelard, en place du château,
Lui semblait un joli cadeau!
Le mari tête basse, à l'aide de la bonne,
Dételle Colibri, l'essuie et le bouchonne,
Enlève les coussins, remise le panier,
Et tout docteur qu'il est fait le palefrenier,
Avant d'avoir changé de gilet de flanelle,
Bien qu'il soit morfondu du nez à la semelle.
Le pauvre se disait pour consolation,
Qu'il faisait après tout une bonne action,
Car l'opulente châtelaine
Pourrait s'offrir des docteurs par douzaine
Tandis que pour la fille à Machelard,
On ne trouverait pas même un vétérinaire
Qui serait assez débonnaire

Pour lui donner gratis les secours de son art.
Mais il cache cela dans le fond de son âme,
Craignant d'être tancé vertement par Madame.
Tout à coup il entend un bruit de pas hâtés,
La sonnette bondit à coups précipités,
Le maire Cocagne a besoin de sa science,
Deux fois on est venu pendant sa longue absence.
Au diable... Il veut au moins changer de pantalon,
Car cet orage l'a détrempé tout du long.
« Monsieur y va », répond presto la domestique,
Car elle connaît bien son maître à la pratique.
En effet, il y court : ce maire est un croquant,
Ancien ânier, jaloux, brutal, méchant,
Il serait périlleux de froisser l'intrigant.
« Vite, vite, docteur, accourez, cela presse.
« Les Cocagne sont tous plongés dans la tristesse. »
Quel mal est donc tombé sur ces infortunés?
Ils font tous peine à voir, même Monsieur le maire
Qui finit par clamer dans sa douleur amère :
« Mon pauvre enfant, docteur, s'est fourré dans le [nez
Un haricot boulot, jugez si c'est horrible! »
Ainsi voilà le cas terrible
Pour lequel on relance à grands cris le docteur!
Stramonis sort sa pince et rentre sa fureur,
A grand'peine il extrait cette graine venteuse
Et retourne chez lui, d'humeur assez hargneuse.
« Monsieur, quelqu'un attend dans votre cabinet, »
Fait la servante, mais elle s'arrête net
En voyant un regard de violente colère
Jaillir des profondeurs de sa noire paupière.
« Qu'on me fiche la paix,
« Je n'y suis pour personne! »
Enjoint-il à la bonne,
Dont cette fois la crainte émeut les seins épais.
Il monte enfin pour changer de flanelle,
De chemise, de tout, de chaussure et de bas,
Car il est frissonnant du haut jusques en bas,
Il sent que sa santé ne bat plus que d'une aile,
Il aurait grand besoin d'un tonique aliment,
Avant de retourner à son accouchement.
Il descend, mais tandis qu'il va vers la cuisine,
Il en est empêché par une limousine
Qui barre le chemin
Et vient pour relancer le pauvre médecin.
C'est le client que la servante
A laissé dans l'attente,
C'est de nouveau cet obsédant pendard,
Cet exaspérant Machelard.
Il dit que sa Fanchette
A chaque instant répète
Qu'elle veut le docteur, qu'elle a peur de mourir
Et que sans nul secours on la laisse périr.
« A son premier enfant, que le diable m'emporte
« Si toute femme en mal ne dit pas qu'elle est [morte,
« Tout ça pour le plaisir d'embêter l'accoucheur,
« Et puis après la délivrance,
« Le mois n'est pas passé que vite on recommence! »
Fait Stramonis avec une pudique aigreur.
Il ajoute qu'il tombe
De fatigue et de faim,
Que si Machelard veut sa fin,
Lui ne veut pas la tombe.
« Ah s'il vous faut manger, glapit le vieux roussin,
« Vous n'êtes pas bâti pour être médecin! »
C'était bien envoyé, de plus c'était logique,
Néanmoins Stramonis essaie une réplique :
« Moi je ne compte pas; mais nom d'un bistouri!
« Faut-il crever aussi mon pauvre Colibri?
« Tenez, allez chercher une voiture
« Et je vais aussitôt chez vous je vous le jure,
« Je ne puis rien de mieux. »
Machelard fait semblant de s'essuyer les yeux,
La voiture et ses frais lui coupent l'éloquence
Et lui font avaler du jus de patience.
Il hésite beaucoup, puis part en grommelant.
Il voudrait que gratis on sauvât son enfant.
Monsieur Machelard, bon voyage!...
Stramonis promptement demande le potage;
Il va manger, tout seul comme un lépreux
Tandis que, dans la chambre de Madame,
Sautent ses trois enfants comme des bienheureux.
A la course il les voit, ses enfants et sa femme;
Peu père et peu mari lorsqu'on est médecin,
Et de plus quand il pleut c'est un métier malsain.
A peine est-il à table
Qu'éclate un carillon épouvantable :
Cette horrible sonnette! Ah! quel supplice affreux!
Pour chacun de ses coups, on perd quatre che- [veux.
N'ayant pu faire, hélas! un voyage de noce,
A cause de l'argent et du saint sacerdoce,
Il avait, pour jouir d'un bonheur bien entier,
Rembourré sa sonnette avec du vieux papier.
Mais toute nuit de noce est d'essence fugace,
Tandis que chaque jour cette sonnette agace.
C'est maintenant Célestine Sapin,
Elle souffre beaucoup d'une grosse molaire
Qui ne lui permet plus de mastiquer son pain,
Ni de dormir : il faut l'extraire...
« Que le diable l'emporte, elle avec son chicot.
« J'ai mal aux dents moi-même et je les garde!
« Dépêchez-vous d'apporter le gigot. »
Abandonnant la soupe, il se lève et regarde
En tirant un coin des rideaux :
La fille à voir fait peine, elle courbe le dos,
De sa petite main elle étreint sa mâchoire,
La bonne lui répond : « Le docteur est absent. »
Dolente elle s'en va sans faire aucune histoire;
Mais voilà qu'en passant
Sous la salle à manger, elle s'est retournée;
En voyant le docteur
Elle est plus qu'étonnée,
Elle le croyait bon et le surprend menteur.
Ce n'est pas très gaîment que Stramonis empoche
De cette pauvre enfant le regard de reproche.
Malgré l'orgueilleux rang de l'illustre accoucheur,
Il existait entre eux une entente de cœur;
C'est à vingt ans à peine une petite fée,
Dont les agiles doigts nourrissent cinq enfants
Et sa mère en veuvage, ivrognesse fieffée.
Parfois il lui disait des mots encourageants
Pour la réconforter dans cette lourde tâche,
Et s'il perd son estime, au fond, cela le fâche,
Il devient pessimiste et trouve l'homme laid,
Le pain amer; le gigot lui déplaît.
« Monsieur, le cheval est malade, »
Vient dire la servante en donnant la salade.
« Allons! ça devait arriver,
« Il ne lui manque plus, bon dieu, que de crever! »
Fait Stramonis jetant sa serviette.
Il trouve Colibri dans la paille couché,
Le front morbidement penché.
De son souper, il n'a touché miette.
Le docteur tout pensif, sur la crotte à genoux,
Empoigne du poney l'inférieur maxillaire,
Pour lui tâter soigneusement le pouls,
Selon l'art du vétérinaire.
Les enfants sont autour du petit animal,
Un pleur coule à leur nez de leur point lacrymal,
Comme s'il s'agissait d'un compagnon d'école,
Ou d'un jeune cousin atteint de la rougeole.
« Tu l'as donc surmené pour ces mauvais clients.
« Qui, tu sais, n'en seront jamais reconnaissants, »
Reproche avec aigreur Madame,
Et le poney paraît l'approuver dans son âme
En la remerciant d'un regard triste et doux,
Sans dévoiler pourtant qu'il a reçu des coups.
Le docteur fait appel à sa thérapeutique
Pour finir par prescrire un remède empirique :
Nitrate de potasse, ainsi qu'un peu de miel,
Dans de l'eau chaude, avec une prière au ciel,
Dite par la maman, afin que Dieu bénisse
La savante ordonnance et que Colibri pisse.
A peine rentre-t-on dans la salle à manger,
Que la sonnette vient encor tout déranger.
« C'est la veuve Sapin, Monsieur! — Cette sou- [larde? »
Mais Stramonis se repent aussitôt
D'avoir laché ce mot,
Car cette langue de poissarde
Brode au lavoir de malfaisants pamphlets
Dont on reçoit maints camouflets,
Et puis sans doute elle vient pour sa fille,
Faire des embarras de mère de famille.
Le docteur autrement ne serait pas fâché
D'atténuer l'effet de son vilain péché
De mensonge inhumain, vis-à-vis Célestine :
Il reçoit cette femme à la terreuse mine,
Au nez tout bourgeonné par l'ignoble poison
Qu'elle avale à grands coups sous couleur de bois- [son.
Pour cette fois qu'elle n'était pas ivre,
Elle parla presque aussi bien qu'un livre,
Sa fille avait eu tort, dit-elle, de sonner
Avant de s'informer de l'heure du dîner.
Mais elle souffre tant! elle est toute pâlotte!
« Ça n'est pas du dîner qu'il s'agit, saperlotte,
« C'est avant tout que j'ai trop peu de temps,
« Ce soir pour arracher les dents.
« Pourtant, tenez, avant que je ne sorte,
« Envoyez-la, si sa rage est trop forte;
« Mais dépêchez... je n'ai pas un instant... »
Din din din... la sonnette encore qu'on entend.
« Monsieur! C'est pour aller chez Madame Fontaine,
« Elle craint d'accoucher!
« — Qu'elle aille se coucher!!!
« Elle me fait aller depuis une semaine.
« — Mon ami, cette dame a droit à quelque égard,
« Elle vaut mieux pour nous que tous les Machelard.
« — Eh bien, dis que j'irai dès que je serai libre;
« Jamais je ne serai de force et de calibre
« A les contenter tous. — Tu dois d'abord voir ceux
« Qui sont de bons clients, avant les malheureux.
« — Possible, mais j'ai donné ma parole...
« Ne faut-il pas aussi que quelqu'un les console?
« — Va, tu seras toujours un pauvre médecin!
« Si tu veux arriver, imite ton voisin,
« Le docteur Péculat, bientôt il sera riche...
« Crois-tu qu'après ta mort tu seras mis en niche,
« Comme un Vincent de Paul pour ton humanité,
« Quand tu nous laisseras à la mendicité? »
Péculat qu'il venait de croiser en voiture!
Le préférer à lui... Quelle mortelle injure!!!
Stramonis, se dressant comme un homme indigné,
Relève d'une main son toupet dépeigné;
« Nous sommes, répond-il, d'humeur incompatible
« Et je serai toujours pour vous un incompris,
« Je ne puis plus longtemps vous tenir lieu de cible.

« Quand je serai parti, vous connaîtrez mon prix,
« Je m'en vais m'embarquer sur un *transatlantique*,
« J'aime mieux naufrager que tourner en bourrique
« Sous votre cotillon ! » Il dit, et furibond,
S'apprête à sortir tout d'un bond.
Le mot *transatlantique* est d'un effet terrible
Sur toute la famille ; elle voit, chose horrible,
Ce père, cet époux,
Faire naufrage et tomber sous les coups
Des peuplades sauvages,
Peut-être dévoré par des anthropophages ;
La mère et les enfants alors fondent en pleurs,
Et poussent des sanglots à fendre tous les cœurs,
En se représentant leur père en côtelettes,
Dépecé tout saignant, sans couteau ni fourchettes.
« Papa ! petit papa ! ! ! ne t'en va pas ! ! ! »
Criaient-ils, l'enlaçant de leurs blancs petits bras.
« On ne fait pas cela, dit en pleurant la mère,
« Abandonner les siens, ce n'est pas d'un bon père.
« — Madame ! coupez court à vos gémissements,
« Je vous expédierai tous mes appointements. »
C'était une leçon, pour Madame un peu dure,
Un camouflet craché tout droit dans la figure.
Elle baissa la tête, elle se repentit.
A l'instant, Stramonis sentit
En lui se faire une détente ;
Il prétendit d'une voix mollissante
Qu'assurément c'était la faute des clients,
S'il avait envoyé des mots mortifiants,
Et l'on signa la trêve paternelle
Sur le dos de la clientèle.
Un grand coup de sonnette, à cet épanchement,
Vient succéder trop brusquement :
Stramonis, cette fois, sans colère devine
Que ce doit être Célestine.
Mais il faut bien aussi songer aux Machelard ;
S'il arrivait trop tard !
Si l'enfant venait par l'épaule !
Lui, Stramonis, n'aurait pas un beau rôle.
Célestine en effet vient dans le cabinet,
Elle est toute dolente,
Mais dit que pour l'instant sa dent n'est plus souf- [frante.
A d'autres contez ça, Stramonis s'y connaît,
Il sait que par métallothérapie,
La sonnette un moment calme l'odontalgie.
La nuit en deuil arrive, il allume un bougeoir.
« Allons vite ! Il vous faut asseoir, »
Fait-il sans commentaire,
« Car, ma belle, ce soir
« J'ai beaucoup trop à faire
« Pour gaspiller mon temps.
« Ouvrez le bec... Voyons ces dents... »
Ensuite il place la cuvette,
Sur les genoux de la fillette,
Il s'arme de la clé du fameux Garangeot,
Puis en homme de l'art qui n'est pas un manchot,
Bien qu'elle soit au fond, cette molaire,
Et que l'enfant se rejette en arrière,
D'un coup il fait jaillir la dent du maxillaire.
« Oh !... » Célestine en piétinant
Se comprime la joue...
Le médecin content ferait presque la roue.
« Cette dent, lui dit-il, tout ronronnant,
« Ne vous démangera jamais plus maintenant, »
Le gaillard est heureux de ce coup difficile
Mais il ne s'endort pas, il faut que vite il file,
Toujours pour Machelard.
Tout en plaisantant Célestine
Il s'apprête aussitôt pour hâter son départ ;
Il prend le laudanum, le forceps, l'ergotine...
Din din ! le carillon de nouveau retentit :
C'est encore pour le petit
De Cocagne le maire.
De rechef, ils sont consternés.
L'enfant aux haricots, hélas ! saigne du nez.
« Qu'il aille au diable, fait le docteur en colère,
« Ils abusent de moi... Qu'ils fassent du boudin
« Avec le nez du petit marcassin. »
Et ce disant, il peste, il jure.
Le maire prendra ça bien sûr pour une injure,
Ma foi tant pis, il part rapidement.
Mais au bout du village,
Il se voit arrêter par un rassemblement,
Et de travers, on vous le dévisage ;
C'est là qu'habite la Sapin.
La mégère s'agite en faisant du potin.
Sitôt qu'elle aperçoit Monsieur le médecin
Méchamment son œil brille :
« Ah ! vous voilà, fait-elle, entrez pour voir ma fille !
« — Madame qu'est-il donc arrivé de fâcheux?
« On m'attend, vous savez, expliquez-vous bien [vite.
« — Vous êtes le bourreau de ma pauvre petite,
« Monsieur, pour une dent vous en arrachez deux ! »
Vous voyez le tableau ! Le docteur examine
Avec anxiété les dents de Célestine,
Le crochet de l'outil sans doute avait glissé,
Au lieu d'une, en effet, il manquait deux molaires
Extraites fraîchement des trous alvéolaires,
D'un seul temps, d'un seul coup, l'arracheur a bissé.
« Là ! vous voyez ! » disait d'une voix glapissante
La Sapin triomphante.
Célestine au contraire excusait le docteur,
Elle affirmait qu'elle avait eu grand peur,
Qu'elle s'était rejetée en arrière ;
Et la bonne enfant, de cette manière,
Expliquait l'accident.
Stramonis dit qu'il remettra la dent,
Qu'il la repiquera dans sa rouge alvéole.
L'une entend *el* apostrophe *avérole*,
L'autre, d'un esprit plus malin,
Affirme que le médecin
A dit qu'il remettrait la dent dans la *virole*.
Comme on ne comprend pas, on le trouve très fort.
Lui pas bête en profite et promptement il sort,
Comme des temples saints sortent les graves [suisses,
Brandissant son forceps qui fait serrer les cuisses ;
Car ces femmes ont peur du formidable engin
Qu'elles trouvent trop gros, pour leur cœur féminin.
Il s'en va donc et vers sa maison s'achemine
En emmenant sous son bras Célestine.
A peine ont-ils frotté leurs pieds sur le palier,
Qu'avec pesant fracas arrive un cavalier.
« Après avoir quêté dans tout mon voisinage
« Je n'ai point pu trouver, docteur, un équipage,
« Mais sur Coco montez et filez au galop, »
Dit ce client qu'on connaît déjà trop.
Stramonis fait une drôle de tête
En voyant dans sa cour cette cocasse bête.
C'est un animal rouge ayant l'air d'un chameau,
Ses deux oreilles sont sur son crâne couchées
Et sa lippe pendante allonge son museau.
De fantastiques chevauchées
Ce pegasinus fait rêver.
« Cette fois, si vous voulez arriver
« A temps pour sauver ma petite,
« Monsieur, il faut partir de suite
« Sans quoi cela sera trop tard »,
Chantait en pleurnichant l'éternel Machelard.
« Attendez, mon ami, pour une cause urgente
« Il vient d'entrer une cliente...
« Est-ce que ce cheval est doux ? [vous. »
« — Un vrai mouton, docteur. — Bientôt je suis à
Où chercher maintenant la dent de Célestine?
La cuvette est dans la cuisine,
Mais elle ne veut pas au docteur le nier,
La servante a jeté les dents sur le fumier.
Il y court en heurtant le père de Fanchette
Qui traîne à ses talons, comme un chien à roulette,
Son étrange animal.
Le Machelard sous son cheval
Culbute exagérant l'effet de la poussée
Croyant se rendre intéressant ;
Mais Stramonis n'y prend pas garde, sa pensée
Activement se meut vers un but plus pressant,
Il lui faut à tout prix retrouver la dent saine ;
Hélas ! autant chercher des huîtres dans la Seine !
Espérant brouter là quelque brin d'aliment,
Coco s'approche également ;
Lui, pauvrement nourri par un maître trop chiche,
Il découvre du foin dans ce fumier de riche,
Il tire et fait venir un gâteau de crottin :
Quelque chose de blanc aux yeux du médecin
Apparaît sur ce fond verdâtre !
C'est une dent d'albâtre ! !
Sans carie et sans trou, c'est une bonne dent.
Stramonis l'aperçoit, la prend,
S'il est heureux, ça se devine...
Pour la laver, il court à la cuisine.
Machelard, qui ne comprend rien
A ces courses bizarres,
Se demande à part lui si ce docteur a bien
Sa tête, pour jouer ainsi tout seul aux barres ?
Mais s'il en veut un autre, il le faudra payer,
Et pour principe il a de ne pas délier
Les durs cordons de cuir de sa vieille escarcelle.
Toujours suivi de sa maigre haridelle,
Il veut se rapprocher tout près du cabinet,
Mais le cheval qui broute n'est
Pas d'un avis conforme, obstiné de nature
Ou bien gourmand, il veut rester à la pâture ;
L'éloquent Machelard
Le traite de pendard,
De *carne*... Enfin, à bout de rhétorique
Il vous lui persuade, à grand renfort de trique,
De suivre son doux maître avec empressement,
Au lieu de paître goulûment.
Dans ce temps, Stramonis remet dans l'alvéole
La dent et prie avec ferveur pour que ça colle.
« Mon enfant, vous ne mangerez
« Ni parlerez
« Sans ma permission », dit-il à Célestine.
Tant pis si cela la chagrine.
« — Mais je... » Silence ! ou bien de rien il ne ré- [pond.
Ce disant, il lui plaque une main sur le front,
L'autre dessous son joli menton rond,
Comme pour refermer du coup sa tabatière ;
Ensuite, il taille une lanière
De diachylum jaune en mentonnière,
D'un ovale encadrant, pour plus de sûreté,
De la fille Sapin le visage fûté.
Il n'avait pas fini qu'à la porte l'on frappe,
Que dans le corridor l'on piétine et l'on tape.
« Entrez, » dit Stramonis de très mauvaise humeur.
Mais aussitôt, il recule de peur,

C'est Machelard, toujours avec sa bête,
Qui vient montrer sa chamelière tête.
« C'est par trop fort en vérité, »
Clame le docteur irrité,
« Mon cabinet est-il une écurie? »
Le tendre Machelard prend sa tête ahurie,
Il pleure, il geint, il dit : « Fanchette va mourir,
« Enfourchez mon cheval et faites-le courir.
« — Mais oui, c'est entendu, la bête est-elle sûre?
« — Tout ce qu'y a de bon, docteur, je vous l'assure.
« — C'est bien, passez devant,
« Moi, j'y serai peut-être avant
« Votre arrivée. » Il dit et met en bandoulière,
Son forceps attaché par une cordelière.
C'était ingénieux et pas embarrassant,
Quant à monter Coco, c'est toute une autre affaire,
Il n'est pas cavalier, l'animal le pressent :
Quand Stramonis approche, il lui tend le derrière.
Pour le hisser, la bonne a l'emploi d'écuyer,
Mais c'est un fait exprès, pas l'ombre d'étrier,
Ça n'irait guère bien pour monter à l'anglaise.
La servante approche une chaise,
Coco lui n'en veut pas et d'un coup de sabot,
Il en fait un fagot.
Le docteur se repent, au lieu d'histologie,
De n'avoir pas appris l'hippologie,
Et surtout l'équitation
Au lieu d'avoir bâillé dessus l'hypopion,
Chapitre intéressant de l'ophtalmologie.
Avant d'être docteur, soyez donc cavalier,
C'est un sage précepte à ne pas oublier.
Notre homme sur ce point, hélas! manquait d'étude
Au moins autant que d'habitude,
Et l'on fut obligé d'aller chez un voisin
Pour hisser, sur Coco, l'accoucheur médecin.

CHANT TROISIÈME

Il fait un très beau clair de lune,
Oublieux de sa peu cavalière infortune,
Stramonis maintenant veut faire le faraud
En trottinant à travers le village,
Mais pour mieux prolonger le plaisir du voyage,
Coco refuse net de parader au trot.
Ce n'est pas le jockey qui dirige l'allure,
C'est bel et bien sa fantasque monture.
Il faut passer devant les ruines d'un manoir
Que les gens du pays évitent vers le soir :
De nocturnes bandits c'est un affreux repaire,
— Si cela n'est pas vrai, du moins c'est légendaire;
Mais un fait très certain,
C'était qu'un dimanche matin,
Tout près de là, dans le champ à Jérôme,
On avait découvert le cadavre d'un homme.
Comme mobile au crime on donnait le larcin,
Sans avoir jamais pu pincer notre assassin.
Il est vrai que Monsieur le Maire,
Détail à remarquer dans cette louche affaire,
Avait hâtivement fait enlever le corps
Pour l'enfouir *presto* dans l'asile des morts.
Depuis lors, tout autour de la zone tragique,
Il régnait dans la nuit une folle panique.
Pour traverser cet endroit dangereux,
Notre médecin pique avec ardeur des deux,
Peut-être avait-il peur du mort marchand de bœufs;
Mais elle n'a pas peur, la bête pégasine,
A promener au pas toujours elle s'obstine.
Arrivé dans les champs, Coco veut broutiller,
Il festonne ou s'implante au hasard du fourrage,
Et Stramonis n'a rien pour de bon le fouailler.
A taper du talon il se met tout en nage,
Coco s'en trouve bien, peut-être il a besoin
De ces chocs répétés pour ensacher son foin.
A la fin, Stramonis énervé s'exaspère;
Dans un coup de colère,
Il casse le cordon qui retient son forceps
Et cogne sur la bête à grands tours de biceps.
Tout étonné, Coco dresse sa laide oreille,
Il ne s'attendait pas à cravache pareille;
Il se jette en plein champ
Tout en lâchant
Un feu roulant de pétarades,
Et tout en pétardant galope à fond de train
Sur toute espèce de terrain :
Il triture du pied des choux et des salades,
Des oignons, des poireaux. D'un arpent labouré,
Il file dans un pré
Ventre à terre et s'abat tout auprès d'une mare.
Cette fois le jockey démarre
Et pique une tête dans l'eau.
Par bonheur, Stramonis nage comme un barbeau,
Il reparaît bientôt à la surface,
Tandis que têtards nains et grenouilles en masse
Se sauvent vite et droit
Au contact dur et froid
Du forceps formidable
Qu'en guerrier redoutable
Notre accoucheur n'a pas lâché.
Pour grimper sur le bord il s'est même accroché
Avec son instrument; bientôt il s'oriente :
La maison Machelard est au bas de la pente,
Béni soit Dieu, car c'est tout près,
Il n'a qu'à traverser deux prés.
Notre pauvre docteur, détrempé comme l'arche
Du canotier Noé, semblait la pluie en marche,
Nonobstant, il s'avance, enflant sa dignité,
Pour tenter de sauver au moins la gravité
Du sacerdoce; à peine eut-il ouvert la porte,
Le visage blafard, la tête sans chapeau
Et le corps tout verdi par les lentilles d'eau,
Qu'en le voyant attifé de la sorte,
La tribu Machelard d'un fou rire éclata,
Aussi bien les parents que le gendre et la fille;
Le plus bouffon, ce fut que lui tout seul resta
Gardant le sérieux d'un âne qu'on étrille.
Quand chacun en eut ri jusqu'à se faire mal
Au ventre, Machelard s'informa du cheval :
Préférant de beaucoup saccager la prairie,
Le chameau n'était pas rentré dans l'écurie.
Notre accoucheur, après son plongeon dans l'é-
[tang,
N'avait pas retrouvé ce rossard d'impur sang.
Il pouvait dévaster les champs et les fourrages,
Colporter la panique à travers les villages,
Il pouvait se blesser, s'occire, être volé,
Tant pis pour le docteur s'il s'était envolé,
Il était de Coco tout à fait responsable,
Le maquignon était on ne peut plus capable
De le lui faire voir.
La tragique aventure était archicomplète,
Et l'on n'offrait pas même au docteur un mouchoir
Pour s'éponger. Seule, Fanchette,
Charitable entre deux douleurs,
Après avoir senti sur son pubis les pleurs
Des manchettes mouillées,
Dit que Monsieur avait certainement
Besoin d'un autre habillement.
On lui cherche aussitôt des défroques souillées
Par l'âge et le labeur;
Car pour un accoucheur,
On ne veut pas risquer les habits du dimanche,
On sait qu'en travaillant il n'a pas la main blanche.
Un complet de velours
Tout à fait hors d'usage et des souliers très lourds,
Avec une agreste chemise
De toile raide et bise,
Vont remplacer le linge et l'habit du docteur.
Il s'aperçoit avec douleur
Que le pantalon a de trop voyantes pièces
D'un bleu criard, aux genoux comme aux fesses,
Le bourgeron trop court ne les pouvait cacher.
Pour donner à choisir, le gendre va chercher
Une capote large et grande :
C'est très sacerdotal comme belle longueur,
Cela pourrait passer pour une houppelande,
Mais c'est... plaignez notre pauvre docteur,
Une capote d'artilleur.
Le col monte jusqu'à l'oreille,
Les deux pans ne sont point d'une longueur pareille
Et la manche en mitaine arrive au bout du doigt,
Une guérite enfin, il n'y manque qu'un toit.
Mais lui ne voit pas ça; sous l'habit militaire,
Il s'efforce d'avoir l'allure cavalière;
D'ailleurs utilement, la capote a du bon,
Car elle peut cacher les bleus du pantalon,
Et dût-on rire un brin de cette mascarade,
Cela vaut pourtant mieux que de tomber malade.
De Fanchon l'état vint faire diversion,
En concentrant toute l'attention.
On l'avait fait lever; du lit à la fenêtre
Elle se dandinait lourde, elle envoyait paître
Son mari dont le nom était Sylvain;
Voulant la consoler, il s'approchait en vain,
Elle le repoussait avec une frimousse
De petit chat fâché. « Tiens! ne me touche pas! »
Lui faisait-elle en s'écartant d'un pas,
Sur le point de griffer. Elle ne semblait douce
Que pour son accoucheur
Qu'elle gobait quand même en artilleur,
Et Stramonis flatté de cette préférence [tance.
Reprenait quelque aplomb et quelque air d'impor-
Etonnante la femme au douloureux moment!
Comme s'il avait fait l'enfant lui seulement,
Elle accuse l'époux, de reproches l'accable,
Et le pauvre Sylvain, honteux comme un coupable,
Baissait le nez et confus se taisait.
Dans un instant de calme, à la mère il disait
Qu'elle devrait manger pour passer la veillée;
Après quelques façons, la vieille ensommeillée
Alla chercher, dans un placard,
Un pâté de cochon dont il manquait un quart.
Ce qui ne manquait pas, c'était l'ail, l'échalotte.
Au docteur, par acquit, gauchement on marmotte
Quelques mots d'invitation,
Mais il refuse avec effusion,
C'est assez de sentir l'horrible infection.
Sur un coin de la table,
Notre aimable Sylvain
Dépose un bleu litre de vin.
L'accoucheur fait un nez épouvantable,
Cette chambre à coucher est trop riche en odeurs,
Contre l'infortuné, tout s'acharne et se ligue!
Le guignon le poursuit, il a tous les malheurs
Fourbu d'émotions, de sommeil, de fatigue,
Bien sûr il donnerait un morceau de sa peau,
Pour avoir un fauteuil, mais il n'a qu'une chaise
Étroite et raide, un vrai perchoir pour un corbeau

Où quand on est assis on est très mal à l'aise.
Notre héros pourtant ne s'abandonne pas,
Il luttera s'il faut jusqu'au trépas.
En attendant cette gloire posthume,
Dans un coin il avise un matelas de plume
Que par ses ordres l'on avait
Retiré du lit de la patiente,
Car pour une parturiente,
Une planche vaut mieux qu'un trop moelleux duvet.
Décidément Fanchette était sa providence,
En le voyant bâiller, la bonne fille pense
Que le docteur désirerait dormir,
Surmontant sa douleur, s'arrêtant de gémir
Elle dit à sa mère :
« Monsieur peut-être a besoin de repos ? »
Mais avant qu'il réponde à cet humain propos,
En importun survient Machelard père :
Après s'être excusé, la main
A sa casquette, il fait le tour du médecin
Comme d'un meuble étrange et dont la provenance
Dépasserait sa connaissance;
Puis enfin il lui dit tout en goguenardant :
« *Quien quien quien!* Vous v'là donc artilleur [maintenant !! »
Notre docteur trouvait l'apostrophe un peu verte,
Malgré tous ses efforts, c'était attaque ouverte,
Contre le sacerdoce. Il était furieux
De se voir brocarder par cet effronté vieux.
Tout en se dandinant sur ses jambes d'ivrogne,
« Ça va-t-y bien aller? » demande à l'accoucheur,
De son air méfiant, le pendard sans vergogne;
Il décoche un regard plein de doute au docteur,
Puis un vineux regard de pitié sur sa fille.
« Va-t'en, lui dit la mère de famille,
« Va t'en et ne viens pas ici nous ennuyer...
« — C'est bon, on s'en ira, pas besoin d'appuyer,
« Je m'en vas chez Guillaume. »
Ce Guillaume tenait l'auberge de la *Paume*.
Avant de s'en aller, toutefois, le madré
Ajouta : « Vous savez, Coco n'est pas rentré? »
Le médecin était trop las pour bien comprendre
Le but auquel Machelard voulait tendre,
L'un était un naïf, l'autre un coquin adroit.
Ce qui préoccupait avant tout le pauvre homme,
C'était de conquérir un coin pour faire un somme;
Devant la cheminée on grelotte de froid
Malgré le feu, la porte s'ouvre en face,
La fenêtre a de l'air, aussi quoi que l'on fasse
Et qu'on soit au printemps, le vent coulis vous glace;
Il est pourtant un coin, mais c'est un vrai tombeau
Humide au pied du lit, sur le malsain carreau,
Rien qu'à le regarder, l'on tousse et l'on s'enrhume,
Peut-être cependant avec le lit de plume...
Mais voilà que Fanchette appelle sa maman,
Elle parle à voix basse
D'une nécessité qu'il faut qu'on satisfasse.
Notre accoucheur n'a pas besoin de trucheman
Pour comprendre la chose,
Mais lui présent, la jeune femme n'ose;
Décidément c'est un cœur d'or,
Elle voudrait aller dans l'obscur corridor.
« Non, tu prendrais froid, dit la mère;
« Ma fille, y a pas là de quoi te chagriner,
« Pour l'accoucheur on doit pas se gêner. »
Pauvre docteur ! Encore une pilule amère...
Il a beau fermer l'œil, il comprend par le bruit
Qu'on cherche l'ustensile en la table de nuit.
Fanchette voudrait bien que l'artilleur sommeille;
Avec anxiété, son regard le surveille;
Elle ne consent point à s'accroupir avant
Que se mère et Sylvain lui fassent paravent;
On croirait voir un tableau de famille, [nille !
Mais c'est une autre odeur qu'un parfum de va-
Et Stramonis songeait qu'au lieu d'être accou- [cheur,
Il vaudrait parfois mieux n'être qu'un vidangeur.
Lorsqu'il leva les yeux, les autres les baissèrent,
Et tout honteux, d'un instant ne bougèrent.
Lui hautain se redresse, il se gonfle les flancs
Et les fixe tous trois avec de gros yeux blancs;
Tandis que le trio de l'incident s'afflige
Il a lui, dans le pot, repêché son prestige;
Son avantage est clair,
Il sait en profiter pour aller prendre l'air.
La scintillante nuit avait pris sa parure
D'éblouissants brillants, et la douce nature
A sa robe avait mis des fleurs de cerisier,
Des lilas en bouton, des bouquets de poirier,
Elle avait ajouté les brunes giroflées,
Des baisers du printemps et de parfums gonflées.
Un rossignol ardent vocalisait au loin,
Dans les saules d'un pré tout vert de jeune foin,
Tandis qu'autour de lui régnait un blanc silence.
A peine Stramonis goûtait la différence
Des plaisirs sains du promeneur
Et des embêtements du métier d'accoucheur,
Que la tremblante chienne à mamelle pendante
Vient dans ses jambes se jeter;
Elle le regardait de façon agaçante,
Comme pour l'avertir d'avoir à se hâter,
Elle ne voulait pas qu'il filât la ballade
Tandis que sa maîtresse était au lit malade.
Lorsqu'il rentra, rien de nouveau;
La mère Machelard appuyait son museau
Sur ses deux bras croisés au dossier de la chaise,
Et pointait de côté son fessier mal à l'aise,
En tapinois Sylvain
Sirotait le gros vin.
Dans l'âtre un autre ennui, le combustible fume,
Et dire que Fanchette en a jusqu'au matin,
Pour le pauvre docteur quel canulant destin !
Que faire? Sans rien dire, il prend le lit de plume,
L'installe malgré tout dans le lugubre coin,
Et l'égalise à coups de poing;
Puis observant toujours un silence farouche
Fléchit sur les genoux, pivote, enfin se couche;
Mais le lit emplumé s'affaise sous son poids,
Il compte avec son dos les carreaux durs et froids,
N'importe, sa fatigue est telle
Qu'il brûlerait une chandelle
Pour rendre grâce aux dieux.
Il se recroqueville,
Comme un colimaçon, au fond de sa coquille,
Et clôt les yeux.
Jamais pauvre homme,
N'aspira tant à faire un somme.
Il vint un suave moment,
Où Stramonis ne distinguait la plainte
De notre femme enceinte
Que comme un bercement.
Ce court repos durait depuis une minute,
Lorsque survint à la porte un pas lourd.
En vain notre accoucheur veut-il faire le sourd,
Ce survenant amène une dispute.
Vous l'avez deviné, c'est toujours Machelard,
Son nez très allumé reluit comme du lard,
Et c'est en combinant des manœuvres savantes
Qu'il dirige en marchant ses pattes chancelantes.
« Pardon, notre artilleur »,
Fait-il en regardant vers le coin du docteur,
Puis allongeant sa lippe
A la chandelle il allume sa pipe.
« Ma pauvre fille, va! fait-il en pipottant;
« Et Coco, reprend-il, est-il à l'écurie?
« — Dieu qu'il est embêtant ! ! »
S'écrie en le poussant la maman en furie.
« Va le chercher, Coco.—Moi! mais je n'en puis plus,
« J'ai trop d'émotion et j'en suis tout perclus.
« Tu ne veux pas de moi! Je r'allons chez Guillaume.»
Stramonis cherche en vain à reprendre son somme:
Il entend sous le lit un maudit grattement
Qui met le comble à son agacement.
Serait-ce une souris? Un rat rongeur qui ronge?
Un moment il y songe,
Mais ce n'est pas cela, ça sent le chien mouillé,
C'est en effet la chienne à pendante mamelle;
Que veut-elle donc faire? Et pourquoi gratte-t-elle?
N'est-ce point qu'elle aurait souillé
Près de lui le carreau? Elle aussi, la cochonne!
Il l'aperçoit dans l'ombre, après elle il ronchonne,
Et du pied et du poing sous le lit la poursuit,
Tandis qu'à l'autre bout la pauvre bête fuit;
Elle se ratatine, elle se fait petite,
Mais il rampe et la suit jusqu'à son dernier gîte.
Par ses malheurs l'accoucheur est aigri,
On entend des coups sourds, parfois suivis d'un cri.
Réveillés en sursaut par l'obscure bataille,
Et ne devinant pas ce dont il s'agissait,
Le gendre et la maman de leur chaise de paille
Se lèvent effarés. « Monsieur ! Monsieur ! » disait
Sylvain, et le croyant malade
S'apprête à l'asperger de l'eau
Dont on s'était servi pour laver la salade.
« De l'eau ! fait l'artilleur se dressant du tombeau,
« Mais je suis délavé des pieds jusqu'à la tête,
« Tournez votre jet d'eau plutôt vers cette bête
« Qui gratte sous le lit. »
La pauvre chienne, prise en ce flagrant délit,
Tremblait en dirigeant du côté de Fanchette
Son regard suppliant. A grands coups de pincette
Brutalement Sylvain la pourchassa.
Avec des regrets Stramonis pensa
Qu'après tout cette bête aimait bien sa maîtresse
Et qu'elle avait pitié de sa détresse.
Pour réparer moralement
Le mal dont il était la principale cause
Stramonis s'approcha du lit d'accouchement
En s'efforçant d'inventer quelque chose
De consolant. Fanchette se tordait
Sur son lit de misère :
Pour quand cela sera? Mon Dieu, que ça tardait !
De loin en loin, elle appelait sa mère,
Puis elle gigottait oubliant la pudeur
Sous l'étreinte de la douleur.
Vers minuit Stramonis, en regardant l'horloge,
Avait prédit : ce sera pour demain.
Fanchette à nouveau l'interroge,
En se tapant l'abdomen de la main ;
Le médecin l'exhorte à prendre patience,
Et lui dit : « Vous accoucherez au jour. »
Il ne faut pas trop risquer la science
En précisant; glisser, tourner autour,
Parler par parabole, ou par autre tournure,
Faire en un mot des réponses d'augure,
Ainsi doit procéder tout avisé docteur,
S'il désire passer pour habile accoucheur.
Fanchette aurait voulu finir à la minute.

« Que vous accouchiez vite aussi je voudrais bien,
« Repartit Stramonis, mais, hélas ! pas moyen.
« Désirez-vous qu'on vous charcute ?
« Non, moi non plus, et je n'en ferai rien. »
Il dit et dans son coin l'artilleur se recouche,
Avec la bonne humeur d'un hérisson farouche.
Mais il ne dort pas plus qu'avant, car de nouveau
Fanchette se penchant et pointant le museau,
A voix basse appelle sa mère
Qui répond en ronflant ; la fille réitère
Ses appels, c'est en vain.
Alors elle s'adresse à son mari Sylvain,
Il ronfle aussi. De plus en plus pressante,
Elle hausse le ton d'une voix haletante,
Puis enfin elle fait un éloquent effort,
Mais ce n'est pas de ceux par lesquels l'enfant sort.
Réveillés en sursaut, la maman et le gendre
Se bousculent en chœur pour aller vite prendre
Une cuvette. En se baissant tous deux
Il font carambolage en se cognant au mieux.
De plus pour comble de déveine,
Cette cuvette est pleine
D'eau de savon ; pendant ce temps,
Fanchette s'évertue en efforts palpitants,
Et lorsque enfin notre cuvette arrive,
C'est trop tard, le torrent a débordé sa rive !
Ce n'était plus un vase qu'il fallait,
En ce moment, c'était
Un balai pour pousser jusques au tas d'ordure
Cette indigestion d'épaisse nourriture.
O mon pauvre artilleur, votre blonde Fanchon
Avait aussi mangé du pâté de cochon !
Et ferme ça puait l'ail avec l'échalotte.
Honteuse elle en était, mais trop tard saperlotte !
Et comme l'huis bâillait largement par-dessous
L'odeur revint longtemps avecque des remous.
Vidangeur, vidangeur, ton métier méphitique
N'est que parfums et fleurs auprès de l'obstétrique !
Pour s'abstraire le nez de cette puanteur,
Pour forcer le sommeil, notre pauvre accoucheur,
Faisant appel au sens philosophique,
Essaye de noter la complexe musique
Qu'avec des cris, des pleurs,
Arrachent à Fanchon les croissantes douleurs :
D'abord, sur un ton bas, c'est une lente plainte,
Ensuite sous l'étreinte
Du mal, la note se haussant,
La mesure elle aussi varie en se pressant,
Puis progressivement de nouveau le ton baisse,
La mesure se ralentit,
La douleur cesse.
Mais promptement, après un court répit,
Dans un *rinforzando*, la plainte recommence.
Au fond ça n'est pas gai cette souffrance ;
Aussi comme il ne peut s'amuser ni dormir,
Notre accoucheur finit par découvrir,
— Plus savant qu'on ne pense —
Que peut-être, après tout, il était plus heureux
Que le petit paquet geignant et douloureux
Qui se tordait sur le lit de misère,
Sans même avoir l'espoir du bonheur d'être mère,
Car tout pronostiquait que l'enfant était mort.
Ayant ainsi pensé de sa torpeur il sort,
Il se raidit contre la lassitude,
Et prenant une douce et vaillante attitude,
Dans sa capote d'artilleur,
Il trouve un mot consolateur
En palpant le nombril de sa blonde cliente.
Et comme si la volonté
De l'accoucheur aidait la patiente,
Le pénible travail, avec rapidité,
Se met à progresser, les douleurs expulsives
Se suivent de plus en plus vives.
Bientôt Fanchon par-dessus le moulin
Envoie et la pudeur et même la chemise.
Notre chaste artilleur d'une discrète main,
Et d'une attention pudique autant qu'exquise,
Recouvre du blanc drap ce qui se doit cacher.
Mais bientôt il ne peut, hélas ! rien empêcher,
Il lui faut enlever, torcher mainte souillure,
Que je n'ose nommer, crainte de faire injure
Au sexe délicat auquel on doit l'amour.
Ce n'est pas tout encor, vlan, en pleine figure,
De la poche des eaux crevant comme un tambour,
Il reçoit une douche...
A peine a-t-il le temps de s'essuyer la bouche,
La tête va passer, il lui faut secourir
La fragile cloison dont une déchirure
Peut pour toujours flétrir
La belle créature.
La mère Machelard dit qu'elle en va mourir,
Fanchon crie à son tour qu'elle se sent périr.
Vraiment notre artilleur fait rien moins que la fête,
C'est tout au plus s'il ne perd pas la tête.
Enfin voilà l'enfant,
Mais comme on prévoyait, on ne l'a pas vivant.
Sylvain s'approche de Fanchette
En cachant une larme, elle comprend, lui jette
Au cou les bras ; tous deux étouffant un sanglot
S'étreignent suffoqués sans prononcer un mot.
Plus qu'une pâle nuit de neige fin décembre,
Ce petit mort produit un grand froid dans la
[chambre.
Mais de la mère il faut s'occuper vivement
Si l'on ne veut risquer un mauvais dénouement.
La complication est grave,
Heureusement notre artilleur est brave,
Le sang de ses clients ne l'épouvante pas,
Il vous a retroussé ses manches sur ses bras,
Puis imitant les procédés d'usage,
Il se fraye un passage
Glorieux, à travers l'organe endolori ;
Mais nom d'un bistouri
C'est un rude travail d'agir dans ces chairs fermes,
Qu'on trouve plus souvent dans les rustiques
[fermes,
Que sous les cotillons de Paris les plus beaux.
Notre Fanchette a peur d'éclater en lambeaux.
« Vous me faites trop mal ! Vous me crevez le
[ventre !
« Laissez-moi, je vous dis, je préfère mourir. »
L'accoucheur persistait, il fallait en finir, [rentre
L'huis s'ouvre tout à coup... C'est Machelard qui
Ivre comme une grive ayant trop de raisin,
Il crie au meurtre, à l'assassin !
Il saisit l'artilleur par ses pans de capote
Et tire tant qu'il peut, si bien que le docteur
Et son persécuteur
S'étalent l'un sur l'autre en faisant la pelote.
Notre accoucheur, bien loin de se fâcher,
Se relève en triomphe, il a l'heureuse chance
D'avoir pu, dans sa chute en arrière, arracher
Le drapeau de la délivrance.
« Sauvée ! Elle est sauvée ! ! » annonce l'artilleur,
Et l'on rit, l'on s'embrasse, on pleure avec bonheur,
L'accouchée elle aussi sourit dans sa pâleur ;
Machelard tout seul boude
En se frottant le coude ;
Il se plaint, le douillet, que partout il a mal.
Il geint en ronchonnant comme un vieil animal :
On le regarde et l'on pouffe de rire...
C'est cependant un drame, un drame à la Shakes-
S'étant avec le docteur embrouillé [peare,
De rouge il est tout barbouillé,
Horreur ! Damnation !! Ce sang qui le maquille,
C'est celui du drapeau ! c'est celui de sa fille !!
Promptement Stramonis reprend son sérieux,
Il bombe la poitrine, il roule de gros yeux,
Son orgueil volontiers jouerait de la trompette,
Car il se sent très fier d'avoir vidé Fanchette ;
Sa capote lui semble un vêtement sacré,
Il ordonne, il s'impose à tous bon gré mal gré.
Vraiment cet accoucheur épique
Sous l'habit militaire est beau comme l'antique.
Aussi n'a-t-il pas sourcillé,
Lorsque, son noir costume encore étant mouillé,
Il se trouve forcé de partir en capote,
Il la fera respecter, saperlotte !..
D'ailleurs c'est beaucoup trop matin
Pour rencontrer quelqu'un sur son chemin ;
A peine si la blanche et virginale aurore,
Rougit, sous le soleil qui dore
D'un libertin baiser sa timide pudeur
Qu'armé de son forceps s'en va notre artilleur.

CHANT QUATRIÈME

Il respire à plein nez l'odorante atmosphère
Tandis que doucement le vert plateau s'éclaire.
Comme de grands bouquets tout ronds les cerisiers,
Ainsi que les sapides merisiers,
Se détachaient en blanc sur la verdure,
Et les oiseaux sous la ramure,
Comme des artisans gais et laborieux,
Préludaient au travail par des concerts joyeux ;
Les pinsons et les geais, les coucous et les merles,
Les grives, les loriots entrechoquaient les perles
Limpides plus ou moins de leurs chants en fouillis,
Tandis qu'au loin, d'un humide taillis,
Ruisselait en flots d'amoureuse musique
De l'ardent rossignol la plainte poétique.
L'artilleur commençait à croire en ce moment
Qu'il ambulait pour son seul agrément,
Mais derrière il entend une marche pressée,
Puis une voix haletante, oppressée...
Cette fois c'est la mère Machelard,
Qui vient le relancer à propos du moutard,
« Monsieur ! il n'est pas mort ! » clame la bonne
[femme,
Et son allure dit le trouble de son âme.
« Comment pas mort ! lui fait l'accoucheur indigné,
« Vous vous moquez du monde ! ! !
« — Il a crié, Monsieur ! que le ciel me confonde
« Si je ne dis pas vrai. » De l'air tout renfrogné
D'un faiseur d'épitaphe
Avant décès, craignant d'avoir fait une gaffe,
Notre artilleur, honteux comme un renard
Qu'une poule aurait pris, vous suit la Machelard.
On murmure, on gémit dès qu'on le voit paraître ;
Perplexe il prend l'enfant, le porte à la fenêtre...
Il se rassure enfin... Le décès est constant
Et le mort est bien mort dans la mort persistant.
C'était au lourd fessier de l'ample belle-mère,
Qu'on devait cette farce amère.
Sur une chaise où l'on avait posé l'enfant,
Par balourdise
Elle s'était assise,

Puis avec effroi se levant
Elle avait prétendu, la plaisante pécore,
Que le moutard sous elle avait grouillé,
Et qu'il avait fait *couic*. Pendant qu'elle pérore,
Notre accoucheur ensommeillé,
Et de nouveau repris par la fatigue,
Se retire fourbu, tout en traînant la gigue.
Son orgueil est éteint, il va faire grand jour.
Il porte des regards craintifs tout alentour,
Heureusement il n'entrevoit personne.
La circonstance est bonne
Pour sans esclandre arriver jusqu'au bois.
Par maint détour, en tapinois,
Il gagnera son domicile,
Et désormais tranquille,
De champêtre artilleur,
Redeviendra grave docteur.
L'homme propose,
Le ciel dispose,
Et tout à coup à deux ou trois cents pas,
Il aperçoit, de la chasse, le garde
Costumé de velours de haut jusques en bas.
Il voudrait se cacher, mais l'autre le regarde,
Il est nouveau dans le pays,
De parti pris
Il fait du zèle.
La situation ne s'annonce pas belle,
Et si le docteur est pincé,
Peut-être sera-t-il de son poste évincé
Par la rumeur publique,
Car même en république,
On n'admet pas qu'un accoucheur
Exerce l'obstétrique en galant artilleur.
Dans un taillis épais le médecin se jette.
Mais soupçonneux déjà notre garde le guette.
Est-ce un voleur, un braconnier?
Ou bien même un plus gros gibier?
Qu'est-ce donc que l'engin brillant qu'il cache
Et qui pourtant n'a pas l'air d'une hache?
Le pauvre Stramonis détale de son mieux.
Le garde a du jarret et n'a pas froid aux yeux.
Ils vont courant tous deux à perdre haleine.
Ils foncent à travers les taillis, la garenne,
Ils forcent même les halliers,
Droit devant eux, comme deux sangliers.
Mais bientôt un coup part, le plomb siffle à l'oreille
De notre intrépide artilleur
Qui n'avait jamais eu d'épouvante pareille.
Si le fusil est parti par erreur,
En accrochant un arbre,
Le docteur, pâle comme un marbre,
N'a pas le temps de l'aller voir.
Heureusement il vient d'apercevoir
Un cabanon de terre et de branchage
Comme en font dans les bois, à la mode sauvage,
Les bûcherons avec du gazon en talus,
Il s'y jette épuisé, soufflant, n'en pouvant plus,
Avec un pieu de bois, il condamne la porte,
Tout au moins de la sorte
Il sera protégé contre les coups de feu,
Et pourra respirer un peu.
Pas longtemps, car il entend qu'on approche.
Au plus frêle espoir on s'accroche
Dans ces horribles cauchemars,
Le toit de son blockaus crève de toutes parts,
C'est un point à noter, et, tandis que le garde
Veut la porte enfoncer,
Stramonis, sans que cela tarde,
Veut par un trou du toit passer.
Il est déjà dehors jusques au ventre
Quand la porte s'effondre; aussitôt le garde entre
Et tandis qu'il saisit le fuyard au talon,
D'autres terribles mains le tirent par la tête;
Chacun de le tirer se faisant une fête
Rabote l'accoucheur en vrai scieur de long.
Mais ce plaisir est court: la cabane s'écroule,
Et sous elle nos gens s'amalgament en boule,
On hurle, on se cogne, et, de ses murs mal bâtis.
L'on tire comme on peut chacun ses abatis,
Mais voilà bien plus fort qu'un fécondant clystère:
Ils étaient deux, ils se retrouvent trois!
D'où vient-il ce troisième, est-il sorti de terre?
Non. C'est un bûcheron qui travaillait au bois,
C'est un aide, un témoin, il a prêté main forte,
Puis avec l'homme en velours, il escorte
L'artilleur prisonnier.
Bon Dieu, dans quel état est notre pauvre diable!
Cette fois on ne peut nullement le nier,
Il a tout à fait l'air d'un malandrin pendable.
Son œil gauche est poché,
Son nez tout écorché,
Sa capote une loque
Et son cerveau bat la breloque.
Ses deux cornacs ne le connaissent pas,
Il est d'ailleurs méconnaissable
Sous cet aspect on ne peut plus minable,
Et tout droit de ce pas,
On le conduit au maire.
C'est une grave affaire!!
Cocagne à leur aspect dissimule un papier,
« Qu'est-ce qu'y a? demande-t-il au garde.
« — Monsieur le maire, y a que ce particulier
«M'a l'air d'un malfaiteur dont il faut prendre garde.
« — En effet dit Cocagne, il est mal habillé.
« — Pardon, Monsieur le maire, »
Répond notre artilleur d'un organe éraillé
Par les émotions, « en quatre mots j'espère
« Mettre une fin à ce malentendu... [homme...
« Vous me connaissez bien, je suis un honnête
« — Si je vous connais, moi? je veux être pendu.
« Garde, sait-on comment ce vagabond se nomme?
« — Je suis le médecin, ça n'est pas défendu,
« Et je vous prie...
« — Le médecin dans cet équipement!
« D'où sortez-vous, bon Dieu? Non, de ma vie!
« — Monsieur je reviens d'un accouchement... »
La farce est par trop forte, ils s'esclaffent de rire.
Le pauvre Stramonis ne sachant plus que dire,
Ou bien ne trouvant pas de meilleur argument,
Exhibe son forceps de dessous sa capote,
« Voilà, fait-il, l'instrument qui dénote
« Si je mens. — Ça, c'est un engin
« Pour aller farfouiller dans les trous à lapin, »
Dit le garde tout fier de cette découverte.
L'artilleur en est bleu, tant il la trouve verte;
Le bûcheron rigole et ne sait pas pourquoi.
« C'est sérieux, Messieurs, reprend bientôt le maire,
« Je veux bien convenir, étant de bonne foi,
« Quoique la chose soit pour le moins singulière,
« Que je connais cet homme et qu'il est médecin,
« Mais le parquet m'informe en une lettre,
« Qu'en campagne l'on va de nouveau se remettre
« Pour du marchand de bœufs découvrir l'assassin.
« Il est, dit-on, dans le pays... peut-être
« Dans ce village... Eh bien, en voyant apparaître,
« Avec l'individu, cet outil imprudent,
« Je me suis souvenu que l'instrument du crime,
« Était, a dit le juge, un outil contondant. »
Stramonis se sentant pousser vers un abîme
Se demande s'il dort ou s'il est éveillé... [lique,»
« Assassin! contondant!! C'est plus qu'hyperbo-
Finit-il par répondre à ce maire empaillé.
« Il m'appelle père bourrique! »
Crie aussitôt Cocagne en prenant à témoin
Ceux qui sont comme lui bons à manger du foin.
« Pardon, Monsieur! j'ai dit *hy-per-bo-lique*.
« — *Père bolique!* Mais morbleu, ça ne dit rien,
« Rien de rien, tandis que père bourrique!
« Je suis ancien ânier, Mossieu, je le veux bien,
« Mais j'aimerais mieux être une bête de somme
« Que d'être comme vous, Mossieu, malhonnête
Il dit, puis fait mander Chardon, [homme.»
Chardon garde champêtre,
Pour mettre
Au violon
Cet accoucheur patibulaire,
En attendant les ordres du parquet.
Chardon est un ex-militaire,
Un soulard émérite, il boit comme un baquet;
S'il est encore en vie,
Il le doit au docteur;
Mais en vain Stramonis fait appel à son cœur,
Plus que tout cœur humain, un cœur d'ivrogne
Et le docteur par lui ne sera pas lâché. [oublie,
Chardon en est fâché,
Mais il doit obéir aux ordres de son maire.
Notre accoucheur alors s'y prend d'autre manière
Il dit à son geôlier qu'il tombe de besoin,
Qu'on ne passe pas loin
De la maison et qu'on pourrait bien prendre
Un verre de cognac et du bon! puis se rendre
Après à la prison.
L'offre du cognac touche au bon endroit Chardon,
Il regarde en arrière
S'il n'est pas vu du maire,
S'enfile par la porte avec son artilleur,
Tandis que la bonne ouvre étreinte par la peur.
« Vite, allons, du cognac une bonne bouteille! »
Fait Stramonis. Son plan marche à merveille,
Il excite l'ivrogne: « Allons, buvez, mon vieux. »
Il boit lui-même et se sent beaucoup mieux.
« Buvez... A la santé... Buvez donc, camarade,
« Avec ce cognac-là l'on n'est jamais malade;
« Hein? C'est fièrement bon...
« — Chouett', appuye en avalant Chardon,
« Il est cent fois meilleur que notre maire...
«—Certes, dit le docteur, il n'en vaut pas un verre.»
Et tout en le soûlant, il lui conte l'affaire.
L'autre n'y comprend rien,
Accoucheur, artilleur, il ne saisit pas bien,
Mais son cœur s'attendrit et son regard se mouille.
« Monsieur est un digne homme, un excellent
« Cocagne une affreuse fripouille. » [docteur,
Il finit par presser sur son sein l'artilleur,
Puis au lieu du captif emmène la bouteille.
Enfin il est bien temps que l'artilleur sommeille,
Il verrouille sa porte, il est bien décidé
— Il en prévient la bonne —
A n'ouvrir pour personne,
Le malade fût-il à moitié décédé.

ÉPILOGUE

Un an s'est écoulé, le pays est en fête,
Sur la place du bourg, la population
Crie à tue-tête,
Avec la plus louable intention:

« Vive notre rosière!
« Vive Monsieur le maire!! »
De l'église défile un cortège imposant :
On y voit les pompiers et le garde champêtre
A côté d'une dame au ventre intéressant,
Le maire enfin vient de paraître,
Il met son personnel en rang,
Tout en donnant le bras à la rosière en blanc.
Elle est très gentille personne,
Brune, mince et mignonne,
Avec de fins yeux noirs très doux
Qui ne chercheront pas les bébés sous les choux.
Il ne lui manque rien... hors une dent molaire,
Arrachée à son rose et mignon maxillaire,
L'autre tient fort bien par réimplantation,
Et la merveilleuse opération,
Devenant légendaire histoire,
De Stramonis a fait la gloire.
Cocagne... Tout d'abord sachez qu'on l'a cassé
Que Stramonis l'a remplacé.
Notre rosière, on le devine,
C'est la petite Célestine.
« Vive Monsieur le maire! entend-on de partout,
« Vive le bon docteur!! » Et c'est ce cri surtout
Qui flatte Stramonis, car cette renommée
Ne s'évanouit point, comme l'autre, en fumée,
Il arrache à présent un grand nombre de dents,
Et chaque extraction l'enrichit de deux francs.
C'est pour notre docteur une belle journée.
La fortune vers lui s'est en plein retournée,
On est venu de loin, la Machelard en noir
Et sa fille Fanchette ont de près voulu voir
Comment c'était une rosière.
Quant à l'accouchement ce fut une autre affaire :
Coco ne rentra pas,
Mais bien qu'eût disparu la trace de ses pas,
On dit qu'il ne fut pas perdu pour tout le monde,
Il fallut le payer une somme assez ronde
Au fripon Machelard, si bien que Stramonis
Fit cet accouchement, hélas! plus que gratis.
Passons, c'est une vieille histoire.
Pour aujourd'hui, c'est triomphe et victoire,
Mais comme son bon peuple exulte avec excès,
Notre roi philosophe en a bien vite assez.
Pareil à l'engueuleur dans une apothéose,
Un fangeux chien noir ose
De Stramonis salir le pantalon,
Il va le frapper du talon
Quand il le reconnaît, c'est la chienne à Fanchette,
La même qui voulait rester sous la couchette,
En bon et fidèle animal
Qui sent que maîtresse a du mal.
Tout en la caressant : « Vois-tu, dit-il, ma mie,
« Ce qu'on a de meilleur après tout, dans la vie,
« C'est le bon souvenir du bien que l'on a fait,
« Lors même que l'on a méconnu le bienfait. »
Et ces deux pauvres chiens qui semblent se com- [prendre
Échangent en secret un furtif regard tendre.
Vive le bon docteur! vive l'homme de bien,
Qui purge, sonde, accouche et vous guérit pour [rien!
Quant au méchant Cocagne
A l'ombre il méditait sur les plaisirs du bagne,
Au lieu de notre médecin
C'est lui que l'on avait pincé comme assassin.

Dr Petrus Bevor.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie des sciences, par 46 voix sur 57 votants, a nommé associé étranger M. le professeur Lister, en remplacement de Richard Owen.

— Conformément au décret du 31 mars 1885, le président du Conseil, ministre de l'Intérieur, a décerné aux personnes ci-après désignées des médailles d'honneur ou des mentions honorables en témoignage du dévouement dont elles ont fait preuve au cours de l'épidémie cholérique de 1892 :

Médailles d'or. — MM. les docteurs Attimont, médecin des hôpitaux de Nantes; — Aymard, délégué sanitaire du ministre de l'Intérieur dans les départements du Pas-de-Calais et du Morbihan; — Barié, médecin des hôpitaux, à Paris; — Bertin, médecin des épidémies de l'arrondissement de Nantes; — Bouloche, délégué sanitaire du ministre de l'Intérieur dans le département de la Manche; — Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, président du Comité consultatif d'hygiène publique de France; — Brousse, conseiller municipal de Paris, conseiller général de la Seine, membre du Conseil d'hygiène et de salubrité et du Comité permanent des épidémies de la Seine; — Broussin, médecin-adjoint des épidémies de l'arrondissement de Versailles; — Caron, médecin-adjoint des hôpitaux du Havre; — Colin, inspecteur général, président du Conseil de santé des armées, membre du Conseil d'hygiène et de salubrité et du Comité permanent des épidémies de la Seine; — Cotoni, médecin à Oissel; — Courbet, médecin-adjoint des hôpitaux au Havre; — Crimail, médecin des épidémies de l'arrondissement de Pontoise; — Critzmann, délégué sanitaire du ministre de l'Intérieur dans le département du Nord; — Delabost, médecin à Rouen; — Dubousquet-Laborderie, médecin à Saint-Ouen, médecin délégué des épidémies; — Fernet, médecin de l'hôpital Beaujon, à Paris; — Girode, délégué sanitaire du ministre de l'Intérieur dans les départements de la Seine-Inférieure, de l'Eure et du Pas-de-Calais; — de Grissac, médecin à Argenteuil; — Hallette, médecin des épidémies de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer; — Le Roy des Barres, chirurgien à l'hôpital de Saint-Denis; — Lesueur, médecin des épidémies de l'arrondissement de Bernay; — Levraud, conseiller municipal de Paris, conseiller général de la Seine, membre du Conseil d'hygiène et de salubrité et du Comité permanent des épidémies de la Seine; — Manouvriez, médecin des épidémies de l'arrondissement de Valenciennes; — du Mesnil, secrétaire du Comité consultatif d'hygiène publique de France, délégué sanitaire du ministre de l'Intérieur dans le département de la Seine-Inférieure; — Peter, médecin de l'hôpital Necker, à Paris; — Renault, médecin des hôpitaux, médecin-vérificateur des décès, à Paris; — Reumaux, chargé du service des épidémies, à Dunkerque; — Widal, délégué sanitaire du ministre de l'Intérieur dans le département de l'Oise.

MM. les internes Masure, des hôpitaux de Lille; — Poupidor, des hôpitaux de Paris, délégué sanitaire du ministre de l'Intérieur dans le département du Morbihan; — Rautureau, des hôpitaux de Nantes; — Thibaut, des hôpitaux de Lille.

MM. les internes-provisoires Jeannin, à l'hôpital temporaire du bastion 36, à Paris; — Le Juge de Segrais, à l'hôpital temporaire du bastion 36, à Paris.

Mmes Anselme, dite Deschâteaux, en religion sœur Adélaïde, à Cherbourg; — Carette, en religion sœur Sainte-Marcelle, supérieure des sœurs de l'Hôtel-Dieu, à Cherbourg; — Charvet, née Robert, sous-surveillante à l'hôpital de la Pitié, à Paris; — Sœur Sainte-Eulalie, religieuse hospitalière de la congrégation de Bon-Secours, à Boulogne-sur-Mer; — Sœur Sainte-Mathilde, religieuse hospitalière de la communauté des sœurs de Bon-Secours, à Boulogne-sur-Mer; — Ozanne, née de Latteignant, surveillante hospitalière au nouvel hôpital du Havre.

Médailles de vermeil. — MM. les docteurs Babinski, chargé d'un service des cholériques à l'Hôtel-Dieu, à Paris; — Bourcy, médecin du Bureau central, chargé d'un service des cholériques à l'Hôtel-Dieu, à Paris; — Bourdet, médecin à Cherbourg; Delarue, fils, médecin à Dieppe; — Delpeuch, médecin du Bureau central, chargé du service des cholériques à l'hôpital Lariboisière, à Paris; — Deschamps, médecin-inspecteur adjoint au service des épidémies, à Paris; — Deshayes, médecin-adjoint des épidémies, à Rouen; — Didier, médecin-adjoint des hôpitaux, à Rouen; — Dupuy, médecin à l'hôpital de Saint-Denis; — Fioupe, médecin de l'hôpital de la Conception, à Marseille; — Fleury, inspecteur de la prison Bonne-Nouvelle, à Rouen; — Hellet, maire de Clichy; — Hubert, médecin à Cherbourg; — Lemaire, médecin au Tréport; — Lesage, ancien interne des hôpitaux, chargé du service des cholériques à l'hôpital Saint-Antoine, à Paris; — Leudet, médecin-adjoint des hôpitaux, à Rouen; — Lucas, conseiller d'arrondissement à Monfort-sur-Risle; — Massart, médecin de l'hôpital d'Honfleur; — Michaux, médecin à Aubervilliers; Mouton, membre adjoint de la Commission d'hygiène publique et de salubrité du XIe arrondissement, à Paris; — Pedrono, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lorient; — Roger, médecin du Bureau central, chargé du service des cholériques à l'hôpital

Saint-Louis, à Paris; — Siredey, médecin du Bureau central, chargé d'un service de cholériques à l'Hôtel-Dieu, à Paris; — Tourdot, à Sotteville-lès-Rouen; — Touvenaint, médecin-inspecteur adjoint du service des épidémies, à Paris.

MM. les internes Boutin, au nouvel hôpital du Havre; — Lasserre, à l'hôpital Beaujon, à Paris; — Léonard, au nouvel hôpital du Havre; — Souesme, au nouvel hôpital du Havre.

Mmes Gaveau, en religion sœur Charles-Joseph, à l'hospice de Cherbourg; — L'Excellent, en religion sœur Laurent-Joseph, à l'hospice de Cherbourg; — Marié, sous-surveillante hospitalière au nouvel hôpital du Havre; — Rosset, sous-surveillante à l'hôpital Necker, à Paris; — Vaslot, en religion sœur Charles, à Cherbourg.

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Ardouin, médecin à Aubervilliers; — Balard d'Herlinville, médecin du service municipal spécial au Havre; — de Bossy, médecin du service municipal spécial, au Havre; — Bottard, médecin du service municipal spécial, au Havre; — Bouju, directeur du sanatorium, au Havre; — Bréchot, médecin de l'hospice de Caudebec; — Broquet, médecin à Gonesse; — Brousse, médecin du Bureau de bienfaisance, à Saint-Étienne; — Carrère, médecin du service municipal spécial, au Havre; — Cuisinier, médecin des épidémies de l'arrondissement de Calais; — Desmontils, à Graville-Sainte-Honorine; — Dugardin, médecin du service municipal spécial, au Havre; — Duliscouët, médecin à Lorient; — Ehrhardt, médecin inspecteur suppléant du service des épidémies, à Paris; — Engelbach, médecin du service municipal spécial, au Havre; — Fauvel, médecin du service municipal spécial, au Havre; — Fortin, médecin-adjoint à la prison Bonne-Nouvelle, à Rouen; — Frémont, médecin du service municipal spécial, au Havre; — Frottier, médecin du service municipal spécial, au Havre; — Gargam, chef de service à l'Hôtel-Dieu de Rouen; — Génot, médecin de l'Assistance publique, pour la circonscription de Vézelise; — Grajon, délégué sanitaire du ministre de l'Intérieur, dans le département de la Manche; — Gressin, médecin cantonal des épidémies, à Montivilliers; — Gros, médecin en chef de l'hôpital Saint-Louis, à Boulogne-sur-Mer; — Guerlain, médecin à Boulogne-sur-Mer; — Guillemart, médecin à Port-Louis; — Guilmin, médecin du service municipal spécial, au Havre; — Herbart, médecin du Bureau de bienfaisance, à Dunkerque; — Homery, directeur-médecin en chef de l'asile des aliénés de Quimper; — Houzel, médecin à Boulogne-sur-Mer; — Hurpin, médecin à Caule-Sainte-Beuve; — Iszenard, médecin-adjoint de l'hôpital de Saint-Denis; — Jacquot, médecin à Creil; — Jaugey, médecin à Ouville-la-Rivière; — Jouet, médecin à Luneray; — Jullien, médecin du service municipal spécial, au Havre; — Karth, médecin à Paris; — Laffitte, médecin-inspecteur suppléant du service des épidémies, à Paris; — Lallemant, médecin à Dieppe; — Lansiès, médecin du service municipal spécial, au Havre; — Lassime, médecin à Port-Louis; — Launay, directeur du Bureau municipal d'hygiène du Havre; — Laurent, médecin à Sanvic; — Lecesne, médecin du service municipal spécial, au Havre; — Le Gad, médecin du service municipal spécial, au Havre; — Lenhardt, médecin du service municipal spécial, au Havre; — Leroy, médecin du service municipal spécial, au Havre; — de Lignerolles, médecin du service municipal spécial, au Havre; — Lorentz, médecin du service municipal spécial, au Havre; — Magalon, maire de la Bouille; — Marquézy, médecin des épidémies de l'arrondissement de Neufchâtel; — Mazade, inspecteur départemental de l'Assistance publique, à Marseille; — Ménétrier, délégué sanitaire du ministre de l'Intérieur dans le département de la Manche; — Michaut, médecin à Gonesse; — Napieralski, médecin de l'état civil et du Bureau de bienfaisance, à Pont-Audemer; — Omont, membre du Conseil d'hygiène de Pont-Audemer; — Ovion, chirurgien en chef de l'hôpital de Boulogne-sur-Mer; — Panel, directeur du Bureau municipal d'hygiène de Rouen; — Parisot, médecin des épidémies de l'arrondissement de Nancy; — Patin, médecin à Boulogne-sur-Mer; — Pouy, médecin du service municipal spécial du Havre; — Powilewiez, médecin du service municipal du Havre; — Raoul, médecin à Saint-Ouen; — Renan, médecin du service municipal spécial, au Havre; — Ridenl, médecin en chef de l'hospice d'Elbeuf; — Roger, médecin du service municipal spécial, au Havre; — Rotillon, médecin à Paris; — Schrœder, médecin à Paris; — Signez, médecin à Paris; — Sourice, médecin du service municipal spécial, au Havre; — Testelin, médecin à Argenteuil; — Thobois, médecin à Saint-Ouen; — Thomeuf, médecin à Lorient; — Toussaint, médecin à Argenteuil; — Warenghem, médecin de l'hôpital de Calais; — Vauquelin, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lisieux; — Waquet, médecin à Lorient; — Wurtz, délégué sanitaire du ministre de l'Intérieur dans le département du Calvados.

M. Tanche, médecin du Bureau de bienfaisance à Armbouts-Cappel.

MM. les internes Bouju, à l'Hôtel-Dieu de Rouen; — Briend, au nouvel hôpital, au Havre; — de Cool, à l'Asile d'aliénés de Bonneval; — Cordebart, au nouvel hôpital, au Havre; — Damourette, à l'hôpital Necker, à Paris; — Dubrisay, à l'Hôtel-Dieu, à Paris; — Ettlinger, à l'hôpital Lariboisière, à Paris; — Leconte, à l'Hôtel-Dieu de Rouen; — Lefebvre, à l'Hôtel-Dieu de Rouen; — Martel, à l'Hôtel-Dieu de Rouen; — Petit, à l'Hôtel-Dieu de Rouen; — Sion, à l'hôpital de Saint-Denis; — Thiercelin, à l'hôpital Saint-Antoine, à Paris.

MM. les internes provisoires Collinet, à l'Hôtel-Dieu annexe, à Paris; — Gellé, à l'hôpital de la Pitié, à Paris; — Hobbs, à l'Hôtel-Dieu annexe, à Paris; — Josué, à l'hôpital Saint-Louis, à Paris; — Petit, à l'Hôtel-Dieu annexe, à Paris.

MM. les pharmaciens Gattiker, du nouvel hôpital du Havre; — Lépouzé, à Monville.

Mmes Castets, née Salmon, suppléante à l'hôpital Lariboisière, à Paris; — Culot, en religion sœur Saint-Augustin, à l'hôpital Saint-Louis, à Paris; — Desmaire, en religion sœur Sainte-Hélène, à l'hôpital civil de Dunkerque; — Flaux, supérieure des religieuses de Saint-Thomas-de-Villeneuve, à l'hospice général du Havre; — Guillien, née Delune, surveillante à l'hôpital Saint-Antoine, à Paris; — Jusselin, née Borderon, suppléante à l'hôpital Necker, à Paris; — de Lecoq, née Lefebvre, surveillante hospitalière du nouvel hôpital du Havre; — Le Vasseur, surveillante hospitalière du nouvel hôpital du Havre; — Perdreau, en religion sœur Sainte-Marie-Léonie, à l'asile d'aliénés de Bonneval; — Sœur Saint-Joseph, à l'hospice de Caudebec-en-Caux; — Sœur Sainte-Paule, à la prison Bonne-Nouvelle, à Rouen; — Tallec, détachée au bastion 36, à Paris.

MM. les infirmiers Avezou, major au nouvel hôpital du Havre; — Caron, à l'hôpital d'Eu; — Pelvilain, au nouvel hôpital du Havre.

— Par décision ministérielle, en date du 4 mars 1893 :

M. le médecin principal de première classe Lœderich a été nommé directeur du service de santé du 3e corps d'armée.

M. le médecin principal de première classe Lemardeley a été nommé directeur du service de santé de la brigade d'occupation de Tunisie.

M. le médecin principal de deuxième classe Strauss a été désigné pour être adjoint au directeur du service de santé au ministère de la Guerre.

— M. le docteur Fernand Lagrange est chargé d'une mission scientifique en Suisse, en Allemagne et en Italie, à l'effet d'étudier les stations sanitaires (sanatoria) où sont appliquées les différentes formes du traitement dit « hygiénique ».

— L'Assistance publique vient d'être condamnée à payer aux époux X... la somme de 7000 francs de dommages-intérêts. La femme X... ayant été infectée par un enfant syphilitique qui lui avait été confié par l'Administration.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Doris (de Rambouillet); Gibert (de Graçay); Girard (de Villaines-la-Juhel); Prunière (de Mende) et de M. Straforello, étudiant à la Faculté de médecine de Montpellier.

— M. le docteur A.-J. Martin donnera sa prochaine conférence pratique du cours d'hygiène sociale, le dimanche 12 mars 1893, au Crématoire du cimetière du Père-Lachaise, à neuf heures et demie très précises du matin.

Allaitement des enfants. — D'après M. le professeur Tarnier, l'usage du biberon, surtout à Paris, est la cause la plus importante de la grande mortalité des nourrissons.

Les deux principaux obstacles à l'allaitement maternel sont : la sécrétion lactée insuffisante et la pauvreté du lait en principes nutritifs. M. Jolivet a reconnu l'action spéciale sur la sécrétion lactée du **Galéga** dont les effets excitants, et très réels sur les glandes mammaires, ont été prouvés par de nombreuses expériences, démontrant en même temps que son emploi ne nuisait en rien à la qualité du lait et à la santé des femmes soumises à ce régime. Il lui a adjoint, pour compléter son action, le phosphate de chaux, et cette association logique forme la base des produits : **Galactogènes Jolivet.**

M. le docteur Lacronique, inspecteur général du service des nourrices de la Seine, en fait le plus grand éloge.

Personne ne s'étonnera donc que nous ayons saisi avec empressement l'occasion de faire connaître des produits qui, plus répandus, ne seraient pas loin de résoudre la grande question sociale, la question de la mortalité des enfants du premier âge diminuée par l'allaitement maternel, allaitement qui peut être assuré dans la plupart des cas par l'emploi des préparations galactogènes de Jolivet : Sirop, sel et vin.

Contrexéville-Pavillon — Goutte, gravelle, diabète, voies urin^res^.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 30. — SAMEDI 11 MARS 1893. 66e ANNÉE. SAMEDI 11 MARS 1893. — N° 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** D. — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : **20 c.** — Avec Supplément : **30 c.**

REVUE GÉNÉRALE

Traitement médicamenteux de la phtisie pulmonaire.

Par le docteur M. Boulay.

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Lorsqu'on passe en revue les différentes médications qui ont été appliquées à la phtisie pulmonaire, on est frappé à la fois et de l'ingéniosité et de la persévérance des thérapeutes. Toutes les substances qui composent l'arsenal pharmaceutique ont été successivement employées; on les a administrées sous toutes les formes et par toutes les voies. La bouche, le rectum, les bronches, la peau, le tissu sous-cutané ont été choisis tour à tour comme voie d'introduction de ces médicaments; on les a enfin portés directement jusqu'en plein tissu malade à l'aide d'injections intra-pulmonaires. Aucune de ces substances, aucune de ces méthodes n'a justifié les espérances qu'elles avaient fait concevoir. Elles ont été abandonnées à peu près dans l'ordre où elles ont été expérimentées, si bien que l'histoire du traitement pharmaceutique de la tuberculose n'est que le tableau d'une longue série de déceptions.

Ces insuccès sont d'autant plus décourageants que ces divers modes de traitement n'ont pas été institués au hasard : les idées qui ont conduit à les imaginer semblaient assez logiquement déduites pour qu'on pût espérer d'eux un meilleur résultat. Ils sont, les uns, le fruit d'observations sur l'homme (immunité apparente des tanneurs, des graveurs sur verre, etc.), ou de patientes recherches sur les animaux, les autres l'application en thérapeutique des opinions qui ont régné tour à tour sur la nature du tubercule.

La découverte du bacille de Koch, en particulier, donna une impulsion et une direction nouvelles à ces recherches; l'espoir, autrefois déjà caressé, de trouver un spécifique contre la tuberculose, fut singulièrement ravivé. La cause du mal étant connue, on crut qu'on arriverait rapidement à la connaissance du remède, en vertu de ce principe que supprimer la cause c'est supprimer l'effet. On s'attaqua donc au bacille, on s'évertua à étudier les substances qui nuisent à son développement, celles qui diminuent sa virulence ou qui entravent sa reproduction. On en trouva une foule possédant ces propriétés lorsqu'elles sont mélangées aux milieux de culture employés dans les laboratoires; mais aucune de celles qui ont été expérimentées jusqu'ici ne conserve la même action, quand elles sont introduites dans l'organisme humain. Soit qu'elles subissent une modification dans leur passage à travers nos organes et nos tissus avant d'arriver aux poumons, soit qu'elles ne parviennent pas jusqu'aux points tuberculisés en quantité suffisante, leur influence sur les bacilles est nulle ou insignifiante.

D'ailleurs, comme les bacilles morts renferment encore des substances nuisibles, comme ils sont susceptibles de provoquer de la suppuration (Koch) ou de déterminer la formation de tubercules, ainsi que le feraient des bacilles vivants (Straus et Gamaleia), on peut exprimer la crainte que, même si l'on parvenait à tuer le bacille dans l'organisme, les résultats soient imparfaits.

La confiance dans la thérapeutique antiseptique étant ainsi ébranlée, on s'est adressé à une méthode qui a fait ses preuves dans d'autres maladies infectieuses, celle des vaccinations : ici encore les expérimentateurs n'ont trouvé, jusqu'à présent du moins, que déception.

Ces insuccès ont d'autant plus lieu de surprendre que le bacille de Koch semble accessible à de minimes influences; les résultats favorables du traitement hygiénique ne montrent-ils pas qu'on peut lutter contre lui avec d'assez faibles moyens (1)? Aussi n'est-il pas encore temps de désespérer et l'on ne saurait considérer, dès maintenant, comme chimérique, l'espoir de trouver un jour un médicament spécifique de la tuberculose. Malgré les nombreux échecs éprouvés, la question reste à l'ordre du jour; les tentatives faites jusqu'ici n'auront pas, du moins, été complètement stériles ; en montrant de quels côtés les voies sont fermées, elles indiquent dans quel sens les recherches peuvent être poursuivies.

Les médications essayées successivement contre la phtisie ne sont pas toutes également dénuées de valeur. Les unes sont dangereuses, d'autres se bornent à être impuissantes; certaines semblent douées d'une action, non pas spécifique, mais du moins favorable. Enfin, un bon nombre de substances pharmaceutiques trouvent leur indication

(1) M. Boulay. Traitement hygiénique de la phtisie pulmonaire, *Gaz. des hôpit.*, 26 nov. 1892.

dans une série de symptômes et d'accidents qui sont justiciables d'une intervention thérapeutique plus ou moins active (1).

I

Traitement curatif. — A. *Médications impuissantes ou dangereuses.* — Ce groupe est composé principalement de parasiticides, de substances prétendues spécifiques. L'attention s'est surtout portée sur celles qui, revêtant l'état gazeux, sont susceptibles d'arriver aux alvéoles pulmonaires avec l'air de la respiration. L'idée de faire vivre les tuberculeux dans une atmosphère artificielle ou de leur faire inhaler des substances médicamenteuses est d'ailleurs très ancienne.

Le *séjour dans les étables* a été recommandé aux tuberculeux au siècle dernier : les malades y respirent un air à température douce et constante, et chargé, de plus, de vapeurs d'ammoniaque qui auraient une action sur le poumon. En réalité, l'amélioration qu'on a parfois constatée par ce mode de traitement est due au repos, au séjour à la campagne et à l'alimentation lactée. Loin de s'opposer au développement de la phtisie, le séjour dans les étables en favorise l'éclosion, chez les bovidés tout au moins.

Pas plus que les exhalaisons des animaux ou les émanations de fumier, les vapeurs d'*eau croupie* ou celles d'un bouillon contenant *une culture de bactérium termo*, n'ont d'action spécifique sur la tuberculose. Cantani, qui avait imaginé ce dernier procédé, pensait agir à la fois sur le bacille et sur le tissu tuberculeux : il commettait l'erreur de considérer le bacterium termo comme l'antagoniste du bacille de Koch et accordait à tort à ce microbe la propriété de putréfier, en vertu de son action habituelle, les tissus tuberculeux et de leur enlever ainsi leur virulence.

C'est d'après un principe tout différent qu'on a essayé à diverses reprises, dans ces dernières années, de traiter la phtisie par des inhalations d'*air surchauffé*. Le bacille tuberculeux étant tué lorsqu'on le porte à la température de 70 degrés dans un milieu humide, on a construit des appareils d'inhalation dégageant de l'air chauffé de 100 à 150 degrés. Les résultats furent nuls sur la plupart des malades, désastreux sur quelques-uns. Ce traitement est très fatigant; il n'a pas l'action qu'on lui supposait, car, à peine sorti de l'appareil, l'air surchauffé se refroidit rapidement; dès son passage dans la bouche et dans la gorge, sa température, heureusement pour le malade, tombe brusquement à 35 ou 40 degrés ; aussi dans les alvéoles la température ne se modifie pas ou s'élève à peine de quelques dixièmes. Le traitement de la phtisie, par la respiration dans l'*air comprimé* ou dans l'*air raréfié*, a eu pendant longtemps une grande vogue, surtout en Allemagne. Les appareils inventés pour le mettre en œuvre sont innombrables. Parmi les appareils portatifs, celui de Waldenburg, et, parmi les appareils fixes, les chambres-cloches où le malade respire chaque jour, pendant une heure environ, de l'air comprimé à deux cinquièmes d'atmosphère, sont les plus connus. Pas plus que les précédents, ce traitement ne guérit la tuberculose; il doit sa vogue au soulagement qu'en retirent les tuberculeux asthmatiques ou dont la respiration est gênée par des adhérences pleurales. Il est dangereux pour les cracheurs de sang.

On a successivement employé les divers éléments qui composent l'air à l'état normal. L'*oxygène* et l'eau oxygénée, dont les propriétés microbicides sont connues, n'ont cependant pas d'action sur les bacilles renfermés dans le poumon. Les inhalations d'*air ozonisé*, vantées par Labbé et Oudin, n'ont pas donné de bons résultats ; selon d'Arsonval, elles sont dangereuses parce que l'air ozonisé est habituellement impur et renferme des traces de vapeurs nitreuses qui altèrent l'hémoglobine du sang.

L'ozone n'a, d'ailleurs, pas d'action sur les bacilles, et c'est un tort de soutenir, avec quelques auteurs, que l'air marin emprunte des propriétés curatrices à l'ozone, car il n'est nullement démontré que l'air marin renferme plus d'ozone que tout autre air. Les inhalations d'*azote*, l'eau azotée en boisson et en pulvérisation, paraissent inoffensives : c'est leur plus grand mérite.

On ne saurait en dire autant des inhalations de *chlore gazeux* ou d'eau chlorée, essayées jadis en France et reprises dernièrement en Amérique. Le *chloroforme* en vapeur, proposé par Desprez (de Saint-Quentin), n'est guère maniable et n'a pas fait ses preuves.

L'emploi des acides sulfureux, fluorhydrique, cyanhydrique, etc., a été introduit dans le traitement de la phtisie, parce qu'on a cru remarquer que les ouvriers employés dans les fabriques où se dégagent ces substances ne sont jamais tuberculeux.

Le traitement par l'*acide sulfureux* consiste à faire séjourner le malade, pendant trois ou quatre heures chaque jour, dans une chambre où l'on a fait brûler, deux heures auparavant, 5 à 20 grammes de soufre par mètre cube. Pendant les premiers jours, l'expectoration devient plus abondante et plus facile; elle diminue au bout de quelques séances; les crachats deviennent alors blancs, mais ils continuent indéfiniment à renfermer des bacilles.

L'*hydrogène sulfuré* a été administré en inhalations et surtout en lavements gazeux. Les inhalations d'hydrogène sulfuré sont mises en pratique dans les stations d'eaux minérales sulfureuses, où des salles sont construites à ce dessein. Elles ont le même effet que les inhalations d'acide sulfureux. Elles peuvent procurer un certain soulagement aux malades qui expulsent difficilement leurs sécrétions bronchiques et chez qui la rétention des crachats cause des troubles généraux de la nutrition, mais il faut savoir qu'elles sont souvent nuisibles. Qu'on y joigne ou non l'ingestion d'eau sulfureuse, on voit fréquemment sous leur influence se déclarer des hémoptysies redoutables ou bien encore une phtisie apyrétique devenir fébrile : c'est ce qu'on a appelé la congestion thermale.

Lorsqu'on administre l'hydrogène sulfuré en lavement on le mélange à une certaine quantité de gaz carbonique pour ne pas qu'il irrite l'intestin. Deux fois par jour, on fait absorber au malade 4 à 5 litres d'acide carbonique ayant barbotté dans un demi-litre d'eau sulfureuse (Bergeon) ou de sulfure de carbone (Chantemesse) : le contenu du lavement est éliminé par le poumon. La théorie suppose que les bacilles sont influencés par le gaz sulfhydrique qui serait un parasiticide ; la pratique montre que les crachats restent tout aussi riches en bacilles virulents. L'expectoration est cependant rendue plus aisée et la toux moins fréquente. Encore ce maigre résultat ne semble-t-il pas dû à l'hydrogène sulfuré, mais bien plutôt à l'acide carbonique qui lui est associé. Si l'on emploie, en effet, des lavements d'acide carbonique ayant barbotté dans de l'eucalyptol (Parrot) ou

(2) Consulter, pour plus de détails : G. Daremberg. *Traitement de la phtisie pulmonaire*, 1892 (2 vol. de la Biblioth. méd. Charcot-Debove).

dans de l'eau pure (Dujardin-Beaumetz), on obtient les mêmes résultats. On sait, d'ailleurs, depuis longtemps que les inhalations d'*acide carbonique*, employées déjà en Angleterre au siècle dernier, et expérimentées de nouveau récemment par Weil, ont une action favorable sur la dyspnée des phtisiques.

Le traitement par l'*acide fluorhydrique*, déjà essayé, en 1866, par MM. Charcot et Bouchard sans résultats satisfaisants, a été remis en honneur de nos jours.

Les phénomènes de bon augure qu'on a cru d'abord observer à la suite des inhalations d'air fluorisé, suppression de la dyspnée, des quintes de toux et des sueurs, diminution et facilité de l'expectoration, retour du sommeil, sont inconstants et ne sont pas accompagnés d'une amélioration parallèle dans l'état des signes physiques. Le traitement est mal supporté par les phtisiques sujets aux hémoptysies ou aux poussées congestives; il a l'inconvénient de provoquer parfois des accès d'étouffement, des fluxions nasales, laryngées, trachéales, oculaires. Quant au bacille, il résiste parfaitement à l'action des vapeurs d'acide fluorhydrique (Grancher et Chautard).

Les *fluorures d'ammonium* et *de sodium* ont été administrés par la voie stomacale sans qu'on en ait obtenu de meilleurs effets.

On a fait respirer à des malades des vapeurs émanant d'une solution d'*acide picrique* en ébullition; on a proposé et même essayé l'*acide cyanhydrique*, l'*acide osmique*. Ces expériences n'ont pas été longtemps continuées et pour cause.

L'*acide borique* peut être prescrit aux tuberculeux à d'assez fortes doses, en raison de son innocuité relative. On fait inhaler une solution d'acide borique à 15 p. 100, ou bien on fait ingérer la substance en cachets ou en dissolution dans de la limonade vineuse. Les malades peuvent prendre ainsi jusqu'à 10 grammes du médicament par jour; mais si l'on veut continuer longtemps le traitement, il convient de ne pas dépasser la dose quotidienne de 3 à 4 grammes (Gaucher). L'acide borique s'élimine au moins en partie par les poumons, car on en retrouve des traces dans les crachats, mais ceux-ci restent virulents; les lésions pulmonaires ne sont pas influencées. Les phtisiques fébricitants ou dyspeptiques supportent mal ce traitement.

Les injections intra-pulmonaires d'acide borique, en solution à 4 p. 100 (Frænkel), les inhalations de *borate de soude* (Canio et Fenoglio), l'ingestion et les inhalations de *borate d'ammoniaque* n'ont aucune efficacité.

Klebs et Schüller ayant cru, en 1879, avoir guéri des animaux tuberculeux à l'aide du *benzoate de soude*, cette substance fut essayée sur l'homme; on fit inhaler à des malades une dose quotidienne de 50 grammes de benzoate dissous dans un litre d'eau : les résultats furent ceux d'une simple inhalation de vapeur d'eau; parfois même le traitement provoqua des vomissements. Les inhalations de *benzoate d'éthyle*, qui se transforme dans l'organisme en benzoate de soude, n'ont pas d'effet plus heureux.

Les *vapeurs d'iode*, expérimentées jadis par Piorry, n'ont d'autre action que celle de provoquer la toux. La *teinture d'iode* a été prescrite, à l'intérieur, à la dose de xx gouttes par jour : elle ne possède aucune action sur la tuberculose pulmonaire. On l'a injectée dans des cavernes à travers les parois thoraciques, sans que les lésions en éprouvassent une modification heureuse.

L'*iodure de potassium* n'a pas de vertu spécifique contre la phtisie pulmonaire; mais comme il rend les sécrétions bronchiques plus fluides et favorise l'expectoration, on pouvait espérer qu'il serait utile en expulsant les bacilles contenus dans les alvéoles. A la vérité, quelques tuberculeux dyspnéiques se trouvent bien de son emploi; mais c'est un médicament difficile à manier et qui provoque, parfois, des hémoptysies formidables. Ses indications sont difficiles à saisir; les auteurs diffèrent d'opinion à cet égard : les uns ne l'ordonnent que dans la tuberculose chronique apyrétique, d'autres en recommandent l'usage dans la phtisie aiguë et dans les poussées tuberculeuses, d'autres le réservent exclusivement pour les formes fibreuses de la phtisie.

Ingéré à la dose de 30 à 40 centigrammes par jour, l'*iodoforme* a eu la prétention de calmer la toux, en vertu de son action anesthésiante, de diminuer la fièvre, en raison de son pouvoir désinfectant, enfin d'apaiser les diverses variétés de douleurs que peuvent présenter les tuberculeux; chacune de ces propriétés lui a été contestée; par contre, il a celle de provoquer des troubles gastriques qui obligent à en suspendre l'usage. Son administration en inhalation, en injection sous-cutanée dans l'huile ou la vaseline, ne présente aucun avantage. On n'a pas été plus heureux en imitant une méthode de traitement en usage dans certaines tuberculoses locales, c'est-à-dire en pratiquant dans le poumon des injections d'iodoforme dissous dans l'huile, l'alcool ou l'éther. On a donné de cet insuccès l'explication suivante, dont l'exactitude a été vérifiée en partie par l'expérience : l'iodoforme lui-même n'a qu'une faible action microbicide sur le bacille, car des cultures tuberculeuses mélangées avec de l'iodoforme ne perdent leur virulence qu'après un contact de six à sept semaines; par contre, les produits de décomposition de l'iodoforme, tels qu'iode, acides iodique et iodhydrique, sont beaucoup plus actifs. Or cette décomposition, qui est provoquée dans les abcès froids par le contact du pus ou des ptomaïnes fournies par les microbes pyogènes, ne s'opérerait pas au niveau des granulations tuberculeuses du poumon. S'il en est ainsi, on conçoit que la tuberculose pulmonaire échappe à l'action de l'iodoforme.

Parmi les nombreux sels métalliques préconisés contre la phtisie, ceux de *fer* et, en particulier, l'iodure de fer, ont été, pendant longtemps, prescrits aux phtisiques lymphatiques; puis ils ont été abandonnés, parce qu'on les crut capables de susciter des hémoptysies et de la fièvre, opinion contestable. L'*aluminium* a été administré en nature à la dose de 80 centigrammes; on a fait également des injections intra-pulmonaires d'*acétate d'alumine*. Luton a proposé le *phosphate de cuivre*; en Amérique, on a essayé le *chlorure d'or* en injections sous la peau; le *nitrate d'argent* a été employé en injections intra-pulmonaires. L'essai des divers *sels de mercure* a été tenté par un grand nombre de médecins confiants dans les propriétés antiseptiques de ces substances. Mais quel qu'ait été le mode d'administration choisi : ingestion, inhalation, friction, injection sous la peau ou dans le poumon; quelle qu'ait été la préparation mercurielle employée : sublimé, calomel, bi-iodure, thymol, acétate de mercure, etc., les lésions pulmonaires n'ont pas été modifiées par le traitement.

L'*huile d'aniline* en inhalation ou par la voie gastrique provoque une grande faiblesse chez les malades, sans améliorer leur état local. L'emploi des couleurs d'aniline, en particulier des couleurs violettes, pour lesquelles le bacille a une grande affinité, était justifié par leur propriété de

produire chez lui un affaiblissement de la virulence ; mais les injections intra-pulmonaires de *violet de méthyle* en solution aqueuse à 1/500 n'ont pas donné de résultats favorables.

Les injections sous-cutanées d'*acide phénique*, en solution dans l'eau ou la glycérine à 2 p. 100, ont été expérimentées à diverses reprises ; leur seul effet est de produire un abaissement momentané de la fièvre ; elles sont abandonnées depuis qu'on a observé, à leur suite, des phénomènes d'intoxication. Injecté dans le poumon, l'acide phénique produit une vive douleur et augmente la toux. Les inhalations de phénol, de mono-chloro-phénol, de résorcine, d'acide phényl-propionique ont été tour à tour délaissées.

Le *pétrole brut* a été conseillé en raison de son pouvoir antiseptique. On en a fait inhaler à certains malades, on en a fait ingérer à d'autres. Des doses de deux à quatre cuillerées à café par jour sont ordinairement bien supportées, mais l'effet anti-bacillaire est nul. M. Daremberg, qui a fait des injections sous-cutanées de pétrole à des lapins tuberculeux, n'en a obtenu que des effets désastreux.

Le *naphtol* et la *naphtaline* sont dépourvus de toute efficacité. Quant aux injections de naphtol camphré, employées avec succès dans les adénites et les orchites tuberculeuses, elles n'ont pas donné, entre les mains de M. Fernet, de résultats plus encourageants que les autres variétés d'injections antiseptiques intra-pulmonaires.

Les *essences volatiles* d'eucalyptus, de thym, de cannelle, de menthe, etc. ont été vantées à cause de leurs propriétés microbicides. En réalité, elles n'agissent que sur les produits purulents de l'expectoration, dont elles diminuent la mauvaise odeur. Peut-être aussi contribuent-elles à restreindre les phénomènes d'intoxication putride chez les phtisiques arrivés à la dernière période.

L'*eucalyptol*, qui est extrait de l'essence d'eucalyptus, serait préférable à cette dernière : injecté sous la peau à la dose de 25 à 50 centigrammes en solution huileuse, il diminue l'expectoration.

On a expérimenté le *camphre* d'abord en inhalation et, plus récemment, en injection sous-cutanée. Cette dernière méthode consiste à injecter, chaque jour, de 10 à 40 centigrammes de camphre dissous dans de l'huile d'olives. Le traitement doit être suspendu à la fin de chaque semaine pendant deux ou trois jours, sous peine de provoquer des accidents d'intoxication. Sous son influence, la fièvre et les sueurs nocturnes s'amendent ; mais l'effet n'est pas durable.

Les essais pratiqués avec le *thymol* et l'*aristol* (bi-iodo-thymol), administrés, par la voie stomacale, en inhalation, en injection intra-pulmonaire, n'ont pas mieux réussi. Le *menthol*, dissous dans l'huile ou la vaseline liquide, a été employé, surtout par les laryngologistes, en instillations dans la trachée; il est sans action sur la tuberculose du larynx et, à plus forte raison, sur celle du poumon.

Il serait aisé d'allonger encore cette liste interminable de substances pharmaceutiques. Nous abrégeons, pour aborder l'histoire succincte de méthodes reposant sur des principes tout différents.

La plus connue, mais aussi la plus tristement célèbre de ces méthodes, est celle qui consiste dans l'emploi de la *lymphe de Koch*. Cette lymphe, préparée en dissolvant dans la glycérine le résidu sec de cultures tuberculeuses chauffées, n'a pas une constitution définie ; elle renferme une ou plusieurs substances actives provenant de la vie et de la désassimilation des bacilles : on désigne l'ensemble de ces principes sous le nom de tuberculine. Des expériences sur les cobayes avaient conduit Koch à supposer à la tuberculine des vertus curatrices. Injectée sous la peau pendant plusieurs jours de suite, à la dose de 1 millimètre cube, cette lymphe produirait la nécrose des tissus envahis par les bacilles et créerait autour d'eux un terrain réfractaire à leur développement. Quand l'élimination des tissus mortifiés est achevée, la guérison est obtenue. L'expérience a montré le peu de fondement de cette hypothèse. La tuberculine ne produit pas la mortification des tissus tuberculeux chez l'homme ; par contre, elle provoque autour d'eux une zone de congestion et même d'inflammation qui favorise l'éclosion de nouvelles granulations. Ces phénomènes se traduisent dans le poumon par une extension de la matité et des râles au voisinage des points primitivement malades. En même temps, surviennent des phénomènes généraux graves : frisson, fièvre (39 à 41 degrés) et, parfois, étouffements, vomissements, diarrhée, douleurs de tête, délire, syncope, hémoptysie ; c'est le tableau d'une poussée aiguë de tuberculose qui peut se produire, non seulement sur le poumon, mais aussi sur les méninges, les plèvres, le péritoine, les séreuses articulaires, l'endocarde, les reins, les différents viscères. La tuberculine est donc une substance des plus dangereuses. En vain, a-t-on tenté de l'employer à des doses beaucoup plus faibles (1 dixième de millimètre cube) ; en vain, a-t-on essayé d'y séparer les principes nuisibles des substances prétendues curatrices ; aucune des tuberculines fabriquées jusqu'ici, qu'elles aient été purifiées par l'alcool (Koch), par la dialyse (Hunter), par la benzine et le chloroforme (Klebs), n'a de valeur dans le traitement de la phtisie.

La méthode proposée en 1891 par Liebreich est fondée, d'une part, sur le pouvoir microbicide du sérum, de l'autre, sur la propriété que possède le *cantharidate de potasse* de provoquer une transsudation séreuse à travers les capillaires du rein et du poumon. Cet auteur injectait sous la peau des phtisiques une dose quotidienne de 1 à 2 dixièmes de milligramme de cantharidate, espérant qu'à cette dose, presque infinitésimale, les capillaires sains ne seraient pas influencés et que seuls les capillaires malades, c'est-à-dire ceux du poumon, laisseraient s'extravaser du sérum sanguin. Les bacilles seraient ainsi soumis directement à l'action d'un sérum plus ou moins bactéricide. Or le traitement est dénué d'efficacité chez les animaux. Chez l'homme, il provoque de la cystite, de l'hématurie, de l'albuminurie : son abandon est donc amplement justifié.

Depuis quelques années, on cherche à conférer l'immunité contre la phtisie par divers procédés de *vaccination*. On s'est tour à tour proposé de guérir la tuberculose en donnant au phtisique une autre maladie, en lui injectant des produits tuberculeux, en lui inoculant du sang ou du sérum.

L'idée de vacciner contre la tuberculose par une autre maladie est déjà ancienne. Depuis longtemps, on a cru remarquer un certain antagonisme entre quelques maladies et la tuberculose. C'est ainsi que l'arthritisme, la syphilis, l'alcoolisme, l'hystérie, l'intoxication saturnine ont passé pour retarder la marche de la phtisie ; que la fièvre typhoïde, la variole, la malaria ont été considérées comme capables d'en arrêter l'évolution. Toutes ces assertions sont erronées. Quelques observations semblent cependant montrer que l'érysipèle a parfois une influence heureuse sur la tuberculose de la peau et même sur celle du poumon ; aussi a-t-on proposé, sans d'ailleurs mettre l'idée à exécution, d'inoculer le streptocoque de l'érysipèle aux phti-

siques. Dans le même ordre d'idées, on a inoculé à des animaux des crachats tuberculeux filtrés, contenant des produits de la putréfaction; mais il résulte des expériences de M. Daremberg que l'inoculation de ces matières putrides n'a pas d'action favorable sur l'évolution de la maladie.

Pour créer l'immunité contre la tuberculose, à l'aide de produits tuberculeux, on s'est adressé soit aux bacilles, soit aux substances solubles qu'ils sécrètent. L'injection à des cobayes d'une culture atténuée de bacilles ne leur confère pas plus l'immunité contre l'inoculation ultérieure d'une culture très virulente, que les tuberculoses locales, c'est-à-dire atténuées, ne vaccinent l'homme contre la phtisie. On pouvait cependant espérer qu'en imitant la méthode pastorienne de vaccination anti-rabique, c'est-à-dire en injectant des cultures tuberculeuses de virulence progressivement croissante, en commençant par celles qui sont à peu près inoffensives, pour finir par celles qui sont les plus énergiques, on obtiendrait un résultat positif. Cette expérience, difficile à conduire, a été tentée, en 1888, par M. Cavagnis, sur les animaux; elle n'a pas été reproduite depuis. Elle mérite peut-être d'être reprise, car en 1890, MM. Grancher et H. Martin ont observé des effets encourageants sur les lapins, en appliquant le même procédé, mais avec cette différence que leurs recherches ont porté sur la tuberculose aviaire, dont la nature n'est peut-être pas identique à celle de la tuberculose humaine. Les expériences de ces deux auteurs n'en sont cependant pas moins intéressantes, car ils auraient, par l'inoculation de cultures affaiblies de tuberculose aviaire, conféré un certain degré d'immunité, non seulement vis-à-vis de la tuberculose des oiseaux, mais aussi vis-à-vis de la tuberculose humaine. Ces résultats ont été confirmés par MM. Héricourt et Richet qui ont réussi à retarder l'évolution de la tuberculose humaine chez le singe et le chien par l'inoculation préalable de tuberculose aviaire.

Les tentatives de vaccination faites avec les produits de la vie et de la désassimilation des bacilles obtenus par la stérilisation ou la filtration des cultures ne sont pas encourageants, qu'il s'agisse de tuberculose aviaire ou humaine.

MM. Héricourt et Richet ont, les premiers, imaginé de traiter des lapins tuberculeux, en leur injectant du sang ou du sérum d'un animal réfractaire, tel que le chien. MM. Picq et Bertin ont appliqué ce procédé à l'homme, en se servant du sang de chèvre. Les inoculations ont été tantôt sous-cutanées, tantôt intra-veineuses (Lépine); elles déterminent souvent une augmentation de la fièvre des phtisiques et n'ont pas d'effet curateur. Le chien et la chèvre ne possèdent pas, il est vrai, une immunité complète vis-à-vis de la tuberculose; peut-être les résultats seraient-ils meilleurs si l'on employait le sérum d'un animal véritablement réfractaire à la tuberculose humaine, tel que la poule ou le pigeon. Une expérience de M. H. Martin ne permet pas de l'espérer : des cobayes, qui ont reçu préalablement dans le péritoine du sang de poule ou de pigeon, n'acquièrent nullement l'immunité contre la tuberculose humaine.

Des injections de sang d'animal tuberculisé, faites dans l'espoir d'obtenir un effet plus intense, ont été tentées sans succès sur les lapins. Bien plus, M. Daremberg a constaté que le sérum des animaux tuberculeux est un toxique violent pour les animaux sains : injecté dans leurs veines, il en fait périr la moitié. L'essai de cette méthode sur l'homme n'est pas tentant.

Il n'y a qu'une analogie lointaine entre la méthode des inoculations de sérum artificiel et l'application au traitement de la phtisie des injections sous-cutanées d'*extrait aqueux de testicules* de chiens ou de cobayes. La méthode de Brown-Séquard a été appliquée aux tuberculeux, moins dans l'espoir de les guérir que dans celui de relever leurs forces : le but poursuivi aurait été atteint, sans que les lésions locales aient été, d'ailleurs, améliorées.

Nous ne dirons qu'un mot de la *pneumectomie* et des *injections intra-pulmonaires de chlorure de zinc*, faites autour des foyers tuberculeux, selon le procédé qui a donné à M. Lannelongue d'excellents résultats, dans le traitement des tuberculoses articulaires, osseuses et ganglionnaires.

La résection du sommet du poumon n'est qu'une opération hardie et curieuse. Quant aux injections de chlorure de zinc, elles ont été jusqu'ici peu expérimentées chez les phtisiques; on sait, cependant, qu'elles sont assez bien supportées à la dose de II ou III gouttes d'une solution au quarantième. Peut-être donneront-elles, dans les cas de tuberculose bien limitée, des résultats plus favorables que les injections intra-pulmonaires d'alcool, autrefois proposées dans un but analogue, celui d'obtenir la sclérose du tissu pulmonaire et d'imiter le mode naturel de guérison des lésions tuberculeuses.

La plupart des modes de traitement que nous venons de passer en revue ont eu leur heure de célébrité et, chose plus surprenante, leur heure de succès. Leur vogue éphémère trouve une explication aisée dans la facilité avec laquelle malades et médecins deviennent le jouet d'illusions thérapeutiques.

On peut poser en principe, que tout phtisique dont on commence à s'occuper, dont on change les médicaments et parfois aussi le médecin, accuse une amélioration dont le degré se mesure à celui de la confiance qui lui est inspiré et de l'espoir qu'il sent renaître en lui. Il convient d'ajouter que le repos, ordonné par le médecin ou qui suit l'entrée à l'hôpital, le changement de régime, le changement d'air, sont autant d'éléments qui doivent entrer en ligne de compte quand on apprécie l'action des remèdes prescrits. Sans doute, les phénomènes de bon augure, observés consécutivement à l'emploi de telle ou telle médication, sont réels; ils sont toujours les mêmes : diminution de la fièvre et des sueurs, retour du sommeil et de l'appétit, etc.; mais cette amélioration de l'état général ne dure pas assez pour que l'état local s'en ressente.

B. *Médications paraissant avoir quelque utilité.* — Les moyens thérapeutiques qui nous restent à examiner, ont résisté à l'épreuve du temps. Bien que leur mode d'action ne soit pas toujours bien défini, que le bénéfice qu'ils procurent soit discutable, ils sont restés dans l'usage courant, et sont journellement employés pendant tout le cours de la tuberculose. Aucun d'eux n'a d'ailleurs la prétention d'être un spécifique contre la maladie qu'il vise; ils ont leurs indications et leurs contre-indications.

L'*arsenic* a été considéré tour à tour comme un médicament d'épargne, un excitant de la nutrition, un parasiticide. A ces différents titres, son emploi était indiqué dans la phtisie pulmonaire. Il serait surtout favorable aux tuberculeux dont les lésions sont en voie de réparation naturelle (?); il est très mal supporté par ceux qui ont des troubles gastriques ou intestinaux, à moins qu'il ne leur soit injecté sous la peau. Les doses élevées et longtemps continuées, produisant une sorte de mithridatisation, n'ont pas

d'effet plus heureux que les doses minimes (2 à 6 milligrammes d'acide arsénieux), données par périodes d'une ou deux semaines par mois. L'eau de la Bourboule, que l'on recommande surtout aux phtisiques scrofuleux, devrait son action à l'arseniate de soude (10 milligrammes par litre), et au chlorure de sodium (3 grammes) qu'elle contient. Celle du Mont-Dore renferme les mêmes principes, mais en quantité dix fois moindre. Aussi, le Mont-Dore doit-il être considéré plutôt comme une station d'altitude : on y envoie de préférence les tuberculeux débutants et ceux de famille arthritique.

On a prétendu que le *chlorure de sodium*, que renferment ces eaux arsenicales, augmente leurs vertus bienfaisantes. Il est certain, en effet, que ce sel est un aliment utile aux phtisiques, qui en perdent une certaine quantité par l'urine et les crachats ; mais ce n'est nullement un spécifique de la tuberculose, même s'il est ingéré à haute dose, comme l'avait cru Am. Latour. Certaines stations doivent cependant à leurs eaux chlorurées sodiques, une certaine renommée dans le traitement de la phtisie; tels sont Wiesbaden et Soden. En réalité, ce sont, avant tout, des localités agréables par leur position et leur climat. On pourrait en dire autant de Royat, d'Ems, de Weissenburg (en Suisse), dont les *eaux alcalines* n'ont sans doute d'autre action que d'améliorer parfois l'état des voies digestives des phtisiques.

Les *eaux sulfureuses* ne sont pas rares en France : Eaux-Bonnes, Cauterets, Allevard, Uriage reçoivent un grand nombre de tuberculeux.

A ces stations, comme aux précédentes, s'applique une remarque de Laënnec : les phtisiques qui fréquentent les villes d'eaux sans faire de cure thermale, retirent de leur séjour autant de bénéfice que ceux qui prennent des bains ou boivent des eaux. Aussi ne convient-il d'envoyer aux eaux que les malades susceptibles de bénéficier d'un déplacement, d'un changement d'air et d'existence; si on peut parfois leur permettre l'usage interne des eaux, il y a avantage à leur interdire les bains qu'ils supportent ordinairement mal.

Le *phosphate de chaux* semble utile aux phtisiques à divers titres ; il compense la déperdition des phosphates éliminés avec l'urine et les crachats; il aiderait à la formation dans le poumon de tissu fibreux, lequel renferme, comme on sait, beaucoup de phosphates : il favoriserait, enfin, la calcification des tubercules. C'est en raison de propriétés hypothétiques, qu'on ordonne souvent aux tuberculeux le biphosphate ou l'hypophosphate de chaux, à la dose de 2 à 3 grammes par jour; on l'administre en nature, ou bien sous forme de chlorhydro ou de lacto-phosphate. Une préparation très assimilable est le lait phosphaté, obtenu en mélangeant à la nourriture de la vache qui doit le produire, 80 grammes de phosphate de chaux par jour : chaque litre du lait fourni par cette vache contient 3 grammes de phosphate.

L'usage du *tanin*, déjà préconisé au siècle dernier, a été repris en 1889, par MM. Raymond et Arthaud. Ces auteurs obtinrent des effets remarquables de son administration à des lapins tuberculeux, dont la maladie fut considérablement ralentie. Chez l'homme il produisait, à la dose quotidienne de 2 à 5 grammes, une amélioration des symptômes généraux et un arrêt dans l'évolution de la maladie. Sous cette influence, les lésions locales se circonscrivent et peuvent arriver à la cicatrisation. Ces bons effets ont été constatés depuis par d'autres auteurs, si bien que ce médicament mérite peut-être d'être conservé dans les usages thérapeutiques. On l'administre en pilules ou en cachets de 20 à 30 centigrammes chacun. Son mode d'action est problématique. On supposait jadis qu'il rendait les tissus vivants imputrescibles; on prétend aujourd'hui qu'il agit en précipitant les alcaloïdes toxiques produits par les bacilles.

La médication *créosotée* est certainement l'une des plus employées actuellement dans la phtisie. Cette préférence paraît méritée, en ce sens que la créosote est peut-être le moins mauvais des médicaments vantés contre la tuberculose pulmonaire. On s'accorde à lui reconnaître deux propriétés capitales : quand elle est bien tolérée, elle diminue les sécrétions bronchiques et excite l'appétit. Quelques auteurs lui supposent une action microbicide sur les bacilles, d'autres estiment qu'elle favorise l'évolution scléreuse des lésions tuberculeuses ; certains, enfin, ont émis l'hypothèse qu'en traversant le parenchyme pulmonaire pour s'éliminer, elle y provoque une inflammation simple qui se substitue au catarrhe chronique et finit par le faire disparaître. Toutes ces opinions sont théoriques. Quel que soit son mode d'action, la créosote n'est pas un spécifique : de l'aveu des médecins qui l'ont le plus employé, les guérisons obtenues par ce traitement ne sont souvent que temporaires. La créosote a d'abord été administrée à l'intérieur, aux doses de 40 centigrammes à 1 gramme (Bouchard et Gimbert); les doses de 2 et 3 grammes déterminent des troubles digestifs et sont rarement supportées. Elles sont, d'ailleurs, peu utiles, car le médicament semble produire tout son effet avec de faibles doses; c'est ce qui résulte des nombreux essais tentés dans ces dernières années pour saturer l'organisme de créosote. Afin de réaliser cette saturation sans provoquer l'intolérance du tube digestif, on a fait pénétrer le médicament dans l'organisme par diverses voies. Les inhalations, pratiquées en faisant évaporer de la créosote dans la chambre du malade ou en y pulvérisant avec un spray une solution créosotée, ne présentent pas d'avantage sur l'ingestion par la voie buccale.

M. Tapret a cependant reconnu une certaine efficacité aux inhalations de vapeurs créosotées faites dans une cloche sous la pression d'un tiers ou d'une moitié d'atmosphère. Le bénéfice procuré par les injections intra-trachéales ou intra-pulmonaires d'huile créosotée est médiocre ou nul. Les frictions avec l'huile créosotée, les suppositoires créosotés sont des moyens accessoires; mais, comme les précédents, ils peuvent être associés au traitement interne. Les voies rectale et sous-cutanée sont celles qu'on doit préférer quand on veut introduire de fortes doses de créosote dans l'organisme. Les lavements, préparés en dissolvant la créosote dans un mélange d'huile, de jaune d'œuf et d'eau, permettent de faire absorber 4 et 5 grammes de substance active par jour. Mais les injections sous-cutanées d'huile créosotée constituent la méthode de choix : avec les appareils de Gimbert et de Burlureaux, on parvient à injecter jusqu'à 12 et 14 grammes de créosote en une seule fois. Les effets de ces doses élevées n'ont pas été ceux qu'on espérait. Elles ne sont tolérées que par un petit nombre de malades, ceux dont la tuberculose a la forme torpide et qui supportent toutes les médications. Chez les autres, elles provoquent des réactions parfois formidables, rappelant celles qui succèdent à l'emploi de la lymphe de Koch : frisson, angoisse, hypothermie passagère, puis fièvre, hémoptysie, congestion pulmonaire, pneumonie. Ces accidents, habituels quand on applique la médication créosotée

ntensive, peuvent survenir avec des doses relativement minimes, de 2 ou 3 grammes; car rien n'est variable comme la tolérance des malades pour la créosote. Ajoutons que les poussées tuberculeuses, l'extension des lésions, les phénomènes de généralisation, observés plus d'une fois chez des malades en cours de traitement montrent que la saturation de l'organisme n'est pas réalisée par cette méthode, ou bien est impuissante à opposer une barrière à l'envahissement bacillaire. En résumé donc, si la créosote est prescrite aux tuberculeux, elle ne doit l'être qu'aux doses de 40 à 80 centigrammes, et seulement comme moyen adjuvant du traitement hygiénique.

La créosote étant un mélange de divers crésols et de gaïacol, on a voulu trouver parmi ses éléments constituants une substance d'une valeur supérieure à celle du mélange. Le *gaïacol* et ses composés : benzoïlgaïacol (combinaison d'acide benzoïque et de gaïacol) et styracol (éther cinnamique du gaïacol), ont surtout été expérimentés. L'action du gaïacol est celle de la créosote; il s'emploie aux doses de 30 à 60 centigrammes; on l'associe souvent à l'iodoforme soit en pilules, soit en solution huileuse, pour injections sous-cutanées.

II

Traitement symptomatique. — L'impuissance des diverses panacées, vantées contre la tuberculose, impose au médecin le devoir de prémunir ses malades contre une confiance trop grande dans la vertu des médicaments prescrits habituellement contre la phtisie, de crainte que, se reposant du soin de leur guérison sur l'action prétendue spécifique de ces drogues, ils négligent le traitement hygiénique qui seul possède actuellement une valeur incontestée. Cette proscription des substances pharmaceutiques ne s'étend cependant pas aux accidents ou aux complications qui, trop souvent, viennent rompre l'uniformité d'évolution de la maladie. Il est un bon nombre d'épisodes aigus sur lesquels la thérapeutique a prise, soit qu'elle les abrège, soit qu'elle en prévienne le développement quand ils sont menaçants.

Le meilleur traitement de *la fièvre* des tuberculeux, c'est le repos à l'air. Il y a cependant des circonstances où des accès fébriles persistants provoquent, même s'ils sont légers, une telle sensation de malaise qu'il convient d'y porter remède. L'antipyrine est alors le médicament de choix : pour éviter les graves inconvénients de cet antithermique (sueurs, faiblesses, vomissements), il suffit de le donner aux tuberculeux non pas pour abaisser la température, mais pour l'empêcher de monter (Daremberg). Si l'accès vespéral est de courte durée, on administre l'antipyrine à la dose de 75 centigrammes à 1 gramme trois heures environ avant l'accès. Si la fièvre dure une grande partie de l'après-midi et de la soirée, on donnera 1 gramme d'antipyrine toutes les trois heures à partir de onze heures du matin. Les malades supportent, sans inconvénient, des doses de 3 à 5 grammes, continuées pendant plusieurs mois : l'éruption provoquée parfois par le médicament n'oblige pas à en suspendre l'emploi. En cas d'intolérance gastrique, on mélange l'antipyrine à du bicarbonate de soude ou à de l'eau de Seltz, ou bien encore on l'administre en lavement. De petites doses d'alcool, des lotions fraîches suivies de frictions excitantes sont utiles aux tuberculeux fébricitants.

Lorsqu'une poussée fébrile survient chez un phtisique habituellement apyrétique, elle est l'indice soit d'une complication, soit d'une extension rapide des lésions locales; dans ce dernier cas, l'élévation de la température peut précéder la *poussée tuberculeuse*. Aussi est-il utile que chaque phtisique soit muni d'un thermomètre pour prendre sa température trois fois par jour : le matin au lever, à cinq heures du soir et en se couchant. On pourra, par ce moyen, surprendre les poussées congestives dans leur période de préparation et peut-être les enrayer, en insistant sur le repos et la suralimentation. Quand la poussée de pneumonie ou de bronchite tuberculeuse est survenue, le malade doit garder la chambre et même le lit; son alimentation sera restreinte, l'usage des graisses sera supprimé. C'est alors le moment de prescrire les expectorants et les nauséeux : kermès (15 à 30 centigrammes), oxyde blanc d'antimoine (1gr50 à 2 grammes), poudre de Dower (50 centigrammes à 1 gramme), sirop d'ipéca mélangé par parties égales avec du sirop de tolu et du sirop de térébenthine. Selon Fonssagrives, les poussées inflammatoires seraient justiciables de la médication stérilisée. Bucquoy a mis cette méthode en pratique avec un certain succès de la façon suivante : il administre d'abord une dose quotidienne de 10 à 15 centigrammes d'émétique; puis, lorsque la tolérance est établie, il fait prendre chaque jour, pendant plusieurs semaines, une dose de 5 centigrammes du même médicament, dans une potion morphinée de 125 grammes, dont le malade prend une cuillerée à soupe toutes les deux heures. Sous l'influence de ce traitement, la fièvre diminue puis disparaît, l'appétit renaît et les forces reviennent: mais, cependant, l'état local n'est guère modifié.

Les révulsifs, dont on abuse parfois pendant le cours de la phtisie, trouvent leur indication à la période de déclin des poussées tuberculeuses. Les pointes de feu, les mouches de Milan, les petits vésicatoires paraissent avoir une action décongestionnante utile. Les vésicatoires doivent être laissés en place cinq ou six heures au plus, car il importe que la plaie, qui résulte de leur application, se cicatrise promptement; par contre, il y a avantage à les répéter souvent. Ils ne doivent jamais être appliqués aux phtisiques très amaigris ni à ceux qui ont de l'albumine dans l'urine. Dans ces circonstances, les ventouses sèches ou l'ignipuncture doivent être préférées. Les applications répétées de sinapismes, de teinture d'iode, de compresses imbibées d'essence de térébenthine sont des moyens moins actifs. Les cautères permanents, qui ont été fort prônés autrefois, sont délaissés aujourd'hui.

La médication révulsive s'adresse encore aux *douleurs* névralgiques ou autres, dont souffrent parfois les tuberculeux. Les pulvérisations de chlorure de méthyle produisent une atténuation rapide des douleurs intercostales qui accompagnent les poussées congestives. Un moyen à la portée de tous les malades et d'un emploi facile est la compresse échauffante, très en vogue en Suisse et en Allemagne : sur la région douloureuse, on applique une serviette trempée dans de l'eau froide; puis essorée, on la recouvre d'une triple couche de flanelle et enfin d'une feuille de taffetas ciré; à la sensation de froid d'abord éprouvée succède bientôt celle d'une douce chaleur; la peau rougit comme à la suite de l'application d'un sinapisme.

Contre les *sueurs nocturnes* des phtisiques, on a tour à tour préconisé le sulfate d'atropine en granules d'un demi-milligramme (1 à 4 granules), l'agaric blanc en pilules de 20 centigrammes (1 à 4 pilules), l'agaricine à la dose de 5 milli-

grammes vers cinq heures du soir, le phosphate de chaux tribasique à la dose de 5 grammes par jour. On obtient aussi de bons effets de l'ergotine injectée sous la peau à la dose de 1 gramme, une demi-heure avant l'apparition de la sueur ou bien encore de l'acide camphorique en cachets de 1 gramme (deux ou trois par jour). A ces différents moyens, il n'est pas inutile de joindre les frictions générales faites chaque soir avec de l'eau de Cologne ou de l'essence de térébenthine. Mais bien souvent les sueurs des phtisiques n'exigent pas un traitement spécial : car les moyens qui servent à combattre la fièvre modèrent en même temps la diaphorèse.

Lorsque le malade a des *quintes de toux* pénibles, douloureuses, qui le fatiguent et l'empêchent de dormir, le meilleur médicament auquel on puisse recourir est la morphine en potion ou en injection sous-cutanée, sauf chez les phtisiques arrivés à la dernière période qui ne supportent ordinairement pas les opiacés. Le chloral (2 grammes par jour), le sulfonal (1 gramme), l'eau chloroformée saturée, le bromure de potassium sont aussi des calmants de la toux. Mais comme la plupart de ces médicaments ont l'inconvénient de provoquer des troubles digestifs ou d'entraver l'appétit, il ne faut les employer qu'en cas de nécessité absolue. D'ailleurs, par l'intermédiaire de la volonté, les malades ont sur la toux une action supérieure à celle des médicaments : ils doivent s'exercer à tousser le moins possible, à éviter la toux sèche et à ne donner le coup de toux que lorsqu'un crachat est prêt à être expulsé. Il faut leur persuader qu'en refusant d'obéir au besoin de tousser, ils le rendront de plus en plus rare.

La difficulté de l'*expectoration*, la *dyspnée* qui résulte de la rétention des crachats sont une indication d'intervention thérapeutique. La terpine à la dose de 30 à 60 centigrammes en potion ou en pilules, les inhalations de vapeur d'eau chaude facilitent l'expectoration. A l'eau qui sert aux inhalations, on peut ajouter, avec avantage, un peu de glycérine ou quelques gouttes de teinture de benjoin. Pour rendre plus aisé le rejet des crachats on a aussi employé les iodures de sodium, de potassium ou d'ammonium. Les inhalations d'oxygène, de pyridine, d'iodure d'éthyle, de nitrite d'amyle rendent quelques services, lorsque des accès de dyspnée accompagnent la rétention des crachats.

On combat la *diarrhée* des phtisiques en modifiant, tout d'abord, leur régime : il faut suspendre l'usage de l'huile de foie de morue, de la viande crue; on donnera des œufs, du jambon râpé, des purées, du riz, ou bien de la poudre de viande à la dose de 60 grammes par jour; si la diarrhée résiste aux médicaments habituels, on essaiera de l'acide lactique à la dose quotidienne de 2 à 3 grammes dans 150 grammes d'eau ou de la poudre de talc à la dose de 100 à 200 grammes délayée dans du lait. On a aussi proposé la poudre d'oxyde de zinc à la dose quotidienne de 3 à 4 grammes en cachets ou la teinture de coto (x à xv gouttes trois fois par jour).

Une série interminable de médicaments ont été proposés contre les *vomissements* provoqués par la toux : révulsion sur l'épigastre, ingestion, immédiatement avant le repas, de bromure de potassium, d'opiacés (III à IV gouttes anglaises ou bien une pilule de 2 centigrammes d'extrait thébaïque), de chlorhydrate de cocaïne (30 centigrammes en trois fois), injection de morphine, badigeonnage de l'arrière-gorge avec une solution bromurée, ingestion d'une cuillerée à dessert de cognac à la fin du repas. M. Daremberg prescrit avec succès avant chaque repas une cuillerée à soupe d'un mélange composé de deux parties d'eau chloroformée pour une partie de sirop de morphine et une de fleurs d'oranger. Lorsque les vomissements ne sont pas provoqués par la toux, mais proviennent d'un degré plus ou moins prononcé d'intolérance gastrique, on peut les arrêter par le lavage de l'estomac et surtout par le gavage avec la sonde de M. Debove.

La *gastralgie* nerveuse ou mieux hyperchlorhydrique, à laquelle les phtisiques sont sujets, est soulagée par l'emploi des alcalins à haute dose; on prescrit le bicarbonate de soude par cachets de 1 gramme à prendre aux repas et dans leur intervalle, jusqu'à concurrence de 15 et 20 grammes par jour. Suivant qu'il y aura constipation ou diarrhée on lui associera la magnésie ou le sous-nitrate de bismuth. Aux phtisiques dyspeptiques conviennent les boissons tièdes en mangeant. Quant au régime alimentaire, il variera avec chaque malade; les uns ne peuvent supporter le lait, d'autres se trouvent bien de la suppression des graisses, des sauces grasses, des fritures, des acides. Certains supportent très bien le vinaigre et les épices qui entretiennent leur appétit : il n'y a aucune raison pour les leur interdire.

La *perte de l'appétit* est combattue chez les phtisiques par les moyens habituels, c'est-à-dire par les amers. Aucune des préparations recommandées n'a d'action élective chez les tuberculeux; il faut ajouter qu'aucune d'elles ne réussit à provoquer l'appétit si l'anorexie est liée à la fièvre. Dans ce dernier cas, les substances pharmaceutiques sont non seulement inutiles, mais nuisibles : il convient de faire cesser l'emploi de toute médication et de faire vivre le malade au repos et à l'air, suivant les règles du traitement hygiénique. L'anorexie cesse alors avec la fièvre.

Les *hémoptysies* sont combattues par le repos au lit, l'ingestion de glace ou de liquides froids; le malade doit rester immobile et garder le silence, il lui sera tout au plus permis de dire quelques mots à voix basse. Les injections d'ergotine, les boissons acides (citronade, limonades sulfurique, nitrique ou phosphorique) sont d'un usage classique; leur efficacité n'est pas certaine; elles servent du moins à masquer une expectation utile. Par contre, il est utile de diminuer la toux qui accompagne et favorise le crachement de sang, en faisant une injection de morphine ou en prescrivant une potion opiacée. Les révulsifs, ventouses sur la poitrine, sinapismes aux membres inférieurs, sont des moyens infidèles, mais qu'on peut employer en même temps que les précédents. Lorsque l'hémoptysie devient inquiétante par son abondance ou sa répétition, on se trouvera bien de l'application de glace sur les testicules ou les grandes lèvres; l'application doit durer cinq minutes et être répétée deux fois par vingt-quatre heures. On peut aussi appliquer sur la poitrine une vessie de glace séparée de la peau par un morceau de flanelle. La ligature des quatre membres, l'ipéca à dose vomitive sont des moyens anciennement connus et qui réussissent parfois. Trousseau prescrivait 4 grammes d'ipéca en quatre paquets, administrés de dix en dix minutes; mais comme ce procédé déprime considérablement le malade, il est préférable d'employer l'ipéca à dose nauséeuse (40 centigrammes en trois doses, dans le courant de la journée). Dans le même but, on a ordonné le kermès, à la dose de 30 centigrammes, ou même l'émétique à dose rasorienne.

Parmi les autres médicaments vantés contre les hémoptysies, il faut citer les astringents (tanin, acide gallique, à

a dose de 1 gramme par vingt-quatre heures), les lavements d'eau légèrement salée, l'iodoforme (5 à 15 centigrammes), la térébenthine en capsules ou en inhalation, la terpine ou bihydrate de térébenthine (1 gramme en pilules) l'extrait fluide d'hydrastis canadensis (xxx gouttes). On doit quelques succès à la digitale employée seule ou associée aux opiacés. Par l'emploi de certaines précautions, les phtisiques sujets aux crachements de sang peuvent en diminuer la fréquence. Ils doivent éviter les efforts, les excès de marche, de danse, de parole, le séjour dans les pièces surchauffées. Il leur convient de s'abstenir, autant que possible, de rapports sexuels; certains tuberculeux ont une hémoptysie à la suite de chaque coït. Chez les femmes, les crachements de sang reviennent fréquemment à l'approche des règles : on réussit parfois à les prévenir en prescrivant, dans les jours qui précèdent la période menstruelle, le repos, les bromures et la digitale.

Telles sont les principales règles du traitement symptomatique de la tuberculose pulmonaire. On voit que si l'arsenal thérapeutique est désarmé vis-à-vis de la maladie elle-même, le médecin y trouve cependant des ressources nombreuses et variées contre les divers accidents qui viennent en traverser le cours.

CLASSIFICATION

DES RÉTRÉCISSEMENTS URÉTHRAUX CICATRICIELS BASÉE SUR LES FAITS FOURNIS PAR L'ÉLECTROLYSE LINÉAIRE.

Par M. le docteur J.-A. FORT, ancien interne des hôpitaux.

Depuis que j'ai appliqué l'électrolyse linéaire au traitement des rétrécissements de l'urèthre, je me suis convaincu que la densité et la résistance du tissu qui forme le point rétréci, jouent le plus grand rôle dans la pathogénie et la thérapeutique des rétrécissements cicatriciels ou fibreux.

Les expressions de *rétrécissement mou* et *rétrécissement dur* sont peu précises.

Ni la lame aveugle et tranchante de l'uréthrotome, ni les bougies dilatatrices, si ce n'est après des séances multiples de cathétérisme, ne pouvaient renseigner exactement sur la densité du rétrécissement. L'électrolyse, en détruisant molécule à molécule le tissu du rétrécissement, m'a démontré que les rétrécissements mous, ou tendres, forment une catégorie à part, ayant une symptomatologie spéciale, et méritant véritablement la dénomination de *rétrécissements tendres*.

En parcourant les 51 opérations pratiquées récemment à ma clinique, dans ma clientèle et dans les hôpitaux, on verra que ma seule préoccupation a été de séparer les rétrécissements tendres des autres rétrécissements. D'après ma pratique, les rétrécissements tendres comprennent plus du tiers des cas.

J'appelle spécialement l'attention des chirurgiens sur la bénignité extraordinaire de l'opération d'électrolyse linéaire appliquée à cette nouvelle variété de rétrécissements. Il est à remarquer, en effet, que tous les malades atteints de rétrécissements tendres étaient exempts de complications, que l'opération n'a été nullement douloureuse, qu'elle a été des plus simples et très rapide, et qu'il n'a pas été nécessaire de pratiquer une dilatation consécutive.

Conclusions. — 1° Les nombreuses opérations d'électrolyse linéaire que j'ai pratiquées me permettent d'établir l'existence d'une variété de rétrécissements bien définie.

2° Je propose l'expression de *rétrécissements tendres* pour désigner cette nouvelle catégorie.

3° Les rétrécissements tendres se font remarquer par la rapidité et la bénignité de l'opération.

4° Cette variété de rétrécissements comprend plus du tiers des strictures uréthrales considérées dans leur ensemble.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 7 mars 1893, M. Arnould, médecin inspecteur de la section de réserve, a été promu au grade de commandeur dans l'ordre de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 8 mars 1893, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Barallier, médecin principal de la marine, et M. Rangé, médecin principal des colonies.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de première classe de la marine Millon et Mercié; MM. les médecins de première classe des colonies Grall et Carrière.

— Conformément au décret du 31 mars 1885, le président du Conseil, ministre de l'Intérieur, a décerné aux personnes ci-après désignées des médailles d'honneur ou des mentions honorables en témoignage du dévouement dont elles ont fait preuve au cours de l'épidémie cholérique de 1892 :

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Albert, vice-président de la commission d'hygiène et de salubrité du XIXe arrondissement, à Paris; — Biat, médecin à Trith-Saint-Léger; — Boutleux, médecin des épidémies de l'arrondissement de Béthune; — Dacquet, médecin à Étaples; — de la Croix, médecin à Lisieux; — Deladrière, médecin à Calais; — Demmler, médecin à Saint-Leu-d'Esserent; — Duriau, médecin du bureau de bienfaisance et de la maison d'arrêt, à Dunkerque; — Lecourt, médecin à Canteleu; — Leissen, médecin à Hennebont; — Mantel, médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Omer; — Pauthier, médecin de la prison, à Senlis; — Roustan, médecin des épidémies du canton de Creil; — Ruyssen, médecin du bureau de bienfaisance de Dunkerque; — Sauvage, médecin à Lorient; — Villette, médecin du bureau de bienfaisance, à Dunkerque; — Vincent, médecin à Gouvieux.

MM. les médecins Duliscouët, à Kériado-Ploemeur; — Rolland, médecin-pharmacien au Havre.

MM. les internes Carrion, interne en pharmacie à l'hôpital Saint-Antoine, à Paris; — Dispa, à l'hôpital de Boulogne-sur-Mer, médecin à Audinghen; — François, à l'asile d'aliénés de Quimper; — Ladevie, des hôpitaux du Havre; — Letellier, interne en pharmacie au Havre; — Ménereul, à l'asile d'aliénés de Quimper.

M. Bertrand, interne-provisoire à l'hôpital civil de Nancy.

MM. les externes Brunet, à l'hôpital Lariboisière, à Paris; — Durville, Grunberg et Hulmann, attachés au Bureau central à Paris.

M. Dewisme, pharmacien de première classe, à Boulogne-sur-Mer.

Mmes les infirmières Aguilar, née Leblond, à l'hospice de Caudebec-en-Caux; — Blanc, première infirmière détachée à l'hôpital temporaire du bastion 36, à Paris; — Blin, née Madeleine, à l'Hôtel-Dieu de Rouen; — Coulange, sœur Saint-Louis, à l'Hôtel-Dieu de Rouen; — Dubreuil, Elain et Oyéau, au service des baraquements de l'hospice général de Nantes; — Durand, en religion sœur Cordule, religieuse attachée à l'hôpital de Lorient; — Lalvey, sous-surveillante à l'hôpital Lariboisière, à Paris; — Lemoine, en religion mère Sainte-Chantal, attachée à l'hôpital Saint-Louis, à Paris; — Leyra, bénévole, pour la durée de l'épidémie, au bastion 36, à Paris; — Milo, garde-malade laïque volontaire, à Grand-Fort-Philippe; — Mouton, née Bureau, à l'Hôtel-Dieu de

Rouen; — Pelé, infirmière diplômée du service des ambulantes municipales, à Paris; — Piquendaire, laïque aux baraquements de Dunkerque; — Plantefève, née Gérard, sous-surveillante à l'hôpital Beaujon, à Paris; — Rémond, en religion sœur Saint-Ignace, attachée à l'Hôtel-Dieu de Paris; — Rousselle, infirmière diplômée du service des ambulances municipales, à Paris; — Sebire, à l'hospice de Caudebec-en-Caux; — Stalin, sœur Sainte-Cécile, à l'Hôtel-Dieu de Rouen; — Vallette, infirmière diplômée du service des ambulances municipales, à Paris.

MM. les infirmiers Breton, caporal à la 3e section d'infirmiers militaires au Havre; — Deldrève, volontaire aux baraquements de la ville de Dunkerque; — Dumesnil, Forget, Le Mouton, Picard et Saussay, à l'Hôtel-Dieu de Rouen; — Hebenstreit, major à l'hospice général du Havre; — Hœla, à l'hôpital de Lorient; — Jarles, à l'Hôtel-Dieu de Paris; — Julien, à l'hôpital temporaire du bastion 36, à Paris; — Lagoutte, à l'hôpital de la Pitié, à Paris; — — Roussel, à l'hôpital Bichat, à Paris; — Séro et Talbourdet, au service des baraquements de l'hospice général de Nantes.

Mentions honorables. — MM. les docteurs Baseil, médecin cantonal de la circonscription de Pompey-Frouard; — Courtois, médecin à Paris; — Duchesne et Duhamel, médecins à Gournay; — Pivion et Ruelle, membres de la commission d'hygiène publique et de salubrité du XIXe arrondissement, à Paris.

M. Cryé, médecin, membre de la commission d'hygiène publique et de salubrité du XIIe arrondissement, à Paris.

M. Coisy, pharmacien, membre de la commission d'hygiène, à Harfleur.

Mmes les infirmières Blondel et Chedoté, à l'asile d'aliénés de Bonneval; — Bos, en religion sœur Joseph, à l'hospice civil de Cherbourg; — Cravert, sous-surveillante hospitalière au nouvel hôpital du Havre; — Duflo, au nouvel hôpital du Havre; — Ferry, à l'hospice général du Havre; — Gachon, en religion sœur Séraphie, à l'hospice civil de Cherbourg; — Hugon, en religion sœur Sainte-Robert, sœur hospitalière à l'asile d'aliénés de Bonneval; — Le Mignon, hospitalière au nouvel hôpital du Havre; — Martel, en religion sœur Sainte-Marie, sœur hospitalière à l'asile d'aliénés de Bonneval; — Noblet, à l'hospice civil de Cherbourg; — Peigné, religieuse hospitalière des dames de Saint-Thomas-de-Villeneuve, à l'hospice général du Havre; — Perron, à l'asile d'aliénés de Bonneval; — Porchet, en religion sœur Sainte-Patrice, sœur hospitalière à l'asile d'aliénés de Bonneval; — Roussel et Simon, hospitalières au nouvel hôpital du Havre.

MM. les infirmiers Cléret et Dupont, à l'hôpital de Cherbourg; — Collange, au nouvel hôpital du Havre.

M. Crépeau, garçon d'amphithéâtre au service des baraquements de l'hospice général de Nantes.

— Par décision ministérielle, en date du 5 mars 1893, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués :

MM. les médecins-majors de première classe Huchart, pour le 21e d'artillerie; Clément (F.-X.), pour le 12e d'artillerie; Gils, pour l'hôpital militaire de Briançon (médecin-chef); Coustan, pour l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains (pour ordre); Rigal, pour l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris; Gaubert, pour le 1er régiment du génie; Radouan, pour le 26e d'infanterie; Darde, pour le 32e d'infanterie; Philippi, pour le 18e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Massonnaud, pour le 122e d'infanterie; Schmitt (E.), pour le 1er d'infanterie; Douard, pour le 16e d'artillerie; Manfredi, pour le 100e d'infanterie; Dufaud, pour le 98e d'infanterie; Leprêtre, pour le 3e spahis; Sanglé-Ferrière, pour le 4e chasseurs d'Afrique; Dupret, pour les établissements d'artillerie de Bourges; Amiet, attaché à la direction du service de santé du 8e corps d'armée et à l'hôpital militaire de Bourges; Lapasset, pour le 7e cuirassiers; Duco, pour le 144e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Jacquin, pour le 13e d'infanterie; Sagrandi, pour le 61e d'infanterie; Simonin, pour l'emploi de surveillant à l'école du service de santé militaire; Beno, pour le 154e d'infanterie; Darricarrère (J.), pour le 1er spahis; Teissier, pour le 1er tirailleurs algériens; Faivre, pour les hôpitaux militaires de la brigade d'occupation de Tunisie; Austric, pour les hôpitaux militaires de la brigade d'occupation de Tunisie.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Marsais, pour le 35e d'infanterie; Denoy, pour le 100e d'infanterie; Boucabeille, pour le 116e d'infanterie; Marrel, pour le 2e d'artillerie.

— *Hôpital de Limoges.* — M. le docteur Périgord est nommé médecin titulaire.

— *École de médecine de Tours.* — M. le professeur Barnsby est nommé directeur de l'École, en remplacement de M. Danner, nommé directeur honoraire.

— MM. les docteurs Rochon-Duvigneaud et Terson recommenceront, le vendredi 7 avril, à cinq heures, à l'Hôtel-Dieu, un cours pratique d'ophtalmologie, qui comprendra :

1° Ophtalmoscopie et réfraction (avec malades);

2° Anatomie normale et pathologique de l'œil et des annexes (démonstrations de pièces histologiques, technique histologique et bactériologique);

3° Médecine opératoire (avec exercices opératoires).

Les cours auront lieu, tous les jours, à la même heure et dureront six semaines. — S'inscrire d'avance tous les matins, à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

— M. le docteur Andrieu (Camon-les-Amiens) se met à la disposition des confrères qui ont besoin de se faire remplacer momentanément.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine opératoire (opérations générales et spéciales) à l'usage des étudiants et des praticiens, par le professeur docteur Karl Löbker, chirurgien en chef de l'hôpital « Bergmunsheil », à Bochum, traduit d'après la troisième édition allemande, par le docteur Herman Hauquet, préface par M. Alex. Winiwarter, professeur à l'Université de Liège. 1 vol. grand in-8° de xvi-576 pages, avec 276 fig. — Prix : 16 francs. — Paris, O. Doin.

Recherches expérimentales sur la respiration; les inhalations d'oxygène, sommeil et anesthésie, l'intoxication oxycarbonique, par le docteur L. G. de Saint-Martin. 1 vol. in-8° de 345 pages avec 35 fig. dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

Manuel de petite chirurgie de Jamain, 7e édition illustrée de 415 fig. intercalées dans le texte, par M. le professeur Félix Terrier et M. Péraire, ancien interne des hôpitaux. 1 vol. grand in-18 en élégant cartonnage anglais. — Prix : 8 francs. — Paris, Félix Alcan.

Manuel d'asepsie, par le docteur C. Schimmelbusch, assistant à la clinique chirurgicale royale du professeur von Bergmann, à Berlin. Introduction par le professeur von Bergmann, cons. privé. Traduction du docteur Ch. Debersaques, assistant de clinique chirurgicale à l'Université de Gand, chirurgien adjoint à l'hôpital civil. Préface de M. le docteur Ad. de Cock, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Gand, chirurgien à l'hôpital civil. 1 vol. in-12 cart. de 203 pages avec fig. dans le texte. — Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.

La pratique de l'analyse des urines et de la bactériologie urinaire, par le docteur G. Delefosse, rédacteur en chef des « Annales des organes génito-urinaires ». 5e édit. 1 vol. in-18 cart. à l'angl. — Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le lait, par le docteur Jules Rouvier, professeur à la Faculté de médecine de Beyrouth, préface du docteur P. Budin. 1 vol. in-18 jésus de 350 p. avec figures. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Formulaire des médicaments nouveaux et des médications nouvelles pour 1893, par H. Bocquillon-Limousin, pharmacien de première classe, avec une introduction par H. Huchard, médecin de l'hôpital Bichat. 1 vol. in-18 de 320 pages, cartonné. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

La thérapeutique suggestive et ses applications aux maladies nerveuses et mentales, à la chirurgie, à l'obstétrique et à la pédagogie (*Bibliothèque scientifique contemporaine*), par le docteur A. Cullerre, directeur de l'asile d'aliénés de la Roche-sur-Yon. 1 vol. in-16 de 318 p. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière.

Recherches bactériologiques sur la fièvre typhoïde, par le docteur E. Malvoz, assistant d'anatomie pathologique et de bactériologie à l'Université de Liège (Mémoire couronné par l'Académie royale de médecine de Belgique). 1 vol. in-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 13 mars 1893.

On se rappelle les incidents regrettables qui ont attiré l'attention sur les derniers concours d'agrégation. Aussi, de toutes parts, à ce moment, a-t-on demandé des réformes pour s'opposer au retour de coupables errements qui jetaient sur le renom de l'agrégation une tache difficile à effacer.

Aujourd'hui le motif invoqué n'est plus le même. On reconnaît, un peu tard, que l'institution de l'agrégation est singulièrement boiteuse. Le jeune professeur, pour lequel la Faculté vient d'entrebâiller ses portes, n'a pas droit de séjour; c'est un étranger qui passe, mais qui ne fait pas, en réalité, partie de la Faculté. Après neuf années écoulées, alors qu'il est dans le plein de sa vie scientifique, alors que, jeune encore, mais suffisamment expérimenté, il pourrait consacrer toute son activité et son intelligence à l'enseignement, la Faculté se prive de ses services et le remercie. Le professeur devient *libre*, et il attend que les circonstances le désignent pour devenir à son tour professeur titulaire. En général, l'ex-professeur agrégé attend longtemps, et quand le choix de ses aînés l'appelle, il a souvent atteint l'âge du repos intellectuel et physique, il est surchargé d'honneurs, de titres, il s'est légitimement acquis une clientèle nombreuse et accaparante. Or, si l'agrégé quitte la Faculté après quarante ans, c'est le plus souvent vers cinquante-cinq ans, s'il a la chance d'être parmi les élus, qu'il est rappelé par la Faculté pour revêtir la robe rouge du professeur. Or, qu'a fait l'ex-professeur agrégé pendant quinze années, sinon vivre en dehors de la Faculté? Et si, à cinquante-cinq ans, on l'a jugé à nouveau digne d'entrer dans la docte corporation des professeurs, qui croira qu'il était moins digne à quarante-cinq ans? A cet âge, le professorat eût été tout pour lui, il s'y serait consacré avec la vigueur que lui permettaient les années; au moment où on l'appelle à nouveau, il est près de la soixantaine, époque où le professorat devient une charge bien lourde à supporter.

On se demande pourquoi les Facultés se privent ainsi du service de leurs agrégés, pourquoi, avant de les reprendre comme professeurs, elles les exilent dans un repos forcé. Une seule raison peut expliquer cet état de choses, c'est que si l'agrégation était permanente, le recrutement serait de suite arrêté, c'est que les concours, en revenant à période fixe, permettent à des générations de candidats de s'instruire, de se former. De la sorte se constitue une pépinière de jeunes maîtres, sans cesse renouvelée, sans cesse prête à fournir à l'enseignement les professeurs qui lui sont nécessaires.

Si la permanence de l'agrégation est désirée par tous les agrégés en exercice, si, en réalité, elle est une chose désirable et utile, elle a le grand inconvénient d'arrêter le recrutement ultérieur du corps enseignant. C'est ce qu'a fort bien compris M. Lépine dans un long article qu'il vient de publier. Aussi les réformes qu'il propose ont-elles pour but, tout en maintenant la permanence de l'agrégation, de ne pas arrêter le recrutement. Ces réformes, dans leurs grandes lignes, sont les suivantes : nommer chaque année autant d'agrégés que se présenteraient de jeunes gens capables de faire un cours libre.

L'agrégation serait alors un titre, mais non une fonction et les Facultés s'adjoindraient, pour le service des examens et pour les cours rémunérés, ceux des agrégés qui se seraient distingués dans leur enseignement libre.

Ce projet de M. Lépine a paru rencontrer une certaine faveur. Cependant bien des objections peuvent être faites au projet du professeur lyonnais.

Tout d'abord, c'est l'effondrement absolu du titre d'agrégé, désormais sans valeur, car, à Paris, c'est par plusieurs dizaines que, chaque année, il faudrait nommer agrégés des jeunes docteurs capables de faire un cours. Sur ce nombre, qui rapidement deviendrait considérable, quatre ou cinq à peine seraient reconnus dignes d'être médecins et chirurgiens des hôpitaux, c'est-à-dire que ce titre d'agrégé deviendrait de suite inférieur à celui qui serait obtenu dans les concours hospitaliers. Mais laissons de côté cette partie de la question qui n'intéresse que le corps des agrégés ; si l'enseignement général devait profiter de la mesure proposée, nous serions les premiers à y applaudir, mais cela n'est pas.

L'agrégé, nouvelle manière, aurait acquis le droit au cours libre, droit qui existe pour tout docteur qui en fait la demande, M. Lépine ne l'ignore pas. Or, faire un cours libre dans un local exigu, sans laboratoire, sans personnel, sans matériel, c'est se condamner d'avance à l'insuccès. Il suffit, chaque année, de voir ce qui se passe à l'École pratique de notre Faculté; le cours libre y végète, on peut dire qu'il y meurt. Il nous paraît difficile au nouvel agrégé

d'y faire ses preuves. Mais en admettant qu'il les y fasse, qui sera juge de ses mérites ? Le professeur ! Et comment et d'après quoi jugera-t-il ces titres si difficiles à apprécier ?

Aussi le projet de M. Lépine qui, *a priori*, semble donner aux agrégés en exercice l'agrégation-carrière qu'ils désirent, supprime, en réalité, l'agrégation, en la faisant chose banale et il la supprime pour mettre le recrutement ultérieur des agrégés choisis et officialisés sous la dépendance unique de la bonne volonté des professeurs titulaires. C'est, en d'autres termes, la suppression du concours et son remplacement par le règne du bon plaisir.

La réforme proposée nous paraît pire que l'état de choses actuel. Le concours est encore le moins mauvais des modes de recrutement. S'il y a eu des scandales, c'est justement parce que les principes du concours ont été violés, et c'est contre cette violation qu'on a pu crier et protester.

Concluons, en terminant, que c'est un singulier progrès que celui qui laisserait les Facultés maîtresses absolues de nommer les agrégés, sans épreuves probatoires et sans concours préalable.

Nous ne saurions donc adopter le projet de M. le professeur Lépine qui conserve le titre d'agrégé mais en supprime la valeur et qui, en dernière analyse, aboutit à la suppression du concours. Nous concevons que pareille réforme soit admise par les professeurs dont elle augmente le pouvoir, mais nous ne saurions comprendre comment elle pourrait recueillir ces suffrages de la jeunesse intelligente et studieuse qui se destine à l'enseignement.

C'est encore des oreillons qu'il est question à la Société médicale des hôpitaux (10 mars). M. Laveran donne lecture d'une intéressante observation adressée par M. Troussin, médecin-major à Avignon. Il s'agit d'un jeune soldat qui, au cours des oreillons, fut pris d'orchite ourlienne, et, à deux reprises, de convulsions éclamptiques. M. Broussin les attribue, avec quelque apparence de raison, à l'urémie. Il y eut, en effet, diminution très marquée des urines, presque anurie. et albuminurie passagère.

M. Laveran a compulsé ses observations, et il n'a trouvé qu'un seul fait d'albuminurie chez un tirailleur algérien qui, lui aussi, aurait eu de l'orchite ourlienne.

M. Merklen revient sur la période d'incubation et la période de contagiosité des oreillons. Il résulte de faits qui lui sont personnels, et de faits qu'il a relevés dans la littérature, que la durée de l'incubation des oreillons peut aller de quinze à vingt-six jours. A quel moment en cesse la contagiosité ? Des faits, recueillis dans la littérature médicale, semblent démontrer que cette contagiosité peut survivre à la maladie. Une femme, venue à l'hôpital pour la diphtérie, prend les oreillons parce qu'on l'a couchée dans le lit, cependant désinfecté, dans lequel avait séjourné avant elle une malade atteinte de cette même maladie. Un assistant, demeuré lui-même indemne, aurait transporté le germe ourlien de l'hôpital à une malade de la ville. Des faits de ce genre observés dans une ville sont toujours un peu suspects, on peut se demander si la maladie a bien été prise à la source que l'on incrimine, s'il n'y a pas eu d'autres occasions de contagion demeurées inconnues. Comme le fait remarquer M. Rendu, il n'est pas démontré encore que le malade lui-même reste dangereux après que la maladie est terminée. Les faits produits démontrent, en tout cas, la nécessité d'une désinfection après les oreillons, comme après d'autres maladies infectieuses. Peut-on, ici comme ailleurs, remplacer la quarantaine personnelle, par une désinfection des circumfusa et du corps lui-même ? Les oreillons continueront-ils à être pour les collégiens — qui ne réclament pas — l'occasion de quinze jours de vacances supplémentaires ?

M. Merklen a vu une nourrice atteinte des oreillons continuer à donner le sein sans dommage pour l'enfant ; il n'y a pas eu de fluxion ourlienne du côté des glandes mammaires, ce qu'il était légitime de craindre dans ces conditions.

M. Juhel-Rénoy a vu un malade, atteint de rougeole, présenter, sans transition appréciable, des signes de fièvre typhoïde ; la rougeole s'était donc développée pendant la période d'incubation typhique. Cette dothiénentérie, bien qu'ayant présenté deux rechutes successives, a été en somme fort légère, et M. Juhel-Rénoy se demande si cette bénignité n'est pas due à l'influence exercée par la rougeole, à une action modificatrice du terrain ou encore à un certain antagonisme entre le germe de la rougeole et le germe typhique. Pour fonder une semblable théorie, il faudrait des faits nombreux, une seule observation ne prouve rien.

M. Marfan a vu un enfant de neuf mois atteint de gastro-entérite chronique, de diarrhée verte, probablement tuberculeux, présenter, à la suite d'une varicelle et d'un abcès de l'oreille gauche, une paralysie flaccide du bras du même côté. Pour admettre le rôle d'une infection dans cette paralysie, que M. Marfan rapproche de la paralysie infantile, on n'a que l'embarras du choix. On peut même dire qu'il y a ici trop d'infections superposées ; une seule bien nette, survenant tout à coup chez un enfant bien portant jusque-là, est beaucoup plus probante. Cela s'est vu quelquefois à la suite des fièvres éruptives, par exemple, et M. Marie, en particulier, a insisté sur ce côté intéressant de l'étiologie de la paralysie infantile.

M. Quinquaud a montré à la Société de dermatologie, dans sa séance du 9 mars, un malade atteint, à la main droite, d'une lésion érythémato-vésiculeuse et ulcéreuse, exactement répartie sur le domaine des branches terminales du cubital. Dans toute cette région il y a de l'analgésie, et la sensibilité tactile est émoussée. Ce trouble de sensibilité s'étend également à une petite partie du domaine du médian et à une partie beaucoup plus petite encore du domaine du radial. On doit admettre qu'il s'agit ici d'une névrite ascendante de nature inconnue. A cause de discussions récentes, le bacille de la lèpre a été cherché avec soin dans des petits fragments de peau sans pouvoir être démontré. En revanche, on a trouvé, au niveau des lésions ulcéreuses, un streptocoque virulent.

Soumises à une antisepsie rigoureuse et à l'enveloppement ouaté, ces lésions cutanées ont guéri. Elles ont réapparu dès qu'on a cessé l'antisepsie.

Qu'est-ce que cela démontre ? Évidemment que la névrite ne suffit pas pour produire les lésions de la peau observées dans le cas présent, il faut encore qu'il s'y ajoute un élément extérieur, l'infection micrococcienne. C'est ainsi qu'après la section du trijumeau, les lésions de la cornée

ne se montrent pas si elle est soustraite aux traumatismes extérieurs et soumise à des lavages antiseptiques.

M. Lejars montre un malade qui, en donnant un coup de poing sur la figure d'un individu syphilitique, se fit une plaie à deux doigts de la main et contracta par là un double chancre infectant dont le diagnostic présenta quelque difficulté. L'excision n'empêcha nullement l'éruption secondaire de se produire. Cette étiologie singulière a été quelquefois observée. Hutchinson, M. Barthélemy, ont vu tous deux un cas exactement semblable. Il est donc bon de savoir à qui on donne des coups de poing sur la figure. Ces chancres des doigts sont souvent méconnus, quelquefois on pense à une lésion tuberculeuse, comme MM. Thibierge et Lejars; beaucoup plus souvent, dit M. Fournier, auquel on doit une bonne étude sur ces faits, c'est au simple panaris que l'on songe. Un chirurgien des plus distingués croyait n'avoir au doigt qu'un panaris un peu bizarre d'allures : c'était un chancre syphilitique. A une sage-femme observée par M. Feulard, on enleva la phalangette sous prétexte de panaris grave. Voilà qui est instructif, et doit donner à réfléchir.

M. Hallopeau présente un lépreux atteint d'orchite lépreuse, ce qui est une manifestation très rare de la lèpre et établit une nouvelle analogie entre cette maladie et la tuberculose.

M. Fournier montre une malade qui eut, sous l'influence d'applications de préparations mercurielles, d'abord une dermatite croûteuse de la face qui donnait absolument l'idée d'un eczéma impétigineux vulgaire, puis une dermatite scarlatiniforme. La dermite scarlatiniforme est une forme fréquente d'hydrargyrie cutanée, la dermite impétigineuse est beaucoup plus rare; on doit donc avoir, en tout cas, l'œil ouvert sur ces dermites dues à des applications mercurielles. Elles ne sont pas rares et sont souvent méconnues.

Un malade, mort de néphrite brightique en pleine période de syphilis secondaire, présentait dans les aines l'adénopathie satellite du chancre. M. Mendel, interne de M. Fournier, put, à l'autopsie, poursuivre ces ganglions le long de l'artère iliaque jusqu'à l'aorte. Les ganglions des autres régions n'étaient pas hypertrophiés. L'infection syphilitique, qui ne se fait sans doute pas que par cette voie, peut donc, dans le système lymphatique, laisser la trace de sa marche centripète sous forme d'une traînée adénopathique. La chose peut quelquefois se suivre nettement sur le vivant, sans autopsie. C'est ainsi que, sur un malade atteint d'un chancre de la paupière, on vit se prendre successivement le ganglion préauriculaire, puis, de proche en proche, les divers groupes des ganglions cervicaux.

MM. Hallopeau et Jeanselme ont fait l'autopsie d'un malade atteint de mycosis fongoïde. Il semble y avoir des lésions viscérales de lymphadénie, ce que vérifiera l'examen histologique. Si cet examen est positif, dans ce sens, ce sera là un cas des plus importants, puisqu'on a fini par mettre en doute les rapports de la lymphadénie et du mycosis fongoïde, après avoir commencé par affirmer leur identité.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. POTAIN.

Des associations cardiaques.

(Leçon recueillie par M. MARTIN-DURR, interne du service, et revue par le professeur.)

Le diagnostic brut des lésions cardiaques n'est qu'une faible partie du problème posé par les maladies du cœur. Telle lésion ne comporte pas nécessairement tel pronostic et ne doit pas être nécessairement soumise à telle médication. Il faut connaître l'importance réciproque de chaque affection et l'atténuation des différents signes les uns par les autres, ce qui conduit à modifier pour chaque cas le pronostic et les indications du traitement.

Les deux malades, couchés aux n°s 15 et 18 de la salle Bouillaud, présentent tous deux une insuffisance aortique, coïncidant avec un rétrécissement mitral. Dans les deux cas, la lésion paraît semblable, l'origine est identique. Mais la façon dont réagit l'organisme, la maladie, est bien différente : les symptômes diffèrent, comme devront différer le pronostic et le traitement.

Le n° 15 de la salle Bouillaud présente d'abord les signes de l'insuffisance aortique : un souffle diastolique aspiratif, doux, qui présente son maximum sur le sternum, au niveau de la troisième articulation chondro-sternale, se diffuse en bas jusqu'à la région xyphoïdienne, mais en haut ne dépasse pas le premier espace intercostal.

Une hypertrophie cardiaque manifeste, puisque la matité précordiale atteint 180 centimètres carrés, presque le double de l'étendue normale. Un double souffle crural; un pouls, qui n'est pas absolument celui de Corrigan, mais qui présente une dépressibilité assez marquée et dont le bondissement est plus net avec l'élévation de la main.

La pression est forte, 20 centimètres de mercure; il existe du pouls capillaire unguéal et du frémissement de la sous-clavière.

Le tracé cardiographique, enfin, est caractéristique de l'insuffisance aortique : la période diastolique est nettement ascendante.

Ce sont bien là, au complet, les caractères de l'insuffisance aortique, mais ce malade présente, de plus, un second souffle dans la même région.

Ce souffle est systolique, son timbre est rude, son maximum siège un peu plus haut et plus à droite, sur la deuxième articulation chondro-sternale droite, et il se propage, en haut vers la clavicule, en bas jusque vers la quatrième côte.

Ce n'est pas un souffle cardio-pulmonaire, car il est rude et supérieur en intensité à ce que produirait un pareil souffle; de plus, il se propage dans les carotides et les sous-clavières.

Ce second souffle est donc caractéristique d'un rétrécissement aortique, coïncidant avec l'insuffisance du même orifice.

Enfin, et plus difficile à percevoir, dans la région de la pointe, légèrement sus-apexien, existe un roulement présystolique; ce bruit anormal est accompagné d'un léger frémissement à la main.

Mais de l'existence de ce bruit présystolique à la pointe, peut-on conclure au rétrécissement mitral, chez les sujets affectés d'insuffisance aortique ? C'est là une question qu'il faut soulever dans ces cas, car de nombreuses observations ont été dernièrement publiées, dans lesquelles existaient

e souffle présystolique en même temps que tous les signes d'insuffisance aortique, et dans lesquelles, à l'autopsie, on ne trouvait aucune trace de rétrécissement mitral.

Ces faits ont été signalés surtout en Angleterre.

Austin Flint rapporte 2 cas, avec autopsies, où l'on ne trouva pas de rétrécissement mitral.

Charlewood Turner relate 3 cas avec autopsies, où l'on ne trouva aucun rétrécissement mitral, mais une fois une insuffisance mitrale.

Byrom Bramwell rapporte 1 cas, avec autopsie, sans rétrécissement mitral, mais avec insuffisance aortique.

Guiteras mentionne 1 cas de souffle pré-systolique et où, à l'autopsie, l'orifice mitral laissait passer trois doigts.

Gairdner rapporte 1 cas, où l'on trouva une perforation de l'une des lames aortiques.

Maguire cite 9 cas, où l'on ne constata pas de rétrécissement mitral.

Lees rapporte 15 cas d'insuffisance aortique, sans rétrécissement mitral.

Enfin Sansom relate 1 cas semblable, ce qui porte à 33, si les 9 de Maguire et les 15 de Lees ne se rapportent pas aux mêmes faits, le nombre de cas publiés, où l'on s'est trompé, en affirmant, par la présence du roulement présystolique, l'existence d'un rétrécissement mitral.

Dans tous ces cas, ou dans presque tous, il n'y avait qu'insuffisance aortique.

Quelle peut être l'interprétation de ces faits ?

Est-ce une propagation du souffle de l'insuffisance aortique à la pointe, qui vibrerait sous cette influence et transmettrait ainsi ses vibrations à la paroi thoracique, dont elle est plus rapprochée que l'orifice aortique? On comprend que le souffle de la base puisse s'entendre à la pointe, mais cette interprétation n'est exacte que pour peu de cas. D'ailleurs les souffles, étudiés dans leur rythme, sont bien différents. Le souffle aortique va toujours s'affaiblissant, il est progressivement décroissant, ce qui lui donne son caractère aspiratif. Le souffle du rétrécissement mitral, au contraire, est progressivement croissant et se renforce au moment de la présystole.

Une seconde interprétation tendrait à faire de ce bruit un souffle cardio-pulmonaire, mais dans le cas de bruit extra-cardiaque, on ne constate jamais de frémissement ; or, dans un bon nombre des cas cités, on a senti du frémissement.

L'interprétation de Sansom nous semble se rapprocher davantage de la vérité. Le courant sanguin rétrograde de l'orifice aortique, qui est le fait de l'insuffisance, produit un refoulement de la grande lame de la mitrale, d'où un rétrécissement relatif de l'orifice mitral. Cette grande lame mitrale est alors soumise à deux courants parallèles et de vitesse différente, le courant rétrograde de l'insuffisance aortique et celui produit par le sang venant de l'oreillette. Sous l'influence de ces deux courants, la valvule mitrale entre en vibration, d'où production de frémissement sensible à la main et de souffle ou roulement présystolique perceptible à l'oreille.

Il faut donc, dans le cas d'insuffisance aortique accompagnée de roulement présystolique, apporter dans le diagnostic une réserve prudente et avoir l'attention éveillée sur cette cause possible d'erreur.

Chez notre malade, existe heureusement un caractère qui permet exceptionnellement de faire le diagnostic précis : c'est la présence d'un bruit de claquement immédiatement après le deuxième bruit et entendu à la pointe, claquement d'ouverture de la valvule qui est un signe certain de rétrécissement mitral.

D'après la table de Smith, la fréquence de cette difficulté de diagnostic par association des lésions serait de 1 p. 100.

En effet, la conséquence de cette association des lésions est l'atténuation des signes propres à chacune. Les signes du rétrécissement mitral sont attenués et cela, certainement, puisque le claquement d'ouverture suppose un rétrécissement moyen. Les signes d'insuffisance aortique sont de même atténués ; les battements des artères carotides et sous-clavières sont diminués, le pouls a perdu de sa force et présente une amplitude médiocre et le crochet est nul.

Le deuxième malade, n° 18 de la salle Bouillaud, présente un rétrécissement mitral, sur lequel ne peut persister aucun doute, car tous les signes sont positifs. Il existe un roulement diastolique, à timbre doux et aspiratif, à siège sus-apexien, se terminant par un renforcement présystolique et accompagné de frémissement très net. Le premier bruit est dur, éclatant, le second présente les mêmes caractères ; le cœur n'est pas hypertrophié.

Mais, de plus, ce malade présente, à la partie moyenne du sternum, et se propageant en bas jusqu'à l'appendice xyphoïde, un souffle diastolique doux. Ce souffle ne présente pas de renforcement final, mais est progressivement décroissant. Il est très faible et purement aspiratif. De plus, il est semblable à lui-même dans tous les temps et dans toutes les situations, tandis que le bruit de la pointe varie suivant la position et le moment de l'examen.

Ces deux souffles sont donc indépendants et il existe avec le rétrécissement mitral une insuffisance aortique, mais elle est légère et les signes artériels sont peu marqués. Il existe un double souffle crural, mais très faible, et le pouls est à peine bondissant.

Les tracés nous permettent d'affirmer complètement l'insuffisance aortique et nous montrent les modifications subies par le rétrécissement mitral, sous l'influence de l'insuffisance aortique. Le tracé de la radiale présente un petit ressaut, lors de la systole cardiaque, et le tracé cardiographique une ascension de la ligne de la diastole.

Nos deux malades présentent donc des lésions à peu près semblables, l'un, une insuffisance aortique atténuée par le rétrécissement mitral, l'autre, un rétrécissement mitral atténué par une insuffisance aortique.

L'origine de ces maladies est identique ; chez l'un et chez l'autre, c'est le rhumatisme. L'un et l'autre ont eu des attaques successives de rhumatisme articulaire aigu généralisé et la loi de Bouillaud a trouvé son application constante.

Pourquoi ces deux malades, soumis à une même cause, ont-ils fait une maladie différente, à prédominance aortique, chez le premier, à prédominance mitrale, chez le second ?

Le premier a toujours déployé une grande activité musculaire ; il a commencé par travailler dans les champs, puis il est devenu ouvrier de chemin de fer. Il a surtout fatigué son système artériel, ce qui explique une localisation plus sérieuse au niveau de l'aorte. Le second est colporteur, et ce métier ne nécessite que peu d'efforts. Son activité musculaire est donc moindre. Il est, d'ailleurs, chétif, monte difficilement les escaliers, est facilement essoufflé, ce qui vous montre une tare veineuse, pouvant expliquer l'origine d'une lésion mitrale. De plus, chez notre malade, il existe des signes très atténués d'insuffisance pulmonaire, et vous

savez que le rétrécissement mitral est fréquemment sous l'influence de la tuberculose.

Les troubles fonctionnels montrent bien la différence des deux maladies. Le premier présente des malaises spéciaux ressortissant à un certain degré d'asthme cardiaque. Le second, au contraire, est nerveux et facilement impressionnable. Il présente un peu d'analgésie du côté droit et de l'anesthésie pharyngée. De plus, il existe, chez lui, des signes de prédisposition antérieure; son père était violent et avait des fréquents accès de colère.

La différence entre ces deux malades se maintient pour le pronostic. Le premier, l'aortique, tire un certain avantage de posséder un rétrécissement mitral, car il n'est pas incommodé par les battements artériels intenses de l'insuffisance aortique. Le second, au contraire, est sous le coup d'un pronostic grave, car la compensation, toujours difficile, d'un rétrécissement mitral, se trouve entravée par l'existence de l'insuffisance aortique.

Enfin, pour le traitement, la différence persiste. Chez l'aortique, les troubles périphériques, les vertiges peuvent être améliorés, et, au moment des accès, la trinitrine pourra être indiquée. Quant à la lésion elle-même, elle ne fournit actuellement aucune indication thérapeutique, puisque le rythme est normal.

Chez celui, au contraire, dont l'affection mitrale est prédominante, sujet pâle, faible, anémique, nerveux et impressionnable, nous verrons de merveilleux effets de la médication tonique, grâce à laquelle l'équilibre circulatoire pourra devenir plus régulier, et de la médication antispasmodique, qui pourra modérer ou éteindre les accidents nerveux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 mars 1893. — Présidence de M. Perier.

COMMUNICATIONS

Traitement de l'ectopie testiculaire. — M. FELIZET rappelle que l'on ignore encore la véritable cause de l'arrêt de la migration du testicule; d'où l'absence de règles opératoires fixes, applicables à chacun des cas.

Quoi qu'il en soit, il pense qu'il faut diviser l'ectopie en deux classes, suivant que le testicule est mobile ou complètement fixé.

Lorsque l'organe a conservé de la mobilité, il présente presque toujours sa forme, son volume et sa consistance ordinaires, quelle que soit la position qu'il occupe dans son déplacement. Il est de règle que l'orifice inguinal externe soit élargi; aussi le testicule le franchit-il facilement sous l'influence de contractions du crémaster ou de toute autre cause; mais de même qu'il disparaît aisément dans l'abdomen, de même on n'éprouve aucune peine, à moins d'adhérences, à le faire descendre dans le scrotum.

Dans ce type d'ectopie, l'orchidopexie donne de bons résultats; toutefois, il est préférable de la faire précéder du massage pendant quelque temps, pour faciliter la descente.

Lorsqu'il y a fixité du testicule, celui-ci, en général, est situé plus haut que dans la variété précédente, il est plus petit, dur et assez fréquemment douloureux; en outre, il n'est pas rare de constater une malformation, consistant soit en une inversion, soit en une dissociation de l'épididyme. Le canal déférent est plus court et les vaisseaux ont également subi un arrêt de développement.

Dans ce cas, le massage est de nul effet, car ce n'est pas tant l'ectopie que la malformation qui joue le principal rôle dans cet état pathologique. En pareille circonstance, la castration peut être indiquée. L'ectopie peut aussi être compliquée de hernie, ce qui appelle alors des manœuvres opératoires plus complexes.

M. TUFFIER, depuis le mois de janvier dernier, a eu l'occasion de pratiquer trois nouvelles opérations sur des enfants atteints d'ectopie testiculaire. Chez l'un, il a fait la fixation, qui a été suivie d'un résultat excellent. Chez le second, porteur d'une hernie, il n'est pas parvenu à abaisser le testicule, qui était de la grosseur de l'extrémité du petit doigt, et il a dû en arriver à la castration.

Quant au troisième malade, enfant de six ans, il présentait une ectopie intermittente qui, à deux reprises, s'était compliquée de phénomènes douloureux de compression au niveau du canal inguinal. Lorsqu'il a été appelé auprès de cet enfant, qui accusait de très violentes douleurs diffuses dans la région hypogastrique, il a trouvé le testicule droit, dans le canal inguinal, mobile et facilement abaissable. Celui de gauche était situé plus profondément dans le trajet et résistait à toute traction tendant à le faire descendre. En procédant le lendemain à la fixation, il a noté l'existence d'un faisceau du gubernaculum testis allant de l'épididyme au fond des bourses; il a dû en faire la section pour assurer la fixation en ce dernier point et pour détruire ainsi l'agent qui était cause de l'ectopie intermittente.

Corps étrangers de l'œsophage. — M. TERRILLON communique les deux observations suivantes:

Il y a quelques années, un jeune homme de vingt-deux ans avait fait le pari de tordre une pièce de 5 francs entre ses dents; il était sur le point de commencer son œuvre, lorsqu'une plaisanterie, adressée par l'un des spectateurs, lui fit faire un mouvement subit d'aspiration et la pièce disparut dans le pharynx. De là elle gagna l'œsophage, détermina une douleur assez vive en passant au niveau de la fourchette du sternum, puis, après un moment d'arrêt, elle continua à descendre et vint définitivement s'arrêter à 8 centimètres environ du cardia.

Toute intervention en vue d'extraire cette pièce ayant été refusée, ce malade regagna son domicile et, pendant quelques jours, rien de nouveau ne survint, mais, deux semaines après, il mourut subitement à la suite de crachements de sang abondants, provenant probablement d'une ulcération et d'une perforation de l'aorte.

Au mois d'octobre dernier, M. Terrillon vit un homme de vingt-six ans, qui se trouvait en compagnie de quelques jeunes gens, entre lesquels il fut décidé que chacun allait exercer son adresse au jeu de tonneau. Celui-ci faisant défaut, ce jeune homme fut désigné pour le remplacer la bouche largement ouverte. Déjà quelques pièces de cinq francs s'étaient égarées çà et là sur le visage, lorsque l'une d'elles, plus adroitement lancée, vint s'engouffrer dans cette bouche béante. En quelques instants, elle parcourait l'œsophage, à la partie inférieure duquel elle s'arrêtait.

C'est ce que le cathétérisme montrait le lendemain, en révélant qu'elle était distante, comme dans l'observation précédente, de 8 centimètres du cardia. M. Terrillon a tout d'abord tenté d'en faire l'extraction successivement avec le panier de Graeff, avec le crochet de Collin et avec une longue pince, mais tous ses efforts sont restés infructueux.

En présence de cet échec, l'œsophagotomie externe, dans le but de donner plus facile accès sur la pièce, s'imposait. M. Terrillon pratiqua cette opération le lendemain, et, bien que le corps étranger ne fût qu'à une distance de 12 centimètres, il était si solidement fixé qu'il eut beaucoup de peine à le saisir solidement et à l'amener au dehors. Sauf une sensation douloureuse, provoquée par le passage des aliments pendant quinze jours, rien de particulier n'a marqué les suites de l'intervention; et actuellement, aucun trouble ne persiste.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

L'évolution du sexe (1), par GEDDES et THOMSON, traduit par M. Henri DE VARIGNY.

C'est le tome III de la « Bibliothèque évolutionniste ». Les auteurs discutent tout d'abord la théorie de la sélection sexuelle qui, d'après Darwin, affinerait la forme et les couleurs des mâles par le choix des femelles, et la théorie de Wallace, qui explique ces faits par la simple sélection naturelle. Geddes et Thomson croient que la différenciation des caractères sexuels est déterminée par la nature spéciale de chacun des deux types mâle et femelle. Tandis que le premier manifeste une activité plus grande, que ses processus nutritifs tendent vers la dépense et le déchet, vers le catabolisme en un mot, le second, au contraire, est passif et ses processus vitaux sont caractérisés par l'épargne, l'emmagasinement, l'anabolisme.

L'abondance du pigment et partant du coloris, la richesse des poils, la crinière du lion, la barbe de l'homme et les bois des cerfs ne sont, en somme, que la manifestation d'une circulation plus active, de phénomènes biologiques à tendance destructive, qui sont l'apanage des mâles. C'est là la théorie fondamentale qui supporte, en quelque sorte, tout le livre de MM. Geddes et Thomson. Mais ce dernier contient, en outre, des chapitres très instructifs sur la détermination des sexes, l'hermaphrodisme, l'embryologie, la fécondation et les différents types de la reproduction. Dans une hardie application de leurs doctrines, les auteurs établissent un parallèle entre le rôle social de l'homme et celui de la femme, en se basant sur leurs caractères biologiques, et se demandent si la limitation malthusienne de la reproduction n'est pas une chose utile et nécessaire au bien de l'espèce et d'une nation.

De la responsabilité criminelle (2), par le docteur E. CABADÉ.

Ce livre est surtout un ouvrage de vulgarisation scientifique. M. Cabadé établit d'abord la marche ascensionnelle de la folie, de la criminalité et de l'alcoolisme. Il insiste aussi sur le surmenage des villes comme facteur des vésanies et des crimes. Ensuite, après avoir discuté la doctrine de la responsabilité pénale, il expose les divers travaux de l'anthropologie criminelle. Il ne croit pas, avec raison, aux caractères anatomiques de Lombroso, du moins tels que ce médecin les a fixés. Il résume ensuite les connaissances actuelles sur la folie morale et ses diverses classes.

Le livre se termine par un chapitre où l'auteur recherche les moyens propres à empêcher que des aliénés soient condamnés et propose de créer un second jury, composé d'hommes spéciaux, notamment de médecins, qui auraient à se prononcer sur la question de responsabilité de l'accusé.

M. Cabadé s'appuie un peu trop souvent sur des données hypothétiques de la science. Ainsi, par exemple, lorsque, à propos de physiologie cérébrale, il prononce plusieurs affirmations qui sont aventureuses. Mais je laisserai de côté ces détails qui n'empêchent pas que le livre résume assez exactement les idées ayant cours actuellement sur l'anthropologie criminelle.

Il eût été même préférable que M. Cabadé fût plus personnel et discutât, au lieu de les admettre, certaines questions qui sont des actes de foi pour la plupart des médecins aliénistes d'aujourd'hui.

D'abord il aurait été désirable qu'il expliquât ce qu'il entendait par responsabilité, notion obscure s'appuyant sur l'idée du libre arbitre, qui est invérifiable.

Ensuite, M. Cabadé définit ainsi les vrais criminels : « Ceux dont le cerveau ne présente pas une tare anatomique ou *physiologique.* » Qu'est-ce que c'est que cette tare physiologique? Comment la reconnaître? Quels en sont les symptômes pathognomoniques?

La vérité, c'est qu'il est impossible de différencier scientifiquement les responsables des irresponsables. Il ne faut donc pas reprocher si haut aux magistrats de ne pouvoir faire cette distinction ni prêter à la science, qui n'en peut mais, une clairvoyance qu'elle n'a pas et des vérités qui sont encore à démontrer.

E. TOULOUSE.

(1) In-18. Prix : 7 francs. — Paris, Ve Babé et Cie.

(2) In-18. Prix : 3 fr. 50. — Paris, G. Masson.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 9 mars 1893, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Favre, Giocanti, Goutard, Jannin, Michon, Marcellin, Abadie, Coulanges, Sarles, Fabre, Saramito, Bertrand, Devay, Ollier de Vergèze, Bourdillon, Vaudey, Humbert, Dor, Rathelot, Paulet et Dumas.

— Par décret, en date du 10 mars 1893, ont été nommés dans le corps de santé des colonies :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le médecin-auxiliaire de deuxième classe de la marine Géhin.

Au grade de pharmacien de deuxième classe. — M. le pharmacien universitaire de première classe Réguron.

— Par décret, en date du 10 mars 1893, M. Macé, professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Nancy, est nommé, sur sa demande, professeur d'hygiène à ladite Faculté.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Denucé, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de pathologie externe à ladite Faculté.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — M. le docteur Ambialet, prosecteur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse, est chargé des fonctions d'agrégé d'anatomie et d'histologie à ladite Faculté, en remplacement de M. Bédart.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Aguilar (Adolphe) est nommé préparateur de physique et chimie, en remplacement de M. Delaval, démissionnaire.

— *École de médecine d'Angers.* — M. Lepage (Georges-Louis) est nommé chef de clinique médicale, en remplacement de M. Thibault, démissionnaire.

— *École de médecine de Nantes.* — M. le docteur Bureau (Maurice-Louis) est nommé chef de clinique médicale, en remplacement de M. Landois, dont le temps d'exercice est expiré.

— M. Guignet (Charles-Ernest), lauréat de l'Académie des sciences, est nommé professeur intérimaire de la chaire de physique végétale du Muséum d'histoire naturelle, pendant la durée du congé accordé à M. Georges Ville.

— M. le docteur Edmond Wickham, ancien interne lauréat des hôpitaux, est nommé médecin du Conseil d'État.

— M. le docteur Fournier, médecin-adjoint du lycée d'Angoulême, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Machenaud, décédé.

M. le docteur Gilson est nommé médecin-adjoint du lycée d'Angoulême, en remplacement de M. le docteur Fournier.

— La Société médicale des hôpitaux a, sur la proposition de M. Legroux, médecin de l'hôpital Trousseau, et après discussion déclaré que l'on doit s'opposer à l'application des remèdes secrets dans les services hospitaliers.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. le professeur Edmond Perrier, membre de l'Institut, commencera son cours de zoologie (annélides, mollusques et zoophytes), le mardi 14 mars 1893, à une heure et demie, dans la salle des Cours des nouvelles gale-

ries de zoologie (deuxième étage), et le continuera à la même heure les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine.

Le professeur exposera l'histoire des vers (bryozoaires, vers parasites, vers annelés, etc.); il montrera le rôle fondamental que ces êtres ont joué dans la constitution des formes animales les plus importantes et traitera en détail du développement et des migrations des vers parasites. Ces leçons seront complétées par des conférences pratiques et des visites aux galeries.

Des conférences pratiques, sur des animaux vivants expédiés du laboratoire maritime du Muséum à Saint-Waast-la-Hougue, auront lieu au laboratoire le samedi.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Ducassé (de Lectoure) et Girard (de Villaines-la-Juhel).

— La commune de Dampierre-sur-Salon (Haute-Saône) offre 1000 francs par an à un docteur médecin. Bonne clientèle.

Physiologie normale et pathologique du foie (*Encyclopédie scientifique des aide-mémoire*), par M. Roger, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin des hôpitaux. Petit in-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Vals Précieuse — *Foie. Calculs. Gravelle. Diabète. Goutte.*
Dyspepsies — *Vin de Chassaing*, Pepsine et Diastase.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 32 — JEUDI 16 MARS 1893. 66e ANNÉE. JEUDI 16 MARS 1893. — N° 32.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : **20 c.** — Avec Supplément : **30 c.**

SÉANCES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Ces deux dernières séances ont été assez peu chargées, l'Académie occupant la plus grande partie de son temps en élections et en comités secrets. Signalons cependant l'intéressante présentation, faite par M. Berger, d'une enfant chez laquelle il a fait la suture du nerf cubital, divisé depuis plus de quatre mois, suture qui a été suivie du retour presque immédiat de la sensibilité dans les parties innervées par ce nerf. A propos de cette observation, M. Laborde a pris la parole et communiqué la première partie d'un travail d'ensemble sur cette question des résultats de la suture nerveuse, envisagée surtout au point de vue de l'expérimentation physiologique. Nous attendrons la fin de ce travail pour en donner un résumé.

Dans cette dernière séance, M. Lancereaux a fait, au nom de M. Caravias, une communication sur un traitement de la tuberculose pulmonaire, qui a été expérimenté dans son service et qui paraît avoir donné des résultats encourageants. Ce traitement est basé sur la théorie suivante : chez les animaux réfractaires à la tuberculose, tels que la chèvre, on trouve de l'acide succinique dans les urines et l'on a pensé que c'était la présence de cet acide qui rendait ces animaux réfractaires à l'infection tuberculeuse. Partant de ce principe, M. Caravias a cherché à introduire cet acide dans l'organisme des tuberculeux en y joignant la suralimentation, qui n'est certainement pas le facteur le moins important de ce mode de traitement.

Nous avons aussi à signaler plusieurs lectures faites par des membres étrangers à l'Académie, celles, entre autres, de M. Roussel sur le phosphore injectable; de M. Fort sur une classification des rétrécissements uréthraux cicatriciels (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 289); de M. Meunier (de Tours) sur un cas d'actinomycose guéri par l'iodure de potassium, et de M. Leroy des Barres (de Saint-Denis) sur une ovariotomie pratiquée dans le cours d'une septicémie puerpérale à forme prolongée.

L'Académie, dans sa dernière séance, s'est adjoint deux membres correspondants nationaux, MM. Liétard (de Plombières) et Costa (d'Ajaccio). Elle s'est ensuite formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Ollivier sur les titres des candidats à la place vacante dans la section d'hygiène, de médecine légale et de police sanitaire, et a classé ainsi qu'il suit les candidats : en première ligne, M. Magnan; en deuxième ligne, M. Motet; en troisième ligne, M. Napias; en quatrième ligne, M. Laugier, et en cinquième ligne, M. A.-J. Martin.

REVUE DE MÉDECINE MENTALE

Le délire des négations.

Par le docteur Edouard Toulouse, médecin-adjoint de l'asile Saint-Yon.

Depuis quelques années, il se fait, en pathologie mentale, un travail d'analyse qui tend à dissocier des maladies ou des syndromes morbides primitivement confondus. Il y a un demi-siècle à peine, il n'existait guère que deux grandes formes vésaniques, la manie et la mélancolie. Schématiquement la première était constituée par l'excitation et la seconde par la dépression psychique.

La manie est restée encore aujourd'hui une sorte de *bloc* pathologique, que la pioche des aliénistes n'a pu entamer. C'est une étiquette, un symptôme, et rien de plus. Déjà même le mot a vieilli et l'on dit plutôt *excitation maniaque* dans une sorte de répugnance pour un terme qui a une signification usurpée d'entité morbide. Certes on a bien détaché de la manie essentielle des anciens certaines formes mentales qui appartiennent à des maladies connues ou à une cause supposée. La paralysie générale, l'alcoolisme, et peut-être certaines auto-intoxications (par exemple d'origine puerpérale) peuvent se manifester par ce symptôme.

Mais tous les autres cas de manie, si dissemblables et en même temps si analogues, que sont-ils ? Quand pourra-t-on les grouper d'une façon rationnelle?

La lypémanie, qu'on appelle plus volontiers mélancolie, a vu, au contraire, son territoire se rétrécir tous les jours. C'est d'abord Lasègue (1) qui a distrait de la lypémanie d'Esquirol une maladie spéciale, le délire des persécutions, qui, lui-même, a été divisé en plusieurs formes distinctes. M. Magnan (2) a créé le délire chronique, qui est un délire des persécutions incurable, à évolution systématique pro-

(1) Lasègue. Du délire de persécution, *Arch. gén. de méd.*, fév. 1852.
(2) Magnan et Sérieux. *Le délire chronique*, 1892.

gressive et se terminant par une période d'idées de grandeur et la démence. M. Falret, dans la thèse d'un de ses élèves (1), a décrit une espèce spéciale de persécutés-persécuteurs, rarement hallucinés, les plus raisonnables et les plus dangereux de tous.

Enfin Cotard (2) a essayé, il y a déjà une dizaine d'années, d'enlever à la mélancolie tout un nouveau groupe de malades et de former avec eux une espèce nosologique qu'il a appelée le délire des négations. Le mémoire de Cotard n'avait pas eu tout d'abord un très grand retentissement. Mais des travaux récents de MM. Séglas (3) et Arnaud (4), et une récente discussion au Congrès de médecine mentale de Blois (5) ont attiré l'attention sur cette question de nosographie psychiatrique, qui mérite d'être résumée aujourd'hui dans une Revue d'ensemble.

I

Historique. — Avant Cotard, et jusqu'à Baillarger, on trouve signalées, çà et là, des idées délirantes de négation chez certains mélancoliques hypocondriaques, qui disent n'avoir pas de tête, pas de jambes, pas de cœur, mais sans que les auteurs y attachent une grande importance. Leuret (6), pourtant, donne une observation intéressante, où la malade nie avoir un nom, un âge, des parents. C'était une persécutée qui présentait des idées de négation. Dans son *Traité des maladies mentales*, Esquirol (7) rapporte cinq faits où le délire des négations paraît le symptôme le plus marquant. Les sujets manifestent des idées d'immortalité, d'énormité, et aussi des idées de négation. L'une dit qu'elle n'a pas de sang; l'autre qu'elle ne sent plus son cœur; une troisième qu'elle n'a pas d'âme.

Macario (8), dans son mémoire sur la démonomanie, rapporte quelques idées de négation observées chez des *mélancoliques démonomanes*.

Morel (9) cite une malade, hypocondriaque, qui disait ne pouvoir ni manger, ni boire, ni dormir, qu'elle n'avait plus de cervelle pour penser, de cœur ni d'entrailles pour ressentir des émotions maternelles. Jusque-là toutes ces observations sont incomplètes par rapport au sujet qui nous intéresse.

Baillarger (10), dans un mémoire célèbre, étudiant le délire hypocondriaque, cite des cas où les malades disent que leurs organes sont détruits et n'existent plus. Mais pour lui, toutes les variétés de ce délire étaient un symptôme qui devait faire craindre le début d'une paralysie générale.

Griesinger (11) a très bien vu ces malades, dont Cotard, plus tard, a fait ses négateurs. Il décrit très nettement l'état de certains mélancoliques, plongés dans une dépression profonde, psychique et physique, sans énergie, sans volonté, conscients de cette transformation douloureuse et manifestant des tendances négatives.

Donc, jusqu'à cette époque, les idées de négation avaient été constatées par les observateurs. Mais ces derniers les rattachaient simplement au délire hypocondriaque ou au délire mélancolique. Seul M. Baillarger y voyait un symptôme de début de la paralysie générale. Enfin Cotard, en poursuivant ses belles études sur les mélancoliques, fut amené à observer une malade (1) dont le délire le frappa. Il le décrivit comme un délire hypocondriaque chez une mélancolique anxieuse. Voici le résumé de cette observation. La malade présenta d'abord de l'angoisse; elle se croyait damnée et courait chez les médecins et les prêtres demander des secours. Elle fit quelques tentatives de suicide, qui l'amenèrent à la maison de santé de Vanves. Là, elle manifesta des idées de négation très étendues. Elle disait n'avoir ni cerveau, ni nerfs, ni boyaux, ni estomac, ni poitrine. Elle n'avait pas d'âme; Dieu n'existait pas, le diable non plus. En même temps, elle disait qu'elle vivrait éternellement et elle présentait de l'analgésie comme symptôme physique. Cotard rechercha dans les auteurs des observations analogues à la sienne et, après les avoir relatées, se demanda si on ne devait pas détacher de la mélancolie une forme morbide particulière et dont les symptômes principaux seraient les suivants :

1° Anxiété mélancolique;
2° Idée de damnation ou de possession;
3° Propension au suicide et aux mutilations volontaires;
4° Analgésie;
5° Idées hypocondriaques de non-existence ou de destruction de divers organes, du corps tout entier, de l'âme, de Dieu, etc.;
6° Idée de ne pouvoir jamais mourir.

Deux ans après, le même auteur, ayant observé quelques nouveaux cas, publia une étude d'ensemble sur ce qu'il appela le *délire des négations* (2). Voici le résumé de sa description. Au début, les malades sont dans un état d'hypocondrie morale. Ils sont tristes, inquiets, assaillis d'idées à tendance mélancolique. Ce sont des anxieux qui redoutent des malheurs, la ruine de leur fortune, une condamnation judiciaire, la mort de leurs proches. Ils s'accusent de méfaits imaginaires; ils sont damnés, possédés. A ce moment, ils sont poussés au suicide et tentent souvent de se mutiler. Puis les idées de négation apparaissent. Tantôt elles portent sur le domaine de leur organisation physique: ils n'ont plus de cœur, plus d'estomac, plus de sang, plus de cerveau; ou de leurs facultés psychiques : ils ne pensent plus, ils n'ont plus de sentiments d'affection, ils n'ont plus de volonté. Parfois ces tendances négatives se portent sur le monde extérieur et même sur le domaine métaphysique. Rien n'existe autour d'eux; la fleur qu'on leur montre n'est pas une fleur; les médecins qui les interrogent ne sont pas des médecins; l'âme, Dieu, la justice n'existent pas. Un des caractères de ces malades, c'est qu'ils sont humbles, c'est qu'ils s'accusent eux-mêmes, se distinguant ainsi des per-

(1) Pottier. *Étude sur les aliénés persécuteurs*, Th. de Paris, 1886.
(2) Cotard. Du délire des négations, *Arch. de neurol.*, 1882, n°s 11 et 12.
(3) Séglas. Note sur un cas de mélancolie anxieuse, *Arch. de neurol.*, 1884, n° 22; — Séméiologie et pathologie des idées de négation, *Ann. méd.-psychol.*, 1889.
(4) Arnaud. Sur le délire des négations, *Ann. méd.-psychol.*, nov.-déc. 1892.
(5) *Congrès des médecins aliénistes* (Rapp. sur les quest. du progr.), Blois 1892, p. 3, et *Arch. de neurol.*, 1892, n° 71.
(6) Leuret. *Fragments psychologiques*, 1831.
(7) Esquirol. *Des maladies mentales*, 1838.
(8) Macario. Étude clinique sur la démonomanie, *Ann. méd.-psychol.*, t. I, p. 999.
(9) Morel. *Études cliniques sur les maladies mentales*, 1853, t. II, p. 47.
(10) Baillarger. Note sur le délire hypocondriaque, *Ann. méd.-psychol.*, 1860, f. VI, p. 509.
(11) Griesinger. *Maladies mentales*, trad. Doumic, 1865.

(1) Cotard. Du délire hypocondriaque dans une forme grave de la mélancolie anxieuse, *Ann. méd.-psychol.*, t. IV, sept. 1880.
(2) Cotard. Du délire des négations, loc. cit.

sécutés. Ceux-ci, au contraire, sont au plus haut point accusateurs et orgueilleux ; ils sont les victimes de machinations odieuses; eux-mêmes sont vertueux et trop confiants, tandis que les négateurs sont la cause de leurs maux et sont des indignes, méritant plus de souffrances qu'ils n'en endurent. Cotard insiste beaucoup sur cette antithèse du persécuté et du négateur. Le parallèle qu'il trace se continue jusqu'au bout. Le premier est porté à l'homicide, le second au suicide. L'un présente au début surtout de l'hypocondrie physique; l'autre surtout de l'hypocondrie morale. Le persécuté a peu de troubles de la sensibilité, des hallucinations auditives constantes et finit par converser avec ses voix; le mélancolique négateur a de l'analgésie et souvent des hallucinations de la vue. Jusque-là, il n'y a que des différences entre les deux malades. Mais dans l'évolution des deux psychoses, des analogies apparaissent. Toutes les deux deviennent chroniques. Toutes les deux en arrivent à un stade mégalomaniaque qui emprunte au caractère de chaque malade une couleur spéciale. Le persécuté exprime un jour des idées de grandeur : il est puissant, de haute famille, riche, homme de génie et c'est pour cela qu'on le poursuit, qu'on l'électrise, qu'on veut l'empoisonner ou qu'on cherche à s'emparer de ses biens. Le négateur, lui aussi, est une grande personnalité, mais dans le mal. Il est Satan; il est immortel pour pouvoir souffrir éternellement; il n'urine pas, de peur de causer un nouveau déluge; s'il mange, il va causer la fin du monde. Ainsi, dans cette mégalomanie, on retrouve en quelque sorte l'*état d'âme* du mélancolique; il est triste, funèbre, déplorable. Aussi Cotard (1) a proposé, quelques années plus tard, de lui donner le nom de délire d'énormité.

Quoique Cotard n'ait pas nettement déclaré dans son mémoire qu'il voulût édifier une entité morbide nouvelle, et qu'il inclinât plutôt à penser, sinon à dire nettement, que sa description était celle d'un syndrome survenant chez certains mélancoliques anxieux chroniques, le délire des négations était créé. M. Séglas (2) publiait, en 1884, un cas de mélancolie anxieuse avec délire des négations, très analogue aux observations de Cotard, dont il acceptait toutes les idées. Plus tard, il écrivit un mémoire sur la pathogénie des idées de négation (3). Profitant de récents travaux sur la Personnalité, il essaye de trouver une explication aux tendances négatives des malades. Par suite de troubles dans la nutrition générale, les sensations organiques qui forment les éléments de la conscience du Moi sont changées. Le mélancolique se sent transformé; son énergie est diminuée, sa force perdue. « Il ne voit plus les objets qu'à travers un voile. » Un degré de plus et le malade devient négateur. Ne reconnaissant plus diverses parties de son moi ni les objets extérieurs, il les nie. Je reviendrai plus loin sur cette hypothèse pathogénique.

Dans sa thèse sur le délire hypocondriaque, M. Journiac (4) expose un cas de délire des négations (Obs. XIII) assez généralisé : « La malade dit qu'elle n'est pas faite comme les autres; son corps est tout changé, elle n'a pas de mains, pas d'os, elle ne respire pas comme les autres. Je n'ai pas les yeux qui tournent, dit-elle à certains moments, et elle va montrer ses yeux à toutes les malades. Quand elle boit, cela ne descend pas comme chez les autres; elle ne va pas à la selle, elle n'urine pas, etc... » Une autre malade, observée par le même auteur (Obs. XIV), présenta aussi des idées de négation avec des idées d'immortalité et d'énormité. « Son corps, disait-elle, est rempli même plus que la terre, qui est une planète. » M. Journiac ne tire aucune conclusion générale de ces faits.

(1) Cotard. Le délire d'énormité, *Ann. méd.-psychol.*, 1888.
(2) Séglas. Note sur un cas de mélancolie anxieuse, loc. cit.
(3) Séglas. Séméiologie et pathogénie des idées de négation, loc. cit.
(4) Journiac. *Recherches cliniques sur le délire hypocondriaque*, Th. de Paris, 1888, p. 37 et 38.

Enfin, la question du délire des négations fut inscrite à l'ordre du jour du Congrès des médecins aliénistes, qui siégea à Blois l'année dernière. M. Camuset (1) fut chargé de rédiger un rapport sur ce sujet. Ne trouvant pas, dans son service de Bonneval, des observations en nombre suffisant, il eut l'idée de s'adresser à ses collègues des différents asiles français. Il put ainsi recueillir 28 observations, qui n'ont pas toutes la même signification et présentent des différences nombreuses au point de vue symptomatologique. M. Camuset est arrivé aux conclusions suivantes.

Les idées de négation se rencontrent dans beaucoup de psychopathies, chez les paralytiques généraux, mais surtout chez les mélancoliques anxieux, qui sont naturellement négateurs. Il semblerait que les tares héréditaires et le sexe féminin soient des causes prédisposantes à l'évolution de ces idées spéciales. Il existe bien quelques cas où le délire paraît avoir les caractères qu'a décrits Cotard, principalement l'évolution progressive, ainsi que les associations des idées de négation, de damnation, d'immortalité et d'énormité. Mais parfois, certaines de ces conceptions délirantes manquent, et le plus souvent elles n'apparaissent pas dans l'ordre établi par Cotard. Certainement, l'apparition des idées de négation est un symptôme grave de chronicité, mais leur signification est subordonnée à l'espèce nosologique, et aussi au terrain sur lesquels elles se sont développées. En résumé, s'il y a des idées de négation, il ne paraît pas y avoir un délire des négations formant une maladie distincte, à aspect et à évolution spéciaux.

Ces conclusions n'ont pas été acceptées par tous les congressistes (2). Tandis que M. Charpentier croyait que Cotard avait été amené par l'analogie des deux termes, délire des négations et délire des persécutions, à opposer l'un à l'autre; que M. Garnier ne voyait pas dans les idées de négation, survenant fréquemment dans la mélancolie, un caractère suffisant pour en constituer un délire nouveau; MM. Séglas et Falret défendaient les idées de Cotard, et MM. Régis, Vallon et Carrier apportaient des observations nouvelles. Enfin, M. Ballet citait un fait où les idées de négation survenaient d'une façon précoce.

Enfin, tout récemment encore, M. Arnaud (3), adoptant les idées de Cotard, publiait une observation à propos de laquelle il insistait sur l'évolution progressive et la systématisation des idées de négation. J'ai (4) aussi relaté le cas d'une malade, âgée de soixante-deux ans, à antécédents héréditaires très chargés, qui, après deux courts accès antérieurs, est tombée il y a sept ans dans un état de mélancolie anxieuse. A peu près au début de ces accès sont apparues des idées de négation qui, aujourd'hui généralisées, portent sur toute l'organisation physique et mentale de la malade.

(1) *Congrès des médecins aliénistes*, ouvr. cité.
(2) Compte rendu du Congr. de Blois, *Arch. de neurol.*, 1892, n° 71.
(3) Arnaud. Ouvr. cité.
(4) Toulouse. Communic. à la Soc. méd.-psychol., 30 janvier 1893.

J'observe actuellement une autre négatrice, dont l'histoire est surtout intéressante en ce que le délire des négations s'est montré moins de six mois après le début des troubles mélancoliques.

II

Le délire des négations est-il une entité morbide ? — C'est la question préliminaire à débattre avant d'entreprendre une description d'ensemble de la maladie de Cotard. On a vu par mon historique que tous les aliénistes n'admettaient pas que ce fût là une vésanie spéciale.

Et d'abord il est nécessaire d'établir ce qu'on entend par entité morbide en aliénation mentale. A part la paralysie générale qui, malgré les fluctuations de l'opinion, qui tantôt tend à la déclarer une et tantôt tend à la dissocier en formes cliniques et anatomiques nombreuses, conserve une autonomie légitime et cela parce qu'elle présente des lésions du tissu nerveux connues totalement ou partiellement, à part cette maladie qui a un pied dans la pathologie interne, toutes les psychoses, tributaires réellement des aliénistes, ne sont que des syndromes, et la plupart basés sur le délire. Si l'on veut bien ne pas se faire illusion sur des recherches et des travaux patients, témoignant parfois d'un esprit très fin, mais en défininive vains, parce que la matière est ingrate et ne livre pas facilement ses secrets, on reconnaîtra avec sincérité qu'il n'est pas une seule maladie mentale, dont on puisse dire : on la décrira dans cinquante ans comme nous la décrivons aujourd'hui. Et quelle choisir pour lui prédire un tel avenir? Est-ce la manie, qui est surtout une étiquette administrative, servant à distraire les agités des quartiers de tranquilles ? Est-ce la mélancolie, anxieuse, dépressive, le délire hypocondriaqne, les délires des persécutions ? Ne voit-on pas que les malades qui figurent dans chacun de ces cadres ont eu déjà bien des diagnostics différents, aussi nombreux que les écoles qui se sont succédé chacune avec ses idées et sa terminologie? Le délirant chronique de M. Magnan n'a-t-il pas été à travers les siècles un démonopathe, un lypémaniaque, un hypocondriaque et un persécuté de Lasègue ? On a d'ailleurs si bien compris que la morphologie du délire est une base trop fragile pour soutenir une classification, que l'on a cherché autre chose, et que l'on s'est rabattu sur l'hérédité psychopathique si bien qu'il n'y a eu peu à peu, pour certains aliénistes, que deux classes de malades, les héréditaires ou dégénérés et ceux qui ne l'étaient pas. Mais comme cette dernière classe menaçait d'être réduite à zéro, on a cherché une orientation nouvelle, les uns en utilisant les ressources de la psychologie physiologique, d'autres, en revenant tout simplement aux méthodes légitimes de la médecine, qui est avant tout une science naturelle, même lorsqu'elle est la médecine mentale, et en étudiant les troubles des humeurs et des organes, c'est-à-dire les lésions matérielles objectivables par des instruments dénués de toute doctrine.

Mais jusqu'à présent, au point de vue nosologique, on en est toujours à décrire des observations, groupées d'une façon plus ou moins artificielle. Cependant, s'il ne faut pas s'aveugler au point de croire que la psychiâtrie est une science ayant une méthode propre et ayant atteint des résultats positifs, il ne faut pas non plus mépriser les acquisitions déjà faites. Ce qui restera probablement, ce sont justement ces observations psychologiques, trop psychologiques peut être, mais décrivant avec beaucoup d'art des troubles purement mentaux. Les cadres actuels seront brisés; mais il restera quand même des persécutés, des mélancoliques anxieux, et peut-être aussi des négateurs. Leurs délires seront rattachés à des lésions plus générales, qui permettront d'établir des groupements plus naturels; ils pourront être aussi expliqués par un mécanisme physiologique que l'on ne prévoit pas, mais, en tant que syndromes psychiques, ils demeureront à peu près tels qu'ils sont.

A ce point de vue, je crois qu'il y a un délire des négations, c'est-à-dire une classe de malades, ordinairement des mélancoliques, qui présentent, à un moment de leur psychopathie, une forme particulière de délire, qui les porte à nier les éléments de leur moi et du moi extérieur, est de forme envahissante et systématique, absorbe peu à peu toutes leurs facultés intellectuelles, suppose des troubles de la personnalité à mettre en lumière par des procédés appropriés, et qui, pour toutes ces raisons, exige qu'on l'étudie dans ses manifestations et dans son mécanisme.

Envisagée de cette manière, l'existence du délire des négations ne peut être infirmée. Car l'on réserve cette question métaphysique de l'entité, qui est insoluble actuellement, vu l'insuffisance de la psychiatrie à établir une classification basée sur des faits invariables.

III

Symptomatologie. — *Idées de négation.* — Les idées de négation, au lieu d'être réunies en système, de montrer une cohésion parfaite et de jouer le premier rôle du drame délirant, se présentent parfois sous un aspect diffus, sans lien logique. Elles ne constituent pas le délire des négations, tel que l'a conçu Cotard, mais seulement des épisodes dans d'autres états psychopathiques. Aussi, dès l'abord, Cotard les avait distinguées des premières. Cette séparation est nécessaire, bien qu'au point de vue pathogénique, il sera peut-être utile de les réunir pour leur appliquer le même processus psychologique. Car il est bon de le répéter souvent, les formes morbides, en aliénation, ne sont que des apparences de maladies; des formes semblables, ou tout au moins analogues, peuvent se rencontrer dans des états divers, et les mêmes lésions organiques peuvent donner lieu à des syndromes différents. Le délire n'est que la réaction du cerveau à des troubles généraux jusqu'ici inconnus; et chaque cerveau réagit avec son organisation propre et ses tendances personnelles.

Les paralytiques généraux manifestent souvent des idées de négation. Elles sont, comme toutes les conceptions délirantes de ces malades, frappées au bon coin de la démence; et elles empruntent, à leur état mental spécial, les caractères de niaiserie, d'enfantillage et aussi de drôlerie, dont les paralytiques affublent toutes leurs pensées. Elles sont aussi très mobiles, incohérentes et contradictoires. La négation d'un jour sera oubliée le lendemain. Le malade dira qu'il n'a plus d'estomac et, loin de refuser la nourriture, comme un mélancolique, il l'acceptera sans aucune difficulté. La conscience de n'avoir plus d'organes essentiels à la vie le laissera absolument indifférent. Je me rappelle un paralytique général, qui, à plusieurs reprises, nous déclara qu'il n'avait plus de cœur. Cela était dit d'un petit ton tranquille, comme si le malade nous eût informé qu'il n'avait plus de tabac à fumer. Cependant, les idées de négation peuvent prendre, chez ces malades, une certaine

extension et une certaine logique, et déterminer un état légèrement anxieux, même des impulsions au suicide. Il en est ainsi, probablement, dans les cas où la démence est encore peu avancée.

Chez les déments séniles ou à lésion circonscrite du cerveau, on trouve quelquefois des idées de négation vagues, sans grande consistance. Elles se rapportent, par certains côtés, de celles des paralytiques. Aussi, je n'insisterai pas sur leurs caractères.

On a constaté (1) aussi quelques idées de négation chez les alcooliques. Mais les documents sur ce sujet sont trop peu précis et insuffisants pour en faire un chapitre spécial. D'autant qu'il semble que, lorsque les idées de négation apparaissent chez les éthyliques, c'est au moment où les symptômes propres à l'intoxication alcoolique ont disparu et ont fait place à un délire réveillé par le poison. A ce moment, on n'a plus affaire proprement à des alcooliques, mais à des aliénés quelconques, héréditaires le plus souvent, et dont les délires mélancolique, de persécution ou autres, ne se ressentent plus guère de leur cause occasionnelle.

Les débiles manifestent parfois des idées de négation, qui, par la soudaineté de leur apparition, leur mélange à d'autres idées délirantes, ne sont que des conceptions morbides isolées, sans cohésion, et ne constituent pas ce qu'on est convenu d'appeler un délire systématisé, ou tout au moins fortement systématisé, comme nous allons en rencontrer chez certains persécutés et mélancoliques.

Idées de négation systématisées. — Dans ce cas, les négations, d'abord limitées à certains sujets, aux organes du malade, par exemple, s'étendent, s'extériorisent, constituent une tendance négative générale, qui devient en quelque sorte le mode de cristallisation de la pensée du malade. Elles absorbent toutes ses facultés intellectuelles, empruntent des éléments à sa mémoire, à son imagination, et exercent leur influence même sur ses actes volitifs. A ce moment, ce délire forme bien un système, plus ou moins fortement constitué, qui est l'idée directrice principale de toutes les conceptions du malade, utilisant toutes les forces cérébrales de l'individu. C'est proprement le délire des négations.

Il est deux groupes de vésaniques chez lesquels ce délire spécial a été observé : les mélancoliques et les persécutés. Chez les uns et chez les autres, il présente des caractères spéciaux. Le mélancolique aura le délire des négations simple de Cotard; il sera anxieux, humble, s'accusant, poussé au suicide et tendant à revêtir ses idées de grandeur de couleurs tristes. Le persécuté, au contraire, restera ce qu'il est, c'est-à-dire rendant les autres responsables de ses sensations, nourrissant des idées de vengeance et d'homicide, orgueilleux toujours et, s'il devient ambitieux, l'étant dans le sens optimiste.

Est-ce à dire que le délire des négations sera totalement différent, en tant que syndrome, du délire des négations des mélancoliques? Non; et si l'on relit attentivement le mémoire, d'une indécision probablement voulue, de Cotard, on acquiert la conviction que, pour ce médecin, le délire des négations n'est qu'un syndrome, qu'il réalise sa forme simple (?) chez les mélancoliques, mais qu'il peut exister ailleurs, et notamment chez les persécutés, puisque l'auteur accorde à ces derniers un chapitre spécial.

(1) Séglas. Compte rendu du Congr. de Blois, *Arch. de neurol.*, 1892, n° 71, p. 287.

M. Séglas a exposé des idées peu sensiblement différentes au Congrès des aliénistes de Blois. Il ne semble pas douteux que ce soit la manière la plus vraie d'envisager la question.

Qu'est-ce qui caractérise ce délire spécial? C'est la tendance négative, systématique et progressive. Les autres symptômes donnés par Cotard ont été mal interprétés.

Dans sa description, l'auteur avait surtout en vue les mélancoliques négateurs, qui, nous verrons pourquoi tout à l'heure, sont les négateurs systématiques les plus fréquents. Aussi dans les signes qu'il donne, il faut faire deux parts : ceux qui appartiennent à la mélancolie anxieuse, et ceux qui appartiennent au délire des négations propre. L'anxiété, les idées de damnation ou de possession, la propension au suicide et aux mutilations volontaires, l'analgésie, et même les idées d'énormité, tout cela appartient à la mélancolie. On y chercherait vainement des caractères qui différencient ces symptômes de ceux que l'on retrouve chez la plupart des lypémaniaques anxieux. Mais ce qui est vraiment nouveau, c'est l'apparition des idées de négation, leur systématisation, leur extension et leur prédominance au point qu'elles apaisent les autres idées mélancoliques ou leur donnent une direction nouvelle et augmentent l'anxiété, les impulsions au suicide et toutes les autres manifestations lypémaniaques. A partir de ce moment, le malade n'est plus un simple mélancolique, il est entré dans une phase psychopathique nouvelle, il est devenu un négateur. On ne peut pourtant pas dire que les deux phases vésaniques qu'il a traversées forment une seule maladie, une manière d'entité distincte de toutes les pseudo-entités psychopathiques, car la première phase a été un accès de mélancolie anxieuse banal, et la seconde phase est un délire spécial que l'on observe ailleurs, par exemple chez les persécutés. Il est simplement survenu un syndrome psychique, qui, ses conditions d'existence étant réalisées, s'est développé, et, très envahissant, a monopolisé en quelque sorte les ressources délirantes du malade.

Si l'on se place sur le domaine purement clinique, on remarque que, comme Cotard l'avait clairement mis en lumière, ce sont les mélancoliques anxieux qui semblent offrir le terrain le plus propice au développement du délire des négations. La plupart des observations publiées concernent des malades de cette catégorie, généralement des femmes, qui sont, beaucoup plus que les hommes, sujettes aux accès lypémaniaques. L'âge est très souvent le seuil de la vieillesse. Les antécédents sont généralement chargés, et au point de vue de l'hérédité, et au point de vue des accès vésaniques antérieurs, ordinairement de nature mélancolique. Le début est variable : très souvent il existe de la dépression psychique, ce que M. Falret appelle de l'hypocondrie morale. Les malades sont anéantis, ne peuvent plus travailler, manifestent une inquiétude vague, ne se sentent plus aucune énergie. Ensuite l'anxiété apparaît avec son cortège habituel d'idées de culpabilité, d'indignité, de craintes. Ils vont être condamnés; ce sont de grands scélérats, ils ont commis les plus vils méfaits. Il semble que les mélancoliques qui sont devenus négateurs, exagèrent plus que les autres encore les tendances lypémaniaques à s'accuser, à déclarer qu'ils n'ont pas de sentiments moraux, qu'ils ont perdu toutes les bonnes qualités de l'homme. Des troubles de la sensibilité, des hallucinations de l'ouïe et aussi de la vue, des idées et des tentatives de suicide peuvent être dès ce moment constatées. Enfin, après

quelques alternatives de stupeur et d'excitation, les idées de négation apparaissent. Parfois, elles surviennent d'emblée (1); et les adversaires des idées de Cotard ont vu, dans cette différence de début, un argument à opposer à ses conclusions. Pourquoi cela? Il faut rechercher la cause de ces variations dans le terrain psychopathique du malade ou ailleurs, par exemple dans la distribution ou l'intensité des troubles esthétiques; mais ce n'est pas là une raison pour rejeter l'étude du délire des négations. D'ailleurs, tout ce qui est avant son éclosion appartient à l'histoire de la mélancolie et les différences d'aspect des malades n'ont pas à être expliquées ici. Ainsi les hallucinations manquent parfois; d'autre part, il existe fréquemment des idées de damnation et de possession, mais souvent aussi elles sont absentes. La culture religieuse du sujet est vraisemblablement la cause de ces conceptions délirantes particulières, qui tendent à devenir aujourd'hui de plus en plus rares.

Enfin, les idées de négation ont apparu. Cotard dit qu'elles portent d'abord sur les facultés morales et intellectuelles du malade, qui se plaint de n'être plus capable d'affection, de ne pouvoir plus rien comprendre, de n'avoir plus de volonté. Peu à peu, qu'elles surviennent d'une façon précoce ou tardive, elles tendent à se généraliser. On peut les diviser en deux classes. Tantôt elles portent sur la constitution physique et psychique du malade. Celui-ci dit ne plus avoir de bras, d'estomac; son sang ne circule plus; son cœur n'est plus à sa place normale; il n'y a plus rien dans ses membres; ce sont là des idées hypocondriaques de négation qu'expriment fréquemment aussi les paralytiques généraux. Ou encore le malade dit avoir perdu ses facultés intellectuelles et morales; il ne pense plus, il n'a plus de mémoire, il ne se représente plus rien; son cœur est désormais fermé à tout sentiment affectueux, il n'a plus d'énergie et de volonté. Tantôt ces tendances négatives s'étendent au monde extérieur, physique et moral. Le sujet ne reconnaît rien de ce qui l'entoure. Une malade voyant son mari disait que ce n'en était que l'apparence. Les fleurs ne sont pas des fleurs, les tables ne sont que des formes de tables. Il n'y a plus de justice, d'âme, de monde, de Dieu. Il semble que ces idées de négation extériorisées soient moins fréquentes que les premières. Enfin, une conception délirante que l'on rencontre fréquemment chez ces malades, c'est celle d'être immortel, de ne pouvoir mourir. Cette idée de négation de la mort est généralement le corollaire de l'idée de négation de la vie. Les malades disent qu'ils ne vivent plus, comme ils affirment ne plus avoir d'os, de chair, de sang; et, cependant, ils savent qu'ils ne sont pas morts, au sens matérialiste du mot. Ils continuent à souffrir, mais la conscience de cette nouvelle existence est tellement différente de celle qu'ils avaient auparavant, que cette survie est pour eux une sorte de mort. Et leurs tendances pessimistes leur font croire qu'elle ne se terminera pas. Ils sont donc immortels pour endurer éternellement leurs maux; et, cependant, cette immortalité n'est déjà plus la vie normale et n'aura jamais le repos de la mort physique. Voilà, je le crois, ce que voulait dire une malade que j'observais dernièrement et qui disait qu'elle était morte vivante. Parfois cette idée d'immortalité est liée à une autre conception délirante. Une malade de M. Régis (1) prétendait être en pierre et de ce fait ne pouvoir mourir. Aussi elle n'essayait pas de se suicider et se laissait parfois tomber lourdement sur le plancher, en disant qu'étant une statue de pierre elle était incassable. Une de mes malades disait aussi qu'on ne pourrait pas la tuer : une balle de revolver ricocherait dans sa tête, *vide comme une armoire*.

En résumé, cette idée d'immortalité est complexe. La plupart des négateurs déclarent qu'ils sont morts, parce qu'ils n'ont plus les sensations de leur existence antérieure; mais, d'autre part, la conscience qu'ils ont de leurs souffrances et de leur état nouveau est une survie, mais une survie de cadavre, que rien désormais ne peut limiter. La malade que je citais plus haut m'expliquait cela ainsi : « Ce qui reste de moi, c'est ce qui ne meurt pas, le squelette humain, ce qui est éternel enfin. » On voit, en outre, que ces idées d'immortalité, ou plutôt d'*éternité dans la mort*, s'étayent sur des conceptions élémentaires d'organes détruits, de fonctions physiologiques abolies; et, en cela, elles sont bien étroitement liées au délire des négations.

Lorsque les idées de négation sont devenues très étendues et fortement systématisées, la physionomie du malade est réellement spéciale. La conversation est monotone et présente toujours des tendances négatives qui coupent court aux questions qu'on lui pose. Rien n'existe que la conception qu'il n'y a rien; et cette conception est douloureuse. L'anxiété des mélancoliques négateurs, les seuls dont on puisse s'occuper actuellement vu la rareté des documents pour les autres aliénés, existe toujours et constitue le tempérament du malade. En général, les tentatives de suicide ne sont pas sérieuses à ce moment pathologique. Car la volonté est ce qui manque le plus aux négateurs. Parfois ils refusent de manger, parce qu'ils sont morts ou qu'ils n'ont pas de bouche. Cette tendance négative, portée maintenant dans les actes, peut aussi se généraliser; et l'on a ce que Guislain a appelé la folie d'opposition. Veut-on coucher les malades, les faire lever, les asseoir, les promener, ils ne veulent pas. Ils s'opposent à toutes les tentatives de les diriger par un refus absolu.

La vision mentale peut être altérée chez les mélancoliques négateurs; une malade que j'ai observée présentait ce symptôme, qui est tributaire, en somme, de l'état mélancolique. On sait, depuis les travaux de Cotard (2), que les anxieux et, en général, tous les mélancoliques sont sujets à avoir des troubles de la vision mentale. Ils ont de la difficulté à se représenter les formes visuelles, les physionomies des gens qu'ils ont connus et des rues qu'ils ont souvent traversées; ils voient les objets, mais ne les reconnaissent pas ou très difficilement. Parallèlement il semble que l'on puisse trouver aussi la perte ou l'affaiblissement de l'audition mentale (3).

Enfin, un symptôme que l'on constate aussi chez les négateurs, en tant que mélancoliques, c'est le *délire d'énormité*.

(1) On a supposé que le début précoce serait en rapport avec l'hérédité chargée du malade. Or, comme je le fais remarquer dans un autre travail, la plupart des négateurs ont des antécédents héréditaires nombreux et graves; et, d'autre part, on abuse vraiment de l'hérédité, qui devient l'*ultima ratio* de tout ce qui est incompréhensible en aliénation mentale. N'y a-t-il pas aussi une tendance inconsciente à constituer des variétés de délires des négations simplement pour faire pendant à celles des délires des persécutions? Ici et là, il y aurait des formes à évolution progressive observables chez des cerveaux sains, et des formes à marche irrégulière en rapport avec la dégénérescence mentale.

(1) *Congrès des médecins aliénistes*, ouvr. cité, p. 16.

(2) Cotard. Perte de la vision mentale dans la mélancolie anxieuse, *Arch. de neurol.*, 1884, n° 21.

(3) Toulouse. Ouvr. cité.

Cotard (1) l'avait indiqué dans son mémoire sur le délire des négations; mais quelques années plus tard, il fit un travail d'ensemble sur ce syndrome. Chez certains anxieux, disait-il, « l'idée d'être un grand coupable, d'avoir commis tous les crimes, d'être le diable, d'avoir une puissance infernale, etc., aboutit à une sorte de pseudo-mégalomanie ». Mais ces idées ambitieuses conservent toujours le caractère mélancolique. Au lieu que les persécutés s'enorgueillissent de leur puissance, de leur richesse, de leur force, les malades ne peuvent que déplorer cette triste grandeur dont ils sont revêtus. Au lieu d'être, comme les vieux persécutés, de grands personnages, empereurs, Dieu, ces mélancoliques sont Satan, l'Antéchrist, des esprits démoniaques. Un négateur observé par M. Régis (Camuset) devait 4 milliards; « c'était une richesse à rebours ». Une malade de M. Arnaud (2) disait que « ses excréments montaient jusqu'au ciel, qu'elle en rendait tous les jours de quoi remplir une ou plusieurs maisons ». Ils sont immortels, mais pour expier durement leurs crimes. Leur corps se transforme dans l'horrible. « Une démonopathe immortelle s'imagine que sa tête a pris des proportions tellement monstrueuses qu'elle franchit les murs de la maison de santé et va jusque dans le village démolir, comme un bélier, les murs de l'église (3). » Cotard n'a vu dans ce délire d'énormité qu'un symptôme survenant chez des anxieux, et indiquant une chronicité probable. C'est donc à tort qu'on lui a prêté l'intention de faire de cette mégalomanie, de nature particulière, un stade dans l'évolution progressive du délire de négation, comparable au stade des idées de grandeur survenant chez les anciens persécutés. Des faits déjà publiés, il paraît évident que ces idées d'énormité font partie de la mélancolie; si elles se rencontrent assez souvent chez les négateurs, c'est que ceux-là sont surtout des mélancoliques. Mais on ne peut pas admettre qu'elles constituent une période du délire des négations, analogue à la période mégalomaniaque du délire des persécutions. Il faut ajouter que, parfois, ces idées d'énormité se transforment en véritables idées de grandeur.

L'état physique des négateurs a encore été mal étudié. Outre des troubles banals de la mélancolie, on a signalé souvent de l'analgésie. Une des deux malades que j'ai observées, non hystérique, avait un affaiblissement considérable des trois formes de la sensibilité (tact, température, douleur) paraissant limité aux membres supérieurs et à la tête, et ses idées de négation portaient principalement sur cette région du corps. Il aurait été intéressant de rechercher les rapports possibles entre ces deux ordres de phénomènes, les troubles esthésiques et les idées de négation, et de rechercher si cette anesthésie ne pouvait pas être rapprochée de l'anesthésie hystérique (4), c'est-à-dire être un trouble de la perception. Mais l'examen de ces malades est des plus délicats. Ces derniers sont souvent portés à nier des sensations provoquées et, guidés par leurs idées délirantes, se montrent peu dociles. Une de mes négatrices, bien qu'ayant une force musculaire assez bien conservée, serrait parfois le dynamomètre si mollement que l'aiguille de pression ne marquait que 3 ou 4 degrés.

(1) Cotard. Le délire d'énormité, lect. faite à la Soc. méd.-psychol., séance du 26 mars 1888.

(2) Arnaud. Ouvr. cité.

(3) Cotard. Le délire d'énormité, ouvr. cité.

(4) Janet. *L'état mental des hystériques.* — Binet. *Les altérations de la personnalité.*

L'examen des fonctions sensorielles des négateurs paraît avoir été fréquemment oublié et, quand il a été pratiqué, il n'a pas permis d'observer de lésions, du moins de lésions facilement constatables par les procédés rapides et simplifiés de la clinique ordinaire.

L'évolution du délire des négations semble être chronique. Cependant le nombre des observations est encore trop restreint, pour qu'on puisse en déterminer des règles précises ou seulement approchées. Certains malades guérissent, d'autres non. Parfois, on observe des rémissions, quelquefois le type est continu. Il semble cependant logique d'admettre que l'évolution du délire des négations, qui n'est qu'un syndrome, est liée au fonds mélancolique ou autre et au terrain sur lequel il se greffe. La marche progressive, partant de l'anxiété, passant par la systématisation des idées de négation, et aboutissant à la démence par le délire d'énormité, paraît être un hasard de l'évolution.

IV

Origine des idées de négation. — Comment expliquer l'origine et la pathogénie des idées de négation ? Ce problème est encore loin d'être résolu, malgré les essais de Cotard et de M. Séglas.

Les malades, avons-nous dit, nient les éléments de leur organisation physique et psychique. Ils n'ont pas de cœur, pas de cerveau, pas de pensée, pas de volonté. Ils nient aussi l'existence des objets extérieurs. Voilà le fait fondamental. Mais il est important de faire remarquer comment se fait cette négation. Elle n'est pas absolue en général.

Si on dit aux malades : « Vous avez pourtant bien des yeux; cette table est bien là près de vous », ils répondent : « Ce ne sont pas des yeux, puisqu'ils ne bougent pas, ceci n'est que l'apparence d'une table. » Très souvent, ils disent qu'ils ne reconnaissent plus les choses qui les entourent et qu'ils se sentent eux-mêmes changés. Ces deux idées, ils les expriment de cent manières différentes.

Il semble donc qu'il y ait chez eux un trouble de la personnalité, qu'ils ne reçoivent plus, des diverses parties de leur organisation physique, intellectuelle et morale, des sensations et par conséquent des états de conscience identiques à ceux du passé, et qu'ils ne perçoivent plus les objets extérieurs comme auparavant. Ne reconnaissant plus leurs organes, leurs idées, leurs sentiments, ni les objets extérieurs, ils les nient. Cependant il ne se forme pas une nouvelle personnalité, car les états de conscience nouveaux sont unis aux anciens et ces liens empêchent tout dédoublement psychique. C'est ce que signifient ces paroles d'un malade : « Tout reste le même et tout est changé (1). » Parfois, pourtant, ces liens disparaissent et l'on a une personnalité nouvelle, qui coexiste avec la première. C'est là le mécanisme des idées de possession : le malade est envahi par un esprit, un démon, une autre personne qui le fait agir ou parler.

Cette altération de la personnalité, que l'examen psychique des malades rend vraisemblable, suppose donc des troubles de perception cœnesthésique et externe. Quels sont-ils ? On sait que l'idée de personnalité, d'après la plupart des psychologues physiologistes, est surtout donnée par ces mille sensations de nos organes, de nos

(1) Séglas. Séméiologie et pathogénie des idées de négation, ouvr. cité, p. 16.

tissus, de nos cellules, qu'on appelle cœnesthésiques. Les sensations externes, fournies par les sens spéciaux, la vue, l'ouïe, etc... ne jouent, dans ce phénomène psychique, qu'un rôle accessoire. Or les négateurs et principalement les mélancoliques négateurs ont des troubles de la respiration, de la circulation, de la nutrition en général, qui doivent être certainement les causes de changements cœnesthésiques et par suite de l'altération de la personnalité portant sur la constitution des malades. Ceux-ci, recevant de leur cœur, de leur circulation, de leurs membres, des sensations nouvelles et altérées, se disent changés et en arrivent à nier des parties de leur corps, qu'ils ne reconnaissent plus.

Il serait désirable que l'on connût mieux les lésions de la nutrition capables de provoquer ces idées de négation par leur retentissement sur la personnalité psychique, et surtout que l'on pût explorer la cœnesthésie comme les autres sensibilités.

Quoi qu'il en soit, l'hypothèse qui unit ces trois éléments : altération nutritive, perversion de la cœnesthésie et idées de négation par troubles de la personnalité, paraît assez vraisemblable. C'est, à défaut de meilleures, la seule acceptable qu'on puisse offrir.

Mais il reste à expliquer l'apparition des idées de négation portant sur le monde extérieur. D'abord il est remarquable que les fonctions sensorielles ne paraissent pas atteintes, tout au moins objectivement. Le malade qui dit qu'un encrier n'est pas un encrier a une acuité visuelle normale ou presque normale, reconnaît les couleurs et ne présente aucun trouble grave de la vue. Il en est ainsi pour tous les sens. La plupart des observateurs sont d'accord là-dessus. Les négateurs visuels, auditifs et autres, voient, entendent et sentent en général d'une façon normale ou presque normale. Seule la sensibilité à la douleur a été signalée comme obnubilée, ainsi que chez la plupart des mélancoliques. Les malades interrogés répondent qu'ils se rendent bien compte des objets extérieurs. Il faut donc chercher la lésion plus haut que dans la perception sensorielle brute, c'est-à-dire dans les centres de perception psychique.

Un symptôme fréquent chez les mélancoliques et signalé chez les lypémaniaques négateurs, la perte de la vision mentale, met sur la voie de l'explication. Certains malades ont perdu totalement ou partiellement la faculté de se représenter les objets vus autrefois ; de même ceux qu'ils voient actuellement n'éveillent plus les images visuelles analogues qui servent à les reconnaître. Il y a effacement de ces dernières et consécutivement, malgré l'intégrité de l'appareil sensoriel, les formes visuelles ne peuvent plus être classées et reconnues que très difficilement et, partant, sont niées, de cette négation particulière qui est surtout un défaut de reconnaissance.

Si l'on généralise, on en arrivera à admettre qu'il doit y avoir effacement des images auditives, gustatives, olfactives et tactiles, et probablement aussi cœnesthésiques, c'est-à-dire de tous les résidus des sensations antérieures. Ces malades paraissent ainsi étonnés de ce qu'ils voient, de ce qu'ils entendent, de ce qu'ils touchent, de ce qu'ils sentent. On peut les comparer à des amnésiques verbaux : de même, les individus atteints de cécité verbale, par exemple, voient les signes écrits, c'est-à-dire des lignes noires sur du papier blanc, mais ne sont plus capables d'établir les rapports existant entre ces signes et les idées qu'ils représentent. Ils diront : « Je vois bien des jambages, mais je ne sais plus ce que cela signifie. » Comme eux, les négateurs déclareront qu'ils ne comprennent plus ce qui les entoure, que le monde extérieur n'a plus de sens pour eux. Et cependant ils sont capables de percevoir les propriétés élémentaires des corps, ils en voient la forme et la couleur, ils en sentent les odeurs, ils en entendent les bruits. Ce qui leur manque, c'est le pouvoir de faire la *synthèse* de ces sensations, c'est de les rapprocher d'autres analogues, c'est de les transformer en une idée, celle du corps perçu. Ce qui est lésé chez eux, c'est la perception mentale. Mais il n'y a pas disparition complète de toutes les images antérieures semblables; quelques-unes peuvent encore être réunies aux nouvelles et permettre, dans une tentative de synthèse imparfaite, une reconnaissance vague, suffisante pour que le sujet nie, car lorsqu'il dit : « Ceci n'est pas une fleur, ce n'est que l'apparence d'une fleur », il faut bien admettre qu'il entrevoit ce qu'est une fleur d'abord et aussi que l'objet qu'on lui montre a des qualités qui le rapprochent de la fleur.

Tout cela, je l'avoue, est d'une analyse délicate et ne s'adresse, en somme, qu'à un groupe de négateurs.

Mais il faut bien essayer des explications, fussent-elles provisoires, ne serait-ce que pour diriger les recherches et servir de jalons à l'étude. Cette question de pathogénie psychologique repose, en dernière analyse, sur l'étude de troubles purement physiologiques. On a vu, en effet, que tout se réduit, en somme, aux troubles nutritifs, si fréquents chez les mélancoliques négateurs. Par eux, les sensations anesthésiques sont altérées, la personnalité du malade est atteinte, désagrégée, allant parfois jusqu'à se dédoubler. Par eux, la vision, l'audition et probablement toutes les perceptions mentales sont affaiblies; et la faculté de synthèse est ébranlée. C'est alors que les sensations internes différentes entraînent des illusions et des idées de négation portant sur le domaine de l'organisation physique et psychique ; et aussi que les sensations externes sont insuffisantes à éveiller des images synthétiques nettes ; ce qui détermine des idées de négation dans la sphère du monde extérieur.

Si l'on s'adresse à la clinique seule, on voit que cette théorie est, dans bien des points, confirmée par l'observation des malades. On sait combien sont fréquents chez les mélancoliques, surtout les anxieux, les troubles de la nutrition et consécutivement les altérations de la personnalité, avec ou sans dédoublement du moi. La perte de la vision mentale a été, dans ces derniers temps, signalée aussi très fréquemment chez ces malades. Cette conscience d'être transformés physiquement et moralement, et qui est le prélude des idées de négation, la plupart des mélancoliques l'ont exprimée. Presque tous les auteurs ont signalé cet état (1).

Les malades (les hypocondriaques moraux) sentent que tout est changé en eux et au dehors, et se désolent de ne plus apercevoir les choses à travers le même prisme qu'autrefois. Griesinger disait de même d'eux, qu'il leur paraît que « le monde réel s'est complètement évanoui, a disparu ou est mort, et qu'il ne reste plus qu'un monde imaginaire au milieu duquel ils sont tourmentés de se trouver (2) ».

On comprend très bien que les mélancoliques soient des

(1) Falret. La folie raisonnante, ou la folie morale, *Ann. méd.-psychol.*, 1866.

(2) Cité par Cotard. Du délire des négations, ouvr. cité.

négateurs, et que Cotard, voulant décrire le délire des négations, ait eu surtout en vue les lypémaniaques. Ces derniers présentent, en effet, le terrain le plus propice à l'évolution de ce syndrome : troubles physiques, altération de la personnalité et de la perception mentale. Mais on comprend aussi que d'autres malades puissent, en réalisant les conditions d'apparition de ce phénomène, présenter aussi du délire des négations, plus ou moins systématisé, selon leurs facultés syllogistiques propres. Ainsi les persécutés, sujets aussi à l'altération de la personnalité, paraissent aussi aptes à devenir des négateurs. On a vu plus haut qu'ils diffèrent des mélancoliques surtout par leur attitude. Mais en somme, le délire des négations peut parfois devenir chez ceux-là envahissant, systématique, et ressembler par ces caractères à celui des mélancoliques. La pathogénie physio-psychologique doit être la même. Dans tous les cas, c'est un chapitre à faire.

Si l'on considère maintenant les idées de négation des paralytiques généraux, on est obligé d'admettre qu'elles ne diffèrent pas, en tant qu'origine, du délire des négations des mélancoliques. Chez les paralytiques, les lésions de la nutrition sont très considérables. Il n'est donc pas étonnant que la personnalité du malade soit secondairement altérée, et que le délire hypocondriaque trouve là une matière à son développement. Les idées de négation ne peuvent pas se systématiser, comme chez les mélancoliques et les persécutés; car, l'affaiblissement total des facultés est là un obstacle à tout délire logique et solidement coordonné. M. Luys (1) a proposé, pour expliquer le délire hypocondriaque des paralytiques, une théorie qui se rapproche de celle qui a été exposée plus haut. Par suite de la lésion des diverses parties de l'écorce cérébrale, les centres anesthésiques seraient temporairement ischémiés, c'est-à-dire fonctionnellement abolis. La conscience de l'organe ou de la partie du corps en relation avec ce centre, disparaîtrait ainsi pour un temps ; et le malade en arriverait à dire que son estomac est absent, que son anus est bouché ou qu'il n'a plus de jambes. Cette explication a le tort de reposer sur une hypothèse anatomique invérifiable. Les idées de négation qui surviennent chez les déments sont trop proches de celles des paralytiques, pour ne pas leur appliquer les mêmes considérations pathogéniques.

Donc, les idées de négation non systématisées et celles qui constituent le délire de Cotard paraissent être rattachables à la même étiologie. La systématisation serait en rapport avec l'état des facultés intellectuelles du malade.

IV

En résumé, le délire des négations est un syndrome, qui demande pour évoluer certaines conditions psycho-physiologiques. C'est à tort, semble-t-il, qu'on a cherché, en exagérant les idées de Cotard, à faire de ce délire, survenant chez les mélancoliques anxieux, une maladie spéciale, en tous points comparable au délire des persécutions par sa marche progressive, et sa terminaison en une mégalomanie de forme particulière.

Car, si on analyse les faits, on s'aperçoit que les symptômes donnés comme pathognomoniques de ce délire des négations progressif, se divisent en deux groupes : le premier contient des symptômes (anxiété, idées de damnation, propension au suicide, analgésie, délire d'énormité) qui font partie de la mélancolie anxieuse. Le second groupe (le délire des négations proprement dit) a seul une physionomie originale; mais comme on le retrouve chez d'autres aliénés, notamment les persécutés, il ne peut être considéré que comme un épisode, un épiphénomène survenant chez divers aliénés. Le délire des négations apparaît plus fréquemment dans la mélancolie, parce qu'il trouve là plus souvent qu'ailleurs les conditions physio-psychologiques (lésions nutritives et esthétiques, altérations de la personnalité, troubles de la perception mentale), propres à son développement. Jusqu'à présent c'est celui qui a été le plus étudié; et il faut avouer que, survenant chez certains anxieux, il imprime à la maladie primitive une allure nouvelle. Mais ces conditions de développement peuvent se retrouver ailleurs, par exemple chez les persécutés, et à l'état de non-systématisation, chez les paralytiques généraux; et alors il apparaît empruntant à chacun de ces tempéraments psychiques des caractères différents.

Ce syndrome est intéressant à étudier isolément dans sa symptomatologie et dans son mécanisme, car il manifeste des altérations de la personnalité et certains troubles de la perception mentale, qui, grâce à son apparition chez des malades différents, pourront, par la méthode comparative, servir peut-être à éclairer la genèse si obscure des délires.

(1) Luys, cité par Camuset. Rapp. sur les quest. du Congr., ouvr. cité.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 mars 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

COMMUNICATION

Suture du nerf cubital pour blessure datant de quatre mois. Retour presque immédiat de la sensibilité. — **M. Berger** présente une petite malade qui avait été blessée par un éclat de verre dans la région cubitale gauche, quatre mois avant l'opération. Les phénomènes qui indiquent une section du nerf cubital étaient apparus presque aussitôt après la blessure et s'étaient aggravés depuis.

Il y a huit jours, M. Berger a suturé les extrémités du nerf divisé, que séparait un intervalle de plus de 1 centimètre, et qui se terminaient l'une et l'autre par un petit névrome. Un cordon fibreux réunissait ces deux névromes.

Dès le lendemain, on pouvait constater le retour presque complet de la sensibilité dans le bord cubital de la main et aux deux doigts innervés par le nerf cubital. Le surlendemain de l'opération, le retour de la sensibilité était complet, comme on peut facilement s'en assurer.

Ce fait vient s'ajouter aux cas de MM. Tillaux, Nicaise, Polaillon, Segond, dans lesquels l'avivement et la suture des extrémités des nerfs, sectionnés depuis un temps fort long et dont la section avait déterminé l'anesthésie des territoires innervés par ces nerfs, ont été suivis de la réapparition presque immédiate de la sensibilité dans ces mêmes territoires (au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures; MM. Tillaux, Nicaise : cinq heures; MM. Polaillon, Segond : un quart d'heure).

La difficulté d'interprétation que présente ce retour rapide de la sensibilité, qu'on ne saurait expliquer ni par la sensibilité suppléée, ni par la sensibilité collatérale, ni par la sensibilité récurrente, ne rend que plus nécessaire la constatation précise des faits de cet ordre. C'est à ce point de vue que, sans prendre parti ni pour la théorie de la réunion primitive des tubes nerveux, ni pour la théorie dynamogénique, M. Berger a tenu à communiquer ce fait.

LECTURES

Le phosphate injectable. — M. J. ROUSSEL lit une note sur les injections du phosphore pur et du phosphate de soude. Le phosphore pur devient non toxique et injectable par son procédé de solution dans le véhicule d'huile végétale et d'eucalyptol.

Le phosphore est le médicament cérébral le plus puissant; il a restauré des malades atteints d'obnubilation intellectuelle et sensorielle, de déchéances nerveuses et mentales dans la mélancolie paralytique, la grande hystérie, la neurasthénie, etc. Ces guérisons se maintiennent encore après six et huit mois de cessation du traitement par le phosphore à la dose de 4 milligrammes. Le phosphore, substance animale devenue métalloïde, est la synthèse des énergies vitales des animalités antérieures dont il est formé, il peut restituer à l'homme les énergies vitales qui sont l'intelligence, la volonté, le mouvement et la force, de même que la houille, synthèse des végétations antérieures, nous restitue leurs énergies chaleur, lumière, couleurs, parfum. M. Roussel déclare, d'après la parité absolue des effets thérapeutiques observés, que les « sucs animaux » de Brown-Séquard ne valent que par le phosphore animal qu'ils contiennent et que les injections empiriques de ces liquides mystérieux doivent être remplacées par les injections scientifiques du phosphore, corps simple et connu.

Quant au phosphate de soude, récemment présenté par le docteur Crocq (de Bruxelles) comme un névrosthénique inédit, M. Roussel demande l'ouverture d'un pli cacheté contenant le premier numéro d'un journal, dans lequel, parmi sa pharmacopée injectable, il a publié le phosphate de soude, à 5 et 10 p. 100, comme agent tonique, réparateur des fonctions générales affaiblies et névrosthénique. Il réclame la priorité pour les progrès et perfectionnements de l'hypodermie.

Classification des rétrécissements uréthraux cicatriciels basée sur les faits fournis par l'électrolyse linéaire. — M. J.-A. FORT lit une communication sur ce sujet. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 289.)

L'Académie se forme en comité secret.

Séance du 14 mars 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

COMMUNICATION

Traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. LANCEREAUX fait, sur ce sujet, une communication au nom de M. Caravias. Voici le résumé de cette communication.

On sait que certains animaux, la chèvre, par exemple, sont réfractaires à la tuberculose.

Ce qui différencie ces animaux d'autres ruminants très exposés à l'infection tuberculeuse, tels que les bovidés, c'est la présence d'acide succinique dans l'urine des ruminants réfractaires. Le chien, animal relativement réfractaire, a aussi de l'acide succinique dans ses urines. Or, l'acide succinique jouit de propriétés désinfectantes. Ce serait donc sa présence dans l'organisme du chien et de la chèvre, qui rendrait ces animaux réfractaires à la tuberculose.

De là à traiter les tuberculeux par l'acide succinique, la déduction était logique; c'est ce que M. Caravias a fait sur des malades du service de M. Lancereaux. Comme il est impossible de faire absorber l'acide succinique en nature, parce qu'il se décompose dans le tube digestif, M. Caravias en atteint, croit-il, la formation dans l'organisme même en faisant prendre à ses malades des graisses et du bi-malate de chaux, selon la formule journalière ci-après: viande crue, 250 grammes; graisse, 50 grammes; bi-malate de chaux, 1 gramme, acide benzoïque ou pepsine en petite quantité.

Ces malades paraissent avoir été améliorés. M. Lancereaux se borne à constater ces faits.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait remarquer que la viande crue intervient pour une large part dans cette médication. Or, il y a bien longtemps que Fuster (de Montpellier) l'a préconisée dans la tuberculose. Les tuberculeux se divisent en deux catégories: ceux qui ont un bon estomac et ceux qui en ont un mauvais. Avec les premiers on peut arriver à obtenir des résultats par la suralimentation sur laquelle a tant insisté M. Debove. Avec les seconds rien ne réussit. Cela explique la grandeur et la décadence des nombreux médicaments qu'on a préconisés. Enfin, M. Beaumetz croit qu'il faut en rabattre de l'idée que les chèvres sont réfractaires à la tuberculose. M. Weber pourrait dire qu'il y a des chèvres tuberculeuses, témoin celle qui a servi à l'inoculation du sang chez un grand personnage mort tuberculeux.

Suture des nerfs. — M. LABORDE communique la première partie d'un travail sur ce sujet.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants nationaux (1re division, médecine).

MM. Liétard (de Plombières) et Costa (d'Ajaccio) sont élus.

LECTURES

Ovariotomie pendant la septicémie puerpérale. — M. LE ROY DES BARRES (de Saint-Denis) relate l'histoire d'une femme de vingt-neuf ans, qui, à la suite de son quatrième accouchement, fut prise d'accidents septiques à évolution subaiguë, du côté du péritoine, de la plèvre, des veines du membre inférieur gauche. Pendant ce temps, la fièvre était vive, et le ventre prenait un développement considérable. La malade étant entrée à l'hôpital, M. Le Roy des Barres constata un volumineux kyste suppuré de l'ovaire; état général mauvais, 5gr14 d'urée par litre d'urine. Le 11 octobre, il évacua par une ponction palliative 6 litres de pus fétide, puis le 19 octobre, les accidents persistant, il fit l'ovariotomie, que des adhérences rendirent très difficile. Le kyste était uniloculaire, para-ovarien, à petit pédicule, situé à gauche. La malade se levait le 10 novembre et sortait en parfait état le 25 décembre.

Sur un cas d'actinomycose guéri par l'iodure de potassium. — M. MEUNIER (de Tours) communique un cas d'actinomycose; c'est le septième observé en France, mais c'est le premier que l'on ait traité et guéri par l'iodure de potassium (à la dose de 1gr50 par jour). Il s'agissait d'un mécanicien de chemin de fer n'ayant jamais habité la campagne. Étant donné la fréquence de l'actinomycose chez les bovidés, en Touraine, il se pourrait que, chez cet homme, la maladie eût été d'origine alimentaire.

Elle s'est révélée sous l'aspect d'un phlegmon cervical, mais présentant, comme caractère spécial, une consistance et une dureté que l'on ne rencontre pas dans les phlegmons ordinaires. Aussi, M. Meunier pense-t-il que ce caractère pourrait éclairer sur la nature du mal avant l'abcédation. Il propose de désigner cette affection sous le nom de pseudo-phlegmon cervical actinomycosique.

Avant d'avoir pu vérifier la nature actinomycosique du cas qu'il avait sous les yeux, M. Meunier avait administré l'iodure de potassium. Les résultats ont été tels qu'il serait tenté, après Thomassen, de considérer l'iodure de potassium comme le spécifique de l'actinomycose.

L'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 14 mars 1893, M. le docteur Decès (de Reims) a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Le banquet offert à M. Dujardin-Beaumetz, à l'occasion de sa croix de commandeur, a eu lieu lundi soir à l'Hôtel-Continental, sous la présidence de M. Rochard. Plus de 250 confrères étaient venus s'unir à cette manifestation. MM. Rochard, Laurent, secré-

taire général de la Préfecture de police, Œttinger, Bruhel, Pietra Santa ont successivement pris la parole. M. Dujardin-Beaumetz, très ému de ces nombreuses marques d'estime et d'affection, les a remerciés. Cette brillante fête s'est terminée par un agréable concert.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

55

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

60

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

27

AVANTAGES RÉELS
DE

L'ÉMULSION SCOTT

à l'**HUILE de FOIE de MORUE**
et aux HYPOPHOSPHITES de CHAUX et de SOUDE
sur l'**Huile de foie de morue simple**
et ses **similaires.**

De nombreuses expériences, faites par MM. les Docteurs, ont prouvé que **L'ÉMULSION SCOTT**, prise à même dose que l'huile simple, **est deux fois plus efficace que celle-ci.** Son mode de préparation évite aux organes digestifs affaiblis la plus grande partie du travail nécessaire à l'accomplissement de leurs fonctions. **Elle est d'un goût agréable**, facile à digérer et très assimilable, même en été, époque à laquelle l'huile devient absolument intolérable.

La combinaison des *Hypophosphites*, de la *Glycérine* avec l'*Huile de foie de morue*, sous forme d'**ÉMULSION SCOTT**, fournit une préparation hygiénique, blanche, d'une puissance merveilleuse pour combattre les affections **scrofuleuses**, la **Phtisie à ses débuts**, le **Rachitisme**, le **Lymphatisme**, etc.

Elle a été expérimentée avec succès dans la plupart des *hôpitaux* : à *Paris* : à l'*Hôpital Cochin*, clinique du Dr Dujardin-Beaumetz; *Hôtel-Dieu*, Dr Lancereaux; *Hôpital des Enfants*, Dr Jules Simon et Dr Descroizilles; *Hôpital Tenon*, Dr Cuffer et Dr Brand; *Hôpital Trousseau*, Dr Sevestre et Dr Moizard; *Hôpital de Villepinte*, Dr Gouel, etc., etc.

Envoi d'échantillons sur demande à MM. les Docteurs.

J. Delouche et Cie, pharmacien de première classe, 2, place Vendôme, Paris.

34

MALADIES DE POITRINE

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX
DU Dr CHURCHILL

Sous l'influence des hypophosphites, la toux diminue, l'appétit augmente, les forces reviennent, les sueurs nocturnes cessent et le malade jouit d'un bien-être inaccoutumé.

Prix : 4 fr. le flacon.

Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

53

ANÉMIE, HERPÉTISME, DIABÈTE, FIÈVRE

GRANULES DE FOWLER
du Dr LEGROS

1 milligramme d'arsénite de potasse par granule.
Phie Française, 1 et 3, pl. de la République, Paris.

101

PILULES DE BLANCARD
A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'anémie, la chlorose, la leucorrhée, l'aménorrhée, la cachexie scrofuleuse, la syphilis constitutionnelle, le rachitisme, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre.

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

INSOMNIE

EXTRAIT D'UN ARTICLE PUBLIÉ
DANS LE
« *MEDICAL PRESS AND CIRCULAR* »
de Londres

PAR

LE Dr WARREN-BEY
M.D., C.M., LL.D.,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Il n'est point nécessaire de prouver l'efficacité du BROMIDIA à ceux qui ont l'habitude de le prescrire. Le BROMIDIA, en effet, s'impose de lui-même par son action sûre, certaine et inoffensive. Le malade et le médecin en sont tous deux émerveillés et enchantés. Le corps médical, de son côté, a, au moins, la certitude d'avoir sous la main un médicament presque infaillible et pouvant être considéré comme doué de propriétés spéciales.

UNE BROCHURE ET ÉCHANTILLON
DE
BROMIDIA
seront envoyés franco sur demande
aux Médecins.

DÉPOT GÉNÉRAL
Pour la France et ses Colonies :

ROBERTS & Co,
PHARMACIENS-DROGUISTES
5, RUE DE LA PAIX, 5
PARIS

Prix au public : **5** *francs.*

90

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Dépôt : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL
AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

55

APIOL
DES DOCTEURS JORET & HOMOLLE

Aménorrhée, Dysménorrhée, Métrorrhagie.

ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARIS.

1 caps. 0,20 cent. matin et soir pendant 5 à 6 jours à l'époque présumée des règles.

Dépôt général : Phie Briant, 150, rue Rivoli.

36

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN** (*caféine, iodoforme et strophantus*). Dépt Phie Cie Fg Montmartre, Paris.

24

IODOL

Nouvel antiseptique succédané de Iodoforme sans odeur et sans action toxique.

Dépôt à Paris chez Martin Reinicke, 39, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie et chez les drogtes.

52

VICHY, SOURCES DE L'ÉTAT

CÉLESTINS
GRANDE-GRILLE
HOPITAL

Avoir soin de désigner la source.

PASTILLES AUX SELS NATURELS

SAISON DES BAINS
DU 15 MAI AU 30 SEPTEMBRE

22

ÉLIXIR ET VIN DE J. BAIN
à la Coca du Pérou.

TONIQUE ET FORTIFIANT, LE PLUS PUISSANT RÉPARATEUR DES FORCES ÉPUISÉES.

Phie, 56, rue d'Anjou, et toutes pharmacies.

44

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ
au lactate de fer (5 centigr).

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE qui, par deux fois, à vingt ans d'intervalle, a reconnu leur supériorité sur tous les autres **ferrugineux.**

Dépôt : Labélonye et Cie, et toutes phies.

N° 33. — SAMEDI 18 MARS 1893. 66e ANNÉE. SAMEDI 18 MARS 1893. — N° 33.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De la rétention d'urine chez les opérés.

Par A. Guépin,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

Il paraîtrait qu'Hippocrate fut le premier à rapporter plusieurs cas probants de rétention d'urine post-traumatique, et pour en retrouver d'autres exemples, il nous faut franchir plusieurs siècles et consulter les Mémoires de l'Académie royale de chirurgie pour l'année 1768 (1). De nouveaux faits furent signalés par Travers (2) et par Larrey (3).

Mais le premier travail d'ensemble qui ait été consacré à l'étude de cette question est la thèse de Diard (4), soutenue en 1828. Elle renferme les éléments de l'historique précédent, et c'est à elle que se sont reportés tous les auteurs qui, ultérieurement, sont revenus sur ce sujet. Citons encore MM. Basset [1860 (5)], Jardin [1862 (6)], et enfin Brault [1863 (7)].

M. Brault a véritablement traité le point qui nous occupe actuellement, et il cite une observation détaillée de rétention d'urine post-opératoire; il s'agit d'une femme âgée, opérée par Michon pour un étranglement herniaire.

Mais la rétention post-opératoire ne devint réellement de notion banale qu'avec la thèse de M. Dartigues (8). Ce travail, inspiré par M. Verneuil, contient et un résumé des recherches antérieures, et un certain nombre de vues personnelles sur lesquelles il nous faudra revenir. M. Dartigues reconnaît avec juste raison que les chirurgiens ont souvent négligé de parler de la rétention post-opératoire, témoin : MM. Ducamp, Segalas, Mercier, Roux, Nélaton et que d'autres, comme Malgaigne, Vidal, Follin, la signalent, mais ne s'y attachent pas autrement. Cependant, dès 1871 (la thèse de M. Dartigues est de 1873), M. Reliquet, dans son *Traité des opérations sur les voies urinaires* (9), rappelait la rétention qui survient après l'opération de la hernie étranglée, les opérations abdominales, etc., et décrivait avec le plus grand soin la conduite à suivre en pareil cas pour la combattre. Nous y reviendrons à propos du traitement.

Une revue critique de Nicaise (10), dans la *Gazette médicale de Paris* de 1873, résume en les discutant les opinions qui avaient cours à cette époque, en s'appuyant surtout sur le travail de M. Dartigues et sur un nombre relativement considérable de cas personnels.

Rappelons encore la thèse de M. Sebeaux [1876 (11)], les leçons de M. Duplay [1878 (12)] et le mémoire de M. Sabourin (13). Celui-ci nous intéresse à bien des points de vue, quoiqu'il ne traite, à proprement parler, que de la rétention post-traumatique.

En 1884, sous l'inspiration de M. Peyrot, M. Desvergnes prit pour sujet de thèse inaugurale, la rétention passagère des urines à la suite des opérations (14). Son étude, un peu sommaire, a du moins le mérite incontestable de bien montrer que la rétention post-opératoire peut survenir à la suite des interventions les plus insignifiantes, en tant que traumatisme, et les plus éloignées de l'appareil urinaire.

Puis en 1886, M. Vincent (15) base sur quelques observations personnelles un essai de pathogénie du symptôme. Ce mémoire est la cause d'une intéressante discussion à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux (16) discussion à laquelle prennent part MM. Boursier, Arnozan, Davezac et Lagrange.

Quelques semaines auparavant, M. Boursier, dans une leçon clinique (17), faisait une véritable revue générale de la question. Il y discute les opinions émises pour expliquer la rétention et décrit à celle-ci deux formes absolument distinctes.

Signalons, enfin, la thèse de M. J. Camescasse (18), qui vient encore apporter de nouveaux faits, dont le plus petit nombre, toutefois, se rattache à la rétention post-opératoire.

Depuis lors (1886), beaucoup d'observations éparses signalent la rétention sans l'étudier dans sa symptomatologie ni dans ses causes. Les ouvrages aujourd'hui classiques passent rapidement sur ce sujet. Dans son *Traité de la cure radicale des hernies* (19), notre maître, M. J. Lucas-Championnière, y consacre toutefois plusieurs pages; car il a eu l'occasion de l'observer souvent chez ses opérés. Et depuis que notre attention est attirée sur ce point, nous avons pu nous-même en suivre un certain nombre de cas.

II

La fréquence de la rétention d'urine, par rapport au nombre même des opérations, est très difficile à apprécier,

et aucune proportion valable n'a jamais été établie. Ce que l'on sait, c'est sa fréquence ou sa rareté relative à la suite de telle ou telle intervention.

Parmi les causes que l'on pourrait appeler prédisposantes, doit-on faire intervenir l'âge des opérés? Cela ne semble pas probable, quand on s'en tient à la lecture des différents travaux dont il a été question plus haut. Ainsi, dans les dix-sept observations de M. Nicaise, l'âge variait de dix-neuf à soixante ans. Les observations de MM. Vincent, Desvergnes, sont toutes empruntées à des adultes ou à des vieillards. D'une façon plus générale encore, on voit que les opérés ont entre vingt et cinquante ans. En somme, la rétention d'urine post-opératoire se rencontre à tout âge, peut-être un peu plus souvent chez les vieillards que chez les jeunes, si l'on tient compte du nombre moindre des interventions chez les gens âgés. Mais l'examen attentif des observations permet de constater que les enfants, au-dessous de quinze ans, ne sont presque jamais, sinon jamais atteints de rétention post-opératoire. Nous avons passé un an dans un service de chirurgie infantile, sans en rencontrer un seul exemple (20). Il est évident que, pour poser une conclusion ferme, il faudrait pouvoir s'appuyer sur une longue expérience; mais le fait n'en est pas moins digne d'attirer l'attention.

L'influence du sexe est tout aussi difficile à déterminer. La rétention serait un peu plus fréquente et un peu plus persistante chez l'homme que chez la femme (après la cure radicale de la hernie, Lucas-Championnière). Dans les dix-sept observations de M. Nicaise, il y a six cas pour les femmes et onze pour les hommes. M. Desvergnes cite, au contraire, quatre hommes et neuf femmes. Il semble toutefois, et d'une façon générale, que la rétention post-opératoire soit un peu plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Et cela n'a rien de surprenant, si l'on songe à la complexité de l'appareil de la miction chez l'homme, et à la simplicité relative de ce même appareil chez la femme.

Une question dont l'importance est beaucoup plus considérable et qui cependant a été fort peu étudiée, est le rapport qui existe ou peut exister entre la rétention d'urine post-opératoire et le tempérament des opérés. La grande majorité des auteurs ne s'y attachent nullement. Les nombreux travaux de l'École de la Salpêtrière, en faisant connaître les manifestations multiples de l'hystéro-traumatisme, devaient attirer l'attention des chirurgiens, et leur faire rechercher la névrose chez leurs opérés. On pouvait penser trouver de ce côté une explication rationnelle de ce symptôme. Mais il est bien difficile d'admettre qu'une telle étiologie s'applique à tous les cas, et de faire de la rétention post-opératoire un signe certain d'hystérie, réveillée ou provoquée par le traumatisme opératoire (21). En outre, les observations suffisamment complètes (au point de vue de la recherche des signes de l'hystérie) sont encore au moins très rares. On ne saurait donc encore se prononcer et évaluer la fréquence des cas de rétention post-opératoire qui doivent être rattachés à l'hystéro-traumatisme.

M. Nicaise dit très catégoriquement que la rétention est indépendante du tempérament nerveux, parce qu'on l'observe à tout âge et dans les deux sexes. L'opinion est peut-être vraie, mais les arguments qui servent à la défendre ont aujourd'hui perdu beaucoup de leur valeur.

M. Sabourin se demande toutefois s'il n'y a pas une certaine prédisposition des sujets, et volontiers il incriminerait l'alcoolisme en rejetant l'influence du mauvais état antérieur des voies urinaires. Cette prédisposition créée par l'alcoolisme serait à rapprocher de l'influence du sexe et de l'âge des opérés.

Cependant, parmi les conditions qui doivent favoriser la rétention post-opératoire, il paraissait naturel de faire figurer les troubles antérieurs de la miction, et plus généralement toutes les maladies, guéries ou non, de l'appareil génito-urinaire. On verra plus loin que M. Boursier ne s'arrête point à cette idée, et qu'il fait, des lésions préexistantes de l'appareil urinaire, la cause même de la rétention. Cette rétention n'attendait, pour ainsi dire, qu'une occasion de se montrer et le traumatisme chirurgical la lui fournit. Mais, chez les opérés n'ayant aucun antécédent urinaire, il fallait trouver une autre cause, par exemple, une impressionnabilité tout à fait spéciale de la vessie et de l'urèthre. On revient ainsi à chercher du côté du système nerveux et à admettre la possibilité d'une névrose.

Au point de vue étiologique, la région sur laquelle a porté l'intervention n'a pas une réelle importance. Cependant, avant MM. Dartigues et Desvergnes, on était autorisé à admettre que les opérations portant sur le membre inférieur, le périnée et l'abdomen, étaient les seules qui fussent suivies de rétention d'urine.

Dès maintenant, une distinction s'impose. Parmi les interventions pouvant donner lieu à la rétention, il est absolument nécessaire de mettre de côté celles qui ont intéressé tant soit peu l'appareil urinaire. De même certaines laparotomies, et elles sont nombreuses, où la vessie a été plus ou moins tiraillée, où l'on a déchiré des adhérences, où, en retirant une volumineuse tumeur, on a brusquement changé les rapports réciproques des organes abdominaux, ne doivent pas rentrer dans notre cadre. Il faut encore n'y point comprendre les opérations sur la verge, le périnée, l'anus, où, comme l'opération elle-même, le pansement peut être la véritable cause de l'impossibilité de la miction (22). Ce sont là des cas, ou trop complexes pour que leur étude soit réellement profitable, ou bien, au contraire, déjà connus quant à la nature de la rétention qu'ils provoquent. Le mécanisme de cette rétention se trouve exposé dans les leçons de M. Reliquet (23) et ce n'est pas, à proprement parler, ce que l'on doit prendre pour type de rétention post-opératoire. Cependant nous y reviendrons par la suite.

La rétention post-opératoire est surtout fréquente après la cure radicale de la hernie inguinale, des laparotomies parfois simplement exploratrices, enfin, et presque également, après les opérations qui intéressent le membre inférieur et surtout sa racine (amputations, résections).

M. Dartigues (1873) dit ne connaître aucun exemple de rétention d'urine après une opération portant sur le membre supérieur. Les cas en sont rares, mais on peut actuellement en citer un certain nombre, tout particulièrement le cas de M. Vincent, où la rétention survint après l'ablation d'un kyste au poignet. M. Nicaise parle également d'une luxation du coude récidivante, réduite la première fois par M. Verneuil, la seconde fois par lui-même; chaque réduction fut suivie d'une rétention d'urine.

Mais si les premiers cas de rétention post-opératoire se rapportent presque tous à des opérations abdominales (hernies étranglées), ou à des amputations de jambe ou de cuisse, la fréquence de ces cas est aujourd'hui beaucoup moindre, depuis qu'un examen attentif de ce genre de faits n'a pas été négligé. Ainsi, dès 1873, on citait plusieurs ob-

servations de rétention après des amputations du sein (Verneuil, in th. Dartigues).

Il ne restait plus qu'à rechercher si une opération portant sur le cou ou la face avait parfois les mêmes conséquences. La thèse de M. Desvergnes comble cette lacune. Il y est rapporté trois cas de M. Peyrot qui sont, dans l'espèce, très démonstratifs : extraction de cataracte, ablation d'un cancroïde de la racine du nez, ablation d'un petit adénome de la parotide.

En résumé, l'on peut dire que la question est aujourd'hui définitivement jugée : toute intervention, quelle que soit son importance et quel que soit son siège, peut donner lieu à la rétention d'urine. Cette rétention, très ordinaire après les opérations qui portent sur l'abdomen et le membre inférieur, devient de plus en plus rare au fur et à mesure que l'on s'éloigne de ces régions. Elle est tout à fait exceptionnelle après les opérations faites sur la face et le membre supérieur.

III

Le début de la rétention d'urine se fait, en général, immédiatement après l'opération, c'est-à-dire qu'à partir du moment où le malade a été pansé et replacé dans son lit, toute miction volontaire est devenue impossible. Les choses se passent si souvent ainsi, que M. Desvergnes croyait qu'il n'existait pas de cas bien authentique où la rétention n'avait pas débuté immédiatement après l'opération. Mais pour M. Nicaise, elle s'établirait souvent le lendemain de l'opération et M. Boursier pense qu'elle se montre d'ordinaire dans l'espace d'un à trois jours. M. Lucas-Championnière a remarqué que la rétention qui s'établit ainsi tardivement (deuxième et troisième jour) est, en général, d'une durée beaucoup plus longue. Mais la rétention se fait parfois attendre jusqu'au cinquième, sixième, neuvième et même treizième jour (24).

La rétention une fois constituée, elle se présente avec deux aspects cliniques absolument différents [Boursier (25)] et l'on peut lui décrire deux formes distinctes :

a. Forme indolente ;
b. Forme douloureuse.

a. *Forme indolente*. — Ce premier type n'a pas un mode de début spécial. Mais il se rencontre chez les sujets qui n'ont aucun antécédent pathologique du côté des voies urinaires. La rétention s'établit insidieusement pour ainsi dire, la vessie se laisse descendre sans réagir. Il n'y a pas, au début tout au moins, de véritables douleurs. Enfin quelques cathétérismes suffisent à rétablir la miction normale.

b. *Forme douloureuse*. — Dans cette seconde forme, la rétention débute par de violentes douleurs, des envies incessantes et de plus en plus impérieuses qui coïncident avec l'impossibilité de la miction. Elle cède difficilement au cathétérisme et les rechutes sont fréquentes. Cette forme de rétention est celle des sujets dont l'appareil urinaire présente une tare pathologique.

Présentée avec un tel absolutisme, cette division n'est point généralement admise et l'on rencontre souvent des cas intermédiaires. Une forme douloureuse de rétention d'urine ne prouve pas nécessairement une altération vésicale et, réciproquement, la rétention peut être presque indolente chez des opérés dont l'appareil urinaire a subi des modifications pathologiques. Toutefois, la rétention particulièrement douloureuse doit faire craindre une complication et réserver le pronostic dans des limites que nous fixerons plus loin.

A part ces quelques observations, la rétention d'urine post-opératoire ne demanderait pas une description spéciale, puisqu'elle tirerait ses caractères spéciaux de l'état antérieur des voies urinaires de l'opéré.

Mais cet élément douloureux précoce qui caractérise la seconde forme, élément douloureux que M. Boursier rattache à une cystite réveillée par la rétention, prouve simplement l'existence de l'excitation vésicale. Or, cette excitation vésicale, comme l'excitation uréthrale elle-même, peut avoir son point de départ dans différentes régions intéressées par le traumatisme chirurgical. Il est donc encore ici question de cas tout à fait particuliers et la forme normale de la rétention post-opératoire est la forme indolente, que les opérés aient eu ou non des accidents antérieurs du côté des voies urinaires.

Dans un grand nombre de cas, la rétention disparaît après un seul cathétérisme. Le malade, sondé une fois sept ou huit heures après son opération, peut, au bout d'un laps de temps variable, uriner spontanément. Ce laps de temps ne dépasse guère huit ou dix heures, sinon un second cathétérisme devient nécessaire. Plus souvent, elle dure vingt-quatre heures et, en moyenne, sa durée serait de trois jours (Nicaise, Desvergnes, Vincent). Dans certains cas, elle cesse et revient tour à tour, présentant de véritables intermittences au lieu de la marche continue qu'elle suit ordinairement. La raison de ces oscillations n'a pas encore été donnée. Cependant, après la cure radicale de la hernie et les opérations abdominales, un retour de la rétention d'urine coïncide souvent avec un état de parésie de l'intestin (Lucas-Championnière). Ces rechutes ne sont point d'une réelle gravité, car la terminaison normale, qui est le rétablissement spontané et complet des fonctions vésicales, s'observe pour ainsi dire toujours, qu'il y ait eu ou non rechute. Elle retarde seulement la guérison définitive. Rien ne permet de la prévoir, si ce n'est toutefois la constipation, symptôme de la parésie intestinale.

Mais on a rapporté des exemples où à la rétention avait succédé l'incontinence passagère (deux cas, un de M. Dartigues et un de M. Boursier). Cette incontinence fut de courte durée et guérit sans laisser de traces. Cette complication est si rare, qu'on est en droit de se demander s'il n'y avait point des conditions spéciales en favorisant l'apparition.

IV

Avant d'en arriver aux complications possibles de la rétention post-opératoire et à son pronostic, il importe d'en établir la physiologie pathologique et la pathogénie. Ici les hypothèses abondent. Mais il est un certain nombre d'opinions qui ne peuvent s'appliquer qu'à l'explication d'un nombre de faits très restreints ou qui, à elles seules, ne suffisent point à en donner une raison suffisante. Nous allons les énumérer tout d'abord :

1° *Le gonflement inflammatoire*. — Une semblable cause ne peut être invoquée qu'après les traumatismes chirurgicaux avoisinant l'urèthre. Encore les faut-il septiques. Le gonflement agirait mécaniquement sur l'urèthre pour en effacer la lumière et rendre ainsi la miction impossible. Sans discuter cette théorie, d'ailleurs absolument abandonnée

aujourd'hui, on voit qu'elle ne peut être appliquée à la généralité des cas. Du gonflement inflammatoire, on peut rapprocher la *congestion* (Vincent). Sa constatation est toujours bien délicate, qu'il y ait ou non érection (Davezac);

2° *Le mode de pansement.* — Le pansement peut avoir, en effet, une réelle influence, s'il est, par exemple, assez serré pour comprimer directement la verge ou le périnée. Mais le pansement d'une amputation de jambe ou de sein ne présente jamais de telles conditions. Il est donc inutile de chercher davantage dans ce sens;

3° *La douleur.* — Doit-on également faire entrer en ligne de compte la douleur provoquée par l'opération? Elle est souvent beaucoup moindre que celle que ressentait le malade avant l'intervention. Elle cesse, en général, très rapidement, pour ne plus reparaître. Si la rétention était causée par la douleur, on devrait la voir réapparaître après les pansements. La rétention devrait surtout se montrer après les opérations réellement douloureuses et faites sans le secours de l'anesthésie. Or, il n'en est rien. Ainsi, après l'extraction de la cataracte, l'ablation d'une petite tumeur de la face ou du sein, et même la cure radicale de la hernie (26), il est bien difficile de rattacher la rétention à l'élément douloureux, toujours insignifiant en pareilles circonstances;

4° *La parésie des muscles abdominaux.* — L'influence de la contraction abdominale sur la miction avait été démontrée par Duchenne [de Boulogne (27)]. Aussi était-il logique d'admettre que la parésie des muscles abdominaux fût une des causes de la rétention post-opératoire. Brault y ajoute le défaut de contraction du diaphragme. Mais cette parésie, qui est réelle dans certaines observations, ne saurait être retrouvée dans la grande majorité des autres. Il se peut, néanmoins, que sans aucun état paralytique du plan musculaire abdominal, le sujet ne veuille pas faire l'effort nécessaire à l'établissement de la miction (28), soit parce qu'il souffre, soit parce qu'il craint de compromettre sa guérison.

Enfin, en admettant cette parésie des muscles abdominaux, un moyen très simple ferait cesser la rétention. Il consisterait à comprimer légèrement l'hypogastre et aussitôt la miction s'établirait. Les choses ne se passent pas ainsi, bien au contraire;

5° *Les anesthésiques* (*chloroforme*, *éther*, etc.). — On a accusé également l'anesthésie et il est facile de prouver que cette cause doit être rejetée. Il suffit de voir quand se montre la rétention, de se rappeler ses rechutes et sa fréquence relative après les opérations, sans le secours d'aucun moyen anesthésique, et surtout après les traumatismes. Il est donc inutile d'y insister davantage.

Donc, quelle que soit l'influence de ces conditions (douleur, pansement, parésie abdominale, etc.), on voit qu'à elles seules, elles n'expliquent rien. Dans la rétention post-opératoire, comme dans toute rétention d'urine, il faut soit un obstacle au cours de l'urine, soit une paralysie vésicale. Telle est, au moins, l'opinion généralement admise.

a. *Obstacle au cours de l'urine.* — Cet obstacle serait non pas extérieur à l'urèthre (compression), mais causé par un spasme de ses parois. Le spasme uréthral fut admis par MM. Diard et Nicaise qui le localisent au col vésical. MM. Vincent, Desvergnes, Camescasse rattachent également la rétention post-opératoire au spasme uréthral. En dehors du spasme de l'urèthre, dit M. Vincent, on ne s'expliquerait pas la sensation douloureuse que provoque le cathétérisme, l'arrêt ou la difficulté d'introduire la sonde, et surtout la sensation de brûlure que provoque l'émission volontaire, mais difficile, de l'urine. En outre, la paralysie de la vessie ne s'accompagne pas, lorsqu'il y a réplétion de l'organe, de ces douleurs vives, de ces efforts pénibles d'expulsion qu'il a toujours observés. Il ajoute que la paralysie vésicale ne se rencontre guère qu'après les traumatismes du cerveau ou de l'appareil uréthro-vésical (29).

M. Camescasse est encore plus affirmatif, si possible, et « partout, dit-il, quand les détails sont rapportés, on retrouve la forme rétention par spasme du sphincter ». En somme, l'obstacle serait dans l'urèthre, mais contrairement à ce que pensait M. Sebeaux, il ne doit pas être nécessairement localisé au col de la vessie. Pourquoi vouloir distinguer, avec M. Dartigues, le spasme de la contracture? Cette différenciation, bien subtile et dont rien ne prouve la raison d'être, permettrait peut-être d'expliquer la rétention post-opératoire, par un spasme uréthral échappant à la constatation directe, c'est-à-dire ne donnant point lieu aux symptômes auxquels on le reconnaît d'habitude.

Ainsi, les partisans du spasme de l'urèthre sont très exclusifs dans leur interprétation des causes de la rétention post-opératoire.

Ils semblent n'accorder qu'une très petite importance à la douleur, au pansement, etc. Quant à la cause même de ce spasme uréthral, elle est dans un réflexe dont nous reparlerons.

b. *Paralysie ou parésie vésicale.* — La paralysie (ou la parésie) vésicale a, elle aussi, ses nombreux défenseurs (Duplay, Boursier, Lagrange). On admet, en effet, son existence pour deux raisons bien distinctes : d'abord parce que les signes du spasme uréthral ne se rencontrent presque jamais chez les opérés atteints de rétention ; ensuite parce que la sonde une fois dans la vessie, l'urine s'écoule mollement et le jet n'est pas projeté au loin. Comme on le verra plus loin, la première raison a sa valeur, mais elle se réduit à ceci : Quand il n'y a pas spasme uréthral et qu'il y a rétention d'urine, celle-ci est due à la paralysie vésicale. On admet donc la paralysie vésicale par l'exclusion du spasme uréthral et l'on ajoute, comme preuve, la faiblesse du jet d'urine.

Presque toujours, en effet, l'urèthre est absolument libre. Une sonde molle entre dans la vessie, sans la moindre difficulté, et l'urine s'écoule sans force de projection. Il est juste de dire que les auteurs qui admettent l'existence du spasme uréthral et excluent la paralysie vésicale, s'appuient sur un ensemble symptomatique absolument contraire : cathétérisme difficile, violence du jet d'urine, à peine la sonde est-elle dans la vessie.

D'où l'on peut conclure que la première opinion (celle du spasme) est vraie dans un certain nombre de cas, puisqu'elle s'appuie sur des signes positifs, tandis que la seconde (paralysie vésicale) n'a pour elle que des signes négatifs (absence de spasme) et quelques autres signes dont la valeur reste à discuter (faiblesse du jet d'urine). Reste donc à déterminer dans quel cas le spasme se produit. M. Sabourin avait déjà dit que les interventions portant sur le rectum déterminaient le spasme uréthral et il attribue ce spasme à l'irritation de voisinage. Dans tous les autres cas, il s'agissait pour lui de rétention par paralysie vésicale. Si l'on rapproche les observations, on voit que là où le spasme a été nettement constaté, l'intervention avait intéressé le voisinage de l'appareil urinaire, cette « zone dan-

gereuse » que M. Boursier cherche à délimiter. Le praticien ne doit pas oublier que toute intervention faite dans cette zone (qui comprend le bassin, la racine du membre abdominal, le périnée, l'anus) s'accompagne très habituellement de rétention d'urine. Qu'il s'agisse de réduction de luxation de la hanche, quelle qu'en soit la variété, d'opération portant sur les hémorroïdes, etc., non seulement il faut qu'il se prépare à voir survenir la rétention, mais encore à la combattre par les moyens appropriés. Il faut surtout qu'il en ait averti le malade et son entourage, afin que cet incident, s'il se présente, ne soit pour personne un sujet d'inquiétude.

Il appartient à M. Reliquet d'avoir, dès 1878, formulé la loi suivante : « Toutes les irritations ayant pour siège le prépuce, le gland, le méat, la portion pénienne de l'urèthre jusques et y compris les inflammations des glandes de Cooper, sont l'origine d'un réflexe dont le résultat est la contracture de la région profonde de l'urèthre avec stagnation ou rétention d'urine (29)...

... Ce spasme peut encore être produit par des causes de voisinage telles que la constipation, les hémorroïdes, la fissure anale... Toutes les affections qui provoquent une irritation à la surface du rein, ou dans la continuité des uretères, qui irritent les parois vésicales directement, dont le siège d'action est directement sur le col de la vessie, ou dans la région profonde de l'urèthre, depuis le collet du bulbe jusqu'au col vésical ou dans les glandes de cette région comme la prostate ou enfin dans les canaux éjaculateurs et les vésicules séminales », provoquent un spasme de la vessie et de l'urèthre (30).

Le spasme uréthral ou vésico-uréthral, déterminant la rétention d'urine, ne survient donc que dans ces conditions bien déterminées, c'est-à-dire quand l'intervention a porté sur la région pelvienne.

Dans les autres cas, le spasme uréthral n'est point la cause de la rétention post-opératoire et il faut maintenant chercher la véritable valeur de la théorie de la parésie vésicale. Mais pour cela il est nécessaire de se mettre dans les conditions, pour ainsi dire normales, de tout opéré atteint de rétention. Celui-ci est au lit dans le décubitus dorsal souvent absolu, et autant que possible immobile. Bien que les auteurs l'aient signalé, le *décubitus* a peut-être une importance encore plus grande qu'on ne l'admet en général.

Dans cette discussion à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, citée plus haut, M. Arnozan demanda si M. Vincent avait fait lever ses malades et si debout ils avaient pu uriner. Un seul s'était levé et celui-là put immédiatement uriner quelque peu. M. Lucas-Championnière reconnaît qu'en modifiant le décubitus de ses opérés, la rétention est d'une durée peut-être un peu moindre. Et l'on voit des malades qui ne guérissent de leur rétention que du jour où ils se lèvent. Il faut joindre au décubitus l'*immobilité*. Il est curieux de remarquer que, dans presque tous les cas de rétention post-opératoire, les malades étaient couchés et immobilisés soit par le fait de l'intervention subie, soit également par le fait de leur âge avancé, du siège de l'opération, de la douleur que pouvait causer la plaie opératoire, etc. Qu'il soit question d'opérations intéressant le membre inférieur, l'abdomen, le thorax, le membre supérieur ou la face, la rétention se produit chez les opérés immobiles, surtout chez ceux qui gardent le décubitus dorsal.

Il est également intéressant de rappeler cette parésie intestinale qui suit parfois les opérations et marche souvent de pair avec la rétention d'urine. Ce sont là, sans doute, deux phénomènes absolument analogues. La parésie intestinale se traduit par de la constipation et non par de l'incontinence des matières (Sabourin). Et quand elle a déjà cédé au traitement (purgatifs, lavements), on la voit parfois réapparaître et souvent avec elle revient la rétention d'urine (30), preuve de plus en faveur de leur commune origine.

Ainsi, avant d'admettre la paralysie vésicale, comme cause ordinaire de la rétention post-opératoire, il convient de rechercher dans quelles conditions se fait la miction chez des sujets absolument sains, immobiles et couchés sur le dos. On sait, d'ailleurs, que, dans cette position, certains sujets ne peuvent uriner. D'autres le peuvent, mais au prix de modifications rapides dans la façon d'être de leur vessie.

Chez l'enfant nouveau-né, la miction a un caractère de facilité tout à fait spécial (Reliquet). Il urine spontanément dans toutes les positions possibles; son jet d'urine commence d'une façon brusque et arrive de suite à sa projection la plus grande. De même, il cesse les dernières gouttes étant projetées loin. Tout se passe sans effort initial apparent (31). Chez lui, la vessie, à tous ses degrés de contraction et quelle que soit l'attitude, agit complètement sur le col, et son urèthre presque homogène dans sa continuité, quant à son calibre, ne nécessite aucune action adjuvante à celle de la vessie. Les choses restent ainsi jusqu'au moment de la puberté, c'est-à-dire jusqu'au moment où la prostate se développe, jusqu'au moment où les conditions physiques de la vessie et de l'urèthre se modifient par l'élévation du col et l'apparition du bas-fond vésical. Voilà peut-être pourquoi la rétention post-opératoire ne se rencontre point chez l'enfant. L'influence du décubitus, de l'immobilité, de la parésie ou même du défaut de contraction des muscles abdominaux, est absolument nulle à cet âge.

Une semblable immunité, tenant aux dispositions anatomiques de l'appareil uréthro-vésical, doit se rencontrer également chez la femme. Elle se retrouve, en effet, mais seulement dans la jeunesse; car, plus tard, les conditions changent et se rapprochent de ce qu'elles sont chez l'homme. On note, cependant, un certain nombre d'exemples de rétention post-opératoire chez des femmes fort jeunes et, ici, l'on peut se demander si on ne se trouve pas en présence d'une complication ou plus exactement d'une manifestation de l'hystérie. Les observations ne sont point assez détaillées pour que l'on puisse, en général, affirmer l'existence de la névrose. Aussi, cette idée ne peut être présentée que sous forme d'hypothèse. D'ailleurs, dans l'ensemble et comme on pouvait le prévoir, la rétention post-opératoire est plus rare chez la femme que chez l'homme.

Supposons un homme adulte dans le décubitus dorsal. Il veut uriner ; comment se fait alors la miction ? L'effort spécial (contraction abdominale et relâchement du périnée), qui précède l'écoulement de l'urine, s'accomplit ici comme dans toute autre attitude; mais le jet est beaucoup plus faible que dans la miction debout et la vessie ne se vide qu'incomplètement. Le globe vésical n'est plus comprimé aussi énergiquement par la paroi abdominale.

La résultante des forces développées par la vessie en contraction ne vient plus tomber exactement dans le col et celle-ci est obligée d'agir, avec d'autant plus d'énergie, pour chasser le liquide dans l'urèthre. Il en résulte nécessairement que l'urine, qui s'écoulerait alors par la sonde, si l'on

venait à sonder le sujet en expérience, ne serait pas projetée au loin, mais sortirait sans une grande force du pavillon de l'instrument. Le jet d'urine présenterait des oscillations en rapport avec les mouvements respiratoires. Et si l'on sondait comparativement le même individu debout, l'urine serait alors projetée avec force. On voit donc qu'on ne saurait admettre ici l'existence de la parésie vésicale. Mais il faut retenir, de cette expérience, que le décubitus modifie les conditions dans lesquelles la vessie doit agir ; il supprime les actions adjuvantes des organes avoisinant le réservoir urinaire et qui, indirectement, il est vrai, prennent une grande part à la miction.

Donc, la théorie de la parésie vésicale, basée uniquement sur ce fait positif, faiblesse du jet d'urine, lorsque l'on a passé la sonde, n'est pas étayée sur des preuves suffisantes. Elle reste à l'état de simple hypothèse ingénieuse, sans doute, mais encore fort peu certaine. On peut admettre même que la parésie n'a point créé la rétention, mais que, bien au contraire, la vessie s'est insensiblement laissé distendre par l'urine sans que le sujet s'en soit véritablement rendu compte. Pourquoi l'opéré ne s'aperçoit-il de la réplétion exagérée de sa vessie, que lorsque celle-ci a déjà dépassé les limites de sa contractilité? Ici, l'on peut faire intervenir l'influence de la volonté; par crainte ou par souffrance, il n'a peut-être point fait à temps les efforts nécessaires à l'établissement de la miction et il se trouve dans le cas bien connu du cavalier cité par Ambroise Paré. Ce serait pour ainsi dire une rétention volontaire. Peut-être aussi l'insensibilité relative du sujet tient-elle aux anesthésiques absorbés pendant l'opération, à la compression d'une région sensible par le pansement, à la douleur elle-même ? Mais il ne faut pas oublier que le décubitus dorsal, modifiant les appuis habituels du réservoir urinaire, lui permet de se dilater beaucoup plus que dans toute autre attitude, sans que le besoin d'uriner soit perçu. Celui-ci, en effet, résulte de la tension par contraction des parois vésicales (Reliquet) agissant sur le col vésical.

En résumé, l'existence de la parésie vésicale, comme cause de la rétention post-opératoire, demande encore à être prouvée; le spasme uréthral ne s'applique qu'à un nombre restreint de cas. Il y a certainement dans le tempérament de l'opéré, l'opération, les conditions extérieures (décubitus, pansement, immobilité), un certain nombre de conditions qui peuvent parfois en expliquer l'apparition. A propos de l'influence du tempérament, citons les exemples curieux et nombreux d'*urèthre pudique* (31).

D'ailleurs, a-t-on jamais constaté nettement la parésie vésicale en dehors même de la rétention post-opératoire? Ce que l'on peut constater, c'est que, dans un certain nombre de cas, la vessie reste passive et la stagnation d'urine s'établit avec l'ensemble de ses phénomènes caractéristiques. Dans les stagnations d'urine, dues, par exemple, à un prépuce ou à un méat trop étroits, là où la vessie paraît avoir perdu sa contractilité, où il semble que la parésie sinon la paralysie soit manifeste, il suffit de débrider le méat ou le prépuce, pour voir de suite le réservoir urinaire se contracter normalement (32). Il n'y avait donc pas réellement parésie. Mais le point de départ du réflexe qui produit la contraction vésicale se trouvait déplacé par l'état même du prépuce ou du méat. Quelle que soit la cause de la stagnation d'urine, il en est toujours ainsi et l'analyse approfondie des faits conduit nécessairement à mettre en doute l'existence de la parésie vésicale, et à lui refuser, encore aujourd'hui, une place dans la pathologie des voies urinaires.

Mais les auteurs, en admettant le spasme ou la parésie vésicale, doivent encore leur trouver une cause. En général, on parle d'un réflexe, faute de meilleure explication. L'idée ingénieuse de Sabourin qui rapporte la paralysie vésicale à une sorte d'état de *choc partiel*, se rapproche beaucoup de l'hypothèse du réflexe. Quant à vouloir trouver la raison du réflexe dans les anastomoses nerveuses (Vincent), cela est peut-être encore et tout au moins prématuré. Car les relations du système nerveux uréthro-vésical, avec les rameaux nerveux de la peau et des différents organes, sont encore bien peu connues (32).

Parvenu au terme de ce résumé des symptômes et de l'étude des causes de la rétention post-opératoire, on songe naturellement à sa similitude avec la rétention post-traumatique et avec la rétention des fièvres graves. Toujours il s'agit de malades immobilisés, parfois en état de choc ou de stupeur commençante. Les conditions extérieures sont donc à rapprocher de ce qu'elles sont chez les opérés. Et ici comme plus haut, le cathétérisme est toujours facile, le jet d'urine faible, la rétention indolente, sauf à une période avancée. En effet, on a également admis, pour ces différentes rétentions, les hypothèses du spasme uréthral et de la paresse vésicale. Il est inutile de revenir sur tous ces points, car l'explication à en donner se confond absolument avec celle des causes de la rétention post-opératoire.

V

Parmi les accidents que l'on pourrait appeler complications de la rétention post-opératoire, doit-on comprendre sa durée exceptionnellement longue (un mois et plus), les rechutes déjà signalées et l'incontinence passagère qui parfois la suit? Les complications sont plutôt celles du cathétérisme évacuateur. M. Lucas-Championnière a vu le cathétérisme, même fait avec soin, rappeler des blennorragies mal éteintes et parfois entraîner une cystite légère (33). Toutefois, sauf dans un cas de M. Péan (rapporté par Dartigues), les complications uréthro-vésicales n'ont jamais présenté une réelle gravité. Encore ce cas est-il tout à fait spécial. Mais il ne faut pas oublier qu'ici comme ailleurs, ce cathétérisme peut être une source de dangers, bien que les accidents consécutifs soient tout à fait exceptionnels en raison même des précautions qui sont prises. La rétention d'urine post-opératoire est donc un accident sans grande importance, et l'on peut dès maintenant croire :

a. Que la rétention, qui débute immédiatement après l'opération, cesse rapidement en ne laissant, comme crainte pour l'avenir, que la possibilité d'une rechute. La rechute n'offre pas une gravité plus grande que l'accident primitif.

b. Que la rétention d'urine, qui survient deux ou trois jours après l'opération, est d'une durée plus longue que celle qui suit immédiatement le traumatisme chirurgical. Celle-ci peut également avoir ses rechutes, et les nombreux cathétérismes, nécessaires en pareil cas, exposent d'autant plus l'opéré à des accidents exceptionnels, il est vrai, peu graves en règle générale, mais toujours pénibles et que l'on doit bien connaître pour chercher à les éviter.

c. Que la rétention, qui débute beaucoup plus longtemps après l'opération (cinquième, sixième, neuvième jour), est souvent liée, comme la précédente, à un état parétique de l'intestin. Sa marche n'offre rien de particulier à signaler.

Elle présente, toutefois, ce point intéressant : c'est que, à l'époque où elle se montre, on peut en général changer le pansement, déplacer plus ou moins les opérés, agir sur la constipation par des moyens appropriés, et, plus souvent que partout ailleurs, triompher de la rétention sans avoir recours à un cathétérisme fréquemment répété.

d. Que la rétention post-opératoire tire sa gravité, lorsque par hasard elle en présente :

1° Du mauvais état antérieur des voies urinaires de l'opéré ;

2° Des conditions dans lesquelles on a fait le cathétérisme évacuateur.

VI

A priori, il paraît inutile de chercher à établir le diagnostic de la rétention post-opératoire. L'impossibilité de la miction est caractéristique, et sans parler des autres symptômes, suffit à elle seule pour permettre d'affirmer l'existence de la rétention. Il n'en est pas toujours ainsi, et c'est avec raison que M. Dartigues différencie la rétention de l'*anurie* post-opératoire.

Voici, en effet, comment le problème se pose très ordinairement : le malade a été opéré le matin, le soir vient et il n'a pas encore uriné. Il ne ressent, d'ailleurs, aucune envie impérieuse, et pour un grand nombre de raisons déjà énumérées, il ne s'efforce point d'uriner. Le pansement ne permet pas de palper l'abdomen et de le percuter, c'est-à-dire d'apprécier si la vessie est ou non distendue. On sollicite alors le malade à faire un léger effort de miction : rien ou presque rien ne s'écoule par l'urèthre. Est-ce de l'anurie post-opératoire ou de la rétention ? et pour être plus explicite, doit-on oui ou non, sans attendre, faire le cathétérisme évacuateur ?

L'anurie ou l'oligurie qui suit parfois les opérations, tient à un grand nombre de causes, parmi lesquelles il faut comprendre l'absence de boissons et d'aliments dans la journée de l'opération, les vomissements, souvent très abondants, dus à l'anesthésie, et enfin ce fait, que l'on prend soin de vider la vessie immédiatement avant de commencer l'intervention. Donc, sept ou huit heures après, c'est-à-dire le soir du jour de l'opération, la vessie ne doit logiquement contenir qu'une fort petite quantité d'urine.

Cependant, en pratique, l'on peut admettre que tout opéré qui, huit ou dix heures après son opération, est dans l'impossibilité d'uriner volontairement, est atteint de rétention d'urine, qu'il ressente ou non le besoin caractéristique. L'examen des faits démontre que la vessie contient alors toujours une certaine quantité d'urine et que, de plus et surtout, on ne gagne rien à temporiser davantage ; car, bientôt les envies d'uriner se manifesteront de plus en plus rapprochées et impérieuses, et le malade, qui avait au début la rétention indolente, passera à la forme douloureuse. Urine-t-il alors au prix de violents efforts, il ne vide pas sa vessie et reste avec une rétention, incomplète il est vrai, mais qui, peu de temps après, a toutes chances de devenir complète et de nécessiter d'urgence l'intervention que l'on avait pensé pouvoir éviter, et la vessie reprendra d'autant moins vite son fonctionnement normal qu'elle aura été plus violentée.

Dans les cas où l'on peut facilement palper l'abdomen et sentir au-dessus du pubis le globe vésical distendu, faire naître par ce simple examen ou tout au moins exagérer le besoin d'uriner, le doute n'est plus possible ; il faut combattre la rétention de suite.

Tout chirurgien doit craindre, chez ses opérés, la rétention post-opératoire ; il doit même la prévoir toujours. Comme le dit M. Lucas-Championnière, à propos de la cure radicale de la hernie, il ne doit pas plus aborder un opéré sans s'informer s'il a uriné, que l'accoucheur ne peut le faire pour une accouchée. La rétention qui reste ignorée peut avoir les plus graves conséquences, sans parler des souffrances inutiles qu'elle provoque.

VII

Mais après le diagnostic qui ne peut échapper même à un examen superficiel, ce qu'il importe avant tout de connaître en détail, c'est le traitement de la rétention post-opératoire. Puisque la moitié, au moins, des complications possibles tiennent à un traitement intempestif ou mal compris, on ne saurait trop insister sur celui-ci.

Le soir même du jour de l'opération, si le malade n'a pas encore uriné et n'en a pas encore manifesté le besoin, on l'engagera à tenter une miction volontaire, avant d'avoir recours au cathétérisme. Le cathétérisme est souvent innocent, mais il le sera d'autant moins que l'on aura affaire à des vieillards, à des sujets dont l'appareil urinaire est le siège d'une altération plus ou moins latente, mais qui peut se réveiller ou s'aggraver tout d'un coup. Ce fait est bien connu ; mais ici, comme partout ailleurs, on ne doit pas l'oublier. S'il y a lieu et si la chose est possible, on relâchera quelque peu un pansement trop serré, on permettra à l'opéré quelques mouvements comme, par exemple, l'action de se tourner sur le côté, de relever un peu la tête, etc. Et, parfois, sans faire autre chose, la miction volontaire est possible.

Si ces petits moyens restent insuffisants et sans y recourir avec insistance, inutile, d'ailleurs, quand les premiers essais n'ont pas donné le résultat espéré, on pourra donner un lavement avec toutes les précautions nécessaires ; c'est-à-dire avec une canule souple et longue, une quantité suffisante d'eau à la température du corps. Ce lavement devra être donné lentement, sans aucune brusquerie, et souvent il provoquera une garde-robe et une miction faciles.

Que l'on ait affaire à une rétention indolente, ou à une rétention douloureuse avec besoins fréquents et impérieux, il ne faut jamais négliger ces petits moyens, lorsqu'ils sont applicables. Toutefois, si les douleurs sont vives et les envies rapprochées, il est bon de faire suivre le lavement de l'application d'un suppositoire calmant.

A ce propos, il faut rappeler les procédés ou les médicaments que l'on doit ne jamais employer. Ainsi, pas de pressions violentes sur l'hypogastre, pas de strychnine, pas d'ergot de seigle (Reliquet). L'idée du spasme aurait ici cet avantage, c'est de faire rejeter d'avance tout médicament devant exciter les fibres musculaires.

Enfin, en dernier ressort, on en viendra au cathétérisme.

Les anciens chirurgiens faisaient alors le cathétérisme avec un instrument rigide, peut-être par crainte du spasme uréthral, mais surtout parce qu'ils avaient coutume d'employer les instruments métalliques. D'ailleurs, il n'est pas d'exemple que le cathétérisme ainsi fait ait été impossible. Mais il y a à une telle pratique de réels inconvénients. Sans parler des difficultés du cathétérisme lui-même qui demande alors une main expérimentée pour être fait sans trauma-

tisme, on s'expose peut-être davantage aux chances d'infection. Il faut, dans ce cathétérisme, et ceci n'a rien de spécial, tenir compte de l'âge de l'opéré, de l'état de sa prostate, etc.

Pour commencer, il est toujours plus simple et plus prudent de se servir d'une sonde molle en caoutchouc rouge d'un calibre moyen (16 à 18). M. Reliquet (1871), MM. Sabourin, Boursier, en conseillent l'emploi et, depuis quelques années, tout au moins, cette pratique a été jugée assez bonne pour devenir presque exclusive. En effet, cette sonde molle ne rencontre jamais d'obstacle à sa progression, elle ne peut blesser l'urèthre en raison même de sa souplesse et elle est facile à maintenir dans un état de propreté suffisant.

Cependant, chez les vieillards, il peut arriver qu'elle bute contre le cul-de-sac du bulbe et se refuse à passer au delà. On aura de suite recours à un autre instrument, à une bougie demi-molle du même calibre, dont l'extrémité munie d'une olive pourra être légèrement infléchie de manière à éviter le cul-de-sac et à franchir le collet du bulbe (34). Si ce dernier instrument était encore insuffisant et avant d'avoir recours à un autre moyen, on se servirait de la grande sonde de Gély. D'ailleurs, ces difficultés sont très exceptionnelles.

Quand on est parvenu dans la vessie, il faut ne pas oublier les soins qui doivent suivre tout cathétérisme évacuateur. On ne videra pas immédiatement la vessie ; on se guidera sur la force d'impulsion du jet d'urine en dehors de l'effort (35). Sitôt qu'on voit l'urine tomber simplement du pavillon de la sonde, on bouche l'orifice de ce pavillon pour l'ouvrir quelques instants après, quand la vessie aura repris sa contractilité. Il est inutile de chercher à vider la vessie jusqu'à la dernière goutte d'urine.

C'est surtout lorsque la rétention n'est apparue qu'au bout de quelques jours, que l'on doit chercher à employer les petits moyens indiqués plus haut, et lorsqu'elle se prolonge. Lorsque la rétention se prolonge, on doit mettre en œuvre tous les moyens qui peuvent favoriser la miction, jusqu'à permettre les mouvements que l'on défend d'ordinaire ; car on réussit quelquefois, en déplaçant le malade, à obtenir l'évacuation spontanée de la vessie (Lucas-Championnière).

Souvent un seul cathétérisme suffit, mais dans le cas contraire, il faut le répéter à des intervalles réguliers, suffisamment espacés, en le faisant toujours précéder d'un essai de miction volontaire. Si à la rétention est liée la constipation, un purgatif donné à ce moment (troisième, quatrième jour après l'opération) peut avoir la meilleure influence. Le cathétérisme sera continué aussi longtemps qu'il sera nécessaire.

De même, les rechutes seront traitées comme l'accident primitif.

Dans le but de diluer les urines et d'en faciliter l'émission, M. Lucas-Championnière conseille l'usage, en boisson, d'eaux peu riches en matières minérales. De plus, pour modifier heureusement la composition de l'urine, on a donné parfois le borax à l'intérieur, pendant toute la durée de la rétention post-opératoire (36). Presque toujours, il est heureusement inutile d'avoir recours à de telles précautions.

Les complications de la rétention post-opératoire méritent, elles aussi, un traitement approprié; mais en raison de leur peu de fréquence et de leur peu de gravité habituelle, en parler serait sortir de notre cadre.

Notes bibliographiques. — 1. Planque. Mémoires de l'Académie royale de chirurgie, 1768. — 2. Travers, cité par Nicaise. — 3. Larrey, cité par Nicaise. — 4. Diard. *Accidents inflammatoires consécutifs aux opérations chirurgicales*, thèse de doctorat, Paris, 1828. — 5. Basset, thèse de doctorat, Paris, 1860. — 6. Jardin, thèse de doctorat, Paris, 1862. — 7. Brault, thèse de doctorat, Paris, 1863. — 8. Dartigues. *De la rétention passagère de l'urine consécutive à une lésion traumatique ou opératoire*, thèse de doctorat, Paris, 1873. — 9. Reliquet. *Traité des opérations des voies urinaires*, Paris, 1871. — 10. Nicaise. Rétention d'urine consécutive à une lésion traumatique ou opératoire, *Gazette médicale de Paris*, nº du 4 octobre 1873. — 11. Sebeaux. *Contracture du col de la vessie*, thèse de doctorat, Paris, 1876. — 12. Duplay. *Conférences de clinique chirurgicale*, 1878. — 13. Sabourin. De la rétention passagère de l'urine après les traumatismes non chirurgicaux et de la nature de cette rétention, *Archives générales de médecine*, 1879, p. 395. — 14. Desvergnes. *De la rétention passagère des urines à la suite des opérations*, thèse de doctorat, Paris, 1884. — 15. Vincent. Cinq observations de rétention d'urine à la suite de lésions traumatiques ou chirurgicales, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 3 octobre 1886. — 16. Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, 8 juin 1886, in *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1886. — 17. Boursier. Leçon sur la rétention d'urine de cause traumatique, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 13 juin 1886. — 18. J. Camescasse. *De la rétention médicale des urines en dehors des affections du système nerveux*, thèse de doctorat, Paris, 1886. — 19. Lucas-Championnière. *Cure radicale des hernies*, Paris, 1892. — 20. Service de M. le docteur Raingeard, hospice général de Nantes, 1888. — 21. Guyon. Rétention d'urine de cause nerveuse, etc., *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, mars 1891, p. 129. — 22. Blondeau. *Bull. de la Soc. de méd. de Paris*, 1866. — 23. Reliquet. *Leçons sur les maladies des voies urinaires*, Paris, 1885 (spasmes de l'urèthre et de la vessie). — 24 et 25. Boursier. Loc. cit. — 26. Duchenne (de Boulogne). *Électrisation localisée*, 3e édition, p. 921. — 27. Reliquet. Loc. cit., 1885, p. 26. — 28. Vincent. Loc. cit. — 29, 30 et 31. Reliquet. Loc. cit., pp. 128, 129, 130, 40 et 121. — 32. Reliquet. Loc. cit., p. 146 ; — Sur l'innervation vésicale, *Journ. de l'anat. et de la physol.*, de Ch. Robin, mai 1892. — 33. Lucas-Championnière. *Cure radicale des hernies*, p. 408. — 34 et 35. Reliquet. *Traité des opérations des voies urinaires*, 1871 (opérations nécessitées par la rétention d'urine), p. 136 et suivantes. — 36. Terrier et Lucas-Championnière. In *Cure radicale des hernies*, 1892, p. 409.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 mars 1893. — Présidence de M. Perier.

COMMUNICATION

Corps étranger de l'œsophage. — M. FELIZET, à l'occasion d'une communication de M. Segond relative à l'introduction dans l'œsophage d'un corps étranger (un dentier métallique) qui nécessita l'œsophagotomie externe, rapporte le fait d'une pièce de monnaie, avalée par un très jeune enfant, compliqué de la rétention du panier de Graefe, dans des conditions qui semblaient devoir indiquer l'œsophagotomie externe.

Il s'agit d'un baby de vingt-deux mois, qui mit une pièce de 1 franc dans sa bouche et l'avala (novembre 1892), on l'apporta le soir même à l'hôpital Tenon et l'interne de garde crut devoir tenter l'extraction séance tenante. Le panier de Graefe fut aisément introduit et dépassa la pièce de monnaie, qui était arrêtée à la partie moyenne de l'œsophage.

Quand il s'agit de retirer l'instrument, on rencontra une résistance invincible et l'on appela d'urgence le chirurgien.

« Quand j'arrivai, dis M. Felizet, je vis un enfant de la bouche duquel sortait la tige de baleine de l'appareil, il était dans la situation d'un poisson pris à l'hameçon, l'état était des plus graves : il avait eu une série de crises de suffocation dans les-

quelles il avait failli périr. Il ne fallut pas répéter plusieurs fois les tentatives de traction, pour être certain qu'il n'y avait rien à attendre de la force. L'exploration profonde du cou, à la base, permettait de sentir une masse dure et irrégulière, refoulant le trachée en avant et débordant un peu à gauche la ligne médiane.

Pendant que l'on préparait l'outillage nécessaire à l'œsophagotomie externe et, éventuellement à la trachéotomie, je m'avisai d'une manœuvre qui rendit l'intervention sanglante inutile.

Je fixai solidement, à l'extrémité d'une baleine, une éponge du volume d'une grosse noix et je l'engageai, préalablement huilée, dans l'œsophage jusqu'à la rencontre du panier de Graefe. Je refoulai aisément de 3 ou 4 centimètres le paquet de l'obstruction, c'est-à-dire la pièce de monnaie et le panier.

Pendant qu'avec la main droite je refoulais l'éponge dans la direction de l'estomac, je résistais avec la main gauche qui tenait la tige de Graefe. Tirant alors simultanément les deux tiges avec fermeté, j'amenai au dehors, *sans même éprouver la sensation d'un obstacle surmonté*, le panier, le corps étranger et l'éponge.

La manœuvre s'accomplit avec une facilité que vous pouvez comprendre, l'obstacle à la sortie de l'appareil de Graefe résidait certainement dans un repli de la muqueuse œsophagienne, sous lequel l'ailette du panier s'accrochait, comme un harpon.

Le premier temps de la manœuvre, l'introduction de l'éponge, avait eu pour effet d'effacer la valvule de la muqueuse et de reporter la masse obstruante dans une portion non meurtrie de l'œsophage.

Le second temps, attraction simultanée des deux tiges au dehors, avait eu pour objet de faire passer les masses métalliques par une voie bien dilatée par l'éponge, et de plus lubréfiée par l'huile qui l'imprégnait.

L'éponge précédait et dilatait l'œsophage, préparant le chemin au panier métallique et à la pièce de monnaie, dont les saillies étaient cachées dans son tissu et ne pouvaient plus rien accrocher, par conséquent.

Nous avons eu ainsi la bonne fortune d'éviter une opération particulièrement délicate, difficile et dangereuse chez les tout petits. L'intervention n'a pas duré une minute.

Nous pensons que le panier de Graefe, qui est un instrument aveugle et brutal, pourra, grâce à la combinaison de son emploi avec un engin dilatateur, éponge ou autre, rendre de grands services aux adultes, et nous estimons qu'on ne devrait pas se décider à pratiquer l'œsophagotomie, avant d'avoir tenté l'essai de la manœuvre simple et facile que nous nous proposions, depuis plusieurs mois, de vous faire connaître. »

M. DELORME pense que, dans les cas où on est obligé de recourir à une œsophagotomie externe, il serait utile d'introduire, dans la plaie, une pince dilatatrice qui faciliterait l'extraction du corps étranger à l'aide d'une pince extractive.

M. CAHIER (de Lyon) communique une observation d'œsophagotomie externe pour l'extraction d'un dentier. Il avait été fait de nombreuses tentatives d'extraction sans aucun résultat. Le corps étranger se trouvait à 4 centimètres au-dessous du cartilage cricoïde. Ce n'est que trente-six heures après que M. Cahier vit le malade pour la première fois. Il fit d'emblée l'œsophagotomie externe; il ne fit pas de suture de la plaie et y plaça une sonde à demeure pour nourrir le malade par cette sonde. Celui-ci succomba le quatrième jour. On trouva à l'autopsie un épanchement dans la plèvre droite. Il y avait sur l'œsophage de nombreuses éraillures et deux perforations complètes.

M. Cahier croit pouvoir conclure de ce fait que, lorsqu'on a affaire à un corps étranger anguleux, il vaut mieux recourir d'emblée à l'œsophagotomie externe, que de faire des tentatives d'extraction qui peuvent déterminer des blessures graves.

LECTURE

Ulcère simple de l'estomac, sténose pylorique, gastro-entérostomie; guérison. — M. GUINARD donne lecture d'une observation d'ulcère simple de la région pylorique de l'estomac, ayant amené une sténose du pylore et une dilatation considérable de l'estomac. Il fit une gastro-entérostomie; il incisa l'estomac et l'intestin au thermocautère. Le malade a bien guéri. C'est le premier cas de gastro-entérostomie pour rétrécissement cicatriciel du pylore.

COMMUNICATION

Pathogénie du tétanos. — M. VERNEUIL rapporte le fait suivant qu'il a observé, à Cannes, avec le docteur Dieterlen. Le 30 décembre une femme entre à l'hôpital évangélique avec tous les signes d'un tétanos confirmé. Il n'y avait pas eu de blessure. Cette malade était alitée depuis quinze jours pour une angine phlegmoneuse grave. Dix jours après l'ouverture du phlegmon, elle fut prise de tétanos. Cette femme habitait une petite échoppe, sans jour et sans air, sur la route d'Antibes. Devant cette masure se trouvait un trottoir, le long duquel était une station de voitures. Cette femme avait reçu les soins de beaucoup de cochers de fiacre. Elle avait fait, peu de temps auparavant, une fausse couche et avait caché le fœtus dans un coin de son arrière-boutique. Il y avait donc eu deux voies d'introduction du microbe de Nicolaïer, la voie amygdalienne et la voie utérine. Cette femme mourut. On examina les poussières, la terre, les toiles d'araignées qui se trouvaient dans son habitation; tous les résultats de l'examen microscopique et de l'inoculation furent négatifs. Or, on sait aujourd'hui qu'il y a trois origines possibles de tétanos, qui peuvent avoir lieu par les communications inter-humaine, équino-humaine ou telluro-humaine. Dans ce cas, on ne peut invoquer ni la communication inter-humaine, ni la communication telluro-humaine. Il reste donc l'origine équino-humaine, qui s'explique ici par l'intervention des cochers de fiacre.

RAPPORT

Spina bifida. — M. PICQUÉ fait un rapport sur une communication de M. Ricard. (Sera publiée.)

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Syphilis et système nerveux (1), par W. R. GOWERS.

Ce livre est la publication de lectures faites en 1890, devant la Société de médecine de Londres. On sait qu'en Angleterre, on entend par lectures, des mémoires présentés à des assemblées savantes, par des savants connus, qui ont été chargés de les rédiger. Tout le monde connaît Gowers, qui s'est illustré par ses travaux sur le système nerveux.

Avec un sens critique des plus fins et une généralisation que seules une vieille expérience et de longues spéculations sur un même sujet peuvent donner, il a étudié les rapports de la syphilis et du système nerveux. Dans un premier chapitre de son mémoire, il recherche quelles lésions syphilitiques sont spécifiques et quelles lésions ne le sont pas; il compare ensuite l'action de la vérole sur le système nerveux à celle de la diphtérie, rattachant toutes les deux au travail de toxines circulant dans le sang et se fixant sur les tissus pour les désorganiser, ce qui expliquerait pourquoi le traitement spécifique serait là inefficace.

Gowers s'attache ensuite à rechercher l'origine des troubles nerveux fonctionnels attribués à la syphilis sans preuves suffisantes. Sa troisième lecture est consacrée à étudier les éléments du pronostic des maladies d'origine syphilitique, selon l'individu, la lésion, son siège histologique, etc..., enfin à quelques considérations sur le traitement et la prophylaxie de la vérole. Cette brochure, écrite par un savant plein de son sujet, est d'une lecture excessivement attrayante.

(1) *Syphilis and the Nervous System*, by W. GOWERS. In-8°, 132 pages. — Londres, J. et A. Churchill.

Essai sur la vie et la mort (1), par S. Sabatier, professeur à la Faculté des sciences de Montpellier.

C'est le tome IV de la « Bibliothèque évolutionniste ». L'auteur a divisé son étude en deux parties. Dans la première, il essaye d'expliquer ce qu'est la vie. Il montre qu'il n'y a pas de différence entre la matière vivante et les corps bruts. Les minéraux ont une sensibilité, se nourrissent, s'accroissent, vivent et meurent en quelque sorte, tout comme les corps organisés. La seconde partie de l'ouvrage contient l'étude de la mort. M. Sabatier, après avoir passé en revue les diverses théories qui veulent expliquer ce phénomène biologique, présente ses idées personnelles, qui ne peuvent guère s'analyser dans ce bref compte rendu. Pour lui, la sénescence et la mort sont les conditions actuelles du protoplasma qui, d'abord simple, était immortel et qui, maintenant différencié, est forcé de subir la dissociation.

A un point de vue philosophique, la mort est nécessaire à l'évolution de l'esprit. Cette dernière conception, qui résume tout le livre, est originale et comprend nombre d'idées suggestives. Cependant bien des faits sur lesquels elle se base paraissent d'une généralisation injustifiée; telle l'augmentation actuelle des maladies nerveuses et mentales.

Les applications de l'anthropologie criminelle (2) par Cesare Lombroso.

Ceci est une sorte de journal où le célèbre criminaliste italien a enregistré les faits principaux qui ont, dans le domaine scientifique, littéraire et même artistique, contribué dans ces derniers temps à consolider ses théories. Lombroso montre d'abord les applications pratiques de sa méthode dans la recherche des criminels. A Turin, il aurait pu, avec ses seuls procédés d'observation, poser des diagnostics de culpabilité assez curieux. Par l'exemple des résultats des relégations coloniales et des maisons de réforme, il montre que le milieu ne peut pas modifier les criminels nés fatalement mauvais. Un chapitre intéressant est celui où Lombroso analyse les divers et récents travaux des juristes et criminalistes italiens et étrangers, ceux de Garofalo, Tarde, Sighele, Ferri, etc... et aussi les résultats des Congrès d'anthropologie criminelle ou de droit pénal.

Tout est bon à Lombroso pour confirmer ses opinions; il demande même aux littérateurs, à Zola, à Daudet, à Dostojewsky, la description de types criminels tels qu'il les a établis, types qu'il rencontre aussi dans diverses œuvres de peinture.

Enfin un dernier chapitre est consacré aux méthodes et appareils anthropométriques de M. Bertillon, de Benedikt et de Mosso.

Même quand on ne partage pas les idées de Lombroso, il est toujours intéressant de lire ses ouvrages. Son imagination de savant est en effet très suggestive.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Sénat a adopté, en première délibération, le projet de loi relatif à l'assistance médicale gratuite.

— A la date du 14 mars 1893, le ministre de la Guerre a décidé que l'appel des médecins de réserve et de l'armée territoriale aurait lieu dans les conditions suivantes :

Réserve. — 257 médecins seront convoqués, savoir : 25 médecins-majors de deuxième classe; 54 médecins aides-majors de première classe; 178 médecins aides-majors de deuxième classe. Ils seront appelés par moitié, en deux séries : la première, du lundi 15 mai au dimanche 11 juin; la deuxième, du lundi 21 août au dimanche 17 septembre.

Armée territoriale. — 284 médecins seront convoqués, savoir : 50 médecins-majors de deuxième classe; 234 médecins aides-majors de deuxième classe. Ils seront également convoqués par moitié : la première, du lundi 15 mai au dimanche 28 mai; la deuxième, du lundi 21 août au dimanche 3 septembre.

Les médecins seront désignés par les généraux commandant les corps d'armée auxquels ils seront affectés, quel que soit leur domicile, et convoqués sur le territoire de ce corps d'armée, à moins qu'ils ne préfèrent accomplir leur stage *sans solde*, dans le centre d'instruction le plus voisin de leur résidence, auquel cas ils devront en adresser la demande au ministre, dès qu'ils auront reçu leur ordre de convocation. Toutefois, pour l'appel d'automne, en raison des manœuvres et de la nécessité de doter les régiments de réserve de leur personnel médical, tous les médecins appelés devront rejoindre le corps d'armée auquel ils appartiendraient en cas de mobilisation.

Les médecins affectés à l'Algérie et à la Tunisie et résidant en France pourront être appelés dans la région où ils sont domiciliés, sans renoncer à la solde de leur grade.

Aucune dispense d'appel ne pourra être accordée, si ce n'est pour des cas de force majeure ou dans l'intérêt des populations.

Les demandes qui seraient formulées à ce sujet devront être adressées à MM. les généraux commandant les corps d'armée.

Les intéressés seront d'ailleurs prévenus que ceux qui ne pourraient accomplir leur stage, pendant la première période, l'accompliraient pendant la seconde et inversement.

— L'Académie a procédé à la nomination des Commissions des prix pour l'année 1893. Voici quelle est la composition de ces Commissions :

Prix de l'Académie. — MM. Robin, Berger et Kelsch.
Prix Alvarenga. — MM. Bouchard, Ranvier et Quinquaud.
Prix Argenteuil. — MM. Lefort, Rochard et Guyon.
Prix Barbier. — MM. Sée, Weber et Worms.
Prix Buignet. — MM. Bourgoin, d'Arsonval et Chatin (Joannès).
Prix Capuron. — MM. Tarnier, Guéniot et Pinard.
Prix Civrieux. — MM. Charcot, Blanche et Cadet de Gassicourt.
Prix Daudet. — MM. Besnier, Bucquoy et Dieulafoy.
Prix Desportes. — MM. Const. Paul, Hayem et Dumontpallier.
Prix Godard. — MM. le baron Larrey, Labbé et Le Dentu.
Prix de l'Hygiène de l'enfance. — MM. Ollivier, Charpentier et Budin.
Prix Laborie. — MM. Lannelongue, Perier et Chauvel.
Prix Laval. — MM. Laboulbène, Brouardel et Duval.
Prix Lefèvre. — MM. Jaccoud, Luys et Mesnet.
Prix Meynot. — MM. Panas, Gariel et Javal.
Prix Monbinne. — MM. Hérard, Empis et Duguet.
Prix Nativelle. — MM. Caventou, Riche et Moissan.
Prix Pourat. — MM. Lancereaux, Chauveau et Laborde.
Prix Portal. — MM. Verneuil, Tillaux et Polaillon.
Prix Ricord. — MM. Fournier, Lagneau et Duplay.
Prix Tremblay. — MM. Le Fort (Léon), Rochard et Guyon.
Prix Vernois. — MM. Colin (Léon), Le Roy de Méricourt et Lereboullet.

Pathologie générale des dermatoses (*Encyclopédie scientifique des aide-mémoire*), par M. L. Brocq, médecin des hôpitaux et M. L. Jacquet, ex-interne de Saint-Louis. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson.

(1) In-18. Prix : 6 francs. — Paris, Ve Babé et Cie.
(2) In-18. Prix : 2 fr. 50. — Paris, F. Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 34. — MARDI 21 MARS 1893. 66e ANNÉE. MARDI 21 MARS 1893. — N° 34.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 20 mars 1893.

A la Société médicale des hôpitaux (17 mars), M. Galliard fait une communication sur un cas d'emphysème du médiastin découvert à l'autopsie d'une malade ayant succombé au choléra. Rien, chez cette femme, ne pouvait faire supposer l'existence de cette lésion; elle était entrée à l'hôpital dans un état de collapsus assez grave pour justifier une transfusion veineuse presque immédiate, mais elle ne présentait pas un degré particulièrement accentué de dyspnée ; rien, en tout cas, n'avait attiré spécialement l'attention dans ce sens. Du reste, M. Rendu fait remarquer que les enfants atteints d'emphysème du médiastin au cours de la coqueluche n'ont pas, en dehors de leurs quintes, de dyspnée appréciable. M. Galliard a eu l'occasion de constater deux fois l'emphysème du médiastin chez des cholériques; la première fois, il s'était accompagné d'un emphysème sous-cutané de la région cervicale, ce qui avait amené à faire le diagnostic. Il pense que, chez les cholériques, cet emphysème se produit, comme chez tous les dyspnéiques, par la rupture de vésicules pulmonaires emphysémateuses.

Cet accident est d'un diagnostic à peu près impossible, si l'on ne constate pas de l'emphysème sous-cutané du cou succédant à un accès d'orthopnée. Frédéric Müller a bien indiqué des signes cliniques de l'emphysème du médiastin : effacement des espaces intercostaux, disparition de l'impulsion du cœur, sonorité anormale de la région précordiale, crépitations synchrones à la systole cardiaque, mais ce sont là des signes d'une valeur plus théorique que pratique.

MM. Chantemesse et R. Marie appellent l'attention des médecins et beaucoup plus encore des chirurgiens, sur l'existence de glandules thyroïdes accessoires situées le long des artères thyroïdiennes, supérieure et inférieure, à leur entrée dans le corps thyroïde, mais en dehors de la capsule de cet organe. Ces glandules accessoires avaient été signalées déjà par Samstrœm ; elles sont représentées par des corpuscules que l'on prend ordinairement pour des ganglions lymphatiques ; mais ils n'en ont nullement la structure et ils sont constitués, en réalité, par des amas irréguliers ou réguliers de cellules cubiques à contenu muqueux exactement semblables à celles qui tapissent l'intérieur des vésicules du corps thyroïde.

On sait actuellement quelles relations rattachent les lésions destructives du corps thyroïde au myxœdème et au crétinisme. On sait que l'ablation complète du corps thyroïde entraîne une cachexie particulière. On sait aussi qu'il suffit de laisser un peu du corps thyroïde pour que cette cachexie soit évitée : il n'est pas impossible que ce même résultat s'obtienne en épargnant les glandules accessoires dans la thyroïdectomie. Leur existence pourrait donc peut-être avoir un intérêt pratique.

M. Rendu rapporte l'observation d'une femme récemment soignée dans son service. Elle était entrée dans un état typhoïde accentué avec un léger subdélire, et une température qui ne dépassait guère 38 degrés. La langue était rôtie, la gorge un peu rouge. Rien dans l'examen des divers organes n'expliquait la gravité de cet état. On ne trouvait aux poumons qu'un peu de bronchite et de congestion vers les bases. La mort survint, et, à l'autopsie, les choses ne parurent pas plus claires : il n'y avait, en effet, qu'un peu de congestion aux bases, et un tout petit foyer de broncho-pneumonie suppurée.

A l'examen bactériologique on trouva partout un microbe de suppuration, le staphylocoque doré, qui se rencontrait aussi bien dans la rate que dans le poumon. Dans le petit nodule de broncho-pneumonie suppurée, il y avait à la fois du staphylocoque et du pneumocoque. Il est curieux de voir le staphylocoque, microbe de suppuration, donner lieu à un état d'infection typhoïde et envahir les divers organes, alors qu'on ne trouve qu'un minuscule foyer suppuré.

M. Netter déclare qu'il a vu des faits semblables, mais toujours il a pu rencontrer un foyer, si petit fût-il, de suppuration : le staphylocoque donne ainsi la preuve de son pouvoir pyogénique, dans ces cas où l'état infectieux l'emporte sur la tendance pyohémique.

La mode est actuellement aux injections hypodermiques. Sucs organiques, solutions salines, sérum artificiel, éther, sels de mercure, huiles médicamenteuses, solution de morphine, d'ergotine, etc., toutes ces substances sont injectées sous la peau pour le plus grand bien des patients. Il y a cinquante ans, la lancette guérissait tous les maux, et si le mal résistait, le purgatif était chargé de donner le dernier

coup : *seignare et ensuite purgare*. C'était à peu près toute la thérapeutique. Aujourd'hui la seringue de Pravaz a remplacé la lancette et l'huile de ricin, et sa minuscule aiguille a la propriété de guérir tous les maux.

Nous serions mal venu de ne pas reconnaître les avantages considérables apportés à la thérapeutique par cette méthode des injections hypodermiques (1) : dosage exact des substances absorbées, rapidité d'action, pas de retentissement sur les organes digestifs, possibilité d'emmagasiner des doses parfois élevées de certaines substances, etc. Mais à côté de ces avantages incontestables, il y a quelques inconvénients : douleur fréquente au niveau du point injecté, tuméfaction, inflammation et même abcès, et dans quelques cas d'absorption trop rapide, intoxication parfois sérieuse.

L'injection sous-cutanée est devenue trop banale, et nombre de médecins qui la pratiquent, n'ont pas le soin de bien laver la peau où l'aiguille va pénétrer, de flamber cette aiguille et de ne recourir qu'à une solution parfaitement stérile. L'oubli de ces précautions est la cause d'inflammations et d'abcès.

A côté de ces petits incidents, il y en a d'autres plus sérieux. Nous avons eu connaissance de deux faits graves survenus cette semaine. L'un dû à une injection de caféine, l'autre à une injection de morphine. Les doses, dans les deux cas, étaient des plus minimes. Dans le premier cas, après deux heures de crises convulsives, de contracture, de palpitation, d'angoisse, l'état général s'améliora, le malade guérit. Dans le deuxième cas, la malade mourut dix minutes après l'injection.

Les doses employées étaient normales, nous le répétons; si elles ont été toxiques, c'est qu'il y avait eu une faute dans la technique de l'injection. En effet, après avoir retiré l'aiguille, dans les deux cas, il sortit par la piqûre quelques gouttes de sang veineux, l'injection avait été faite dans une veine, et l'intoxication avait été immédiate.

De là, ce précepte déjà ancien, mais bien négligé aujourd'hui : ne ponctionner la peau qu'avec l'aiguille seule et séparée de la seringue; si l'aiguille pénètre dans une veine, quelques gouttes de sang viendront sourdre à son extrémité. Il faut alors la retirer et ponctionner ailleurs. L'oubli de cette simple précaution vient de coûter la vie à une malade et a failli avoir les mêmes conséquences chez un second.

VOLUMINEUX SPINA BIFIDA DE LA RÉGION LOMBAIRE COMMUNIQUANT AVEC LE CANAL RACHIDIEN, EXTIRPATION, GUÉRISON

Par M. Ricard,

Professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Mlle V..., vingt-cinq ans, employée aux magasins du Bon Marché, porte, depuis sa naissance, une tumeur située à la partie inférieure et médiane de la région lombaire. Cette tumeur, à peine saillante dans les premières années, a progressivement augmenté de volume, au point qu'au moment où nous l'examinons, elle présente une hauteur de 40 centimètres environ, sur 35 de large, avec une épaisseur de 20 à 25 centimètres.

Cette tumeur présentait un volume plus considérable que le bassin, en arrière et au-dessus duquel elle était implantée. Sa forme était irrégulièrement sphérique, quoique légèrement aplatie, dans le sens antéro-postérieur.

A sa surface, un sillon fort net, presque verticalement dirigé, séparait la masse en deux parties inégales.

La peau est normale au niveau de la base d'implantation; elle devient amincie, transparente et bleuâtre près de la partie culminante; nulle part, cependant, elle ne présente d'aspect cicatriciel, elle est très tendue, paraît adhérente au centre, mais elle est très mobile sur les parties latérales de la tumeur.

Un ruban métrique, placé autour du pédicule de la tumeur, mesure 57 centimètres.

La tumeur adhère intimement avec le squelette; elle est manifestement fluctuante.

Il s'agit évidemment d'un spina bifida; les signes que nous venons de mentionner ne laissent aucun doute à cet égard; et l'interrogatoire de la malade ne fait que confirmer le diagnostic.

Jusqu'à ces dernières années, la pression sur la tumeur déterminait des troubles cérébraux, commençant par une sensation de plénitude dans la tête, sensation devenant rapidement douloureuse et amenant de véritables crises convulsives avec tendance aux syncopes.



En 1882, M. Verneuil ponctionna la tumeur et en retira un liquide absolument transparent et limpide. Le lendemain, ce liquide s'était en partie reproduit. La tumeur était alors du volume des deux poings.

Actuellement, la malade peut s'appuyer sur la tumeur, se coucher sur le dos sans ressentir le moindre trouble. La pression la plus énergique exercée avec les mains sur la surface de la tumeur, ne détermine aucun retentissement cérébral ni aucune apparence de réductibilité.

La malade avait toléré son infirmité parce qu'elle pouvait la dissimuler, grâce aux robes qui se portaient jusqu'alors, mais, en butte aux vexations de ses camarades, elle demande une intervention qui fut pratiquée le 21 avril 1892, avec l'aide des docteurs Lesage et Thiéry et de M. Meunier, mon interne.

L'anesthésie obtenue, la région convenablement asepsiée, je fais sur la surface de la tumeur deux incisions courbes, se rejoignant à leurs extrémités et circonscrivant un lambeau de peau à grand axe vertical, mesurant toute la hauteur de la tumeur, et dont le petit axe transversal mesurait à peu près 12 centimètres.

Je procède alors à la dissection des lèvres de l'incision. La vascularisation est considérable et augmente au fur et à mesure

---

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 1286, 1306, 1391; 1893, p. 97 et 174.

qu'on approche du pédicule. On reconnaît bientôt les fibres du grand fessier, adhérentes et fusionnées avec la paroi kystique. La dissection de la paroi avec l'aponévrose lombaire est fort délicate tellement l'adhérence est intime ; on arrive cependant à un pédicule irréductible dont la forme est allongée, verticale et d'une épaisseur de 2 centimètres environ, sur une hauteur de 5 à 6. Tout autour de ce pédicule membraneux, on sent et l'on voit l'échancrure osseuse à travers laquelle la paroi kystique pénètre dans le canal rachidien.

La tumeur rappelle alors, par son aspect, un volumineux kyste ovarique. Convaincu de l'isolement absolu de la tumeur, à cause de son irréductibilité, je place un clamp sur le pédicule, mais à la première tentative de constriction, surviennent des secousses convulsives dans les membres inférieurs, la malade devient subitement pâle et la respiration est momentanément suspendue. Je cesse la constriction du pédicule et tout rentre dans l'ordre.

La tumeur est alors ponctionnée d'un coup de bistouri; il sort un liquide absolument transparent, qui est recueilli dans des cuvettes.



L'incision étant agrandie, j'inspecte alors la face interne de la poche, du fond de laquelle on voit jaillir un véritable jet de liquide céphalo rachidien. L'orifice de communication est aussitôt obturé à l'aide d'un doigt.

On reconnaît alors autour de cet orifice de volumineux troncs nerveux dont les uns, en anse, paraissent sortir et rentrer par l'orifice, et dont les autres, très faciles à voir par transparence, se perdent en filets multiples dans l'épaisseur de la paroi. L'un de ces troncs nerveux détermine le sillon visible à la surface de la tumeur.

Ces nerfs sont sectionnés, sauf ceux qui paraissent rentrer par l'orifice rachidien, et la poche kystique est réséquée, en laissant autour des nerfs respectés une petite collerette de quelques millimètres de largeur.

Je scarifie la face interne de cette paroi restante de la pointe du bistouri, et, par un solide surjet de catgut, j'en assujettis les bords. Il est facile de constater que la suture est hermétique. Le moignon ainsi obtenu est réduit dans l'échancrure osseuse et y est maintenu par un large fil de soie plate ; qui, comme un lacet, est passé plusieurs fois d'un des bords à l'autre de l'échancrure et sur toute sa hauteur.

Il reste alors une énorme surface cruentée, qui est réunie par plusieurs fils profonds et un grand nombre de points superficiels, sans drainage.

Le pansement est fait de gaze aseptique, de plaques de coton stérilisé, entre lesquelles sont interposées deux ou trois éponges volumineuses. Un rouleau d'ouate ordinaire, un large bandage de corps en flanelle, des bandes de tarlatane assurent la compression.

Le soir, la température est normale, quelques nausées et quelques vomissements. La nuit, une céphalée tenace empêche tout sommeil et ne laisse pas que de nous inquiéter par sa persistance pendant les quarante-huit heures qui suivent.

Le huitième jour, on enlève le pansement. Pendant ce temps, rien d'anormal ne s'est produit, ni douleur, ni élévation de température. Les fils sont retirés, la réunion est parfaite. Mais le centre de la région opératoire est soulevé par du liquide collecté, entouré d'une zone indurée, dense et indolente.

Même pansement laissé quatre jours en place. La zone indurée persiste, ainsi que la quantité de liquide constatée au premier pansement. Une ponction retire 260 grammes de liquide légèrement rosé et filant, ressemblant au liquide des épanchements traumatiques de sérosité.

Le pansement compressif est renouvelé. Six jours après, il persiste encore du liquide, mais en plus petite quantité. Une deuxième et dernière ponction en retire 60 grammes.

A partir de ce moment, la guérison peut être considérée comme définitive. La peau trop large, épaissie, s'accommode aux parties qu'elle recouvre. Actuellement, dix-neuf mois après l'opération, la région est normale, la peau est mobile ; une légère induration, verticale et médiane, indique seulement la place du pédicule.

Cette observation nous a paru intéressante à cause :

1° Du volume énorme de la tumeur ;

2° De la communication persistante du kyste avec le canal rachidien, sans que cliniquement cette réductibilité ait pu être constatée ;

3° De l'existence d'anses nerveuses, pénétrant dans la tumeur et rentrant dans la cavité rachidienne.

De là cette conclusion, classique d'ailleurs, qu'il est indispensable d'ouvrir la cavité d'un spina bifida avant d'en tenter l'extirpation.

MÉDICATION ACIDE DE LA DYSPEPSIE

Par le docteur Albert Mathieu,
Médecin des hôpitaux.

Nous avons récemment donné, dans ce journal (1), quelques indications sur l'emploi de la médication alcaline dans le traitement de la dyspepsie. Aujourd'hui, pour donner en quelque sorte le pendant de cette étude, nous extrayons d'un volume, qui va prochainement paraître dans la collection thérapeutique Dujardin-Beaumetz et Terrillon, le chapitre consacré à la médication acide.

L'idée de traiter certaines dyspepsies par les acides forts, et, en particulier, par l'acide chlorhydrique, est loin d'être nouvelle. Son emploi est en quelque sorte traditionnel en Angleterre. C'est à la pratique des médecins anglais que Trousseau l'avait empruntée. Il fut très frappé, conte-t-il dans ses *Cliniques*, de voir un soir, dans un dîner, un de ses voisins, qui avait voyagé dans des pays de médecine anglaise, tirer de sa poche un petit flacon d'acide chlorhydrique et en prendre cinq ou six gouttes. En causant avec

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 59 et 146.

ce voisin, il acquit la conviction que cette pratique avait de sérieux avantages dans certains cas. Il ne tarda pas à l'imiter, mais timidement, et c'est par une ou deux gouttes qu'il en conseillait l'administration, après le repas, surtout dans la dyspepsie secondaire. C'est dans des conditions analogues que l'acide chlorhydrique était donné en France, à tâtons et sans règles, lorsque a commencé le mouvement de recherches chimiques qui a, dans une large mesure, révolutionné l'histoire des dyspepsies gastriques.

L'examen direct du contenu de l'estomac démontra, en effet, que l'acide chlorhydrique pouvait diminuer beaucoup et même disparaître complètement dans certaines dyspepsies. L'idée qui devait tout naturellement surgir dans l'esprit des médecins était de remplacer l'acide chlorhydrique absent par de l'acide chlorhydrique en nature. D'un autre côté, il fut démontré que l'acide chlorhydrique jouait dans le suc gastrique le rôle d'une substance antiseptique, et, à ce titre encore, on fut amené à donner de l'acide chlorhydrique et à le donner en quantité relativement élevée. Il est à remarquer que, avant ces expériences, on savait déjà que les dyspepsies, que l'on qualifiait d'acides parce qu'on y observait des renvois ou des régurgitations acides, étaient souvent heureusement modifiées par l'emploi de l'acide chlorhydrique.

Riegel, Jaworski et Gluzinski, Talma, Ewald, préconisèrent surtout l'emploi de l'acide chlorhydrique à dose élevée. Talma le donnait même dans l'ulcère rond. Il le donnait, du reste, à peu près dans tous les cas, tâtant le terrain pour savoir comment il était toléré. Il reconnut ainsi que certains malades, surtout, d'après lui, les dyspeptiques nerveux, ont pour les acides une véritable hyperesthésie. Cette hyperesthésie existe en effet quelquefois, il importe de le savoir, de façon à ne pas insister dans ces cas sur l'emploi de l'acide chlorhydrique; nous ne croyons pas, toutefois, que cette hyperesthésie caractérise la dyspepsie nerveuse.

Il était naturel, disons-nous, de donner l'acide chlorhydrique à dose élevée, soit pour remplacer l'acide produit en quantité insuffisante pour une peptonisation régulière, soit pour restreindre les fermentations secondaires.

En effet, chez beaucoup de dyspeptiques, il manque au moins 0,50 à 1 p. 1000 d'acide chlorhydrique, pour qu'ils atteignent les chiffres normaux d'acide chlorhydrique libre et combiné. Si on admet, comme nous avons été amené à le faire, à propos de la saturation par les alcalins, qu'il passe dans l'estomac plus de 5 litres de liquide, sécrétions et aliments compris, c'est donc de 2 à 6 grammes d'acide chlorhydrique qu'il faudrait donner pour rétablir l'équilibre. Mais cet acide est compté ici en acide chlorhydrique gazeux. Or l'acide officinal ne renfermant qu'un tiers environ de son poids d'acide chlorhydrique, c'est 6 à 18 grammes d'acide chlorhydrique par jour qu'il faudrait donner. On n'a pas, que nous sachions, atteint ces chiffres considérables; mais on comprend bien que les doses élevées d'acide chlorhydrique ou d'acides forts, dont nous parlerons tout à l'heure, soient beaucoup mieux tolérées qu'on ne l'aurait pensé il y a seulement quelques années.

Ewald (1) donne xc à c gouttes d'acide chlorhydrique en trois ou quatre fois, à un quart d'heure d'intervalle après le repas. Rosenheim (2) conseille de donner de vi à x gouttes d'acide chlorhydrique dans un peu d'eau, à plusieurs reprises, de quart d'heure en quart d'heure, ou de demi-heure en demi-heure après le repas. L'acide chlorhydrique officinal allemand est à 25 p. 100.

(1) Boas. *Allgem. Diagnostik u. Therapie der Magenkrankheiten*, p. 248.
(2) Rosenheim. *Krankheiten der Speiserœhre u. des Magens*, p. 151.

Leube se contente de doses beaucoup plus faibles qu'Ewald. Pour Riegel, les doses doivent varier suivant chaque cas pris isolément. Boas est partisan des petites doses, parce qu'il a pu se convaincre que les doses élevées, recommandées par Ewald, ne suffisent pas pour provoquer la digestion dans les cas où l'acide chlorhydrique fait totalement défaut dans le suc gastrique.

En effet, cet acide se combine soit avec les sels alcalins, soit avec les substances albuminoïdes. Dans les cas où il y a de l'acide chlorhydrique libre, mais en quantité insuffisante, il donne une ou deux fois, pendant la digestion, xv à xx gouttes d'acide chlorhydrique (à 25 p. 100). Quand il veut stimuler la digestion, il donne l'acide quinze à trente minutes après le repas; quand il veut obtenir une atténuation des fermentations, il donne l'acide chlorhydrique en dehors des périodes de digestion.

M. Bouchard (1) qui, lui aussi, visait les fermentations anormales, se servait de la solution suivante :

Acide chlorhydrique fumant pur.	4	grammes.
Eau.	1000	—

Il en donne quelques gorgées au milieu du repas, ou un verre à la fin, ou, à plusieurs reprises, un verre à bordeaux. C'est surtout à la fin de la digestion, quand les sécrétions s'épuisent, qu'il faut, dit-il, venir au secours de l'estomac. On peut donner jusqu'à 750 grammes de la solution précédente en dehors des repas.

M. Hayem se sert d'une autre formule :

Eau distillée.	200	grammes.
Acide chlorhydrique. . . .	2	—

Il en donne une cuillerée à bouche dans un quart de verre d'eau sucrée, tiède ou non, deux ou trois fois par jour. Il donne ainsi 30 à 45 centigrammes d'acide chlorhydrique par jour.

L'acide chlorhydrique est certainement, à l'heure actuelle, l'acide minéral le plus employé dans la dyspepsie; cependant les Anglais emploient volontiers d'autres acides forts.

D'après M. Coutaret (2), ils emploient :

L'acide azotique à 17.44 p. 100;
L'acide sulfurique à 12.5 p. 100;
L'acide phosphorique à 13.8 p. 100;
L'acide nitro-chlorhydrique à 28 p. 100.

La dose est de x à xxx gouttes et plus, après les repas, dans un peu d'eau, de vin ou de bière. Leur acide de prédilection est encore l'eau régale.

S'inspirant de cette pratique et d'idées théoriques particulières, M. Coutaret emploie ce qu'il appelle l'acide sulfonitrique rabelisé. En voici la composition et la posologie.

« On prend :

Acide sulfurique chimiquement pur.			28	grammes.
— nitrique	—	—	8	—
Alcool de vin à 60 degrés Cartier. . .			180	—

(1) Bouchard. *Auto-intoxications*, p. 197.
(2) Coutaret. Comment les Anglais traitent leur dyspepsie, *Bull. gén. de thérap.*, 1891.

On ajoute les acides à l'alcool, dans de la glace, avec une extrême lenteur et on met le mélange dans un flacon non bouché, pendant quinze jours, puis, après avoir bouché le flacon, on laisse vieillir la préparation pendant dix mois avant de s'en servir.

Il se forme de l'acide sulfovinique et une petite quantité d'éther nitrique. C'est ce mélange que l'auteur appelle acide sulfo-nitrique rabelisé vieux.

Il en fait la dilution suivante :

Acide sulfo-nitrique rabelisé vieux.	40	grammes.
Eau distillée	500	—

qu'il prescrit à la dose d'une cuillerée à bouche dans un peu d'eau après le repas; on peut doubler la dose au besoin (1). »

M. Hayem déclare s'être servi de ce composé sans aucun bénéfice.

Les acides végétaux sont peu employés. Nous parlerons de l'acide lactique à propos du traitement de la diarrhée. Nous avons parlé déjà à plusieurs reprises du képhir et nous avons dit le grand éloge qu'en fait M. Hayem.

Après avoir ainsi exposé la façon de faire des divers auteurs, on nous permettra d'exprimer sur ce point de thérapeutique notre opinion personnelle.

Mais auparavant, que nous ont appris les recherches chimiques sur l'effet produit par ces acides sur la digestion stomacale? De quelle façon les acides forts, et en particulier l'acide chlorhydrique, influencent-ils le fonctionnement de l'estomac au point de vue de la sécrétion et de la motilité, à chacune des digestions prises séparément et par un usage prolongé ?

Il faut avouer que nous savons peu de chose à ce propos. Les auteurs se sont contentés souvent, après avoir plus ou moins judicieusement ordonné l'acide chlorhydrique, de noter les effets obtenus, en les constatant simplement par l'interrogatoire des malades.

Jaworski (2) a conclu de ses recherches qu'un long usage de l'acide chlorhydrique pouvait faire disparaître la sécrétion de l'acide chlorhydrique.

Reichmann et Mintz (3) ont donné à cinq malades, une heure après le repas, xv gouttes d'acide chlorhydrique dilué, trois fois à un quart d'heure d'intervalle. Tous les dix ou quinze jours, on faisait un repas d'épreuve et une analyse du suc gastrique. Les résultats ont été différents, suivant les sujets : chez les uns, il y avait augmentation, chez les autres, diminution de la sécrétion chlorhydrique.

Pour les uns, l'acide chlorhydrique augmente la motricité gastrique, pour les autres, il la diminue. Chez les hyperchlorhydriques avec hypersécrétion, il y a une tendance manifeste à la dilatation de l'estomac; il est vrai de dire que les conditions sont ici tout à fait particulières; la sécrétion exagérée de l'acide chlorhydrique est continue et l'irritation qu'il provoque peut devenir à la longue une cause d'épuisement; enfin, la gastrite se montre toujours à un moment donné, soit d'emblée, soit à une période plus ou moins tardive de la maladie.

Quelles indications pratiques peut-on tirer de ces données insuffisantes et souvent contradictoires ?

L'acide chlorhydrique ne convient évidemment pas aux hyperchlorhydriques. Il ne doit être donné qu'aux hypochlorhydriques, mais tous n'en ont pas besoin.

Pour notre part, nous le donnons à ceux qui ont une inappétence marquée et à ceux qui ont une tendance marquée à la stase et aux fermentations organiques secondaires.

Chez les premiers, même à faible dose de x à xx gouttes, en plusieurs fois après le repas, il excite l'appétit et paraît faciliter la digestion, diminuer les sensations de malaise et de pesanteur. C'est ainsi qu'on le donne avec avantage chez les tuberculeux au début ou encore chez les chlorotiques.

Quand il y a stase et fermentation, on peut en donner davantage, xx à xl gouttes après chaque repas, en trois ou quatre fois, à vingt ou trente minutes d'intervalle, par périodes interrompues de huit à dix jours.

Certains malades se plaignant que cet acide leur irrite les dents, il est bon alors de faire prendre la solution acide à l'aide d'un chalumeau.

Il est incontestable qu'on obtient de bons effets de l'acide chlorhydrique dans ces conditions. L'acide agit-il comme excitant mécanique, comme excitant de la sécrétion, comme anti-fermentescible? Agit-il pour hâter la transformation de la substance pepsinogène en pepsine ? Peut-être y a-t-il un peu de tout cela.

Toutefois, il ne suffit dans aucun cas par lui seul pour rétablir l'équilibre ; son emploi ne dispense jamais d'avoir recours à tout ce qui peut, régime ou médication, diminuer la stase possible et exciter la motricité affaiblie. Nous avons été amené, nous l'avons dit, à attribuer, dans beaucoup de cas de dyspepsie, une importance beaucoup plus grande à la viciation de la motricité qu'à celle de la sécrétion.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

L'inversion sexuelle (1), par le docteur J. Chevalier.

M. le docteur Chevalier est un élève du docteur Lacassagne, le savant médecin légiste de Lyon. Une première fois déjà, il avait abordé ce sujet, dont il avait fait sa thèse inaugurale (2), et qu'il vient de reprendre aujourd'hui, en lui donnant des développements considérables.

Tout d'abord M. Chevalier essaye de tracer un tableau psycho-physiologique de l'instinct génésique et de déterminer les lois de l'attraction sexuelle. Ces lois, qui empruntent à l'électricité une terminologie à apparence scientifique, sont d'une généralisation discutable. Je ne vois pas, en effet, comment il se fait que, en principe, les sexes de même nom se repoussent, quand l'histoire et l'anthropologie prouvent, au contraire, que l'inversion sexuelle, la pédérastie surtout, sont des actes si communs, qu'on pourrait même les dire normaux à certaines époques. C'est là une loi qui souffre certainement plus d'exceptions que les lois qui régissent l'électricité !

L'auteur fait ensuite une sorte de diagnostic différentiel entre le sexe mâle et le sexe femelle. On connaît les caractères physiques de chacun. Mais M. Chevalier essaye encore de prouver qu'il existe un sexe psychique correspondant au sexe physique. Parmi les caractères de cet état mental, il cite des habitudes d'esprit qui sont probablement données par l'éducation. Si l'on se tient sur le terrain biologique (3), on ne sait guère qu'une chose, c'est que les mâles sont actifs, vivent moins, et tendent à

(1) Hayem. *Leçons de thérapeutique*, 4e série, p. 424.
(2) Jaworsky. *Deuts. Med. Wochens.*, 1887, nos 36 et 38.
(3) Reichmann et Mintz. *Wien. Klin. Wochens.*, 1892, no 25.

(1) In-16. Prix : 5 francs. — Paris, G. Masson.
(2) J. Chevalier. *De l'inversion de l'instinct sexuel au point de vue médico-légal*, Paris 1885.
(3) Geddes et Thomson. *L'évolution du sexe.*

dépenser plus qu'ils ne gagnent, tandis que les femelles sont passives, vivent davantage et ont des tendances nutritives conservatrices (1), d'où leurs aptitudes à produire des rejetons. Dire, par exemple, que l'esprit cancanier est l'esprit de la femme, n'est pas exact; c'est plutôt l'esprit de ceux qui vivent comme la femme. Car, en cela et en bien d'autres choses, il y a, comme dit La Fontaine, beaucoup d'hommes qui sont femmes. Ainsi les pédérastes professionnels s'efféminisent dans leurs gestes et leurs pensées, parce qu'ils exercent un métier qui les fait vivre comme des filles.

Partant de là, M. Chevalier dit qu'il y a une corrélation entre le sexe et l'esprit d'un individu, et que, tératologiquement, il peut y avoir hermaphrodisme psychique comme hermaphrodisme physique. De même qu'il y a des êtres qui tiennent morphologiquement de l'un et de l'autre sexe, de même il y en a d'autres qui empruntent à chacun des deux les éléments de leur constitution morale. Enfin quelques-uns seraient totalement invertis, c'est-à-dire qu'ils auraient un cerveau de femme dans un corps d'homme et vice versâ.

Dans l'ignorance où l'on est de déterminer exactement ce qu'est l'esprit féminin inné, dépendant de l'organisation génitale et en dehors de l'influence de l'éducation, il n'est pas commode de dire en quoi consiste l'hermaphrodisme moral, à moins que l'on ne considère comme tel que le seul penchant d'aimer son sexe et... l'autre, ce qui serait trop simpliste. D'autre part, les hermaphrodites, qui paraîtraient devoir être des expériences toutes faites par leur mélange des sexualités, sont généralement des hypospades, c'est-à-dire des hommes à apparence féminine. Habillés et élevés comme des femmes, ils prennent les allures de ces dernières : dans ces cas, l'éducation joue un rôle saisissable et plus tangible que celui de l'hybridité psychique congénitale. Ce qui prouve bien que leur féminité morale est acquise et non innée, c'est que, leur sexe reconnu, ils éprouvent le plus souvent le désir de se comporter génitalement et socialement comme des hommes.

Pour ce qui est des invertis psychiques, des cerveaux de femme dans des corps d'homme, ils font certainement exception à la fameuse loi de la corrélation du physique et du moral sexuel. Cette conception, d'après laquelle la nature se tromperait parfois et développerait deux sexualités différentes, une organique, l'autre mentale, est quelque peu métaphysique et va à l'encontre des lois biologiques exprimées si nettement au début. Qu'est-ce, en effet, qu'un esprit de femme, sinon la somme des états de conscience existant chez un être à constitution génitale particulière? On ne voit pas comment une intelligence pourrait être la fonction d'un sexe, sans que la constitution anatomo-physiologique fût réalisée. Ce serait en revenir à la doctrine spiritualiste de l'âme, qui serait alors féminine ou masculine par essence, et pourrait habiter indifféremment une organisation d'homme ou une de femme.

Les invertis psychiques existent cependant. Mais on généralise à tort leurs tendances inversives en concluant du désir génital anormal à toute la sexualité psychique. L'on suppose qu'il existe une mentalité virile et une mentalité masculine préétablies, chacune en rapport avec une constitution génitale spécialisée et pouvant aussi apparaître sans sa condition organique, ce qui n'est pas démontré ni facile à prouver.

Si l'on s'en tient aux faits, on voit que cette prétendue inversion psychique, qui supposerait une transformation profonde de la sexualité mentale, est rarement complète. Le plus souvent d'abord elle s'observe chez l'homme. Ensuite ce dernier étant inverti n'est, le plus souvent, amoureux que du garçon qui lui rappelle la femme; mais alors, l'instinct sexuel n'est, en somme, anormal que dans sa forme extérieure, et la fin qu'il poursuit est la même. L'inversion dans ce cas est, pourrait-on dire, à fleur de peau. Quand l'homme est actif, il se comporte virilement. La femme invertie ne se transforme pas mentalement, quoi qu'en dise M. Chevalier, qui, parlant de la lesbienne, dit : « Elle acquiert, entre autres qualités d'homme, la rudesse des sentiments, le dédain des détails, la ténacité des convictions, *une certaine largeur de vues, le respect de la parole donnée; elle ignore les petites perfidies de la femme!* » On sent que ces traits sont surajoutés à l'observation clinique et pour faire cadrer les faits avec la doctrine.

Quoi qu'il en soit de ces idées générales, sur lesquelles je me suis étendu parce qu'elles représentent tout le livre, M. Chevalier a écrit une étude pleine d'intérêt. Il présente la question de l'inversion sexuelle d'une manière assez personnelle : et si ses opinions sont parfois critiquables, du moins elles constituent un corps, une synthèse. M. Chevalier fait un historique complet du sujet; il montre l'inversion survenant dans presque tous les peuples et à tous les temps, puis comment elle a été étudiée et comprise par les différentes écoles sociologiques et psychiatriques.

Il la divise ensuite, pour l'étude, en inversion acquise, le vice; en inversion secondaire et consécutive à des malformations physiques ou à des troubles mentaux; et enfin en inversion congénitale. Pour cette dernière il se rallie à l'opinion de M. Magnan, qui en fait un syndrome épisodique de la folie des dégénérés. Enfin, il se demande quelle est l'origine de cette déviation sexuelle, et sans conclure nettement, il expose les diverses théories explicatives de la régression des types attardés et de la décadence sociale. Un dernier chapitre est consacré à la médecine légale proprement dite, aux expertises dans les cas d'inversion sexuelle, et aux lois qui pourraient circonscrire ce phénomène morbide et même le prévenir.

A entendre M. Chevalier, Paris serait le grand démoralisateur. Ce serait le foyer de la corruption, qui produirait même un germe de décadence, la *parisinose*, éminemment contagieux et dont l'effet pour le physique et le moral des peuples serait désastreux. Toute cette partie, quelque peu prudhommesque, pourrait être détachée du livre, sans grands inconvénients. La science d'ordinaire ne prend pas tant de souci de la vertu et de la morale. On sent que M. Chevalier craint le reproche d'avoir écrit un ouvrage licencieux et s'en défend à l'avance en agitant des foudres quelque peu mouillées.

Bien des choses pourraient encore être dites sur cet ouvrage qui est cependant mûri et écrit avec soin. Mais il résume une question, il la documente et il propose une explication théorique. Cela suffit pour qu'il se recommande à la méditation des lecteurs. E. TOULOUSE.

(1) Ces deux procédés différents s'appellent le catabolisme et l'anabolisme.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

82. M. ARMAND. De l'incision dans la cystotomie sus-pubienne. — 83. M. GAGNEROT. De la prédisposition dans la paralysie générale. — 84. M. BARDOL. De l'hystérie simulatrice des maladies organiques de l'encéphale chez les enfants. — 85. M. APPERT. Rôle de l'organisme dans la pathogénie de quelques maladies infectieuses. — 86. M. STOICOVICI. De la tuberculose congénitale. — 87. M. NANU. Notes sur le choléra de 1892 observé à l'hôpital Necker. — 88. M. STOJANOVITS. Apoplexie pancréatique. — 89. M. BERNARD. De l'embryocardie tachycardique et de l'embryocardie dissociée. — 90. M. BRASSE. Application des lois de la dissociation à l'étude des phénomènes biologiques. — 91. M. RÉNON. Pseudo-tuberculose aspergillaire. — 92. M. CHAMINADE. Les complications pulmonaires de la fièvre typhoïde et les bains froids. — 93. M. FILAUDEAU. Étude sur les nœvi et particulièrement sur les nœvi pigmentaires. — 94. M. NANARD. Étude sur certaines ulcérations du museau de tanche d'origine tuberculeuse. — 95. M. NAGEOTTE. Tabes et paralysie générale. — 96. M. SOUPLET. Du rôle possible de l'infection en chorée. Essai de pathogénie. —

97. M. Triboulet. La blennorragie, maladie générale. — 98. M. Brandstetter. Des ruptures de la rate. — 99. M. Ramon. Hystérectomie abdomino-vaginale dans les gros fibromes utérins. — 100. M. Redouté. Sur le traitement du mucocèle et de la dacryocystite par le râclage du sac. — 101. M. Sorel. Contribution à l'étude de la suture totale du col de la vessie. — 102. M. Derrien. Étude historique et critique sur le traitement du myxœdème par les injections de liquide thyroïdien. — 103. M. Peytavy. Tumeurs cérébrales. — 104. M. Bussière. État du rein dans le diabète sucré. — 105. M. Hansen. Des kystes dermoïdes et des fistules congénitales de la région sacro-coccygienne.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury du concours des chirurgiens au Bureau central est composé de MM. Delens, Jalaguier, Le Dentu, Marchand, Nélaton, Pengrueber et Tenneson.

— Par décret, en date du 18 mars 1893, M. Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publique au ministère de l'Intérieur, est nommé conseiller d'État en service extraordinaire.

— Par décret, en date du 18 mars 1893, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur Corolleur, ancien médecin de deuxième classe de la marine.

— La Commission des finances du Sénat a rejeté la proposition qui consistait à augmenter la patente des médecins.

— Par arrêté préfectoral, en date du 15 mars 1893, l'hôpital du Midi portera, à l'avenir, le nom d'hôpital Ricord.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Arnold, médecin-major de deuxième classe à Guelma; Bardol (de Saint-Chély-d'Apcher).

— Le mémoire de Löwenberg : « Les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, leur influence sur l'audition, la respiration et la phonation, leur traitement », a paru dans la *Gazette des hôpitaux*, en 1878, pages 474, 484, 506, 556, 572, 596, 611, 635, 651, 699, 772, 787, 899 et 923.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 35. — JEUDI 23 MARS 1893. 66e ANNÉE. JEUDI 23 MARS 1893. — N° 35.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La question de la régénération des nerfs sectionnés, sur laquelle M. Laborde vient d'appeler l'attention de l'Académie, à propos du fait de M. Berger, a depuis longtemps préoccupé les physiologistes et les chirurgiens. Elle a été longuement discutée dans la *Gazette des hôpitaux* (voy. année 1885, p. 261, 566, 586, 652) à propos de faits cliniques dans lesquels se résume à peu près toute l'histoire des sections nerveuses. Il peut être intéressant de rappeler ici ces faits, qui se divisent en quatre catégories : ce sont ceux d'abord de Laugier et Nélaton (1864), dans lesquels la suture du nerf médian, pratiquée immédiatement après sa section accidentelle, a été suivie du retour, après quelques heures, de la fonction du nerf. Ce sont ensuite les faits de Richet (1867), de Bœckel, Paulet, etc., dans lesquels la section du nerf médian n'avait fait disparaître la sensibilité ni dans son bout périphérique ni dans sa zone de distribution. C'est encore l'intéressante observation de M. Tillaux (1882), montrant le retour de la sensibilité quelques heures après une suture, avec avivement, pratiquée plusieurs mois ou plusieurs années après la section accidentelle. C'est enfin un nouveau fait de M. Tillaux (1885), se préparant à suturer un nerf médian accidentellement sectionné quatre mois auparavant; on s'aperçut, au cours de l'opération, de l'existence d'un pont très mince de tissu nerveux de nouvelle formation réunissant les deux bouts du nerf. La simple dénudation du nerf a suffi, dans ce cas, pour ramener la sensibilité.

Le fait du retour de la fonction après la suture des deux bouts d'un nerf accidentellement divisé n'est pas contestable. Mais comment expliquer ce fait, étant donné la loi de Waller sur la dégénération constante du bout périphérique des nerfs divisés ? C'est là l'objet de l'important travail que M. Laborde vient de communiquer à l'Académie, et dont nous reproduisons ici même les conclusions :

« 1° Il n'est pas possible, dit-il, d'après les données physiologiques et expérimentales, d'attribuer au simple affrontement, au contact le mieux établi des bouts du nerf divisé, la restitution organique et fonctionnelle du nerf, qui serait dès lors immédiate, extemporanée;

2° La régénération des tubes nerveux, par le mécanisme bien démontré du bourgeonnement central et de l'expansion périphérique des nouvelles fibres nerveuses, est nécessaire, indispensable pour la restitution organique et fonctionnelle en question;

3° Les conditions diverses relatives, soit à la suspension momentanée, soit à la persistance ou au retour plus ou moins rapide de la sensibilité, trouvent, pour une grande part, leur application et leur modification rationnelles, conformes aux données physiologiques, dans les éléments suivants : *a.* phénomènes de sensibilité récurrente; *b.* phénomènes d'arrêt fonctionnel sous l'influence du choc traumatique, quand il existe; *c.* suppléances anatomiques par suite d'anomalies plus ou moins fréquentes dans la présence et la distribution de branches nerveuses qui ne rentrent pas dans le plan normal; *d.* la présence de fibres récurrentes non dégénérées dans le bout périphérique, pouvant aider à la réparation plus rapide du nerf et, par conséquent, à une récupération fonctionnelle plus hâtive;

4° Les phénomènes d'arrêt ou d'inhibition et d'hyperexcitabilité fonctionnelle ou de dynamogénie, ne sont pas contestables au point de vue des faits ; l'expérimentation et la clinique le démontrent de la façon la plus nette. Ils peuvent, pour leur part, intervenir pour l'interprétation physiologique de certaines conditions fonctionnelles à la suite des sections nerveuses et de l'intervention chirurgicale; mais ils ne sauraient, selon nous, être invoqués pour la compréhension du rétablissement persistant et surtout définitif des fonctions propres du conducteur nerveux, en dehors de sa régénération;

5° Les indications et l'efficacité de la suture, qui ne sauraient être contestées, se justifient surtout et mieux qu'on ne pourrait le préciser, par les résultats et les déductions tirées de l'observation expérimentale et des données physiologiques. »

La discussion, soulevée par M. Laborde, sera reprise après les vacances de Pâques. M. Le Fort et plusieurs autres orateurs se sont déjà fait inscrire.

L'argumentation de M. Laborde a dû être interrompue pour l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine légale. M. Magnan a été élu à une très forte majorité. Ce choix, nous n'en doutons pas, sera vivement apprécié par le corps médical tout entier, qui connaît depuis longtemps les beaux travaux du médecin de Sainte-Anne.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Paul Reclus.

Traitement des hémorroïdes.

En moins de six semaines, vous m'avez vu opérer quatre malades atteints d'hémorroïdes. Le traitement n'a pas toujours été le même; il a varié avec les cas particuliers et suivant les indications cliniques. Je voudrais, à propos de ces observations, reprendre, dans son ensemble, la question de la thérapeutique des varices de la région anale et montrer quelle conduite il faut tenir aux différents degrés de cette affection, si intéressante à raison de son extrême fréquence.

Il est une période de début que j'appellerai volontiers médicale et pour laquelle on ne demande guère d'avis au chirurgien : à peine le malade éprouve-t-il, à des intervalles éloignés, des pesanteurs à l'anus, une sensation de plénitude, quelques fausses envies d'aller à la selle, une sorte d'ardeur dans la région; de petites tumeurs du volume d'un pois soulèvent la muqueuse de la marge et, à chaque défécation, une certaine quantité de sang vient teinter les matières. Nous n'indiquerons pas ici les moyens innombrables imaginés pour combattre les hémorroïdes au premier degré, et nos formulaires contiennent un nombre vraiment incroyable de pommades et de suppositoires où le beurre de cacao, le tannin, l'extrait thébaïque, l'onguent populeum, l'extrait de belladone et de jusquiame, le ratanhia, l'hamamelis et la cocaïne se combinent de mille manières.

Cependant, nous pouvons, comme tant d'autres, indiquer notre traitement : on doit veiller à la liberté du ventre, car si les hémorroïdes provoquent la constipation, la constipation aggrave les hémorroïdes; et nous nous trouvons en présence de la longue série des laxatifs, dont nous ne voudrions aborder pas même l'énumération. Aux lotions froides sur le périnée et aux lavements froids conservés par la tradition, nous avons substitué les lavements et les lotions avec de l'eau à la température de 50 à 55 degrés centigrades dont l'action est certainement plus rapide et plus sûre. Puis, quelques minutes avant la selle, nous faisons introduire, dans le trajet sphinctérien, un tout petit tamponnet d'ouate hydrophile — son volume ne dépasse pas un gros pois — que l'on imbibe d'une solution de cocaïne à 2 p. 100. Immédiatement après la défécation on a recours de nouveau aux lotions chaudes sur le périnée et, pour peu que la douleur persiste, on remet un nouveau tampon de cocaïne. J'ai vu nombre d'individus, parmi lesquels je pourrais citer un de nos collègues des hôpitaux et de la Faculté, qui apaisent ainsi ou même guérissent leurs quelques crises annuelles d'hémorroïdes et ne songent nullement à s'adresser aux chirurgiens.

Mais les varices anales peuvent s'accentuer et les accidents devenir plus pénibles : la constipation est plus rebelle, et chaque défécation s'accompagne d'une crise douloureuse, qu'apaise à peine l'issue d'un flux sanguin abondant. Après la selle, on constate, hors de l'anus, un bourrelet, amas d'hémorroïdes congestionnées qui provoque de fausses envies, et des souffrances très vives. Le malade, assis sur un coin de chaise, sur un rebord de table, multiplie les efforts pour faire rentrer les masses procidentes et n'y parvient qu'après un temps fort long. Encore n'est-il pas certain, qu'après cette réduction, les douleurs vont cesser. Elles durent environ vingt minutes, une demi-heure, tout comme les névralgies qu'occasionne la fissure. Ces hémorragies incessantes que précède et que suit un écoulement muco-purulent, une sorte de leucorrhée anale, ces souffrances réitérées affaiblissent le malheureux dont la face prend bientôt une pâleur de cire; ses lèvres se décolorent; il a des vertiges, des étourdissements, des battements de cœur, et cette anémie peut être assez rapide pour que la vie en soit sérieusement menacée.

Ici, la chirurgie doit intervenir, et le moyen dont elle dispose, la dilatation anale, est vraiment merveilleux, car sa bénignité n'a d'égale que son efficacité. Imaginée par Récamier, simplifiée par Maisonneuve, cette méthode n'était pas entrée dans la pratique; on y recourait pour la fissure, on l'ignorait pour les hémorroïdes, lorsque, en 1877, Fontan publia un mémoire qui, peut-être, aurait eu le sort des recherches de Maisonneuve, si M. Verneuil ne s'était emparé de la question et ne lui avait donné l'appui de sa haute autorité et de sa grande pratique. Depuis, la dilatation a pris son essor; on ne compte plus les travaux qu'elle a suscités; et elle est d'usage si courant qu'il n'est pas de médecin qui n'ait eu recours à la méthode. Seuls les procédés en varient un peu, et tandis que certains chirurgiens, comme Nélaton et M. Guyon, préfèrent la dilatation forcée à l'aide des pouces ou des index, d'autres, comme M. Verneuil et Trélat, ont préconisé l'emploi du spéculum.

On sait comment se pratique la dilatation avec les doigts : le patient n'est pas soumis à l'anesthésie chloroformique; il est couché, dans la position classique pour l'examen de l'anus, et le chirurgien introduit, dans l'orifice rectal, les deux pouces ou les deux index juxtaposés dos à dos. Lorsqu'ils sont bien arrivés jusque dans l'ampoule, on les recourbe un peu pour accrocher le rebord supérieur du sphincter, puis on les écarte brusquement et d'un effort énergique, jusqu'à ce que les branches ischio-pubiennes les arrêtent. M. Guyon appuie sur la nécessité de surprendre le malade, de façon à déchirer le sphincter qui résiste. Nous n'adoptons pas ce procédé : d'abord, il est horriblement douloureux. Déjà l'introduction des doigts est pénible dans cet anus encombré d'hémorroïdes turgescentes et souvent enflammées; que dire alors de la souffrance que provoque la rupture du sphincter ! Et puis on ne réussit pas toujours; le patient s'agite, se dérobe, échappe à la première tentative et ne veut plus se soumettre à la seconde.

Aussi je me sers du spéculum. La dilatation forcée se pratique alors avec l'anesthésie et Trélat insiste beaucoup sur la nécessité d'un sommeil complet, autant pour opérer à l'aise, sans révolte du patient, que pour éviter des réflexes graves et les syncopes respiratoires ou cardiaques de la demi-chloroformisation. Ici, dans ce service, nous avons, vous le savez, recours à la cocaïne et vous m'avez vu, dans mes quatre opérations, insensibiliser la région par un procédé que je vous rappelle en quelques mots : on insinue dans le trajet sphinctérien, jusque dans l'ampoule rectale, un tampon imbibé d'une solution de cocaïne au cinquantième; on l'y laisse trois à quatre minutes; puis on introduit le doigt dans le trajet sphinctérien qui guide, à travers la muqueuse, l'aiguille de Pravaz dans l'intérieur du muscle; on enfonce, par six piqûres séparées dans l'épaisseur du sphincter, l'aiguille qui, chaque fois, dépose dans sa marche ascendante le contenu d'une seringue d'une solution au centième. On a bien soin de faire progresser l'aiguille en même temps qu'on pousse le piston; on évite

ainsi de faire pénétrer le liquide dans l'intérieur d'une veine. Lorsque les six injections de cocaïne sont terminées, on attend trois ou quatre minutes : l'analgésie est alors suffisante et l'on peut introduire le spéculum.

M. Verneuil se servait du spéculum bivalve ordinaire; nous préférons celui que Trélat a fait construire pour pratiquer la dilatation et qui est maintenant dans toutes les mains; l'écartement maximum des deux valves mesure 8 centimètres et la circonférence de l'instrument ouvert près de 20. Lorsque le patient est anesthésié, on le place en position classique et l'on introduit doucement le spéculum enduit de vaseline ; on en rapproche alors les branches peu à peu, sans secousses, par un effort progressif et avec lenteur. « Il faut parfois jusqu'à deux et trois minutes, dit Trélat, pour arriver à l'ouverture complète du spéculum. Quand vous l'avez obtenue, vous refermez l'instrument sans le retirer, vous le retournez dans un autre sens et vous recommencez la dilatation dans ce sens avec les mêmes précautions que la première fois. Cependant, la résistance des sphincters étant déjà, en partie, détruite, ce second temps de dilatation nécessite un effort sensiblement moindre et peut être conduit moins lentement que le premier. »

La dilatation anale, par ce procédé, est une des opérations que j'ai pratiquées le plus souvent, et c'est peut-être celle qui donne les plus grandes satisfactions. A peine quelques gouttes de sang, dues à l'éraillure de la muqueuse, s'écoulent par l'anus, à peine le patient éprouve-t-il, une fois dissipée l'anesthésie locale ou générale, une légère cuisson qui s'éteint au bout d'une heure ou deux, si la pommade au ratanhia et à la belladone ne l'a pas déjà calmée, et, dès le lendemain, les selles cessent d'être douloureuses et les pertes de sang sont taries ; en général même la constipation s'atténue ou disparaît, et l'on assiste à une véritable résurrection de ces malheureux qu'anémiaient la douleur et les hémorragies. Et puis, on réussit toujours : le nombre de mes dilatations dépasse certainement soixante : je ne connais qu'une fillette de treize ans qui, seule, ne me paraît pas avoir bénéficié de mon opération. Encore était-ce au début de ma pratique et je n'oserais affirmer que, dans ce cas, la dilatation ait été faite selon les règles si bien établies par mes maîtres Verneuil et Trélat.

D'inconvénients immédiats ou lointains, je n'en connais pas : on a signalé la parésie sphinctérienne et l'incontinence passagère des matières. Pour ma part, je ne l'ai jamais observée; je dirai même qu'il m'est arrivé souvent d'explorer après quelques heures le trajet anal, pour y porter, du bout du doigt, une pommade analgésiante ou antiseptique, et de sentir de toutes parts ce doigt serré par le sphincter, tout comme avant l'opération ; et cela à ce point que je me demandais si la dilatation ne serait pas illusoire! Ce qui m'a inquiété parfois aussi, est l'issue, après l'intervention, d'une masse énorme d'hémorroïdes : je les ai vues, dans certains cas, sortir avec une telle abondance, que malgré la dilatation préalable, des phénomènes d'étranglement se montrèrent. Les applications de compresses de tarlatane imbibées dans de l'eau à 50 degrés, calment alors les douleurs, apaisent la congestion et, sous leur influence, les masses variqueuses les plus turgescentes ne tardent pas à se flétrir.

Le seul reproche que l'on puisse faire à cette opération admirable, c'est que la récidive survient parfois : encore est-elle vraiment exceptionnelle, et je ne pourrais en fournir que quatre exemples dans ma pratique personnelle. J'ai, sur un septuagénaire, ouvert un anus iliaque pour parer à une obstruction due à une parésie intestinale; je dilatais, en même temps, l'anus pour des hémorroïdes dont notre patient souffrait depuis une cinquantaine d'années et qui étaient, pour lui, un véritable calvaire; il avait été soigné par Racle, par Follin, par Broca, qui avait essayé de traiter ce bourrelet variqueux par des injections d'alcool. Rien n'y avait fait; aussi ne croyait-il plus à l'efficacité des remèdes, lorsque cette dilatation fut pour lui comme le début d'une ère nouvelle. Les masses hémorroïdaires, issues de l'anus après que le sphincter eut été forcé, finirent par se flétrir sous les applications d'eau chaude et, pendant un an, la guérison parut radicale. Puis, peu à peu, les tumeurs se sont reformées, les douleurs ont reparu ainsi que les écoulements sanguins, et une intervention nouvelle serait nécessaire. L'existence du canal de dérivation ouvert sur l'S iliaque n'a pas empêché l'infirmité de revenir autour de l'anus normal.

Une des premières dilatations que j'ai pratiquées, a été aussi suivie de récidive : il s'agissait d'un négociant de Bordeaux, tourmenté par des hémorroïdes depuis un très grand nombre d'années ; chez lui les pertes de sang étaient devenues si inquiétantes, que malgré son appréhension de la chirurgie, il réclamait une intervention immédiate. Le soir de la dilatation je trouvai la rainure interfessière envahie par une masse qui s'était échappée de l'anus avec un volume plus gros que celui du poing. Les douleurs étaient vives et ne furent calmées que par l'application d'eau très chaude et par des pulvérisations continues avec la marmite de Championnière ; mais déjà, au bout de trois ou quatre jours, la turgescence était moins marquée, les paquets variqueux moins tendus ; la masse s'affaissa peu à peu et, vers la fin de la deuxième semaine, il ne restait guère qu'une collerette procidente de peau et de muqueuse souples : pendant deux ans, notre opéré se crut guéri. Mais voici que peu à peu les varices se sont reformées, les crises, d'abord espacées, se sont succédé à brefs intervalles, et une opération nouvelle est urgente.

Il y a trois ans environ je dilatais un jeune pasteur protestant, que des douleurs incessantes et un flux sanguin, amené par chaque selle, avaient conduit au dernier degré de l'anémie. On le croyait poitrinaire et, dans sa famille, on craignait un rapide dénouement. Le sphincter fut forcé et, sauf l'issue d'une masse énorme d'hémorroïdes, l'intervention ne présenta rien d'anormal ; la guérison fut prompte et la vigueur revint telle, qu'au bout de trois ou quatre mois, notre pasteur avait repris son activité primitive. Mais, vers la deuxième année, les paquets variqueux se remontrent, le sang recommence à couler et je dus intervenir à nouveau. Même histoire pour un professeur d'un de nos lycées de Paris : la dilatation s'accompagne de l'issue d'un bourrelet hémorroïdaire qui se flétrit, la guérison semble complète, mais au bout de trois ans, les premiers accidents reparaissent et une nouvelle opération s'impose.

Ces récidives se comprennent : la contraction sphinctérienne est sans cesse provoquée par la présence des hémorroïdes qui réagissent sur l'anneau musculaire ; le réflexe est d'autant plus actif que les varices sont plus procidentes et plus enflammées, et c'est alors qu'apparaissent le ténesme,

les épreintes, les congestions et les hémorragies. Entre les hémorroïdes et la contracture il y a donc échange de mauvais procédés; les premières appellent la seconde et la seconde aggrave les premières. La dilatation qui rompt le sphincter rompt, sans jeu de mots, ce cercle vicieux et la guérison survient. Cependant, lorsque les varices sont assez abondantes pour faire issue en bourrelets volumineux au travers de l'anus forcé, comme dans les quatre observations précédentes, il en reste toujours assez pour provoquer une contracture nouvelle lorsque le sphincter a repris son activité première et sa puissance de contractilité, et c'est alors que la récidive survient.

Elle peut survenir par un autre mécanisme et sans aucune espèce de contracture : on voit parfois de ces malades chez qui l'anus est béant, et au travers du sphincter sans ressort, s'échappent des hémorroïdes abondantes. Elles apparaissent au moindre effort et ne rentrent que difficilement à cause de leur volume; aussi leur surface s'ulcère; des germes pathogènes les inoculent; des inflammations chroniques de l'ampoule se déclarent, une rectite qui se trahit par une leucorrhée continue. Ici les varices s'accroissent, bien que le sphincter affaibli ne comprime plus les veines entre les faisceaux de ses fibres musculaires relâchées; il n'y a donc pas difficulté de retour, stase et rétrodilatation consécutive des réseaux vasculaires. Mais il est probable qu'ici l'étoffe veineuse est de si médiocre qualité, qu'elle se laisse distendre au moindre prétexte. Aussi comprend-on que des interventions d'un nouveau genre soient indiquées.

Elles sont nombreuses et dérivent, pour la plupart, d'un mode quelconque d'application de la cautérisation ignée : on a longtemps gardé le souvenir des cautères actuels de Philippe Boyer; les pinces à friser du professeur Richet ont encore nombre de partisans; les ponctions multiples des paquets hémorroïdaires avec le thermocautère de Paquelin, ou même l'ablation méthodique du bourrelet avec le platine rougi, sont peut-être encore les moyens les plus populaires. D'autres préfèrent l'extirpation sanglante; les serre-nœuds, l'écraseur linéaire ont fait leur temps, et les ciseaux et le bistouri les remplacent. La méthode est alors à peu près toujours la même et les procédés ne diffèrent guère : Witehead dissèque les hémorroïdes en conservant la muqueuse qui les recouvre, et Delorme s'est fait récemment, à la Société de chirurgie, le défenseur de cette pratique. Je trouve plus simple le manuel opératoire auquel j'ai recours depuis 1887, et qui ne m'a encore donné que des succès.

Après la dilatation de l'anus pratiquée selon les préceptes étudiés plus haut, je saisis avec une pince à pédicule, droite ou courbe et à mors étroits, les hémorroïdes procidentes d'un des côtés et je sectionne ce bourrelet avec un bistouri ou même avec les ciseaux courbes. En général, au fur et à mesure que l'on coupe, la muqueuse s'échappe des mors de la pince et tend à remonter vers l'ampoule; aussi je la prends avec des pinces à forcipressure en l'étreignant, surtout au niveau des points qui saignent, afin d'obtenir une hémostase provisoire. Puis, la section terminée, je juxtapose peau et muqueuse et je suture. Reste le bourrelet de l'autre côté, que l'on saisit et que l'on coupe de la même manière que le précédent. On a donc ainsi laissé, en avant et en arrière de la marge, un segment de peau et de muqueuse non excisé et qui suffit à éviter toute rétraction cicatricielle. Je m'arrange d'ailleurs pour ménager les téguments au point où les hémorroïdes sont le moins accusées. Aussi la pince ne prend pas toujours le bourrelet dans une direction antéro-postérieure; elle peut être transversale ou oblique, si les varices sont moins abondantes sur les côtés qu'en avant et en arrière de l'orifice anal.

La suture, qui juxtapose la peau à la muqueuse pour obtenir la réunion, assure aussi l'hémostase et je me contente, pour tout pansement, de mettre, dans le trajet anal et remontant jusqu'à l'ampoule, une mèche de gaze iodoformée que maintiennent un tampon d'ouate hydrophile et un bandage en T. Comme le malade a été purgé la veille de l'intervention, quelques pilules d'extrait thébaïque le constipent pendant les cinq ou six jours suivants; à ce moment, j'ordonne un léger purgatif et un lavement et la première selle est à peine douloureuse. Le septième, j'enlève les fils, car d'ordinaire je fais une suture au crin de Florence. Mais comme le nœud s'enfouit parfois dans le repli de la muqueuse et que la recherche en devient un peu douloureuse, je propose — et je me propose — de me servir dorénavant du catgut dont on n'aura plus à s'occuper; les fils se résorberont spontanément.

Cette opération, je la pratique aussi à la cocaïne : nous avons dit comment nous anesthésions la muqueuse et le sphincter pour la dilatation; il ne reste plus qu'à insensibiliser les bourrelets hémorroïdaires; pour cela, j'insinue, au-dessous de ma pince à pédicule qui a saisi des amas variqueux, l'aiguille de Pravaz et je fais une traînée cocaïnique sur la peau marginale, au niveau de la ligne où passera le bistouri. Le temps est délicat, car la peau est très fine et très mobile et il ne faudra pas porter l'instrument tranchant en un autre point que celui que l'on a anesthésié. On comprend les avantages de ce procédé, que je préfère même à la « volatilisation » du professeur Richet. Elle ne nécessite aucun appareil spécial, ni pince à friser, ni fil de fer recuit, ni foyer de chaleur. Elle ferme la porte aux inoculations septiques, que laisse ouverte la chute des eschares après l'emploi de la cautérisation. Enfin la guérison est beaucoup plus rapide et, en sept jours, elle est *pratiquement* obtenue. Il reste bien peut-être quelques petits points ulcérés au niveau des fils tombés spontanément, mais la cicatrisation en est prompte.

J'ai pratiqué cette incision 30 fois, tant en ville qu'à l'hôpital, et je n'ai eu qu'à m'en louer; je ne vous dirai rien de mes opérés de la clientèle hospitalière, car vous et moi nous les perdons de vue et je n'ai fait aucune enquête à leur sujet. Je me contenterai de dire que, chez aucun d'eux, je n'ai observé d'accidents et que tout s'est passé avec la plus parfaite régularité. Je voudrais seulement vous parler de mes malades de la ville, car j'ai suivi la plupart d'entre eux et je puis vous éclairer non seulement sur les résultats immédiats de l'incision sanglante avec suture, mais aussi sur les résultats éloignés. De ce chef, je compte 11 opérés et je ne relève qu'un léger accident : il s'agissait d'un de nos confrères d'Algérie qu'anémiait un flux hémorroïdaire inquiétant. Je l'anesthésie à la cocaïne, j'excise, je suture et je pars, lorsque, deux heures après, on vint me chercher pour un saignement abondant, que je taris par deux ou trois points de suture. Plus de soin dans l'affrontement de la muqueuse et de la peau aurait évité cet inconvénient, d'autant plus à redouter dans l'espèce que notre opéré était un paludique. La guérison n'en fut pas retardée et le résultat a été des plus favorables.

Ni accident, ni incident d'aucune sorte chez mes 10 autres opérés et chez aucun des 10, malgré l'étendue, parfois considérable, de ma résection, je n'ai constaté plus tard ces rétrécissements dont on parle tant, qu'on semble beaucoup redouter et que, à la vérité, on n'observe plus. On n'ignore pas, d'ailleurs, combien la muqueuse est abondante et lâche en cet endroit; elle l'est tellement que, lorsqu'on pratique la suture, il faut veiller à ses points et comprendre toujours, entre chacun d'eux, plus de muqueuse que de peau, si l'on ne veut, à la fin, avoir un excès de muqueuse saignante et en saillie. La crainte du rétrécissement me paraît donc théorique. En tous cas, elle est injustifiée si l'on a soin de respecter, en un ou deux points de la marge anale, l'intégrité des téguments. Ces appréhensions ne sont-elles pas un vieux souvenir des rétrécissements provoqués par les cautérisations profondes et surtout les suppurations intarissables d'avant l'antisepsie? Elles laissaient après elles un tissu de cicatrice, dont la rétraction inodulaire n'était pas sans danger.

Autrefois, je me contentais de forcer le sphincter, même dans les cas de bourrelets volumineux, et le plus souvent, j'ai vu cette intervention suffire, à elle seule, pour amener la disparition totale des hémorroïdes. Mais comme ce résultat n'est pas toujours obtenu, comme la récidive survient parfois lorsque les varices sont abondantes, j'ai maintenant recours à l'excision simultanée, dès que, à travers l'anus relâché, sort une masse de quelque importance. La guérison en est plus sûre, plus durable et l'opération, à cette heure, en reste aussi simple et aussi innocente. Je vous recommande donc cette pratique et je résume cette conférence par cette courte proposition : « Pour peu que les hémorroïdes soient gênantes et ne cèdent pas au traitement médical, ayez recours à la dilatation; vous la compléterez par l'excision suivie de suture, si les varices procidentes sont très volumineuses. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 mars 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

COMMUNICATION

Conditions biologiques de la régénération d'un nerf sectionné et de sa restitution fonctionnelle. — M. LABORDE. La communication de M. Paul Berger soulève, au point de vue de l'interprétation, une des questions les plus délicates et les plus controversées de physiologie pathologique.

Il s'agit d'un de ces cas de suture nerveuse pratiquée un certain temps après la section accidentelle du nerf, et à la suite de laquelle on a vu se rétablir, à très bref délai, dans le territoire innervé, d'abord les fonctions de sensibilité préalablement abolies et ensuite, progressivement, la fonction des muscles plus ou moins atrophiés et impotents.

Ce délai peut varier, d'après les faits observés par les chirurgiens, de quelques heures à quelques jours; on a même affirmé que ce retour pouvait se produire immédiatement après l'opération.

Les questions qui se posent sont les suivantes :

Le fait, considéré en lui-même, du rétablissement fonctionnel aussi rapide est-il réel? Autrement dit, résulte-t-il d'une observation exacte, incontestable?

S'il est réel, ou s'il est possible, comment peut-il être scientifiquement interprété et expliqué?

C'est ce point qu'il m'a paru important d'examiner, parce qu'il a donné lieu à certaines hypothèses qui ne sauraient se concilier avec les données aujourd'hui les mieux acquises de la physiologie et de l'histologie.

J'aurais désiré qu'une voix plus autorisée que la mienne, celle de mon collègue, M. le professeur Chauveau, par exemple, vînt rétablir, à cette tribune, les droits un peu trop méconnus à ce sujet ou oubliés de la physiologie; je l'en avais prié moi-même. Il a tenu à ce que j'attachasse au moins le grelot, ce que je vais essayer de faire de mon mieux, espérant bien qu'il ne manquera pas à sa promesse de le secouer à son tour de sa main puissante.

Quelles sont donc ces hypothèses?

L'une consiste à supposer qu'en mettant au contact, en affrontant, par la suture, les deux bouts du nerf divisé, on rétablit immédiatement la continuité du courant de transmission ou de conduction nerveuse; de la même façon qu'en opérant le rapprochement et le contact des bouts momentanément séparés d'un fil conducteur électrique ou électrode, on rétablit le courant électrique ou son conducteur. Quelque apparente assimilation que l'on puisse établir entre les phénomènes nerveux et les phénomènes électriques, rien, dans les faits scientifiques d'observation expérimensale et même clinique, ne saurait justifier une pareille hypothèse.

J'ai pratiqué, à ce sujet, et après M. le professeur Ranvier, un grand nombre d'expériences. Jamais, en dehors du délai normal de régénération des tubes nerveux, selon la loi qui y préside, je n'ai vu se rétablir la conductibilité fonctionnelle proprement dite, par le seul rapprochement, quelque parfait qu'il fût, des bouts divisés.

Je dis « la conductibilité fonctionnelle proprement dite », car, lorsqu'on pratique l'excitation électrique du bout périphérique du nerf expérimentalement sectionné et suturé, ou bien de la région cutanée innervée par lui, il faut soigneusement se garer d'une erreur pouvant résulter du simple passage du courant à travers le nerf transformé en conducteur électrique, sans qu'il y ait, pour cela, provocation réelle de la propriété fonctionnelle de conductibilité sensitive du nerf.

D'un autre côté, si, dans les conditions expérimentales dont il s'agit, on recherche, par l'excitation mécanique, par le pincement ou la piqûre, les réactions de sensibilité, et si l'on voit parfois celles-ci se produire, ce qui est possible, il ne faut point s'en laisser imposer et croire qu'il s'agit du rétablissement immédiat extemporané de la conductibilité propre du nerf, car deux facteurs peuvent alors intervenir et interviennent, en réalité, pour donner lieu à l'illusion et l'entretenir. Ce sont, d'une part, les suppléances anastomotiques, et, d'autre part, la sensibilité récurrente. Ces deux facteurs, on les rencontre tout aussi bien chez les animaux en expérience que chez l'homme en situation d'un traumatisme accidentel.

On constate ces filets anastomotiques chez le cobaye et, pour ce qui est du chien, j'ai constamment trouvé la confirmation des remarquables expériences de MM. Arloing et Tripier.

Donc l'hypothèse du rétablissement de la continuité et de la conductibilité nerveuse par le simple contact, et l'affrontement des bouts par la suture, ne peut se soutenir.

Pour l'apprécier à sa vraie valeur, de même, d'ailleurs, que les autres interprétations, telles, par exemple, que celle qui s'appuie sur la doctrine de la dynamogénie nerveuse, il importe, avant tout, de tenir compte des conditions multiples et complexes, qui peuvent intervenir et qui interviennent dans les cas de sections nerveuses accidentelles; et de prendre pour point de départ, les résultats acquis et positifs que nons devons solidairement à la recherche expérimentale et à la recherche histologique.

Or, ces résultats qui constituent des faits fondamentaux, indiscutables, de véritables lois biologiques, fruits de travaux modernes considérables, sont les suivants :

I. Toutes les fois qu'un nerf mixte, à la fois sensitif et moteur est sectionné, soit expérimentalement, soit pathologiquement, il dégénère.

C'est la loi de Waller, reconnue aujourd'hui et admise par tous.

II. Cette dégénération n'affecte que les fibres nerveuses qui, de

par la section, ont perdu toute communication avec leurs centres nutritifs ou trophiques respectifs.

C'est-à-dire pour les fibres centripètes ou sensitives, les ganglions des racines postérieures;

Pour les fibres centrifuges ou motrices, le centre myélitique lui-même ou la moelle épinière.

III. Donc, à la suite de la section du nerf mixte, c'est le bout ou tronçon périphérique du nerf, c'est-à-dire des fibres motrices qui dégénèrent. Ces fibres, ayant perdu toute relation avec les centres trophiques, sont absolument incapables de se régénérer par elles-mêmes; et, effectivement, elles ne se régénèrent pas.

Il n'y a pas de régénération autogénique du bout périphérique du nerf séparé de son bout central.

IV. Cette régénération ne se fait, en réalité, et ne peut se faire que du côté dudit bout central, par un mécanisme décrit par les histologistes modernes, notamment par M. Ranvier; mécanisme d'après lequel les cylindres-axes poussent vers la périphérie, par une sorte de bourgeonnement, des prolongements qui s'engagent dans l'ancienne gaine de Schwann, seul reste de l'ancien nerf, ou bien entre cette gaine, s'entourant à la fois de myéline et d'une gaine nouvelle.

Les éventualités diverses de cette régénération engendrent des conditions multiples, de nature à suggérer l'explication, dans leur facilité ou leur retour plus ou moins grands, des phénomènes de réparation consécutive, tant organique que fonctionnelle; savoir : conditions d'écart et d'aberration de la poussée des végétations nerveuses nouvelles qui ne rencontrent pas — pour se remettre en communication opportune avec lui — le bout périphérique trop éloigné, ou déjeté sur les parties latérales.

Possibilité alors de la régénération, jusqu'à la surface périphérique, ou limite extrême du corps ou du membre, et reconstitution par cette expansion bourgeonnante d'un nerf nouveau, mais au bout d'un temps très long, un an et plus, parfois même sans le résultat parallèle de récupération fonctionnelle.

Tandis que, dans les conditions favorables de régénération spontanée, la réparation organiqne et la restitution fonctionnelle peuvent se réaliser en quelques mois.

Le temps moyen d'une réparation saisissable est d'un mois.

Mais une déduction importante de la réalité et de la connaissance de ce mécanisme de régénération et des conditions qui y peuvent présider, soit pour l'entraver, soit pour le favoriser, c'est l'indication de la suture du nerf, destinée à rapprocher et à affronter les deux bouts, de façon à placer le bout central — véritable facteur de la régénération — en communication la plus immédiate possible avec le bout périphérique, afin que celui-ci reçoive les fibres de formation naturelle, qui doivent le reconstituer.

Cette indication de l'intervention chirurgicale est formelle; et nous tenions d'autant plus à la formuler et à la préciser, sans plus de retard, qu'elle résulte immédiatement de la loi même et du mécanisme réel de la régénération nerveuse, et qu'elle se justifie par cette loi plus peut-être que ne l'ont pensé ceux qui font jouer à la suture, dans ses conséquences de réhabilitation fonctionnelle, un rôle qui ne lui appartient pas en réalité.

Tels sont les faits fondamentaux issus, à la fois, de la démonstration expérimentale et de la recherche histologique.

1° Dans un nerf sectionné, chez lequel, par conséquent, la fonction de conductibilité est détruite par défaut de continuité de ses éléments conducteurs, cette fonction ne peut se rétablir qu'à la condition expresse que le travail nécessaire de régénération se sera accompli de façon à ce que la continuité desdits éléments soit elle-même réparée et rétablie.

2° Le fait seul de la contiguité la plus parfaite des bouts sectionnés sans le rétablissement de la continuité des éléments, qui ne peut résulter que de la régénération, ne saurait, d'après les données expérimentales physiologiques, entraîner, et, par conséquent, expliquer la réparation fonctionnelle.

Mais ces données physiologiques et expérimentales apportent, en outre, et fournissent d'autres éléments d'appréciation de nature à aider singulièrement à la compréhension des résultats plus ou moins surprenants, soit de la persistance momentanée de la fonction du nerf, à la suite de sa section, soit de la récupération apparente plus ou moins rapide de cette fonction, après l'intervention chirurgicale.

Ces éléments sont : d'une part, les phénomènes de sensibilité récurrente ou sensibilité d'emprunt et, de l'autre, les phénomènes de suppléance par les relations anastomotiques normales et constantes, ou bien accidentelles, c'est-à-dire résultant d'anomalies morphologiques.

C'est à la suite de ses mémorables expériences sur la section des racines rachidiennes et l'excitation respective des bouts centraux et périphériques, que Magendie fut amené, en 1839, à constater que l'excitation expérimentale de la racine antérieure, notamment de son bout périphérique résultant de la section, tout en donnant lieu, d'une façon prédominante et en quelque sorte fondamentale, à des réactions motrices, pouvait aussi être suivie de signes légers, il est vrai, mais réels de sensibilité.

Mais il devint ensuite impossible à Magendie de retrouver sûrement et de reproduire le phénomène qui, durant près de six années, demeura en quelque sorte perdu, jusqu'au moment où Claude Bernard le retrouva et en fixa définitivement les conditions de production et le mécanisme.

Les conditions de déterminisme de cette expérience sont donc nettement fixées; elles résident essentiellement dans la nécessité d'un repos suffisant des appareils fonctionnels qui ont à intervenir après le choc traumatique qu'ils ont eu à subir.

Or, ces conditions sont précisément et exactement celles qui accompagnent les sections nerveuses accidentelles.

Le retour de la sensibilité récurrente ou de la sensibilité de suppléance peut s'effectuer quelques heures après l'accident, plus rapidement même, et l'intervention chirurgicale peut le hâter, en ce sens que les incitations qu'elle réalise sont de nature à provoquer le réveil plus rapide, surtout après un repos suffisant de phénomènes fonctionnels momentanément assoupis.

Il appartient au professeur Richet père d'avoir le premier, en 1867, bien saisi, sur le terrain clinique, ce fait en accord avec les données physiologiques qui précèdent.

De nouvelles expériences, adaptées aux faits de sections nerveuses périphériques, et réalisant, autant que possible, la condition clinique de ces traumatismes accidentels, vinrent apporter une éclatante confirmation à l'observation de Richet et à l'interprétation physiologique qu'il en sut faire.

Ce sont ces remarquables expériences d'Arloing et Tripier, qui peuvent être résumées dans les deux principales propositions suivantes :

1° Si, sur les quatre nerfs collatéraux de la patte d'un chien, on en sectionne trois, la sensibilité à la douleur persiste néanmoins sur tous les points de ces doigts; mais elle disparaît aussitôt que l'on coupe le quatrième.

2° Si l'on coupe l'un des nerfs cutanés de la main, les deux bouts restent sensibles, mais la sensibilité du bout périphérique provient, par récurrence, des fibres anastomotiques des autres nerfs cutanés; car, lorsqu'on annihile par une section convenablement placée l'intervention de ces fibres, la sensibilité du bout périphérique disparaît.

J'ai repris et répété ces expériences de façon à réaliser, autant que possible, les conditions des sections accidentelles chez l'homme, et les résultats que j'ai obtenus sont de nature, comme on a pu le voir, à apporter de nouveaux éclaircissements à la question.

De ces expériences on peut tirer des résultats fondamentaux. M. Laborde expose ces résultats et termine par les conclusions suivantes (voir au Premier-Paris).

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine légale.

Le nombre des votants étant 78, majorité 40 : au premier

tour, M. Magnan obtient 59 suffrages, M. Motet 14, M. Napias 4, deux bulletins blancs.

En conséquence M. Magnan est proclamé élu.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Dareste commencera ses conférences pratiques d'embryogénie normale et tératologique, au laboratoire de tératologie (bâtiment du musée Dupuytren), le mardi 11 avril, et les continuera les samedi et mardi de chaque semaine.

— A partir du 15 avril prochain, M. le docteur Ch. Lejard, ex-interne des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté de médecine, médecin-consultant à Salies-de-Béarn, sera installé à Biarritz, comme médecin du nouvel établissement des Thermes-Salins de Briscous-Biarritz.

— La commune de Dampierre-sur-Salon (Haute-Saône) offre 1000 francs par an à un docteur médecin. Bonne clientèle.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 36. — SAMEDI 25 MARS 1893. 66e ANNÉE. SAMEDI 25 MARS 1893. — N° 36.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. D. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Les pleurésies diaphragmatiques.

Par Marcel Sée,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

Historique. — Parmi les localisations de la pleurésie, il en est une qui imprime à la maladie un caractère particulièrement saisissant : c'est celle qui atteint la portion diaphragmatique de la séreuse, entravant le fonctionnement du muscle sous-jacent, et s'attaquant ainsi au moteur même de la respiration. Les symptômes bruyants de la pleurésie diaphragmatique expliquent comment les médecins de l'antiquité l'avaient déjà remarquée et décrite ; mais aussi certains de ces symptômes masquent, par leur éclat, d'autres signes plus discrets, bien que plus spécifiques, et expliquent comment on a pu la confondre si longtemps avec des affections absolument différentes.

Ce qui frappe en effet les anciens, c'est le délire fébrile. Il est, pour eux, intimement lié à la souffrance du diaphragme, siège de l'âme pour quelques philosophes, tellement que φρήν signifie aussi bien l'esprit que le diaphragme. Ainsi, toute affection à délire aigu et furieux devient une *phrenitis*. Des phrénésies dues à l'inflammation du cerveau ou de ses membranes, il faut distinguer celles qui sont dues à l'inflammation du diaphragme. Hippocrate (1), Galien (2) après lui, ne manquent pas de faire cette distinction; Rufus (3), contemporain de Galien, réserve à la seconde catégorie, le nom de paraphrénésie, *paraphrenitis*, que conserveront ses successeurs.

Ceux-ci, bien qu'avec des idées plus nettes sur le siège de l'affection, mettent toujours en cause le muscle diaphragme. Pour voir incriminer la plèvre, il faut arriver au XVIIIe siècle, à Boerhaave (4), qui, le premier, reconnaît dans la phrénésie une localisation de la pleurésie ; puis à Huxam (1), Van Swieten (2), Cullen (3). Cependant, beaucoup de leurs contemporains croient encore à la *diaphragmatite* [Selle (4)] ou *diaphragmite* [Sagar, Portal (5)].

L'erreur persistera longtemps, car les auteurs du *Dictionnaire* en 60 volumes ne savent pas s'en affranchir, non plus que J. Frank (6), qui cite cependant les travaux d'Andral. Avec ceux-ci (7) a commencé la période moderne : cinq observations, suivies d'une étude courte, mais exacte. Laënnec (8) avait déjà signalé, surtout au point de vue anatomique, la pleurésie diaphragmatique, qu'il considère comme peu grave. Monneret et Fleury, dans le *Compendium*, ne font guère que reproduire les idées d'Andral. Enfin paraît, en 1853, le travail magistal de Guéneau de Mussy (9), auquel on a bien peu ajouté depuis au point de vue clinique.

A partir de ce moment, l'affection est connue et les travaux se multiplient : c'est Duchenne [de Boulogne] (10) qui analyse d'une façon précise la part qui revient, dans les symptômes, à la paralysie du diaphragme, déjà étudiée dans la thèse de Baillet (1855), tandis que M. Peter étudiera plus tard ce qui appartient à la névralgie phrénique (11). Puis ce sont les cliniques de MM. Peter, Jaccoud, qui achèvent l'œuvre de vulgarisation commencée par Guéneau de Mussy, tandis que paraissent, après les thèses de Deloire et Laporte (1869), celles de Robin (1871), Dubois (1876), enfin celle de Hermil, inspirée par l'enseignement de Bucquoy et devenue classique aujourd'hui. On trouvera dans cette dernière l'indication des noms que nous sommes forcé de passer sous silence. Quant aux travaux plus récents, nous aurons à les citer chemin faisant. Contentons-nous pour le moment de nommer les thèses de M. Lasne (12) et de M. Malaviale (13).

(1) Hippocrate. *De morb.*, lib. III, cap. ix.
(2) Galien. *De locis affectis*, lib. V, cap. v.
(3) Rufus (d'Éphèse). *De corpor. human. appell.*, lib. I.
(4) Boerhaave. *Aphorismis de cognosc. et curandis morbis*, 1709.

(1) Huxam. *Essai sur les fièvres*, 1747.
(2) Van Swieten. *Commentaria in aphor. Boerh.*, III, 1771.
(3) Cullen. *Élém. de médecine pratique*, 1783.
(4) Selle. *Rudimenta pyretologiæ.*
(5) Portal. *Anatomie médicale*, t. II et V.
(6) J. Frank. *Pathologie médicale*, t. IV, 1803.
(7) Andral. *Arch. de méd.*, oct. 1823; — *Clinique médicale*, t. II, 1824.
(8) Laennec. *Traité de l'auscult. médiate*, 1re édit., 1819; 2e édit., 1826.
(9) Gueneau de Mussy. *Arch. de méd.*, 1853; — *Cliniques médicales*, t. I; — Pleurésie diaphragmatique purulente, *Arch. de méd.*, 1879.
(10) Duchenne. *Électrisation localisée*, 1861.
(11) Peter. *Arch. de méd.*, 1871.
(12) Lasne. *Pleurésie diaphragmatique et pelvi-péritonite*, Th. de Paris, 1887.
(13) Malaviale. *Contribution à l'étude de la pleurésie diaphragmatique*, Th. de Paris, 1890.

Avant d'entrer dans l'étude de la pleurésie diaphragmatique, il nous paraît utile, pour donner au sujet plus de netteté, de décrire avec soin la région par elle atteinte.

II

Anatomie normale de la plèvre diaphragmatique. — La portion diaphragmatique de la plèvre pariétale a pour limite naturelle la ligne suivant laquelle la membrane se réfléchit pour passer de la paroi costale et de la cloison médiastine sur le diaphragme. Cette ligne, qui marque le fond du cul-de-sac inférieur, est, dans sa partie costo-diaphragmatique, d'une importance extrême au point de vue médical. D'après Eichorst (1), elle coupe sur la ligne sternale le bord supérieur du septième cartilage costal, la partie moyenne de celui-ci sur la ligne parasternale, son bord inférieur sur la ligne mammaire; elle atteint la neuvième côte au niveau de la ligne axillaire moyenne et la douzième près du rachis. L'étude de ce trajet a été reprise minutieusement en France par M. Canniot (2), pour sa partie antérieure, et par M. Récamier (3), pour la postérieure. A la partie postérieure du sternum, la plèvre descend sur les parties latérales de la base de l'appendice xyphoïde; elle forme sur les côtés de celui-ci un triangle, variable suivant l'âge et les individus, où le péritoine lui est accolé directement. Puis elle remonte derrière le septième cartilage costal, entrant parfois en contact avec son bord supérieur, traverse la partie interne du septième espace intercostal (4) et se dirige en bas et en arrière, croisant les cartilages des huitième, neuvième et dixième côtes, de plus en plus près de la portion osseuse, et passant enfin derrière la onzième côte. D'où la possibilité de réséquer le bord costal sans intéresser la plèvre, et cela dans une étendue de 3 millimètres chez l'homme ou 28 millimètres chez la femme, sur la ligne mamillaire (bord inférieur du neuvième cartilage, au-devant de l'extrémité du dixième cartilage), de 4^{cm}2 ou 3^{cm}5 sur la ligne axillaire (extrémité antérieure du onzième cartilage) (Canniot). D'après M. Récamier, le trajet est horizontal au niveau de la onzième côte; c'est là son point le plus déclive. Il quitte cette côte à 10 ou 11 centimètres de la ligne médiane postérieure, et se dirige dans le dernier espace en dedans et un peu en haut, presque horizontalement. Bien moins oblique que la douzième côte, il la rencontre ainsi, à moins qu'étant courte elle ne reste tout entière au-dessus de lui, est masqué par elle sur une longueur de 5 à 6 centimètres, et arrive enfin au disque sous-jacent à la dernière vertèbre dorsale.

A partir de là il abandonne la paroi pour se diriger en avant, sur le côté du plan médian. Au point où se rencontrent, à la partie antéro-latérale du rachis, les plèvres costale, médiastine et diaphragmatique, aboutit le côté postérieur, rachidien, du ligament du poumon : on nomme ainsi une duplicature de la plèvre, dont les deux feuillets se réfléchissent sur une expansion fibreuse du centre phrénique, pour s'unir en interrompant la cavité pleurale. Ce ligament représente un triangle dont le sommet continue la pointe postéro-inférieure du hile pulmonaire, dont le côté antérieur longe le poumon en avant de son bord postérieur, dont la base libre vient rejoindre le point en question [Luschka (1)]. La plèvre va ensuite contourner le péricarde, appliquant contre lui les nerfs phréniques et les vaisseaux diaphragmatiques supérieurs, et regagner enfin notre point de départ sternal : toute cette partie de notre ligne est appliquée sur le centre phrénique.

Telles sont les limites de la plèvre diaphragmatique. Sa *face supérieure*, lisse, humide, pourvue autour du péricarde de nombreux appendices graisseux, est en contact avec le *feuillet viscéral* qui revêt la face inférieure du poumon. Le bord tranchant de l'organe s'insinue dans le cul-de-sac inférieur, mais ne le remplit pas entièrement, car il reste des *espaces complémentaires* (Gerhardt) ou *de réserve* (Luschka) où la plèvre pariétale est adossée à elle-même.

Le plus important de ces espaces fait le tour du *sinus costo-diaphragmatique*, en s'effilant à ses extrémités antérieure et postérieure. Il n'est pas comblé par le poumon, surtout à sa partie externe, même dans les grandes inspirations, à moins que le sujet ne se couche sur le côté opposé et n'exécute de grands efforts (Gerhardt). Du côté gauche, il répond en avant à l'espace semi-lunaire de Traube. Le niveau atteint par le bord pulmonaire dans les inspirations ordinaires, est variable et ne peut être apprécié que par une percussion et une auscultation attentives (Sappey) : encore cet examen nous semble-t-il difficile. En revanche, on a cherché à déterminer anatomiquement le niveau atteint dans l'expiration. Pour Sappey, le poumon peut s'élever au maximum à 7 centimètres du fond du cul-de-sac (et non à 13 ou 16 centimètres, comme le croyait Cloquet). Il remonte en arrière au bord inférieur de la dixième côte, en avant à celui de la cinquième à droite, de la sixième à gauche. Eichorst donne des mesures un peu différentes, les mêmes, d'ailleurs, pour les deux côtés (2). Pendant la respiration normale :

Sur la ligne sternale, le poumon atteint le sixième cartilage (bord supérieur), l'espace mesure (à droite) 2 centimètres.

Sur la ligne parasternale, le poumon atteint le sixième cartilage (bord inférieur), l'espace mesure 2 centimètres.

Sur la ligne mammaire, le poumon atteint le septième cartilage (bord supérieur), l'espace mesure 2 centimètres.

Sur la ligne axillaire moyenne, le poumon atteint le septième cartilage (bord inférieur), l'espace mesure 6 centimètres.

Sur la ligne scapulaire, le poumon atteint la neuvième côte.

Près du rachis, le poumon atteint l'apophyse épineuse de la onzième vertèbre dorsale, l'espace mesure 2^{cm}5.

Dans l'angle *médiastino-diaphragmatique*, sur les côtés du péricarde, existe aussi un sinus, mais bien moins étendu et rempli par le poumon dans les inspirations moyennes.

Le *point culminant* de la surface pleurale, c'est-à-dire de la voûte diaphragmatique, atteint à droite le niveau de la quatrième côte, à gauche le niveau de la cinquième (Cruveilhier). D'après Henke, la partie médiane du diaphragme serait aplatie, il répondrait à un plan passant par la base de l'appendice xyphoïde; sur les parties latérales, la voûte

(1) Eichorst. *Traité de diagnostic médical*, trad. française.
(2) Canniot. Th. de doctorat, Paris 1891.
(3) Récamier. Th. de doctorat, Paris 1889.
(4) D'après Pansch (*Arch. f. Anat. u. Physiol.*, 1884), la ligne passerait à droite par la septième articulation chondro-costale, un peu plus bas à gauche.

(1) Luschka. *Anatomie des Menschen*, I^{r} Bd, 2te Abt.
(2) Le déplacement pulmonaire serait alors de 1 centimètre, atteindrait 4 centimètres dans les grandes inspirations, 12-13 centimètres dans les inspirations forcées.

serait plus élevée à droite, mais sur la ligne axillaire, son sommet répondrait à la huitième côte.

Par sa *face inférieure*, la plèvre adhère intimement au diaphragme, surtout au niveau du centre phrénique. Le péricarde occupant, outre la foliole moyenne, une certaine étendue de la gauche, et une petite portion de la droite (d'ailleurs plus large que l'autre), le reste est recouvert par la plèvre, sur une surface, par conséquent, plus grande à droite; il en est de même de la voûte musculeuse presque entière. Il reste néanmoins des points du diaphragme non recouverts (Luschka) : indépendamment de la base du péricarde, la partie située en arrière d'elle, notamment le pont musculeux qui sépare les orifices aortique et œsophagien; puis, en avant du cœur et à gauche, un espace triangulaire limité en haut par l'entrecroisement des culs-de-sac pleuraux antérieurs, et où l'on peut ponctionner le péricarde sans intéresser la plèvre (Larrey); enfin, la distance entre les insertions costales du muscle et le fond du cul-de-sac pleural : là des instruments piquants peuvent pénétrer dans le thorax sans ouvrir la plèvre.

Par l'intermédiaire du diaphragme, la plèvre est en rapport avec le péritoine et les organes abdominaux, savoir : le foie sur une grande étendue à droite et sur une petite à gauche; l'estomac, la rate à gauche; le rein, que la portion postérieure du cul-de-sac recouvre en partie (Récamier), ainsi que la capsule surrénale. Le péritoine diaphragmatique, épais, facile à décoller, est divisé par le ligament suspenseur du foie en deux parties qui délimitent deux cavités virtuelles, lesquelles peuvent s'isoler par l'inflammation et devenir le siège d'abcès péri-hépatiques.

La *structure* de la plèvre diaphragmatique offre peu de particularités. Son chorion conjonctivo-élastique, à faisceaux entrecroisés, présentant des clasmatocytes (1), des globules blancs, des cellules granuleuses, supporte un endothélium régulier à larges cellules plates, pourvues d'un noyau ovalaire, d'un protoplasma à prolongements anastomosés et d'une cuticule. On n'y a point, jusqu'ici, décrit de stomates : les descriptions de Dybkowski s'appliquent à la plèvre costale, et Ranvier, dans son étude du centre phrénique, ne mentionne de puits lymphatiques que sur la face péritonéale.

Les *nerfs* de la plèvre diaphragmatique viennent du phrénique. Ses *vaisseaux sanguins*, fournis par les artères diaphragmatiques supérieures et inférieures, se jettent dans les veines correspondantes. Enfin, sa couche conjonctive est sillonnée par des *lymphatiques* ramifiés et anastomosés en réseau, pourvus de l'endothélium caractéristique, et communiquant avec les fentes intertendineuses du centre phrénique. Par l'intermédiaire des lymphatiques des piliers du diaphragme, ils entrent en relation avec ceux qui, partis du péritoine pelvien, accompagnent les vaisseaux utéro-ovariens (Lasne). Nous verrons le rôle important de ces canaux dans l'étiologie des pleurésies.

III

Anatomie pathologique. — Comme toutes les affections peu graves, la pleurésie diaphragmatique ne peut que rarement être étudiée sur le cadavre, en dehors de conditions spéciales. Les adhérences que l'on trouve fréquemment chez des sujets morts de maladies quelconques, prouvent néanmoins la fréquence des formes bénignes, fréquence qui n'avait point échappé à Laënnec, et que la clinique nous montrera plus grande encore.

Ce que l'on sait sur l'inflammation des séreuses nous permet, plus que l'observation directe, de décrire les lésions du début. La pleurésie commence par être *sèche* et peut le rester. Elle détermine d'abord un aspect dépoli de la séreuse, avec injection du tissu vasculaire : la surface, de brillante et humide qu'elle était, devient terne, aride, puis tomenteuse et inégale. La fibrine la recouvre d'une fausse membrane, mince au début, qui va s'accroître par l'apport de couches successives, former des saillies villeuses, agglutiner les deux feuillets. Puis des néoformations organisées prennent la place de ces saillies. Il en résulte des bourgeons plus volumineux, des végétations vasculaires, rouges comme des crêtes de coq. Elles se fusionnent d'un feuillet à l'autre et constituent des brides d'abord mollasses, plus tard fibreuses. Que la maladie dure un temps suffisant, il se forme ainsi des adhérences solides, pouvant unir le diaphragme non seulement au poumon, mais encore à la paroi costale, et cela sur une grande étendue. Nous en verrons plus loin les conséquences.

Même quand l'inflammation reste légère, il y a presque toujours exsudation d'un peu de liquide; quand elle atteint un certain degré, il est rare que l'*épanchement* ne soit appréciable. Suivant des conditions que nous étudierons avec l'étiologie, le liquide épanché est séreux, purulent ou hémorragique. Séreux, il peut être limpide, citrin ou trouble. Purulent, il a l'aspect du pus phlegmoneux bien lié, jaunâtre ou verdâtre, ou bien est granuleux ou caséeux.

L'épanchement se collecte d'abord au fond du cul-de-sac pleural. Puis il peut augmenter. Tantôt il remonte plus ou moins haut dans la cavité pleurale restée unique : c'est ce qu'on voit surtout dans ces pleurésies aiguës séro-fibrineuses où le liquide s'élève en lame mince autour du poumon. Tantôt il est retenu par des adhérences dans la région diaphragmatique, et il suffit, pour cela, d'adhérences très lâches. Laënnec avait déjà étudié le mécanisme de cet enkystement. Il lui reconnaît deux modes : ou bien c'est une pleurésie qui se développe en dedans d'adhérences préexistantes; ce mode appartient surtout aux pleurésies tuberculeuses purulentes. Ou bien une pleurésie légère, qui a déterminé l'agglutination du bord tranchant du poumon, subit une recrudescence, d'où épanchement dans l'espace ainsi isolé. Il n'est pas nécessaire, comme le fait remarquer Guéneau de Mussy, d'admettre ce processus en deux temps. La conformation, décrite plus haut, du bord inférieur du poumon et du sinus étroit dans lequel il glisse, suffit à expliquer la facilité avec laquelle s'isole la région diaphragmatique.

La *cavité* qui contient le liquide est de forme variable. Abondant, il repousse en bas les organes abdominaux, tandis qu'il refoule en haut la base du poumon et la force à s'excaver en forme de dôme. Cette excavation peut être telle, qu'on a peine à croire qu'il n'y ait pas une perte de substance, alors que le tissu pulmonaire est simplement comprimé.

L'exsudat peut céder, et l'épanchement envahir secondairement la grande cavité pleurale. Quelquefois il ne cède qu'en un point. Ainsi s'explique la forme décrite par Rigal sous le nom de *pleurésie en puits* ou *en cône*, dont la base est constituée par le diaphragme et le poumon refoulés, le

(1) Voir une leçon de Cornil, in *Journ. des connais. méd.*, 1891.

sommet par le point de la paroi costale où le liquide vient faire saillie.

M. Laroyenne (1) a décrit spécialement la pleurésie purulente qui accompagne les péritonites aiguës graves. Les lésions sont les mêmes que celles du péritoine. Comme celles-ci, elles peuvent laisser des îlots sains, même dans la phlegmasie la plus généralisée. La plèvre, fortement injectée, présente des houppes vasculaires, des fausses membranes rouges et grises.

Les vieux empyèmes enkystés constituent des poches à paroi épaisse et dure, sclérosée, de consistance cartilagineuse, ou incrustée de concrétions calcaires. Dans ces cas, le liquide peut être devenu très abondant, les leucocytes dégénérés s'étant émulsionnés dans la sérosité, dont une grande partie se résorbe. La production du tissu fibreux peut devenir très considérable. Dans l'observation de M. Audin (2), la symphyse était complète dans la plus grande étendue de la plèvre; dans celle de M. L. Guinon (3), citée comme la précédente par Malaviale, le poumon, la plèvre et le diaphragme étaient réunis en une seule masse, homogène, stratifiée et d'un gris jaunâtre, qui comblait le cul-de-sac diaphragmatique et la gouttière costo-vertébrale.

Citons enfin les cas où une poche purulente s'accompagne, comme dans l'observation de Cullingworth (4), d'une autre poche contenant de la sérosité gélatineuse, ou, comme dans celle de M. Harris (5), d'un épanchement séreux dans la grande cavité.

Pour éviter les répétitions, nous n'insisterons pas ici sur la *marche* des pleurésies. L'épanchement séreux tend à se résorber, l'épanchement purulent s'ouvre au dehors ou s'enkyste pour un temps plus ou moins long. Seuls, les empyèmes métapneumoniques peuvent se résorber : bien plus souvent ils se font jour, soit vers la paroi, soit surtout vers les bronches. Le pus perfore quelquefois le diaphragme pour envahir le péritoine et les organes abdominaux, ou fuse dans des directions très variables.

Indépendamment des lésions qui peuvent être primitives, les *organes voisins* sont intéressés. Et d'abord le *poumon*. Il est rare qu'il ne montre pas un certain degré de congestion. S'il est refoulé d'une façon notable, sa base est en atélectasie. Enfin, après une vomique, on peut retrouver le point où s'est faite la perforation.

C'est surtout dans les pleurésies purulentes que le *diaphragme* offre des lésions, soit inflammatoires, soit dégénératives, qui peuvent être dues à la pleurésie ou la précéder quand la cause primitive a son siège dans l'abdomen. Il est alors possible, comme dans l'observation de MM. Cuffer et Coyne, de suivre les lymphatiques épaissis et remplis de caillots fibrino-purulents. Duchenne a vu le diaphragme décoloré, avec disparition de la striation de ses fibres. M. Lancereaux en a trouvé une moitié ecchymosée et friable. Nous avons enfin signalé la perforation possible : elle s'était faite de haut en bas chez le tuberculeux cité par Andral, et unissait au foyer thoracique un foyer abdominal; ses bords lisses, réguliers, attestaient une existence ancienne. Au contraire, elle se fait de bas en haut lorsqu'un kyste ou un abcès sous-diaphragmatique vient s'ouvrir dans la plèvre.

(1) Laroyenne. *Lyon méd.*, 1877.
(2) Audin. Soc. anat., 1887.
(3) L. Guinon. Soc. anat., 1887.
(4) Voir in *Rev. des sc. méd.*, juillet 1886.
(5) *Rev. des sc. méd.*, mai 1886.

La *péricardite* est une complication fréquente.

Il serait intéressant de connaître les lésions du *nerf phrénique*, dont la névralgie, indice d'une névrite légère, joue un rôle si important dans la symptomatologie. Or, la plupart des recherches faites sur ce point ont donné des résultats négatifs. M. Lancereaux a bien vu le nerf un peu injecté, mais il y avait coïncidence de péricardite. Mahé l'a trouvé englobé dans un exsudat fibrineux. MM. Balzer, Chauffard n'ont pas été plus heureux. Nous n'avons pu nous procurer aucune donnée plus récente.

Nous nous arrêterons peu sur l'*histologie pathologique*. Gonflement des cellules endothéliales après disparition de leur cuticule, gonflement des cellules conjonctives dont on ne peut plus distinguer les premières; desquamation des plus atteintes; exsudation de liquide, de fibrine filamenteuse, de leucocytes qui tendent à balayer débris et microbes; formation entre les deux feuillets de travées fibrineuses qui serviront de conducteurs aux cellules en prolifération : tel doit être le processus, qu'on ne peut décrire que par analogie.

IV

Étiologie. — La *fréquence* de la pleurésie diaphragmatique a été très diversement appréciée. Très rare pour la plupart des anciens auteurs, elle l'est devenue moins à mesure qu'on l'a mieux connue, à mesure surtout qu'on a étudié des formes qui passaient auparavant inaperçues; c'est là un fait sur lequel insistent MM. Guéneau de Mussy, Peter, Hermil, Malaviale : ce dernier en a réuni 25 observations, après les 62 de Hermil. En somme, l'affection n'est pas très fréquente, si l'on ne considère que les cas où elle est suffisante pour arrêter le malade ; elle le devient beaucoup plus, si l'on admet, avec M. Marfan (1), les cas légers, presque frustes, où elle est prise pour une pleurodynie ou pour un point névralgique.

Elle frappe surtout les *adultes*, rarement les vieillards et Malaviale n'a pu trouver que deux observations concernant des enfants. La forme dite primitive atteint de préférence le *sexe masculin*, mais les formes secondaires se voient plus souvent chez la femme, à cause de l'influence puerpérale. Les deux *côtés* de la poitrine sont à peu près également partagés.

Ici, comme pour toutes les pleurésies, on ne reconnaît plus guère qu'une *cause déterminante* : l'infection microbienne; que les microbes soient toujours en jeu, qu'ils le soient directement et non par leurs produits, ce n'est pas à nous à le discuter. Quoi qu'il en soit, les recherches bactériologiques n'ont guère, jusqu'ici, visé spécialement les pleurésies diaphragmatiques. La seule observation, de nous connue, où l'examen ait été pratiqué à ce point de vue, est celle que M. Leblond a publiée dans les *Archives générales* (août 1892) : l'épanchement purulent ne contenait que des streptocoques. Néanmoins, *a priori*, on peut incriminer les microbes qui envahissent généralement la plèvre : en première ligne, le bacille de Koch; puis le pneumocoque, ici très important, et le streptocoque pyogène; peut-être, enfin, dans certains cas, le bacille typhique et le *bacterium coli*, sans compter d'autres plus rares (bacilles encapsulés,

(1) Marfan. Communication orale.

saprogènes, etc.) ou inconnus encore. Les épanchements purulents sont assez bien connus aujourd'hui à ce point de vue, mais on ne peut en dire autant des épanchements séro-fibrineux. Un fait cependant est bien acquis : chacun des parasites ci-dessus mentionnés peut donner lieu non seulement à des phlegmasies purulentes, mais à des phlegmasies séreuses. Cette notion, banale pour ce qui est de la tuberculose, a été démontrée pour l'infection pneumococcique (Troisier, Talamon) et streptococcique. Dans celle-ci, de même que dans la staphylococcose, beaucoup plus rare, l'épanchement, limpide au début, peut, sans influence extérieure, devenir purulent.

Tandis que certaines pleurésies surviennent comme complication d'une maladie préexistante, d'autres éclatent au milieu d'un état de santé normal, au moins en apparence. A celles-ci a été réservée l'épithète de *primitives*. C'est pour elles qu'on invoque des causes banales, dont le *coup de froid* est de beaucoup la plus importante. Il n'entre pas, dans notre sujet, de faire la critique des pleurésies *a frigore*. Mais il est certain qu'un grand nombre d'entre elles, peut-être le plus grand nombre, doivent être rattachées à la tuberculose; qu'elles soient d'ailleurs, répétons-le, purulentes, séro-fibrineuses ou sèches, graves et mortelles ou bénignes et fugaces. Le reste est dû à d'autres infections, parmi lesquelles il faut citer la grippe latente (Marfan). Le froid, dont l'influence est indéniable, n'agit donc que comme *cause occasionnelle*. Il en est de même des traumatismes externes (coups sur la base du thorax), de la frayeur (Obs. de Graves), du surmenage; quant à la suppression brusque des règles, signalée dans les observations de Laporte, Dubois, Guéneau de Mussy, nous verrons ce qu'il faut en penser. Restent ainsi, comme pleurésies vraiment primitives, celles qui succèdent à un traumatisme pénétrant [Obs. de P. Raymond (1)].

Nombreuses sont les causes de *pleurésies secondaires*. On peut les subdiviser en deux catégories : d'une part, des lésions locales transmises soit par contiguïté, soit plus souvent par voie vasculaire et surtout lymphatique; d'autre part, des affections générales se localisant sur la séreuse.

1° Celles-ci offrent moins de circonstances particulières à la localisation diaphragmatique. Nous avons cité la *grippe*, mais elle agit probablement d'une façon indirecte par les lésions pulmonaires. La *fièvre typhoïde* est signalée dans nombre d'observations comme cause de pleurésies graves, purulentes. Ordinairement une péri-splénite, lésion locale, sert d'intermédiaire : tel est le mécanisme dans les cas que relate Malaviale. Mais dans plusieurs cas observés par notre collègue Michel, la dothiénentérie aurait débuté par une pleurésie diaphragmatique fugace. Le *rhumatisme articulaire*, aigu ou subaigu, semble bien agir comme infection générale. Ses pleurésies, le plus souvent bénignes, même lorsqu'elles sont doubles, peuvent survenir avant, pendant ou après l'attaque articulaire.

Indépendamment des cas d'hydrothorax, on a signalé des pleurésies diaphragmatiques chez des *cardiaques* et surtout chez des *brightiques*. Ici, la maladie générale favorise sans doute une infection secondaire et souvent le mécanisme est la production d'infarctus superficiels du poumon [Huchard (2)].

C'est à l'état général, faute de mieux, que l'on peut attribuer la *nature hémorragique* des épanchements chez les alcooliques, les tuberculeux, les cancéreux [deux observations de M. Moutard-Martin (1)], les cirrhotiques (une observation du même).

2° Passons à présent aux *causes locales*, sur lesquelles nous avons dû empiéter déjà. Si le diaphragme lui-même ne peut s'enflammer primitivement, comme on le croyait autrefois, — on avait même décrit des diaphragmites épidémiques, — il n'en est pas de même des organes situés au-dessus et au-dessous de lui.

Au-dessus, nous trouvons d'abord la *plèvre* elle-même. Il n'est pas absolument rare, au cours d'une pleurésie costo-pariétale, de voir se montrer les symptômes qui seront décrits plus loin. La *péricardite*, qui accompagne ou suit souvent la pleurésie diaphragmatique, ne la produit guère. Les abcès et tumeurs du *médiastin* (cancer de l'œsophage, etc.) peuvent retentir sur la plèvre. Mais de tous les organes thoraciques, le *poumon* est celui dont le rôle pathogénique est prépondérant. Toutes ses lésions, si elles sont superficielles, intéressent la plèvre : au premier rang, et de beaucoup, la tuberculose et la pneumonie.

Dix des observations citées par Hermil et beaucoup parmi celles qui sont plus récentes, appartiennent aux pleurésies qui accompagnent ou suivent la *pneumonie* et qui sont si souvent partielles. La prédilection de la pneumonie pour la base du poumon ne suffit pas à expliquer la fréquence des pleurésies diaphragmatiques consécutives, car dans quelques observations, la plèvre s'est trouvée prise du côté opposé à celui de la lésion pulmonaire.

La *tuberculose* est une cause encore plus fréquente. Nous avons parlé déjà des pleurésies, souvent sèches, qui en sont la première manifestation, si bien qu'on les croit primitives. La maladie déclarée peut, jusqu'au bout, s'accompagner de pleurésies sèches, séro-fibrineuses, hémorragiques ou purulentes. Celles-ci sont inévitables quand un foyer s'est ouvert directement dans la cavité pleurale (Obs. de Chauffard, citée par Hermil).

Les affections des *organes abdominaux* se transmettent à la plèvre à travers le diaphragme. Le *foie* se présente en première ligne, avec ses kystes hydatiques, qui peuvent s'ouvrir directement dans le thorax, ses abcès lithiasiques et autres, ses cirrhoses, causes de péri-hépatite; puis l'*estomac* avec ses cancers, la *rate* déjà mentionnée, le *rein* (tumeurs, abcès, etc.); enfin d'autres organes plus éloignés : un cas de M. Peter succède à une épididymite avec vésiculite; un cas de M. Cuffer à l'opération d'un rétrécissement du rectum; des cas innombrables, enfin, aux affections génitales de la femme. Mais dans tous ces cas, il est un intermédiaire indispensable : c'est le *péritoine*, dont les inflammations se transmettent alors. De fait, nous savons depuis le travail de M. Laroyenne que, dans la péritonite généralisée, la pleurésie diaphragmatique est de règle. Ici, comme dans la péri-hépatite ou la péri-splénite localisées, la transmission se fait par ces nombreuses communications lymphatiques que nous avons vues exister entre les cavités thoracique et abdominale. MM. Laroyenne et Coyne ont pu suivre à la loupe les lymphangites purulentes. Un mode plus rare, signalé par M. Coyne, est la perforation du diaphragme.

Chez la femme, les inflammations du petit bassin, entraînant de la pelvi-péritonite, sont une des causes les plus fré-

(1) P. Raymond. Soc. anat., 1884.

(2) Voir la leçon de Huchard, in *Gaz. méd. de Paris*, 20 févr. 1892.

(1) R. Moutard-Martin. Th. de doctorat, Paris 1878.

quentes de pleurésies diaphragmatiques. Après les études de MM. Charrier, Foix, Hervieux, Laroyenne, Lasne a montré que toutes les pelvi-péritonites peuvent se propager à la plèvre par les lymphatiques, notamment par ceux que nous avons signalés, d'après lui, le long des vaisseaux utéro-ovariens et des piliers du diaphragme. Cette lymphangite, dit-il, peut être septique, comme dans la pelvi-péritonite puerpérale et détermine alors une pleurésie de même nature ; ou bien elle peut être simple et déterminer une pleurésie simple et fugace. Nous savons aujourd'hui que, dans les deux cas, l'agent est le même, le streptocoque, mais avec des conditions différentes de pullulation et de virulence.

V

Symptomes. — Un homme adulte, jusque-là bien portant, sauf peut-être quelques bronchites auxquelles il n'a pris garde, se refroidit et rentre « mal en train ». Brusquement, il est pris d'un *frisson*, parfois intense et prolongé, plus ordinairement léger et de peu de durée. Au frisson, succèdent des sueurs abondantes, en même temps que s'installe la sensation de chaleur fébrile avec toutes ses conséquences : courbature, malaise, céphalalgie sus-orbitaire, si bien que le malade doit s'aliter. Mais le signe le plus remarquable est une *douleur*, apparue avec le frisson ou peu après lui, et siégeant plus bas que le point de côté vulgaire. Douleur et fièvre vont aller en augmentant jusqu'à la *période d'état*.

La situation du patient est alors extrêmement pénible. Assis sur son lit, le corps penché en avant, il ne peut se coucher sur le dos ou sur le côté malade, craint tous les mouvements, cherche à retenir la toux et le hoquet qui le tourmentent, parle avec peine et d'une voix cassée. Sa main, appliquée sur le côté qui souffre, essaye de l'immobiliser. Sa *face*, anxieuse, parfois grippée, cyanosée même pour peu que l'affection soit grave, s'anime de mouvements convulsifs : l'agitation des lèvres et du peaucier du cou fait songer à ce *rire sardonique*, dont les anciens avaient fait un signe pathognomonique.

Peu intense au repos, la *douleur* est éveillée par les mouvements, la toux, le rire. Dans certains points où elle est plus forte, les plus légères pressions l'exagèrent. L'exploration méthodique montre que ces points varient peu : c'est d'abord et surtout celui qui a été décrit par Guéneau de Mussy sous le nom de *bouton diaphragmatique* : « Ce point est situé à deux travers de doigt de la ligne blanche, à la hauteur de la dixième côte environ, ou assez exactement à l'intersection des deux lignes, dont l'une continuerait la direction de la partie osseuse de la dixième côte, dont l'autre prolongerait le bord externe du sternum. Si j'insiste sur ce détail, c'est que, dans tous les cas de pleurésie diaphragmatique soumis à mon observation, ce phénomène avait quelque chose de très remarquable ; quand l'extrémité du doigt rencontrait ce point, le malade jetait un cri ; chez quelques-uns, la respiration devenait tellement haletante, tellement précipitée, que la suffocation paraissait imminente et ces effets se reproduisaient avec une telle instantanéité, une telle précision, qu'il semblait qu'on poussât un ressort. Ce fait est, dans certains cas, d'autant plus remarquable, qu'il peut se produire alors même qu'il n'existe pas de douleur spontanée. Au-dessus et au-dessous de ce point, la sensibilité est exagérée, mais à un moindre degré. » De même, vers l'*épigastre*, où des irradiations spontanées se font sentir, ainsi que parfois dans le flanc. Si maintenant le doigt suit d'avant en arrière le rebord costal, il éveille une sensibilité très vive aux points d'attache du diaphragme qui forment, suivant l'expression de M. Huchard, une *demi-ceinture* douloureuse. Il arrive ainsi à reconnaître en arrière un point assez limité, situé près du rachis, dans le dernier espace intercostal et véritable *bouton diaphragmatique dorsal*. D'autres manœuvres montrent la participation du diaphragme : pressons de haut en bas sur l'hypocondre, le malade reste impassible, mais refoulons la région de bas en haut, il manifeste une vive souffrance.

Ce n'est pas tout : en suivant le bord externe du sternum, on constate que tout le trajet du phrénique est endolori. On le constate mieux encore en exerçant une pression entre les attaches du sterno-cléido-mastoïdien, au-devant du scalène antérieur. Plus rarement, en ce *point sterno-cléido-mastoïdien*, la douleur est spontanée : un malade de Guéneau de Mussy ressentait entre le diaphragme et la région sus-claviculaire une sensation de tiraillement, qu'il comparait à une corde douloureuse. D'autres douleurs, spontanées mais peu violentes, occupent cette région sus-claviculaire et irradient diversement vers le moignon de l'épaule et la région scapulaire, le long du bord externe du trapèze, ou même dans les nerfs du bras.

En somme, il est facile de s'apercevoir qu'on a affaire à des points névralgiques occupant soit les filets terminaux du nerf, soit son tronc, soit ses diverses anastomoses (Peter).

A ces phénomènes est due en partie la gêne de la *respiration*, gêne qui peut aller jusqu'à l'orthopnée, quand la congestion du poumon l'augmente encore. Aux grandes inspirations qui sont pénibles, le malade supplée instinctivement par de petites qu'il multiplie : leur nombre est doublé, parfois plus (96 à la minute, Fernet). Quelquefois on assiste à des accès de dyspnée nocturne. La douleur, parfois aussi une vraie paralysie d'origine nerveuse ou musculaire (loi de Stokes) expliquent l'*immobilité du diaphragme*. Le côté malade, dont l'ensellure est diminuée, reste fixe dans les mouvements respiratoires. Ceux-ci ne s'effectuent plus qu'à la partie supérieure du thorax, sous l'action des intercostaux et des inspirateurs accessoires : il en résulte le type respiratoire *costo-supérieur*, frappant surtout chez l'homme, ressemblant plus au type normal chez la femme. Si le diaphragme est absolument flasque, ce qui est d'ailleurs très rare, il remonte à chaque inspiration, *avalé* en quelque sorte avec les organes abdominaux, tandis que le ventre se déprime à l'inverse de ce qui se passe normalement, et que ligne blanche et ombilic semblent entraînés vers le côté sain.

La *toux* continue, très pénible, quinteuse (toux pleurétique), amenant tout au plus quelques *crachats* filants et transparents. Parfois (Huchard), elle se réveille quand le malade passe du décubitus à la position verticale. Elle peut diminuer lorsque l'épanchement devient plus abondant.

Les modifications respiratoires ont la valeur de véritables *signes physiques*. Ajoutons-y, comme signe d'*inspection*, l'*abaissement de la douzième côte* signalé par M. Guéneau de Mussy et l'ampliation peu visible, qu'indique mieux la *mensuration*. A la *palpation*, les vibrations vocales sont légèrement diminuées. La *percussion* dénote un peu de submatité, de résistance au doigt, dans le cul-de-sac inférieur, ou à la percussion profonde, lorsqu'une zone de tissu sain est interposée : c'est ici que deviennent utiles les notions ana-

tomiques sur lesquelles nous avons insisté. L'espace de Traube peut être intéressé (1). Au-dessus de la zone submate, peut exister une zone de tympanisme. L'*auscultation* est rendue difficile par la faiblesse et l'accélération des mouvements respiratoires. La faiblesse même du murmure constitue le signe le plus constant. Les autres sont très variables : quelques râles, des frottements pleuraux, rarement des souffles, presque jamais d'égophonie, à moins d'envahissement de la grande cavité pleurale. Les signes deviennent alors ceux de toute pleurésie. Mais souvent le poumon congestionné force le liquide à s'élever en lame mince autour de lui et l'on croit à un grand épanchement, alors qu'il n'y a que quelques grammes de liquide.

Aucune observation ne mentionne la douleur qui apparaîtrait, suivant les anciens, au moment où les aliments traversent l'ouverture du diaphragme. En revanche, les *troubles digestifs* ne sont pas rares : ce sont des nausées pénibles, suivies parfois de vomissements bilieux, qui ne deviennent tenaces que dans les cas graves. M. Péter a remarqué, dans les pleurésies gauches, un *ballonnement stomacal* considérable, dû à la transmission de l'inflammation du péritoine et à la perte consécutive de tonicité musculaire. Non seulement le *foie* peut être refoulé par une pleurésie droite, comme la rate par une gauche, mais on a signalé de l'*ictère*. Enfin, un détail assez remarquable est la fréquence relative de l'*albuminurie*, même en dehors de tout brightisme préexistant.

Cependant la *fièvre* est montée graduellement à 38, 39 ou 40 degrés. Elle s'y maintient chaque soir, descendant un peu le matin. Le *pouls*, dur, concentré, dépend plutôt de la dyspnée que de la température, et oscille entre 90 et 120. Un peu de *délire* peut se montrer le soir, peut-être plus fréquemment que dans les autres pleurésies (Guéneau de Mussy); mais il ne justifie que dans les cas graves, où il aboutit au coma mortel, l'importance que lui attribuaient les anciens.

La défervescence est brusque ou graduelle. Les signes s'amendent peu à peu, mais la névralgie phrénique peut persister un certain temps. Quelquefois une amélioration brusque coïncide avec la rupture des adhérences phréniques et l'irruption du liquide dans la grande cavité. La *guérison*, terminaison ordinaire, a lieu au bout d'une *durée* moindre que celle des pleurésies communes : deux à six semaines suivant les cas.

VI

Formes. — Nous avons choisi, pour notre description, un type clinique bien net, la pleurésie aiguë dite *a frigore*, dont les traits ont été fixés par Guéneau de Mussy. Mais il s'en faut de beaucoup que toutes les pleurésies diaphragmatiques répondent à cette description, et rien n'est plus variable que l'aspect de cette maladie.

1° Depuis la variété relativement intense que nous avons esquissée, jusqu'aux variétés frustes que nous avons seulement mentionnées, il y a place pour tous les intermédiaires. Les *formes bénignes* reproduisent, en général, le tableau précédent, avec des traits atténués. C'est ce qui a lieu au moins lorsqu'elles sont unilatérales. Telles sont parfois les *pleurésies rhumatismales*, qui disparaissent aussi vite qu'elles apparaissent, en trois à cinq jours, et alternent souvent avec les douleurs; d'autres fois, elles frappent les deux côtés. Mais il est une autre *forme bénigne* assez bien décrite par Hermil, et qui, d'après M. Bucquoy, ne doit pas être confondue avec celles-ci. Comme la forme aiguë, elle débute par un frisson, de la fièvre, des douleurs avec les mêmes localisations; généralement l'épanchement envahit en partie la plèvre costale, déterminant de la matité, du souffle, de l'égophonie. Du troisième au sixième jour, une nouvelle phlegmasie apparaît du côté opposé, mais avec des signes très amoindris, un épanchement moins abondant, des douleurs moins vives. Cette extension semble arrêter court la maladie. L'épanchement développé en second lieu dure peu et disparaît avant le plus ancien; celui-ci ne tarde pas d'ailleurs à se résorber également, et sa durée totale est de deux à cinq semaines.

Lasne a décrit, chez la femme, des *pleurésies bénignes d'origine génitale*. Une femme se refroidit pendant la période menstruelle, ses règles s'arrêtent, elle est prise de coliques, de douleurs hypogastriques, de fièvre. Les signes de pelvipéritonite, parfois très nets, peuvent faire défaut quand éclate la pleurésie diaphragmatique. Celle-ci s'accompagne des signes ordinaires, avec les points douloureux spéciaux. Mais elle est peu grave, passagère et doit être recherchée d'autant plus soigneusement que ces douleurs peuvent être confondues avec celles de l'affection primitive. Elle reste sèche; l'épanchement, dans les rares cas où il se forme, disparaît vite.

Pour en finir avec les formes bénignes, il nous reste à dire un mot des *pleurésies sèches*. Elles sont fréquentes, d'après M. Jaccoud qui les a décrites dans ses leçons (1) et les considère comme rarement primitives, plus souvent consécutives à des lésions de voisinage, à la tuberculose pulmonaire surtout. Quand l'affection est primitive, on peut avoir d'emblée des phénomènes bruyants, dyspnée, douleurs. L'examen décèle la paresse du diaphragme, de la submatité et des frottements à la base du thorax, quelquefois de la péricardite. Au bout de cinq à sept jours de fièvre, tout s'amende, et la mort ne survient jamais si la phlegmasie reste sèche; mais, dans le cas contraire, la situation devient grave. C'est à la suite de telles pleurésies que persistent des *adhérences phréno-costales*, qui se manifestent au dehors par la rétraction des côtes et des derniers espaces pendant l'inspiration, leur retour brusque au moment de l'inspiration. Il importe de les reconnaître, car non seulement elles diminuent la capacité du thorax, mais une ponction faite plus tard à leur niveau peut blesser un organe important et déterminer la mort.

La pleurésie sèche peut être plus légère, comme nous l'avons dit. Certains malades présentent de la pleurodynie, des points de côté persistants. Si l'on explore méthodiquement le siège de la douleur, on ne trouve rien sur le trajet du phrénique, mais on constate des points caractéristiques dans l'épigastre et aux attaches du diaphragme. A l'auscultation, on entend quelques froissements pleuraux. Ces pleurésies frustes annoncent ordinairement soit la tuberculose commençante, soit une grippe latente (Marfan).

2° En opposition avec les formes bénignes, existent des *formes graves*. Des pleurésies séreuses comme celles que

(1) Bernabei. Modification plessimétrique de l'espace semi-lunaire dans la pleurésie droite, *Boll. de scz. d. cult. d. sc. med. n. r. Acad. d. fisiocrit. di Siena*, 1877, V.

(1) Jaccoud. Voir *Gaz. des hôpit.*, févr. 1887.

nous avons décrites, ou plus violentes, peuvent aboutir à la mort; mais, le plus souvent, elles ne la causent pas seules. En général, il s'agit, dans les cas graves, de *pleurésies purulentes*. Elles ont une symptomatologie qui peut varier à l'infini, depuis la marche suraiguë, accompagnée de douleurs atroces, d'une dyspnée formidable, jusqu'à la marche chronique et presque latente où les seuls signes appréciables sont ceux d'une collection liquide de la région diaphragmatique : telles les pleurésies enkystées des vieillards qui peuvent être méconnues jusqu'à l'autopsie.

Les recherches bactériologiques de ces derniers temps ont mis quelque ordre dans le chaos des pleurésies purulentes. Les pleurésies à *pneumocoques* sont celles qui se limitent le plus volontiers à un cul-de-sac pleural. Elles donnent lieu à des fausses membranes épaisses, renfermant un pus épais, visqueux, riche en fibrine et en éléments cellulaires, verdâtre et où l'on trouve des pneumocoques. Le début, marqué, en général, par une poussée fébrile, peut être insidieux. La fièvre ordinairement continue entre 38 et 39 degrés, peut être intermittente ou nulle. Enfin, le pus se résorbe quelquefois ou s'enkyste, mais beaucoup plus souvent il se fait jour au dehors, soit vers la paroi costale, soit rarement vers un point plus éloigné, soit enfin et surtout vers les bronches : la vomique survient après trois ou quatre semaines.

Les pleurésies à *streptocoque*, plus fréquentes en général, le sont moins en tant que pleurésies partielles. Souvent purulentes d'emblée, elles peuvent débuter par un épanchement séro-fibrineux. L'empyème peut se produire dans le cours d'une infection générale qui domine la situation; dans le cas contraire, il occasionne lui-même des signes de pyohémie, de la fièvre hectique, parfois des suppurations variées ou de la dégénérescence amyloïde des viscères. L'œdème des téguments y est un signe fréquent. L'empyème de nécessité s'y forme plus rarement que dans les précédentes. Le pus peut encore s'y entourer d'une plèvre épaissie qui forme barrière et retarde longtemps les signes d'infection.

A la *tuberculose* appartiennent les empyèmes chroniques latents, sans réaction, sans signes généraux. Leur période d'état, souvent précédée d'une phase aiguë, peut durer ainsi des années, jusqu'au moment ou survient la cachexie tuberculeuse. La structure de la plèvre tuberculeuse est celle d'un abcès froid. Dans certains cas, l'épanchement s'est montré graisseux ou chyliforme.

Nous avons mentionné des pleurésies diaphragmatiques *hémorragiques*. Dans l'observation déjà mentionnée de M. P. Raymond, il s'agissait d'un traumatisme pénétrant, chez un homme de cinquante-quatre ans, alcoolique, syphilitique et paludéen. Les lésions trouvées furent l'hémothorax, avec adhérences pleurales, de la myocardite, de la cirrhose atrophique et de la néphrite épithéliale. Nous ne connaissons pas d'observation de pleurésie *putride*.

VII

Complications. Terminaison. — Comme toutes les pleurésies, la pleurésie diaphragmatique s'accompagne souvent de lésion du poumon, et nous avons vu la fréquence de la congestion. Mais la pneumonie, la tuberculose, sont bien plutôt causes qu'effets. Il n'en est pas de même de la *péricardite*.

Les complications graves appartiennent souvent aux pleurésies purulentes : telles sont les suppurations diverses, les péritonites localisées ou généralisées. Chaque sorte d'empyème provoque, d'ailleurs, les complications propres à l'infection, dont il est l'effet. C'est ainsi que, dans l'observation déjà citée de Leblond, où il s'agissait de streptococcose, la mort fut déterminée après six semaines de guérison apparente par un *abcès* streptococcique du cerveau droit. Les pleurésies tuberculeuses se compliquent fréquemment de *pneumothorax*.

Signalons encore l'*hémorragie* qui enleva un malade de Dauchez (voir in thèse de Malaviale).

Il nous reste à indiquer les différents modes de *terminaison :*

Les *pleurésies sèches* guérissent toujours, si elles restent telles, mais laissent après elles des adhérences;

Les *pleurésies séreuses*, qui ne passent pas à la purulence, guérissent également, par *résolution* et résorption de l'épanchement, sauf dans les cas rares où les troubles respiratoires sont assez intenses pour déterminer la *mort*.

Les *pleurésies purulentes* ne se *résorbent* guère, si ce n'est dans quelques cas dus au pneumocoque. Mais elles peuvent *s'enkyster* pour un temps plus ou moins long, ou *s'ouvrir* soit au dehors, soit dans les organes voisins. Owen Rees (cité par Guéneau de Mussy) a vu le pus fuser jusqu'aux lombes; Mehr (id.) l'a vu descendre le long du rachis et du psoas et venir abcéder à la cuisse; Lisner l'a vu faire saillie à la crête iliaque. L'ouverture costale et surtout la vomique sont les issues les plus habituelles. Nous avons vu qu'une telle terminaison, possible dans tous les cas, appartient surtout aux empyèmes pneumoniques.

L'ouverture est quelquefois un mode de *guérison :* la vomique, fréquente dans les pleurésies diaphragmatiques, constitue à ce point de vue l'issue la plus favorable. Mais elle peut n'être pas suffisante pour empêcher l'*infection* générale, surtout si, donnant accès à l'air, elle a aussi introduit dans la plèvre des germes putrides. Elle peut encore se faire vers l'abdomen et déterminer une *péritonite* mortelle.

Dans les autres cas, la *mort* a lieu; elle peut être très prompte, survenir en deux ou trois jours, plus souvent du huitième au vingtième : la fièvre augmente, le hoquet devient tenace, le délire s'allume, auquel succède le coma. Enfin, elle peut tarder plus, précédée par des signes d'hecticité.

VIII

Pronostic. — Nous sommes maintenant en mesure d'apprécier le pronostic de l'affection. S'il a été si diversement jugé par les auteurs, c'est que les cas ne sont pas comparables entre eux, et qu'on ne peut faire aucune assimilation entre les variétés purulentes graves et la forme décrite par Hermil, par exemple. Ce dernier, suivi par M. Malaviale, a distingué les formes primitives, bénignes, des formes secondaires graves (sauf celles du rhumatisme). Cette distinction est juste, prise en gros, et en acceptant comme primitives celles qui surviennent dans un état de bonne santé apparente. Mais au fond, les pleurésies dites secondaires sont graves, parce qu'elles surviennent comme complication d'une maladie déjà grave. Nous savons, d'ailleurs, qu'une même cause, un même microbe, peut, suivant les cas, donner une infection légère ou mortelle : tel le streptocoque, qui engendre aussi bien l'affection légère décrite par Lasne que l'empyème le plus grave.

En somme, la forme la plus typique, la forme aiguë, est bénigne malgré son aspect menaçant; bénigne au moins quant au pronostic immédiat, car il faut faire la part de la donnée étiologique, de la tuberculose qui se cache souvent derrière la pleurite fugace.

Pour ce qui est de chaque cas particulier, on prédira son issue suivant sa cause, sa variété anatomique, la violence de ses signes. Une fièvre intense, un hoquet persistant, des vomissements répétés, un délire bruyant sont de mauvais augure.

IX

DIAGNOSTIC. — Lorsque la pleurésie diaphragmatique se présente avec tout le cortège de ses signes fonctionnels et physiques, le *diagnostic positif* en est facile. Malheureusement il arrive souvent que nombre de ces signes fassent défaut, plus souvent encore qu'il faille les chercher. Un examen attentif décèlera toujours quelques-uns d'entre eux. Les *douleurs* provoquées sont parmi les plus constants, et leur siège tout spécial leur donne une haute valeur séméiologique. La *dyspnée* peut manquer dans les cas bénins. Nous verrons l'importance de la *fièvre* au point de vue du diagnostic différentiel. Parmi les *signes* physiques, les modifications du type respiratoire ont une certaine importance; les autres valent surtout par leur localisation, mais n'en sont pas moins nécessaires pour établir un diagnostic ferme. L'ictère est rare, les vomissements, le hoquet ont surtout une valeur pronostique. De même le *délire*, en dépit des idées antiques sur les phrénésies.

Si nous passons au *diagnostic différentiel*, nous verrons qu'il est souvent malaisé, un grand nombre d'affections pouvant simuler en partie celle qui nous occupe : ce sont des affections douloureuses occupant le thorax ou l'abdomen, ou bien des affections qui modifient l'état physique de la région diaphragmatique et peuvent faire croire qu'il y existe un épanchement.

Parmi les affections du thorax, nous écarterons d'abord l'*angine de poitrine* que sa marche par accès, le caractère particulier de sa douleur, son apyrexie ne permettent pas de confondre avec la pleurésie. En revanche, la *péricardite* s'accompagne de fièvre, de douleur, de dyspnée : mais celle-ci est moins forte, et la douleur a un siège différent, savoir l'angle costo-xyphoïdien, tantôt des deux côtés, tantôt d'un seul et aussi souvent à droite qu'à gauche. De plus, l'auscultation à elle seule fera la différence. Il ne peut y avoir de difficulté que lorsque les deux maladies coïncident, mais nous avons vu que ce n'est pas une rareté.

Les affections douloureuses proprement dites ont pour caractère commun d'être apyrétiques, si elles ne coïncident pas avec une maladie fébrile. Telle la *pleurodynie*, facile, d'ailleurs, à reconnaître avec sa douleur en plaque, sans points d'hyperesthésie. Puis la *névralgie intercostale*, dont les douleurs à caractère névralgique, ayant leurs paroxysmes indépendants de la toux et des mouvements, occupent des points bien connus; elle respecte le trajet du phrénique. La *névralgie diaphragmatique* présente tout le complexus douloureux que nous avons décrit : on n'en sera pas étonné si l'on se rappelle qu'elle fait partie intégrante de la pleurésie diaphragmatique. La névralgie constatée, il faut donc rechercher si elle ne dépend pas d'un état général (anémie) ou nerveux (hystérie), d'une affection du cœur, de l'aorte ou des ganglions du médiastin. Ainsi, les signes concomitants décideront. Le *rhumatisme du diaphragme* (diaphragmodynie), également apyrétique, survient le plus souvent chez des sujets qui présentent d'autres manifestations rhumatismales, quelquefois pendant une attaque; il existe cependant une forme primitive. La douleur est exagérée par les mouvements et la respiration, d'où un type respiratoire costo-supérieur qui prête à l'erreur, d'autant plus que la pression sur l'épigastre est un peu douloureuse; mais la base du thorax est insensible à la pression, la douleur est en ceinture, occupe les insertions du diaphragme, sans présenter des points analogues à ceux de la pleurésie. De plus, elle procède par accès durant de quelques minutes à huit heures (Chenevier, Roche). Les complications sont rares. Il existe une forme chronique (Kaufmann), intermittente mais tenace.

Nous ne discuterons pas la *diaphragmite* qui n'existe pas comme affection primitive, et nous ne ferons que mentionner la *paralysie du diaphragme*, qui existe quelquefois dans la pleurésie diaphragmatique, est, dans les autres cas, apyrétique et non douloureuse, et reconnaît une cause qu'il faut chercher (agonie, hystérie, polynévrites, myélites, etc.).

Il faut encore mentionner, pour en finir avec les affections thoraciques, la *pleurésie* costale facile à différencier par ses signes physiques et son point de côté plus élevé, pouvant, d'ailleurs, exister en même temps comme on l'a vu. Puis les *affections de la base du poumon* qui peuvent faire croire à une collection, si l'on ne pratique pas un examen attentif. Dans un cas de pleurésie diaphragmatique qui s'accompagna de matité, de souffle, de bronchophonie, puis de gargouillement, M. Peter (1) crut à une *pneumonie caséeuse;* il nous dit lui-même qu'il ne rechercha pas les points caractéristiques. D'ailleurs, le cas présentait un ensemble de difficultés qui se rencontre rarement dans la pratique.

Les *affections abdominales* vont nous offrir d'autres causes d'erreur, et spécialement les affections du foie. La *colique hépatique* est facile à reconnaître. Si la douleur provoquée par la pression du *foie cardiaque* ne doit pas être confondue avec celle du refoulement de l'hypocondre dans la pleurésie, la distinction peut devenir plus ardue, s'il existe en même temps un épanchement. L'*hépatite aiguë* est rare dans nos pays. Une pleurésie droite avec ictère, refoulement du foie, vomissements bilieux, peut néanmoins y faire croire. Mais, outre que la douleur correspond encore ici à la pression de la plaque hépatique, la dyspnée est peu intense, le décubitus horizontal facile, il n'y a pas de point épigastrique. Les plus grandes difficultés sont fournies par les *collections sous-phréniques*, qu'elles soient simplement purulentes ou s'accompagnent de la présence de gaz.

[Une grande partie de ce qui suit est empruntée à M. le professeur Jaccoud (2).]

Les *abcès sous-phréniques* siègent presque toujours à droite, reconnaissant pour causes des lésions du foie (abcès, kystes, toutes les causes de périhépatite suppurée); dans deux cas, cités par M. Jaccoud, la lésion sise à gauche était due à une péritonite tuberculeuse et à une périsplénite de nature indéterminée; on peut encore trouver des pérityphlites, des kystes ou abcès du rein. Pendant une première période, le thorax est indemne; on peut, cependant, croire déjà à une collection de la base droite par exemple, si l'on observe une douleur augmentant à la pression et irradiant vers

(1) PETER. *Clinique médicale.*
(2) JACCOUD. *Clinique de la Pitié*, 1885.

l'épaule, un pouls fréquent, du hoquet, des vomissements, de l'ictère, de l'abaissement du foie. On s'en tirera en étudiant avec soin ces signes, les points douloureux notamment, comme le fit M. Hermil dans une de ses observations. A un moment donné, la plèvre est envahie. Parfois il ne se développe qu'une pleurésie séreuse de voisinage. Plus souvent, avec ou sans perforation du diaphragme, éclate une pleurésie purulente, dont le pronostic est plus que grave. Dans les cas heureux où des adhérences ont conjuré cette éventualité fatale, la collection peut être évacuée par les bronches sous forme d'une vomique fétide, dont l'origine se reconnaîtra à l'intégrité relative des organes thoraciques. En dehors de cette terminaison, on conçoit toutes les difficultés du diagnostic, surtout lorsqu'on n'a pu suivre le malade dès le début. Il faudra songer à rechercher minutieusement les antécédents : ils montreront une période purement abdominale ; puis l'apparition brusque ou rapide d'une douleur vive, d'une dyspnée angoissante, d'une ascension fébrile ; puis, comme précédemment, étudier à fond chaque signe ; enfin et surtout faire une ponction : celle-ci amènera un pus d'odeur stercorale, coulant avec plus de force dans l'inspiration, contrairement à celui qui vient de la plèvre (Pfuhl, Jaffé).

Souvent les collections sous-phréniques renferment des gaz, surtout lorsqu'ils sont dus à des perforations du tube digestif (ulcères de l'estomac et du duodénum). Ces *pyopneumothorax sous-phréniques*, qui peuvent refouler le diaphragme jusqu'à la quatrième côte, simulent un pneumothorax partiel (faux pneumothorax, Jaccoud) : on observe une zone de matité surmontée de tympanisme, l'absence de vibrations vocales, une respiration faible mais amphorique, sans tintement métallique. Ces abcès constituaient autrefois des curiosités anatomiques, qu'on trouvait dans les autopsies, mais, depuis Leyden (1879), on peut les diagnostiquer. On se fondera sur les caractères suivants : début abdominal ; intégrité relative du poumon, absolue du côté opposé, qui, dans le pneumothorax, est rarement tout à fait sain ; abaissement de la limite sonore de l'abcès pendant les grandes inspirations ; changement rapide de cette limite dans les changements de position (Leyden, mais pouvant exister dans le pneumothorax vrai, pour Jaccoud) ; déviation du cœur en haut et à droite (le siège étant à droite 10 fois sur 11), qui ne pouvait être la même que dans un pneumothorax total (Jaccoud) ; enfin, mode d'écoulement du liquide dans la ponction (1). Citons, pour en finir, le cas de Cosny, où le pus, venu d'un abcès péricæcal, avait perforé le diaphragme pour entrer dans la poitrine, mais avait décollé et soulevé la plèvre sans pénétrer dans sa cavité.

Le diagnostic étant posé d'une pleurésie diaphragmatique, il faut encore déterminer la *nature* de celle-ci. Pour cela la ponction est nécessaire, faite aseptiquement et suivie de l'examen bactériologique. Des lamelles colorées montreront des streptocoques en chaînettes flexueuses, ou des pneumocoques souvent encapsulés deux à deux, quelquefois en chaînes rigides. Pour avoir la certitude, on fera des cultures. Si, enfin, on ne trouve rien ainsi, ce qui est la règle dans la tuberculose, une inoculation pourra donner un résultat positif.

X

TRAITEMENT. — Nous insisterons peu sur le traitement, qui est le même que celui des autres pleurésies. On sait combien peu d'action on a sur la phlegmasie elle-même, sur laquelle n'agissent ni les médicaments (salicylate de soude, digitale, diurétiques), ni les révulsifs (vésicatoires). Aussi ces derniers sont-ils généralement abandonnés. Toutefois, dans les formes congestives, une légère émission sanguine ferait parfois cesser des phénomènes inquiétants : cette émission sanguine (ventouses scarifiées) a d'ailleurs sa raison d'être comme moyen de calmer la douleur.

Celle-ci, en effet, constitue la première des indications. Si elle est excessive, on pourra avoir recours aux calmants, aux opiacés. Une autre indication est de soutenir les forces du malade, ce qu'on obtiendra au moyen de l'alcool. Enfin, si l'épanchement devient trop abondant, on pratiquera la thoracentèse.

Dans le cas d'épanchement purulent, celle-ci pourra suffire à la rigueur si le liquide ne contient que des pneumocoques. Dans les pleurésies tuberculeuses, les opérations donnent, en général, de mauvais résultats et là encore, il vaut mieux se contenter d'évacuer le liquide par des ponctions, lorsqu'il s'est reproduit avec une certaine abondance. En revanche, dans tous les autres cas, notamment lorsqu'il s'agira de coccus pyogènes, qu'ils soient la cause primitive ou qu'ils se soient ajoutés au pneumocoque, il faudra ouvrir largement la plèvre et le plus tôt sera le mieux.

Enfin, sauf lorsque l'étiologie non tuberculeuse apparaîtra nettement, il faudra se souvenir qu'un pleurétique est suspect au point de vue de son avenir et lui instituer une hygiène en conséquence.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le banquet annuel de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 8 avril prochain, à sept heures et demie précises, au restaurant Marguery (boulevard Bonne-Nouvelle, près le théâtre du Gymnase), sous la présidence de M. le professeur Brouardel.

Le prix de la cotisation (20 francs pour les anciens internes, 16 francs pour les internes en exercice) peut être remis dans les hôpitaux à l'interne en médecine, économe de la salle de garde, ou adressé directement à M. le docteur Émile Tillot, 42, rue Fontaine-Saint-Georges.

— Sur la proposition du comité consultatif d'hygiène publique de France, le ministre de l'Intérieur a décerné les récompenses suivantes aux personnes ci-après désignées, qui se sont distinguées par leur participation dévouée aux travaux des conseils d'hygiène publique et de salubrité pendant l'année 1890 :

Médaille d'or. — M. le docteur Fouquet, médecin des épidémies, secrétaire du conseil du département du Morbihan (Rapport sur les épidémies).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Balestre, membre du conseil du département des Alpes-Maritimes (Mémoires divers sur l'hygiène publique) ; Courtaret, membre du conseil de l'arrondissement de Roanne (Rapport sur l'assainissement et le tout à l'égout avec irrigation et utilisation agricole) ; Guillemin, directeur du service de santé du 3e corps d'armée, membre du conseil du département de la Seine-Inférieure (Rapport sur l'épidémie de fièvre typhoïde de Barentin) ; Massot, secrétaire du conseil du département des Pyrénées-Orientales ; Rietsch, membre du conseil du département des Bouches-du-Rhône (Recherches bactériologiques sur les eaux d'alimentation de la ville de Marseille) ; Reumaux, médecin des épidémies de l'arrondissement de Dunkerque.

Rappel de médaille d'argent. — M. le docteur Deshayes, secrétaire du conseil du département de la Seine-Inférieure.

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Pauthier, médecin des épidémies de l'arrondissement de Senlis (Oise); Séguret de Laissac, médecin des épidémies de l'arrondissement de Rodez (Aveyron); Mauriac, membre du conseil du département de la Gironde, et M. Camboulives, pharmacien de première classe, secrétaire du conseil du département du Tarn.

— Nous apprenons la fondation de la Société belge de chirurgie. Les membres titulaires sont limités à 50, dont 30 fondateurs. Les séances auront lieu, à Bruxelles, le dernier samedi de chaque mois.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bürgkly, médecin-major de première classe en retraite, décédé subitement dans sa soixante-seizième année; Ribouleau (de Nancy); et celle de M. Henri Bonhomme, élève en médecine, mort victime de son dévouement, à l'hôpital Saint-Joseph.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en leur recommandant le Lait stérilisé et en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Évolution cellulaire et parasitisme dans l'épithélioma (travail du laboratoire de M. le professeur Kiener), par A. Borrel (de Montpellier). 1 broch. in-8° avec deux planches. — Prix : 3 francs. — Paris, G. Masson; Montpellier, C. Coulet.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

55

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES
et GÉNITO-URINAIRES

LE TERPINOL ADRIAN

a les propriétés de l'essence de térébenthine, dont il dérive, mais il est plus facilement absorbé et surtout très bien toléré.

Se vend en CAPSULES de 15 centigrammes à prendre à la dose de 4 à 8 par jour.

PILULES et ÉLIXIR de TERPINE ADRIAN

36

AFFECTIONS
DU CŒUR ET DE LA RESPIRATION

Vin cardiaque du Dr Saison

(SPARTÉINE, CONVALLAMARINE & IODURE DE POTASSIUM)

DOSES :

Adultes : 2 cuillerées à bouche matin et soir.
Enfants : 2 cuillerées à café matin et soir.

45

« Le suc d'ortie est le remède le plus certain contre l'hémoptysie et toutes les hémorragies.
Dr CHOMEL. »

SIROP HÉMOSTATIQUE DE PÉNEAU

AU SUC D'ORTIE

CURATIF ET PRÉVENTIF DES

Hémorragies, Pertes, Crachements de sang Saignements de nez Hémorragies intestinales

56

SANTAL-CAMPHRÉ LANGLEBERT

(CAPSULES D'ESSENCE DE SANTAL PURE ET DE CAMPHRE)

Ces capsules réunissent, en une seule préparation, l'effet spécifique de l'essence de santal pure et l'action sédative si marquée du camphre sur les organes génito-urinaires.

60

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

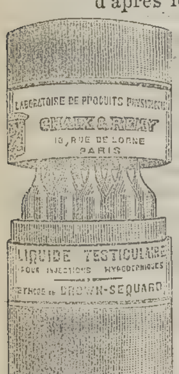
ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg L'Abbé, Paris.**

12

LIQUIDES ORGANIQUES

d'après les **PROCÉDÉS** de

BROWN-SÉQUARD



ADMIS DANS LES HOPITAUX

MÉDAILLE D'OR
Marseille 1893

La boîte de 12 ampoules de 3 c. c., **20 fr.** contre mandat accompagné de la carte du médecin traitant.

LABORATOIRE DE PRODUITS PHYSIOLOGIQUES
CHAIX et RÉMY
Rue de l'Orne, 10, Paris.

REMISE de **15 0/0** aux pharmaciens.

97

EAU MINERALE FERRUGINEUSE

OREZZA (CORSE)

ANÉMIE, CHLOROSE, DYSPEPSIE

LA PLUS RICHE EN FER & EN ACIDE CARBONIQUE

*Sans rivale dans toutes les maladies provenant de l'***Appauvrissement du sang** *ou de l'***Insuffisance de nutrition.**

36

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN** *(caféine, iodoforme et strophantus).* Dépt Phie Cie Fg Montmartre, Paris.

26

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

57

MODE D'ADMINISTRATION

DU CHLORAL

« *Le sirop de Follet est la meilleure forme d'administration du chloral; sa conservation est parfaite, et, ainsi conseillé, il n'irrite point l'esomac.*
« Formulaire Magistral. »

Le Sirop de Follet se prescrit à la dose de 2 à 3 cuillerées à bouche. La cuillerée à bouche contient exactement 1 gramme de chloral hydraté; la cuillerée à café 25 centigrammes.)

Le Sirop de Follet sera pris étendu d'eau ou d'une infusion de tilleul, d'oranger, ou mieux dans du lait. Souvent il est préférable de donner les deux premières cuillerées ensemble, le sommeil s'obtient ainsi plus vite et plus sûrement.

Le chloral qui entre dans la composition du **Sirop de Follet** est fabriqué par la maison L. FRERE, A. CHAMPIGNY et Cie, successeurs, 19, rue Jacob, Paris, qui a obtenu les premières récompenses décernées aux produits pharmaceutiques : médaille d'or unique à l'*Exposition universelle* de Paris 1878; médaille d'or, Amsterdam, 1883; médaille d'or, Sydney, 1888; Paris, 1889.

23



62

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.
Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Ces trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — **Se méfier des contrefaçons.**

39

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney.

INHALATIONS D'OXYGÈNE

APPAREIL DE LIMOUSIN

INHALATEUR, location, 3 francs par semaine. GAZ, 2 f. 50 le ballon de 30 litres. — Appareil complet pour fabriquer et respirer, avec boîte, **130** fr. Phie LIMOUSIN, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

77



PEPTONATE DE FER

ROBIN

15 à 20 gouttes par repas.

Le plus assimilable des ferrugineux.

SE PREND ÉGALEMENT SOUS FORME DE

VIN, ÉLIXIR

Paris, 13, r. Grenier-St-Lazare, et toutes Pharmacies.

67



LIQUIDES BROWN-SÉQUARD

Prospectus et renseignements franco.
BOUTY, *119, r. d'Aboukir, Paris.*

90

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmaci BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

42

CHLORÉTHYLE DU DR BENGUÉ

anesthésique local et analgésique instantané.



3 fr. 50 envoi franco contre mandat.

2 fr. 75 à MM. les Médecins.

Dr BENGUÉ, pharm., 34, rue La Bruyère, Paris.

99

ERGOTINE BONJEAN

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

LE MEILLEUR HÉMOSTATIQUE

Potions, Solutions, Injections hypodermiques.

DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN

15 centigr., contre *Hémorrhagies de toute nature, Dysenteries, Diarrhées chroniques, etc.*

Dépôt : LABÉLONYE et Cie, et toutes phies.

24



Débilité, Anémie, Maladies de l'enfance,

sont combattues avec succès par la

FUCOGLYCINE GRESSY

Ce Sirop, à base d'algues marines, remplace avantageusement l'Huile de Foie de Morue, dont il possède toutes les propriétés, sans en avoir la saveur ni l'odeur désagréables.

LE PERDRIEL et Cie, Paris.

22

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

33

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES

CAPSULES DU DR CHASSIN

Créosote, Iodoforme et Pepsine.

Le fl., **3** fr. Rue des Tournelles, 2, Paris, et phies.

N° 37. — MARDI 28 MARS 1893. 66e ANNÉE. MARDI 28 MARS 1893. — N° 37.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 27 mars 1893.

D'après la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine, nul ne pourra exercer la profession de dentiste s'il n'est pourvu soit du titre de docteur ou d'officier de santé, soit du *diplôme de dentiste.*

Nous n'avons pas à revenir sur les diverses considérations qui nous avaient fait demander la création d'un ordre spécial de dentistes. A ce moment, nous avions été en désaccord avec certains de nos confrères, exerçant avec distinction la profession de dentiste et qui soutenaient que, hors du doctorat, pour le dentiste, il n'y avait point de salut. Comme nous, le législateur a pensé que, pour être bon dentiste, point n'était besoin d'être docteur. Nous aurions mauvaise grâce d'insister, puisque les événements ont donné raison à notre manière de voir.

Mais, si le dentiste peut être dispensé du diplôme de docteur, c'est à la condition qu'il sera muni d'un diplôme d'une valeur incontestable et dont la légitime possession soit une garantie de savoir professionnel.

Il va donc falloir, dès maintenant, que l'État organise officiellement l'enseignement de l'art dentaire; qu'il le prenne sous sa direction et sous sa responsabilité. M. Magitot envisageait, dans un récent article, les différentes manières dont le conseil supérieur de l'instruction publique, réuni en ce moment à cet effet, pouvait organiser l'enseignement nouveau, et il trouvait les trois solutions suivantes :

1° L'enseignement par les Facultés de médecine;
2° L'enseignement par les hôpitaux;
3° L'enseignement par des écoles spéciales.

Nous nous rangeons absolument à l'avis de M. Magitot. L'enseignement par les Facultés de médecine n'est pas possible. Les Facultés ne possèdent pas le personnel compétent nécessaire; et il est peu probable que les Facultés admettent dans leur sein des éléments étrangers à leur personnel enseignant. Les services de l'enseignement médical sont suffisamment chargés, les rouages administratifs sont déjà assez compliqués pour que leur fonctionnement ne soit pas entravé par l'adjonction de services nouveaux.

L'enseignement dans les hôpitaux serait tout entier à créer, et, de plus, ne suppléerait pas à l'enseignement théorique absolument indispensable.

C'est donc à la troisième solution qu'il faudra se rallier: enseignement par des écoles spéciales. Nous pensons que ces écoles, avec une organisation homogène, spécialement créées pour l'enseignement de l'art dentaire, seront une garantie de la valeur du diplôme qui y sera délivré.

Une dernière question reste à résoudre :

Quels seront les professeurs de cette nouvelle école? où seront-ils recrutés : parmi les docteurs ou parmi les simples dentistes, exerçant jusqu'ici sans diplôme reconnu? La réponse ne saurait être douteuse. Si les praticiens dentistes peuvent n'être pas docteurs, il n'en est plus de même de leurs professeurs, qui doivent avoir des connaissances scientifiques et médicales étendues, pour pouvoir donner à leurs élèves un enseignement théorique et clinique complet. C'est donc parmi les docteurs que le ministre, après enquête, après concours, après examen de titres, devra choisir le personnel enseignant de la future école.

A la séance de la Société médicale des hôpitaux du 24 mars, M. Ferrand rapporte la curieuse observation d'un malade mort dans son service avec de l'œdème et de l'emphysème de la paroi de l'abdomen. Il n'y avait pas de plaie, pas de traumatisme pouvant expliquer la pénétration de l'air atmosphérique, pas de lésion appréciable de l'intestin ni du péritoine. Comme toute lésion à l'autopsie, une congestion intense des poumons et de la cirrhose du foie au début; il y avait aussi dans l'estomac une certaine quantité de sang dont l'origine était inexpliquée. En somme, chez ce malade, dont l'histoire n'a pas été suivie, qui avait été apporté dans un état comateux, sans renseignement, on peut se demander s'il n'y avait pas un œdème des parois abdominales avec décomposition putride et production de gaz d'origine septique.

Une jeune femme se présente dans le service de M. Rendu, elle a depuis une quinzaine de jours une arthrite du genou qui est récemment devenue très intense. La fièvre est vive, l'état général assez mauvais. La ponction montre qu'il y a dans la jointure du pus verdâtre; on en extrait 250 grammes. Par l'aiguille même qui avait servi à l'évacuer, on injecte trois seringues de Pravaz d'une solution de sublimé à 4 p. 1000. Les résultats de cette injection

furent excellents; la fièvre disparut, l'épanchement articulaire se reproduisit de nouveau, mais constitué cette fois par un liquide transparent, non purulent. Ce liquide évacué par simple ponction aspiratrice ne se reproduisit plus. La guérison fut complète.

Quelle était donc la nature de cette arthrite? M. Rendu, constatant une augmentation de volume de la partie inférieure du fémur avec des cicatrices d'abcès attribuables probablement à une ancienne ostéo-myélite, s'attendait à rencontrer dans le pus le microbe, cause habituelle de l'ostéo-myélite, le staphylocoque. Pas du tout, ce fut du gonocoque qu'on y vit. On retrouva, du reste, le souvenir et les traces d'une vaginite qui avait passé presque inaperçue : c'est donc d'une arthrite blennorragique qu'il s'agissait.

M. Le Gendre rapporte l'observation d'un malade qui, dans la convalescence d'une fièvre typhoïde d'apparence légitime, fut pris d'une nouvelle élévation de la température et d'une éruption scarlatiniforme qui ne tarda pas à se généraliser. Cette éruption subit des poussées successives, suivies chaque fois d'une recrudescence de la desquamation. Cette desquamation était extrêmement abondante, se faisant par squames plus ou moins larges qu'on pouvait recueillir dans le lit par véritables poignées, comme cela se voit dans les herpétides exfoliatrices. Comme dans les dermatites exfoliatrices, on assista à la chute complète des cheveux, incomplète des ongles. L'état général restait mauvais, la température élevée. Le malade succomba à la phtisie galopante le cent-deuxième jour de sa maladie. A l'autopsie, on trouva une excavation du poumon, et, dans l'intestin, des ulcérations considérées comme typhiques par M. Le Gendre, mais qui pouvaient être aussi de nature tuberculeuse.

Aucune action médicamenteuse ne peut expliquer l'apparition de cette dermatite exfoliatrice. Faut-il la rapporter à une infection secondaire, peut-être même à la tuberculose aiguë? Il est impossible de se prononcer, bien que les faits de ce genre paraissent de plus en plus liés à des états toxiques : états toxiques d'origine microbienne aussi bien qu'états toxiques organiques non microbiens ou minéraux. Le mercure, en applications externes, est une cause assez fréquente de dermite scarlatiniforme desquamative.

HOPITAL TENON

Opération césarienne suivie de succès pour la mère et pour l'enfant.

Par le docteur Picqué, chirurgien des hôpitaux.

Mme B..., née B..., âgée de trente-sept ans, directrice de l'enseignement primaire, m'est adressée, en juin 1892, du midi de la France, par mon confrère et ami M. le docteur Algier. Cette jeune femme est mariée depuis dix mois et actuellement enceinte de huit mois et demi.

Ses dernières règles datent du 25 septembre. Dès le début, elle consulta un médecin de son pays; il reconnut la présence d'un corps fibreux occupant toute l'excavation et conseilla l'interruption de la grossesse. Cette première opinion fut corroborée par un accoucheur, mais la malade voulut que la grossesse suivit son cours.

En juin, M. le docteur Picqué conclut alors à la nécessité d'une intervention sanglante, mais avant de se déterminer, il prit successivement l'avis de M. Champetier de Ribes, accoucheur des hôpitaux, et de M. le professeur Tarnier qui déclarèrent que le fibrome ne pouvait remonter et conclurent tous deux à l'urgence d'une opération.

Antécédents héréditaires. — Le père de la malade vit et se porte bien; la mère est morte diabétique; elle a trois frères, dont l'un est mort de fièvre typhoïde, et trois sœurs, dont l'une est cardiaque.

Antécédents personnels. — A toujours été très faible durant sa jeunesse. Réglée à dix-sept ans, pas de maladie à noter.

La malade, mariée depuis dix mois, dit avoir remarqué, peu de temps avant son mariage, l'existence d'une tumeur abdominale qui n'occasionnait aucune gêne. Les règles, d'abondance normale, ont toujours présenté une grande régularité.

Quelques difficultés pour uriner, la miction se faisait avec effort et durait longtemps.

Examen. — Le ventre est développé transversalement au palper, on sent que l'excavation est remplie par une masse dure absolument fixée. Le fœtus est placé transversalement, la tête au niveau du flanc gauche; les petites extrémités fœtales à droite et le dos en avant. De plus, on sentait nettement, dans la corne droite de l'utérus, un fibrome du volume d'un œuf de poule. On entend les bruits du cœur au niveau et un peu au-dessus de l'ombilic.

Toucher. — Par le toucher, on trouve une masse considérable remplissant toute l'excavation. Le vagin est comme refoulé de haut en bas. Le col utérin très difficile à atteindre est placé très haut à gauche et en avant; cette disposition est tout à fait analogue à celle qu'on observe dans la rétroversion de l'utérus gravide. La tumeur fait partie intégrante de l'utérus et occupe la portion sus-vaginale du col; il est absolument impossible qu'elle remonte. Il existe des phénomènes de compression, œdème de la vulve et des membres inférieurs. Gêne respiratoire, pas d'albumine dans l'urine.

M. le docteur Champetier, avec une courtoisie dont je ne saurais trop le remercier, voulut bien m'offrir, pour l'y opérer, son service à la maternité de l'hôpital Tenon. La malade y entra le 16 juin, et l'opération fut fixée au 23; quelques jours avant son entrée, la malade avait éprouvé quelques douleurs de reins qui continuaient. Dans la nuit du 22 au 23 à deux heures du matin, la rupture des membranes s'effectua suivie de douleurs utérines et lombaires vives et revenant à intervalles réguliers. On fit immédiatement une piqûre d'un demi-centigramme de morphine qui calma totalement les douleurs, et la malade dormit le reste de la nuit.

Elle eut en même temps un écoulement de glaires sanguinolentes.

L'opération ayant été fixée pour le 23, toutes les précautions antiseptiques, concernant la malade, avaient été prises (bains, purgatifs, etc.).

M. Picqué pratiqua l'opération césarienne, pour des motifs qui seront indiqués plus loin, avec l'assistance précieuse de son excellent maître M. Pozzi et de ses collègues et amis Nélaton et Champetier de Ribes.

Opération. — Incision de la paroi abdominale jusqu'à l'ombilic. La paroi antérieure de l'utérus est mise à découvert, mais l'utérus lui-même est laissé en place. Des compresses de tarlatane sont insinuées sous la paroi abdominale afin d'éviter toute effusion de liquide dans la cavité du péritoine. L'utérus est incisé avec précaution sur la ligne médiane dans une étendue de 16 centimètres. Placenta prœvia, cœsarea; l'incision porte sur l'insertion du placenta, quelques pinces ont été mises chemin faisant sur la tranche utérine; au fur et à mesure que le tissu utérin est incisé les doigts sont placés sur les bouches vasculaires béantes. Enfin, dès que le placenta apparaît, il est rapidement décollé ainsi qu'une grande partie des membranes et l'hémorragie est réduite au minimum.

M. Picqué procède à l'extraction d'un enfant vivant (fille) en prenant la tête tout d'abord, puis enlève le reste des membranes qui avaient été déchirées.

La cavité utérine est lavée à l'eau bouillie très chaude et les parois reviennent rapidement sur elles-mêmes. La paroi interne est également frottée à l'aide de compresses de tarlatane.

M. Picqué procède ensuite à la suture utérine sans résection musculaire préalable. Un premier plan de onze sutures profondes à la soie comprenant toute la paroi en respectant la muqueuse,

Un plan de quarante-huit points de sutures superficielles séro-séreuses donnant ainsi une occlusion absolue de la cavité.

Suture en étage de la paroi abdominale selon le procédé employé à l'hôpital Pascal.

L'opération a duré une heure et demie et n'a consisté qu'en une simple opération césarienne ; un fibrome de la grosseur d'une noix a été énucléé de la face antérieure de l'utérus.

Injection vaginale et pansement à la gaze salolée dont l'extrémité à été placée dans le col pour en entretenir la perméabilité et faciliter ainsi l'écoulement lochial.

Le réveil de la malade fut facile, champagne glacé.

Nuit excellente ; 1 centigramme de morphine est injecté. Pas de vomissements. Le 24 juin, la malade va bien. Température matin, 37°6, légère douleur dans le ventre. Champagne glacé. Morphine la nuit. Température matin, 37°3 ; soir, 37°2.

25 juin. Un peu d'agitation, la nuit a cependant un peu reposé ; une sonde est placée dans le rectum pour l'évacuation des gaz.

Lavements vineux le soir. Lait coupé d'eau de Vichy. Température matin, 37°1 ; soir 37°1.

26 juin. Pouls un peu rapide (100) ; a eu vers cinq heures un peu d'agitation et de malaise général, qui n'ont été que passagers. Il y a moins de douleurs dans le ventre.

Lavement de glycérine. Lait et bouillon. Température matin, 37°3 ; soir, 37°6.

A partir de ce jour, injection vaginale matin et soir avec introduction du doigt dans le col ; on le ramène légèrement et très doucement afin de donner cours aux lochies.

Écoulement de lochies normales. Les jours suivants, la malade va aussi bien que possible et demande à manger.

La température n'a jamais dépassé 37°6 (point maximum).

Le 6 juillet, le premier pansement est enlevé.

La réunion est parfaite.

Le 14 juillet, la malade se lève (vingt-deuxième jour).

Le 19 juillet, MM. Picqué et Champetier pratiquent le toucher qui fournit les résultats suivants :

L'excavation est complètement remplie par un corps fibreux, qui fait corps avec l'utérus.

La masse occupe l'excavation et remonte à quatre ou cinq travers de doigt au-dessus de la symphyse se dirigeant franchement à droite et dépassant très peu à gauche la ligne médiane.

On peut imprimer à cette tumeur dans tous les sens certains mouvements, il ne paraît pas y avoir d'adhérences intimes de cette masse, soit avec les parois de l'excavation, soit avec la paroi abdominale.

Depuis que la malade marche, il y a un peu de douleur dans la fosse iliaque gauche et un peu d'œdème du membre inférieur droit.

La miction et la défécation s'exécutent normalement.

On ne peut plus distinguer à la surface de l'utérus le fibrome volumineux qu'on sentait avant l'opération au niveau du fond. Il est confondu avec la masse.

L'enfant de la malade est en excellent état, Mme B... quitte la maternité de Tenon le 21 juillet.

M. Picqué a revu la malade une dernière fois avant son départ définitif de Paris ; les quelques douleurs qu'elle éprouvait en marchant ont disparu. L'état général est excellent.

Je serai bref sur les considérations qui m'ont poussé à cette intervention ; d'une façon générale, on peut dire que, depuis la réintroduction en France de la symphyséotomie, grâce aux travaux de M. le professeur Pinard, les indications des interventions sanglantes par la voie abdominale se sont restreintes de plus en plus.

Les indications relatives de ces opérations (bassins rétrécis, par exemple, où l'on pouvait choisir entre les méthodes fœticides et l'intervention sanglante) n'existent plus aujourd'hui et c'est à la symphyséotomie qu'il convient d'avoir recours.

Mais il existe des indications absolues dans les cas où, comme chez ma malade, existe un fibrome occupant le segment inférieur de l'utérus et remplissant l'excavation pelvienne.

Dans ces conditions, méthodes fœticides et symphyséotomie sont manifestement insuffisantes et c'est à l'intervention sanglante, par la voie abdominale, qu'il faut s'adresser.

J'avais à choisir entre l'opération césarienne conservatrice et l'opération de Porro, dans laquelle on pratique l'ablation de l'utérus et des annexes.

Sans revenir aujourd'hui sur un parallèle un peu vieilli et qui, d'ailleurs, a été bien discuté au sein de cette Société, en particulier par MM. Bouilly et Lucas-Championnière, je me contenterai de dire que si, dès le début, j'ai été entraîné vers l'opération de Porro, partageant l'illusion de l'École de Vienne, sur la possibilité de débarrasser ma malade de sa tumeur, je me suis vite décidé à pratiquer l'opération césarienne, en voyant l'impossibilité de remplir mon programme primitif, suivant en cela la pratique de Sanger et me réservant, comme lui, d'intervenir ultérieurement contre le corps fibreux par l'hystérectomie vaginale.

Je ne veux pas terminer cette communication, sans revenir sur quelques points du manuel opératoire qui n'ont pu trouver place ailleurs.

Tous les auteurs insistent sur les deux indications suivantes : 1° prévenir l'hémorragie immédiate ; 2° éviter l'irruption du liquide amniotique dans le péritoine.

Contre le deuxième accident, Muller recommande d'attirer l'utérus hors du ventre et ce procédé est conseillé par Léopold.

Je crois qu'il est plus simple d'opérer *in situ*, à la condition d'être bien assisté, et M. Lucas-Championnière a bien fait d'insister sur ce fait : c'est, en somme, un cas particulier de l'ouverture des kystes ovariques.

Contre l'hémorragie immédiate, Lutzmann a proposé l'hémostase élastique provisoire adoptée par Sanger.

Rejetant le procédé de Muller, cette application doit être rendue bien difficile et doit augmenter les chances d'infections par le traumatisme péritonéal qui peut en être la conséquence. Cette hémostase est-elle bien utile ? Dans mon cas, je suis tombé en plein placenta et l'hémorragie a été nulle. C'est, à mon sens, une question d'assistance éclairée et de rapidité dans le décollement du placenta. Au fur et à mesure de mon incision, des pinces étaient placées sur toutes les bouches vasculaires et dès que l'incision fut complète, je décollai rapidement le placenta sans l'inciser. Je crois, en somme, que la technique, là comme ailleurs, doit être simplifiée le plus possible et c'est à ce titre que je repousse la ligature élastique tout comme le procédé de Muller.

Incision utérine et suture. — L'incision utérine doit porter sur la ligne médiane et il me semble facile, bien qu'on me prétende le contraire, de ne pas empiéter sur les parties latérales. Elle doit avoir une étendue de 15 à 18 centimètres pour faciliter les manœuvres.

La préparation de la plaie par la formation de deux ambeaux péritonéaux, conseillée d'abord par Sanger pour faci-

liter l'adossement des séreuses, me semble une complication superflue, à laquelle il faut renoncer, comme Sanger lui-même l'a fait au Congrès de Munich, en 1886.

La résection musculaire proposée par Léopold n'a plus sa raison d'être, malgré l'avis opposé de quelques accoucheurs, quand l'incision a été faite convenablement et suivant une ligne bien régulière; dans notre cas, nous n'avons pas eu à réséquer. La surface de section était très régulière après la contraction utérine et je crois qu'il peut en être de même dans tous les cas.

Au point de vue de l'application des sutures, les procédés les plus compliqués ont été proposés et mis en usage.

Nous ne rappellerons, que pour mémoire, les sutures d'une seule pièce de Sanger (abandonnées par leur auteur), les procédés séro-séreux de Schultze, les procédés à trois étages de Fasola, de Schrœder et de Lebedeff.

Certes, ces procédés ont été imaginés à l'époque où l'on redoutait tant l'épanchement de liquide septique dans la cavité abdominale, c'est-à-dire à la période pré-aseptique où l'on savait mal désinfecter la cavité utérine.

Il ne faudrait pas croire cependant qu'on pût simplifier outre mesure ces procédés et je pense que, toutes choses égales d'ailleurs, il est indispensable de conserver le principe du double plan de sutures, en usage pour tous les viscères creux et proposées par Sanger dans l'opération qui nous occupe.

Aussi ne puis-je admettre le procédé préconisé par M. Terrier et Fritsch, qui se bornent à affronter la musculeuse, en abandonnant le péritoine à lui-même. Je pense comme eux qu'il y a intérêt à aller vite, mais néanmoins j'estime qu'il est indispensable de faire le minimum nécessaire.

Le récent procédé de Léopold est intéressant. Il conseille, lors de la striction des points profonds, de repousser entre les lèvres de la plaie les bords de la séreuse, qu'on réunit ensuite par un surjet.

Le procédé doit se faire rapidement, mais je ne crois pas indispensable de faire cette invagination et je me demande si elle ne diminue pas la solidité de la suture musculaire. Dans mon cas, j'ai fait la suture de la façon suivante :

1° Premier plan de sutures profondes à points séparés intéressant toute l'épaisseur de la paroi, moins la muqueuse, et ressortant de chaque côté des lèvres de la solution de continuité à environ 1 centimètre. Chaque point de suture est serré successivement;

2° Deuxième plan de sutures séro-séreuses, selon le procédé de Lembert.

Lorsque les fils profonds ont été coupés, quelques points de suture séro-séreuse sont appliqués à leur niveau, cachant, par conséquent, le nœud de la suture.

Bien des discussions ont eu lieu au sujet du fil à employer et l'on peut dire que toutes les substances ont été utilisées.

Toutes ces discussions n'ont plus de raison d'être aujourd'hui et je pense que l'on peut recourir indifféremment à toutes les substances, sauf au fil d'argent abandonné par Léopold lui-même. Dans mon cas, j'ai fait toutes les sutures à la soie : soie de Czerny pour les sutures profondes, soie fine pour les sutures superficielles.

Je crois pouvoir affirmer en terminant que, toutes choses égales d'ailleurs, c'est dans une suture solide que réside la sécurité absolue de l'opération, dans les cas restreints où elle se trouvera désormais indiquée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 mars 1893. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

COMMUNICATION

Spina bifida. — M. **MONOD** communique l'observation d'un enfant de cinq jours atteint de spina bifida sacro-lombaire avec paraplégie. La tumeur, très volumineuse, présentait une enveloppe cutanée amincie, sauf à sa base où la peau paraissait saine. Elle fut d'abord ponctionnée, puis ouverte, et, dans l'intérieur, on a trouvé, émergeant du trou rachidien, un tronçon nerveux, qui allait s'insérer à la partie culminante de la poche. M. Monod en a fait la section et, la tumeur excisée, a obturé l'orifice osseux en suturant au-devant de lui les bords internes des deux masses sacro-lombaires et les lèvres de la peau. La guérison était complète en huit jours, sans incidents.

Six semaines plus tard, on rapportait l'enfant très affaibli par différents accidents, dus à un prolapsus du rectum, sur lequel furent appliquées quelques raies de feu; il succomba deux ou trois jours après.

A propos de cette observation, M. Monod fait remarquer les points suivants. L'intervention contre le spina bifida avait été suivie de succès, bien que l'enfant ne fût âgé que de quelques jours, et, dans la suite, il n'y a pas eu de saillie de liquide rachidien, comme cela a été noté.

Quant aux filets nerveux, inclus dans la poche, M. Monod en a fait la section d'après un certain nombre d'observations favorables, relatées dans un mémoire de M. Polaillon et dans la thèse de M. Bellanger. Il y aurait lieu de se demander si l'hypothèse de M. Berger, à propos de la constitution de l'encéphalocèle, ne serait pas aussi applicable à ces cas de spina bifida.

M. **BERGER** pense que ce dernier point mérite d'être étudié. On est mieux renseigné sur d'autres faits de l'histoire du spina bifida. Pour ce qui concerne la brèche osseuse, elle peut être très bien comblée par une greffe osseuse; c'est ce qu'avait fait M. Berger en l'empruntant à un lapin. Malheureusement, si la lésion locale avait été réparée, la paraplégie n'en avait pas été modifiée et elle persistait encore un an après.

C'est là, assurément, une condition défavorable pour l'avenir de ces opérations; il en est de même lorsqu'il existe un prolongement médullaire dans la poche, M. Berger a vu un enfant de trois mois, paraplégique, qu'il a opéré dans ces conditions; après avoir libéré les filets nerveux, il les a refoulés dans le canal et il a fait une suture périostique; l'opération a été rapidement suivie de mort. Peut-être, par suite de cette réintégration, se fait-il secondairement une compression dont les effets sont fâcheux.

M. **FÉLIZET** fait observer qu'il y a une différence de gravité entre le spina bifida de l'enfant et celui de l'adulte. Chez les premiers, le pronostic est sérieux. Il a, pour sa part, opéré six cas sur lesquels il a eu cinq succès immédiats, mais, dans la suite, est apparue l'hydrocéphalie.

Il faut, d'autre part, tenir compte des éléments nerveux herniés qui ne sont pas les mêmes dans les deux cas, de la durée de l'affection qui, chez l'adulte, a été plus ou moins longtemps compatible avec la vie. Pour ces différentes raisons, il ne serait pas juste de comparer entre elles des interventions faites dans des conditions aussi différentes.

RAPPORT

Pathogénie du tétanos. — M. **CHAUVEL** fait un rapport sur une observation de tétanos adressée par M. Ferraton. Il s'agit d'un jeune soldat qui, en tombant sur le sol d'une écurie, s'était fait une double luxation de la dernière phalange de l'annulaire et du médius; sur ce dernier doigt, existait une plaie, souillée de terre. Le premier jour, on ne fit aucun pansement antiseptique; ces soins ne furent appliqués que le lendemain, au moment de la réduction des luxations.

Dix jours plus tard, il n'y avait plus trace de plaie et le blessé

paraissait guéri, lorsque, quarante-huit heures après, il était pris de tétanos. Les symptômes s'aggravant, malgré l'usage du chloral et de la morphine, M. Ferraton a jugé utile la désarticulation métacarpo-phalangienne du médius. Il y eut pendant quelques jours une amélioration, ce qui fit diminuer les doses de médicaments, mais au bout d'une semaine on dut, à cause de nouvelles crises convulsives, en reprendre l'emploi aux mêmes doses élevées du début (10 grammes de chloral et 3 à 5 centigrammes de morphine par jour). Enfin, sous l'influence de ce traitement, le mieux a reparu et au bout de quarante jours la guérison était définitive.

Des expériences et des inoculations ont été faites avec de la terre prise à l'endroit même de la chute, avec le pus du doigt amputé et avec les urines du malade.

Les inoculations faites avec la terre et le pus du doigt, sur lequel était resté un petit gravier, ont été positives et ont déterminé la mort des inoculés. Le bacille de Nicolaïer a été constaté; quant aux expériences pratiquées avec l'urine, elles ont été négatives.

D'après M. Ferraton, il faudrait n'avoir que peu de confiance dans l'action du chloral et de la morphine et, en pareil cas (lésions des extrémités), on ne devrait pas hésiter à recourir à l'amputation.

M. Larger, dans une des séances précédentes, a rappelé sa communication du 28 octobre 1885 (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 1 005), dans laquelle il est arrivé à formuler, le premier, les lois de l'étiologie du tétanos telles qu'elles sont universellement acceptées aujourd'hui.

Il admet que le cheval, malade du tétanos, soit un agent de contagion, de même que tout autre animal atteint de cette maladie peut le devenir. Mais dire que le cheval sain produit le tétanos, que le cheval est tétanifère ou tétanigène en tant que cheval, cela ne paraît pas plus admissible que pour tout autre animal.

On trouve peut-être plus souvent le cheval comme agent du contage, par ce fait que le cheval est un des animaux dont la réceptivité pour le tétanos est des plus grandes d'une part, et que, de l'autre, son contact avec l'homme est journalier.

Mais il n'est pas le seul : le mouton a, pour le tétanos, non moins de réceptivité que le cheval, et, en dirigeant une enquête dans ce sens, il est probable qu'on trouverait des raisons aussi plausibles pour défendre l'origine ovine que l'origine équine du tétanos.

En réalité, le tétanos n'est pas plus d'origine équine qu'ovine, mais bien d'origine tellurique.

Ce qui le prouve, c'est l'épidémie localisée de Carrière-sous-Poissy, etc., c'est encore sa distribution géographique à la surface du globe, tout à fait indépendante des climats et des saisons, tout à fait indépendante aussi de la présence ou de l'absence des chevaux.

Là où le bacille du tétanos existe, il est partout, comme le vibrion septique : dans le sol et sur tous les objets placés à sa surface, tels que toiles d'araignées, déjections d'animaux, etc.

Si on ne le trouve que dans la terre cultivée et non dans la terre de bruyères, cela ne prouve nullement que le fumier de cheval seul l'y ait introduit.

Relativement au cas particulier qui fait l'objet du rapport de M. Verneuil, il nous dit : « La terre a été inoculée et les animaux sont morts de septicémie et non de tétanos; donc ce n'est pas la terre qui a été l'agent du contage. »

Or, M. Verneuil a répondu lui-même à l'argument. En effet, il ajoute que la mort par septicémie s'est montrée vingt-quatre heures après l'inoculation, c'est-à-dire avant l'évolution probable du tétanos. Ce fait négatif ne prouve donc rien.

M. Verneuil dit que la femme a gagné le tétanos par la fréquentation des cochers. Mais, à Paris, des milliers de cochers fréquentent les femmes, et s'ils leur communiquent parfois... quelque chose, je ne sache pas que ce soit précisément le tétanos!

A Paris, encore, des milliers de chevaux vivent en promiscuité avec des milliers de palefreniers qui, eux-mêmes, ont des milliers de femmes et d'enfants!

Toujours à Paris, des milliers de gens se blessent en tombant sur le sol des écuries, des cours, des rues, des boulevards, constamment revêtu de crottin de cheval. Le vent soulève cette poussière de crottin et la dissémine un peu partout, de telle sorte que l'on peut dire que l'air de la capitale en est sans cesse souillé; et, cependant, le tétanos est extrêmement rare à Paris! Même remarque pour l'armée où, quoi qu'on en ait dit, le tétanos n'est pas plus fréquent dans la cavalerie que dans l'infanterie. Sans doute, on a pu signaler une certaine différence, mais en oubliant de dire que les blessures par accidents, surtout par chutes, morsures, coups de pied de cheval, sont infiniment plus fréquentes dans la cavalerie que dans l'infanterie. De telle sorte que l'argument, s'il ne se retourne pas, porte tout au moins à faux.

Au surplus, sur les 66 observations de morsures de cheval recueillies par M. Gilette, le tétanos n'a été noté que 3 fois.

M. Terrier, d'après son expérience déjà ancienne sur cette question, peut se rallier entièrement à l'opinion de M. Larger. Il y a bien longtemps qu'il a remarqué que le cheval n'était pas un animal aussi dangereux qu'on le prétend et, lorsqu'on a inventé la théorie équine, il a commencé, à ce sujet, une enquête qu'il continua depuis.

Il signale, tout d'abord, que, pendant quatre années, durant lesquelles il a vu chaque jour des élèves, des palefreniers et des chevaux, il ne lui a pas été donné de voir un seul cas de tétanos.

Quant aux renseignements qu'il a recueillis, il peut ainsi les résumer : M. Goubaud, dans l'espace de vingt-cinq ans, n'en a observé aucun cas; M. Nocard, à Alfort, n'en a pas constaté un exemple; M. Chauveau, à Lyon, n'a vu ni élèves, ni palefreniers atteints de la maladie; M. Baillet, à Toulouse, n'a jamais eu l'occasion d'en relever un seul fait, et, dans un journal belge, Vinkel fait la même remarque.

M. Terrier croit pouvoir en conclure que le cheval n'est pas un animal dangereux; il le serait même moins que le pauvre mouton, à l'actif duquel les épidémies de tétanos ne sont pas rares.

M. Delorme, en l'absence de résultats bien positifs apportés à la thérapeutique du tétanos par les bactériologistes, ou par ceux qui se sont inspirés de leurs recherches, croit, comme M. Chauvel, qu'il y a encore intérêt à discuter la valeur des modes de traitement chirurgicaux anciens de cette terrible complication.

Si M. Delorme n'hésitait pas à pratiquer l'amputation d'un segment de membre peu important chez un tétanique (orteil, phalange d'un doigt), dans des plaies de la continuité d'un membre, il préférerait recourir au curage de la plaie, ou à sa cautérisation au fer rouge, et il ferait suivre le curage ou la cautérisation, d'un nettoyage attentif avec du chlorure de zinc à 1/10. Ces procédés détruisent la couche tétanigène, toute de surface, et avec elle les agents de la suppuration, sans l'aide desquels le bacille tétanique est peu nocif.

Il a récemment employé le curage sur un blessé qui présentait une plaie profonde de la fesse. Chez lui, il lui eût été impossible de songer à l'amputation.

Sans doute l'amputation, le curage et la cautérisation n'ont de chances de réussite que lorsqu'on les emploie à une époque très rapprochée du traumatisme, mais quelque rares que puissent être leurs succès quand ils sont utilisés plus tard, il croit qu'il y a encore lieu d'y recourir dans cette complication si grave et qui ne déjoue que trop souvent les efforts de la thérapeutique.

PRÉSENTATIONS DE MALADES

Vaste ostéome (?) du moyen adducteur. — M. Delorme présente un artilleur qui, dans un exercice de gymnastique, en faisant le saut de mouton, se rompit les attaches supérieures du moyen adducteur gauche. Quelques jours seulement après l'accident, il constata au-dessous du pli inguinal, vers sa moitié interne, une tuméfaction des dimensions d'un petit œuf de poule. En deux mois, cette tuméfaction qui n'apportait que peu de gêne aux mouvements du membre inférieur et qui n'était pas doulou-

reuse, s'accrut lentement, s'étendit quelque peu le long du muscle, mais ce n'est que depuis ces deux derniers mois qu'elle a acquis son volume actuel.

Comme on peut le constater, cette tumeur a 8 à 9 centimètres de large, 19 de long, c'est-à-dire qu'elle occupe toute l'étendue du moyen adducteur et de la moitié supéro-interne de la cuisse. Elle est quelque peu mobile dans le sens antéro-postérieur, immobile dans la verticale, d'une dureté ligneuse, osseuse. Malgré son volume, elle n'apporte qu'une gêne peu sensible dans les mouvements du membre. Elle offre, en un mot, les caractères classiques des ostéomes des adducteurs si fréquents dans l'armée, et représenterait un des spécimens les plus étendus de ces tumeurs, puisque la totalité du muscle est envahie.

Malgré sa dureté osseuse, M. Delorme hésiterait cependant à porter le diagnostic d'ostéome auquel on s'arrête, à son sens, trop facilement aujourd'hui, lorsqu'on est en présence d'une tumeur musculaire développée à l'occasion d'un traumatisme et présentant les caractères de celle dont ce soldat est porteur. D'abord, parce qu'il lui paraît difficile d'admettre que, dans le court espace de temps de deux mois, une tumeur osseuse aussi étendue puisse se développer, ensuite parce qu'il a vu quelques-uns de ces prétendus ostéomes, aussi durs que l'est celui de ce malade, diminuer d'une façon considérable sous l'influence de pressions répétées et énergiques.

L'année dernière M. Delorme voulait présenter un soldat chez lequel, à la suite d'une entorse du coude, s'était produit un hématome volumineux du brachial antérieur près de ses attaches inférieures. La tumeur, du volume d'un petit œuf, soulevait la brachiale au point de faire disparaître le pouls radial, et comprimait le médian assez pour diminuer la sensibilité dans le département musculo-cutané, dans lequel se rend ce nerf, et déterminer des fourmillements. Elle datait de plus de six mois. Il désirait montrer ce malade pour avoir l'avis de ses collègues sur l'utilité d'une intervention. L'ayant donné à examiner à un groupe d'élèves qui, pour se rendre bien compte de son siège, de son volume, de ses connexions, l'examina avec attention, la manipula, la pétrit, il fut averti par ce soldat, quelques jours après cette séance d'examen, que la tumeur avait notablement diminué de volume, que les battements du pouls radial étaient revenus, et que les fourmillements dans la zone du médian avaient cessé. Il disait vrai. La masse avait diminué d'un tiers; après un certain nombre de massages, elle disparut presque totalement.

Il compte employer le même moyen chez l'artilleur qu'il présente et il fera part du résultat obtenu par le massage.

En désignant ces tumeurs sous le nom d'ostéome, on fait, suivant lui, trop bon marché de l'épanchement sanguin et surtout de la myosite interstitielle qui, l'un et l'autre, peuvent imprimer à la tuméfaction ses caractères de dureté.

Kystes hydatiques multiples du foie. — M. MAUNOURY présente une femme ayant été atteinte de kystes hydatiques multiples du foie.

Cette malade, âgée de trente-neuf ans, a subi successivement :

1° En 1887, l'ouverture d'un kyste hydatique du foie par les caustiques;

2° En février 1888, une incision transpleurale d'un kyste du lobe gauche, opération qui a été relatée au Congrès français de chirurgie en 1888;

3° Après deux ponctions sans résultat, laparotomie exploratrice le 6 juin 1890;

4° Le 15 mai 1802, une laparotomie à gauche de la ligne médiane pour ouvrir un nouveau kyste du lobe gauche;

5° Le 23 mai 1892, la large ouverture d'un petit kyste hydatique de la cicatrice de l'incision transpleurale;

6° Et enfin, le 22 juillet 1892, une incision transpleurale d'un kyste du lobe droit.

Cette femme est actuellement bien portante, et son foie a repris son volume normal.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 22 mars 1893, ont été promus dans le corps de santé militaire et, par décision ministérielle du même jour, ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. le médecin principal de deuxième classe Mutin, en remplacement de M. Badour, retraité; maintenu provisoirement aux salles militaires de l'hospice mixte de Besançon.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Pierrot, en remplacement de M. Vincens, retraité; maintenu provisoirement à l'École polytechnique. — Charvot, en remplacement de M. Mutin, promu; maintenu aux hôpitaux militaires de la division de Constantine.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Massonnaud, en remplacement de M. Breton, mis en non-activité; maintenu au 122e régiment d'infanterie. — Richard, en remplacement de M. Sourrel, retraité; désigné pour les hôpitaux militaires de la brigade d'occupation de Tunisie. — Schmitt, en remplacement de M. Taquoy, retraité; maintenu au 1er régiment d'infanterie. — Douart, en remplacement de M. Coustan, retraité; maintenu au 16e régiment d'artillerie. — Brégi, en remplacement de M. Pierrot, promu; désigné pour le 154e régiment d'infanterie. — Bercher, en remplacement de M. Charvot, promu; maintenu au 26e régiment d'artillerie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Jacquin, en remplacement de M. Herck, démissionnaire; maintenu au 13e régiment d'infanterie. — Alvernhe, en remplacement de M. Galibern, décédé; maintenu aux batteries d'artillerie de la 39e division d'infanterie. — Goudal, en remplacement de M. Humbert, démissionnaire; maintenu au 3e régiment de tirailleurs algériens. — Auger, en remplacement de M. Lassègue, démissionnaire; maintenu en mission au Soudan. — Guibal, en remplacement de M. Arnold, décédé; désigné pour être attaché à la direction du service de santé du 3e corps d'armée et aux salles militaires de l'hospice mixte de Rouen. — Vaïsse, en remplacement de M. Didier, mis en non-activité; désigné pour le 17e régiment d'infanterie. — Pruvost, en remplacement de M. Ribes, mis en non-activité; désigné pour être attaché à la direction du service de santé du 2e corps d'armée et aux salles militaires de l'hospice mixte d'Amiens. — Galland, en remplacement de M. Breton, mis en non-activité; désigné pour le 113e régiment d'infanterie. — Estor, en remplacement de M. Massonnaud, promu; désigné pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine. — Bosc, en remplacement de M. Richard, promu; maintenu aux troupes de l'armée de terre en Indo-Chine. — Fargin, en remplacement de M. Douart, promu; désigné pour l'École militaire préparatoire de l'artillerie et du génie de Billom. — Sagrandi, en remplacement de M. Brégi, promu; désigné pour le 1er régiment de tirailleurs algériens. — Boyé, en remplacement de M. Bercher, promu; désigné pour le 61e régiment d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe en non-activité de Voisins, en remplacement de M. Bertrand, mis en non-activité; désigné pour le 2e régiment de spahis. — Rhein, en remplacement de M. Schmitt, promu; désigné pour le 95e régiment d'infanterie.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. le médecin aide-major de première classe en non-activité Routier; désigné pour le 17e bataillon de chasseurs à pied.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

55

ANÉMIE, CHLOROSE, ÉPUISEMENT

Affaiblissement général

HÉMOGLOBINE SOLUBLE

de V. DESCHIENS

PRINCIPE FERRUGINEUX NATUREL, RÉPARATEUR DES GLOBULES DU SANG

SIROP, VIN, DRAGÉES préparées par **Adrian et Cie** 9 et 11, rue de la Perle, PARIS

12

DYSPEPSIES ATONIQUES

COLIQUES HÉPATIQUES et NÉPHRÉTIQUES

La QUASSINE ADRIAN

EXCITE L'APPÉTIT ET DÉVELOPPE LES FORCES

DRAGÉES dosées à 25 mgr **Quassine amorphe.**
GRANULES dosées 2 mgr **Quassine cristallisée.**

22

COLIQUES HÉPATIQUES
COLIQUES NÉPHRÉTIQUES
COLIQUES UTÉRINES

CAPSULES BRUEL

D'ÉTHER AMYL VALÉRIANIQUE

Spécifique des maladies nerveuses en général. Le plus puissant et le plus inoffensif des calmants et antispasmodiques.

32

TUBERCULOSE PULMONAIRE

PLEURÉSIE D'ORIGINE TUBERCULEUSE

Bronchites aiguës et chroniques
Dilatation des bronches, Bronchorrhée

GAIACOL IODOFORMÉ SÉRAFON

& GAIACOL-EUCALYPTOL IODOFORMÉ SÉRAFON

en CAPSULES pour l'usage interne.
en SOLUTIONS pour injections hypodermiques.

Préparation et vente en gros : Mon ADRIAN et Cie, Paris.

73

Maison Renault aîné, fondée en 1840.

DROGUERIE MÉDICINALE

PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Maison spéciale pour la fourniture aux médecins et aux hospices de médicaments préparés avec soin.

ARMOIRES-PHARMACIES et **PHARMACIES PORTATIVES**

Discoïdes Midy pour injections hypodermiques instantanées.
Trousses avec discoïdes assortis.

ENVOI FRANCO DES TARIFS SUR DEMANDE.

Pelliot et Delon, success^rs, *fournisseurs des hôpitaux*, 26, rue du Roi-de-Sicile, Paris.

24

DRAGÉES ET CACHETS DE

PHÉNÉDINE-PELISSE

Paraacétphénétidine

fabriqués par la Soc. des mat. color. de St-Denis.
DOSAGE : *0g25 de Phénédine pr dragée et pr cachet.*
Deux dragées ou deux cachets suffisent pour supprimer la **migraine** et calmer les **douleurs névralgiques.** — Ils n'occasionnent ni troubles gastriques ni vertiges.
Dépôt à Paris : Phie PENNÈS. 49, r. des Écoles.
DÉTAIL DANS TOUTES LES PHARMACIES

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

72

PILULES RHÉO-FERRÉES VIGIER

(contre la constipation. — 1 à 2 au dîner.

26

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.
En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

72

DESNOIX 17, RUE VIEILLE-DU-TEMPLE PARIS

MARQUE DE FABRIQUE

PANSEMENTS ANTISEPTIQUES
TOILE VÉSICANTE
TOILE VÉSICANTE ROSE à la cantharidine
THAPSIA, SPARADRAP des **HOPITAUX**
et tous les sparadraps.
PLUMASSEAUX-ÉPONGES
remplaçant les éponges naturelles.
PINCEAUX MOLLETONNÉS
pr enlever les fausses membranes ds l'angine couenneuse.

25

PUY-DE-DÔME **MONT-DORE** J. CHABAUD, concesson^re.

Saison du 1er juin au 1er octobre.

Maladies des voies respiratoires, Affections oculaires externes, Affections rhumatismales cutanées. *Salles d'hydrothérapie (services nouveaux).* L'eau du Mont-Dore est arsénicale. *Grand Casino* dans le parc. Grand café glacier. Salons de lecture. Représentations théatrales tous les jours. Concert deux fois par jour dans le parc. Cercle. Sites ravissants. *La concession a été renouvelée à M. Chabaud pour 60 années, à partir du 1er janvier 1890. Trois millions devront être dépensés en travaux et grandes améliorations. — Tous les travaux seront terminés pour la saison 1893.*

10

SIROP D'AUBERGIER

AU LACTUCARIUM

TOUX, RHUMES, GRIPPE, BRONCHITES

Approbation de l'Académie de médecine.

Contre les affections des **Poumons** et des **Bronches,** calme la **Toux** et supprime l'**Insomnie.**

DANS TOUTES LES PHARMACIES

44

VIN NOURRY IODOTANÉ

EXACTEMENT TITRÉ

Une cuillerée à bouche contient :
0gr,05 d'Iode
et 0gr,10 de Tanin,
exempt de tout iodure alcalin.

Par son assimilation et sa tolérance parfaites, le **VIN NOURRY** est le curatif par excellence des affections qui ont l'Iode ou les Iodures pour base de traitement, telles que : **Lymphatisme, Scrofule, Anémie, Menstruations difficiles,** etc.....

DOSES. — Enfants : 1 cuillerée à café;
Adultes : 1 cuillerée à soupe,
avant les deux principaux repas.

Paris, 28, rue Saint-Claude, et Pharmacies.

22

ÉLIXIR ET VIN DE J. BAIN

à la Coca du Pérou.

TONIQUE ET FORTIFIANT, LE PLUS PUISSANT RÉPARATEUR DES FORCES ÉPUISÉES.

Phie, 56, rue d'Anjou, et toutes pharmacies.

67

LIQUIDES BROWN-SÉQUARD

Prospectus et renseignements franco.
BOUTY, *119, r. d'Aboukir, Paris.*

90

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.
Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.
Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.
Prix du flacon : CINQ FRANCS.
DÉPOT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmaci BRUNSCHWIK.
VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

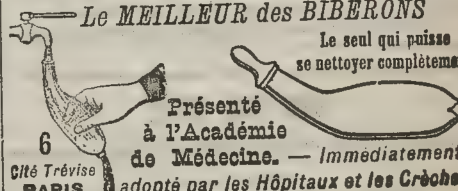
AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.
Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.
Prix du flacon : QUATRE FRANCS.
DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies.
VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

69

Le PARFAIT NOURRICIER

Le MEILLEUR des BIBERONS



Le seul qui puisse se nettoyer complètement

Présenté à l'Académie de Médecine. — *Immédiatement adopté par les Hôpitaux et les Crèches.*

6 Cité Trévise PARIS

41

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ

au lactate de fer (5 centigr).

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

qui, par deux fois, à vingt ans d'intervalle, a reconnu leur supériorité sur tous les autres **ferrugineux.**

Dépôt : LABÉLONYE et Cie, et toutes phies.

54

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de 50 et 100g.
Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.
Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.
31, rue des Petites-Écuries, Paris

80

GRAINS CRÉOSOTÉS SABOURDY

Ctre *Affections pulmonaires, Bronchites, Emphysème, Asthme, Phthisie, Scrofule, Rachitisme.*
DOSE : 3 à 6 grains avant chaque repas.
Dépôt : 275, rue Saint-Honoré, Paris, et phies.

66

COTON IODÉ DU Dr MÉHU

Adopté dans les hôpitaux de Paris.

Le Coton iodé du Dr Méhu est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau et un révulsif énergique dont *on peut graduer les effets à volonté.* Son action est plus sûre et plus profonde que celle de la teinture d'iode. Il remplace avec grand avantage le papier moutarde, l'huile de croton tiglium, le thapsia et souvent même les vésicatoires.

Pharmacie Thomas, 48, avenue d'Italie, Paris.

46

ELIXIR ALIMENTAIRE **DUCRO**

Viande crue, Alcool, Écorces d'oranges amères,
Phtisie, Anémie, Convalescence.
Paris, 20, place des Vosges.

N° 38. — JEUDI 30 MARS 1893. 66e ANNÉE. JEUDI 30 MARS 1893. — N° 38.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : **20 c.** — Avec Supplément : **30 c.**

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Bien que l'Académie ne prenne jamais officiellement de vacances, à cette époque de l'année, les fauteuils se vident volontiers et les discussions chôment. Aussi la parole est-elle alors généreusement accordée aux confrères étrangers à la Compagnie, et les séances ne sont alors qu'une série de lectures. Elles n'en sont pas toujours moins intéressantes pour cela, témoin celle d'hier, dans laquelle ont été faites, entre autres, deux communications qui ont été écoutées avec une vive attention.

M. Delorme, le distingué professeur du Val-de-Grâce, a rapporté les observations de deux malades atteints de lésions intra-rachidiennes graves, chez lesquels il a pratiqué des laminectomies étendues. L'un de ces malades, atteint de mal de Pott avec paraplégie datant de onze mois, a très bien supporté l'opération et, dès le lendemain, on a vu réapparaître la sensibilité des membres inférieurs, de la vessie et du rectum. Ce résultat est très certainement encourageant; mais l'opération ne date encore que de dix jours, et M. Delorme a été au-devant de cette objection en déclarant lui-même qu'il serait prématuré de tirer de ces faits des conclusions rigoureuses sur la valeur de ces opérations au point de vue des résultats définitifs. Il sera donc fort intéressant de suivre le malade opéré par M. Delorme, et, étant donné le temps généralement assez long que prennent MM. les membres de l'Académie pour rédiger leurs rapports, il y a tout lieu d'espérer que le chirurgien chargé de faire un rapport sur la communication de M. Delorme pourra fournir des renseignements instructifs au point de vue des résultats éloignés de l'opération.

Nous avons entendu une lecture de M. Ducor sur la longue durée de la virulence des crachats tuberculeux. Les observations, très rigoureusement prises par notre confrère, paraissent véritablement bien concluantes au point de vue de la virulence des crachats tuberculeux et de la persistance de cette virulence, et elles sont bien faites pour montrer la nécessité absolue de la désinfection la plus sévère des locaux occupés par les tuberculeux.

Nous signalerons aussi une lecture de M. Galezowski sur les hémorragies des anévrysmes miliaires dans l'ophtalmie sympathique, et une note MM. Linossier et Lemoine relative à l'action du bicarbonate de soude sur la digestion.

Au début de la séance, M. Hervieux a fait une communication sur l'immunité et la réceptivité vaccinales. On trouvera plus loin les conclusions de cette intéressante communication, qui a donné lieu à quelques observations de la part de M. Guéniot.

HOTEL-DIEU. — M. PROUST.

Un cas de paralysie complexe de l'avant-bras et de la main.

(Observation recueillie par M. LANDOWSKI, interne des hôpitaux.)

Le malade, âgé de trente-neuf ans, se présente à la consultation de notre maître, M. le professeur Proust, le 15 février. Il accuse une impotence absolue de l'avant-bras et de la main du côté droit.

Nulle hérédité nerveuse. Jusqu'à trente et un ans, pas de maladies. A cet âge, fracture de la clavicule au tiers externe; mal soigné il garde à ce niveau une pseudarthrose.

Cette fracture, due à la chute sur son épaule droite d'une lourde chaîne, n'a été accompagnée d'aucun phénomène dénotant une atteinte du plexus brachial, et le malade reprit bientôt sa profession de charretier et de débardeur, sans sentir aucun affaiblissement du membre supérieur droit.

Quatre ans après ce premier accident, il fut atteint d'une douleur avec tuméfaction du poignet droit. Le diagnostic arthrite rhumatismale fut porté par M. le docteur Landrieux. Au bout de quatre mois il reprit ses travaux de force, sans aucune gêne fonctionnelle.

C'est au 25 janvier dernier que remontent les accidents actuels. Notre malade avait depuis des années l'habitude de dormir une ou deux heures après son déjeuner. Il s'accoudait d'abord à la table de marbre du cabaret, puis, repliant son bras sous sa tête, ne tardait pas à s'endormir dans cette position.

A son réveil il avait toujours une abolition presque complète de la motilité et de la sensibilité; il ne pouvait remuer son avant-bras droit qui lui paraissait gros et lourd; il se frottait alors de la main gauche, et après une ou deux minutes de friction, la sensibilité revenait avec hyperesthésie, puis la motilité.

Le 25 janvier, après un sommeil plus prolongé que de coutume, le même accident se reproduisit, mais les frictions réitérées n'eurent pas leur effet habituel, seule la sensibilité revint au bout de deux heures environ. Le membre resta flasque et lourd.

État actuel. — A un examen superficiel l'attitude du membre supérieur droit semble caractéristique d'une paralysie radiale : avant-bras fléchi, main à angle droit sur l'avant-bras et en pronation. Les doigts cependant ne sont pas en flexion, ils pendent étendus.

Les mouvements d'extension et de flexion de l'avant-bras sur le bras sont conservés, les mouvements de flexion ont cependant perdu de leur énergie, ce qui peut s'expliquer par la paralysie du long supinateur. En effet, si, l'avant-bras en demi-flexion et en demi-pronation, nous engageons le malade à le fléchir davantage en nous opposant à ce mouvement, nous ne voyons pas se produire la saillie du long supinateur.

Les doigts pendent, avons-nous dit. Si nous les fléchissons, puis ordonnons au malade d'étendre les premières phalanges, l'extenseur commun n'obéit pas.

L'extension du poignet infléchi à angle droit, les mouvements de latéralité sont complètement impossibles. Nous avons donc affaire à une paralysie de tous les muscles innervés par le radial, sauf le triceps.

En cherchant à comparer la force des deux mains au dynamomètre, nous constatons que le malade ne peut saisir l'instrument de la main droite. La flexion des doigts totale ou partielle est complètement impossible; de même la flexion de la main sur l'avant-bras. Les muscles fléchisseurs superficiel et profond sont donc atteints : la paralysie du médian est manifeste.

Enfin l'adduction de la main, l'extension des deux dernières phalanges avec flexion des premières, l'adduction et l'abduction des doigts, l'opposition et l'abduction du pouce ne peuvent être obtenues. Le cubital antérieur, les interosseux, l'adducteur du pouce sont donc atteints, et la paralysie cubitale s'ajoute aux deux précédentes.

Tel est l'état de la motilité.

L'examen de la sensibilité ne dénote rien d'anormal; la perception du tact, de la douleur, de la température soigneusement recherchée est conservée en tous points.

La réaction électrique ne présente rien de particulier. Les muscles se contractent très bien sous l'influence de l'électricité, les nerfs électrisés font contracter les muscles sous leur dépendance.

Le réflexe du coude est conservé, celui du poignet droit complètement aboli. Pas de troubles trophiques, un léger amaigrissement des muscles thénar et des interosseux. La mensuration des masses musculaires de l'avant-bras pratiquée à la même hauteur à droite et à gauche donne des chiffres identiques.

Le malade, enfin, ne présente aucun stigmate d'hystérie, sauf une abolition incomplète du réflexe pharyngien.

Pas de rétrécissement du champ visuel, pas d'anesthésie, pas de zones hystérogènes, jamais d'attaque, aucun antécédent nerveux.

Nous croyons pouvoir conclure à une paralysie complexe des muscles de l'avant-bras et de la main d'origine traumatique, portant sur le domaine du radial, du médian et du cubital. Les phénomènes paralytiques paraissent devoir être attribués à une compression exercée journellement sur ces nerfs. Dans l'attitude que prenait le malade et que nous lui avons fait répéter devant nous, le bras se trouvait comprimé entre sa tête et la table sur laquelle il reposait. Cette action s'exerçait pour le radial dans la gouttière de torsion, au-dessous des nerfs du triceps, pour le médian et le cubital à la partie moyenne du bras.

Pendant des mois cette compression de tous les jours ne produisit que des troubles passagers mais quotidiens, le 25 janvier la paralysie devint permanente et telle que nous venons de l'observer.

MOLLUSCUM PENDULUM DE LA VULVE

AYANT SUBI UN COMMENCEMENT DE SPHACÈLE

Par A. Orrillard, interne des hôpitaux.

La malade qui fait le sujet de cette observation est une jeune fille vierge, de vingt-sept ans, exerçant la profession de demoiselle de magasin. Elle entre à l'hôpital Saint-Louis le 16 décembre 1892, salle Gosselin, n° 25, dans le service de notre maître, M. le docteur Marchand.

Antécédents héréditaires. — On ne trouve rien de spécial à noter du côté de ses parents. Elle prétend avoir perdu plusieurs frères et sœurs, mais elle n'y a attaché, dit-elle, aucune importance et ne peut en dire le nombre. Elle a une sœur bien portante de trente-quatre ans, qui a subi, en janvier 1892, l'ablation d'une petite tumeur (paraissant non pédiculée d'après les renseignements) et insérée sur la grande lèvre gauche.

Antécédents personnels. — Notre malade n'a jamais été souffrante. Réglée à quatorze ans, ses époques se sont succédé régulièrement chaque mois, jusqu'à aujourd'hui, n'entraînant aucun trouble, aucun malaise.

L'examen de tous ses organes est négatif. On ne trouve aucune tare pathologique, si ce n'est une émotivité extrême, rendant l'examen et l'interrogatoire des plus difficiles. Il n'y a cependant rien qui puisse faire poser le diagnostic d'hystérie. Il est impossible de savoir quand et comment l'affection a débuté; la malade, peu soigneuse d'elle-même, est incapable de donner le moindre renseignement à cet égard. Elle en fait remonter le début à six ou sept ans, mais elle ne peut préciser davantage.

Elle s'est aperçue, à cette époque, qu'il existait, sur la grande lèvre du côté gauche, une petite tumeur dure, non douloureuse et non pédiculée, ne la gênant en rien.

Peu à peu cette « bosse » a grossi et a commencé à se pédiculiser. L'accroissement semble s'être fait régulièrement, sans poussée, et n'avoir jamais amené de gêne pour la malade. En même temps que lui, se produisait la pédiculisation parfaite de la tumeur.

Tel était l'état de la lésion jusqu'à il y a trois semaines. A ce moment est apparue, sur sa face inférieure, une petite tache d'abord brune, puis noirâtre, large au début comme une pièce de 50 centimes. Cette plaque s'est peu à peu étendue, a atteint la dimension d'une pièce de 5 francs, et huit jours après l'apparition de ce phénomène, il s'est produit un orifice par lequel s'est écoulé de la sanie sentant horriblement mauvais, et du sang pur (?).

La malade est restée quinze jours avec cet écoulement qui persistait et finissait par la gêner; aussi, malgré l'absence absolue de douleur, se décida-t-elle à venir consulter.

La vulve une fois découverte, on voit appendue à la grande lèvre gauche, par un pédicule cylindrique, une tumeur du volume d'une orange. Pendant la marche, cette tumeur oscille absolument à la façon d'un pendule, et lorsque la malade vient à s'asseoir, elle est obligée de prendre certaines précautions pour éviter de l'écraser. Lorsqu'elle est couchée, la tumeur est appliquée sur le plan du lit et le pédicule alors non tendu décrit des sinuosités.

Nous examinerons successivement les deux parties constituantes de la tumeur, le pédicule et la partie renflée.

Le pédicule est long de 10 centimètres. Sa forme présente deux dispositions différentes : en haut, il est aplati latéralement et présente, comme point d'insertion, toute la hauteur de la grande lèvre qu'il semble continuer. Cette forme se retrouve dans tout son tiers supérieur.

Les deux tiers inférieurs, au contraire, sont absolument cylindriques et rappellent, au point de vue du volume, celui d'une bougie.

Sur tout ce pédicule, la peau a le même aspect qu'au niveau de la grande lèvre : elle est épaisse, pigmentée, présente des rides irrégulières sur toute sa hauteur. On y retrouve aussi des poils

en assez grande quantité, mais assez espacés les uns des autres. Elle ressemble parfaitement à la peau du scrotum. Ce pédicule s'implante par son extrémité inférieure à peu près exactement au pôle d'une tumeur ayant la forme d'une sphère aplatie.

Celle-ci est constituée par une masse nettement lobulée, dont les lobulations vont en augmentant de volume, à mesure qu'elles s'approchent de l'extrémité inférieure. De plus, on trouve plusieurs sillons très accusés formant chacun une ligne brisée et séparant en plusieurs lobes l'ensemble de la tumeur. La peau qui la recouvre est plus mince, dépourvue de rides et de poils, a une teinte rouge vineux intense et adhère aux parties profondes.

Au niveau du pôle inférieur, existe une plaque de sphacèle, large comme 5 francs environ et détachée sur un tiers de sa circonférence. Épaisse de 5 millimètres, elle obstrue une cavité cylindrique profonde de 1 centimètre et demi et ayant comme forme celle d'un baril. C'est de là que s'écoule un liquide sanieux et jaunâtre, d'odeur infecte.

La circonférence de cette tumeur est de 22 centimètres. La sensibilité existe sur le pédicule, mais est très obtuse au niveau de la tumeur. Il n'y a, du reste, aucune douleur spontanée et ni les mouvements imprimés, ni la pression ne déterminent de phénomènes douloureux. La palpation au niveau du pédicule fait percevoir les battements d'artères paraissant d'un assez gros volume.

Les ganglions inguinaux ne sont pas engorgés ni d'un côté, ni de l'autre. En présence de ces symptômes, le diagnostic posé a été celui de molluscum pendulum et l'ablation a été immédiatement proposée à la malade. L'opération fut pratiquée le 17 septembre 1892. Anesthésie par le chloroforme. La malade, rasée et préparée, est placée dans la position dorso-lombaire. Deux incisions longitudinales circonscrivent le point d'insertion de la tumeur, qui est rapidement enlevée. On place deux ligatures sur les artères nourricières; il reste alors une plaie longitudinale analogue à celle qui serait produite par le dédoublement d'une grande lèvre normale. Sutures aux crins de Florence qui furent enlevées au huitième jour. Dix jours après, la malade guérie quittait l'hôpital.

A la coupe, la tumeur est dure, crie sous le couteau et présente un aspect fibroïde d'un blanc mat. Il y a un léger œdème de tout le tissu.

L'histoire clinique du molluscum pendulum de la vulve a été fort bien résumée dans un article de M. Marfan paru dans les *Archives de tocologie* de 1882 et dans deux thèses de la Faculté de Paris : celle de M. Barry (1884) et celle de M. Chérot (1892). Aussi ne ferons-nous que signaler les détails un peu spéciaux qu'a présentés notre observation. Au point de vue étiologique, l'hérédité signalée dans quelques observations ne donne ici aucun renseignement, si ce n'est l'existence d'une petite tumeur vulvaire chez la sœur de la malade. Malheureusement, il n'a pas été possible d'avoir à ce sujet tous les renseignements désirables.

Hébra a signalé un développement incomplet physique et intellectuel comme cause prédisposante. Il serait peut-être préférable de considérer ces symptômes comme une simple coïncidence; en tout cas, disons que, chez notre malade, les facultés intellectuelles sont certainement au-dessous de la moyenne.

L'existence de l'hymen absolument intact permet, comme dans le cas de M. Marfan (1), d'éliminer les infections blennorragique et puerpérale. Et du reste, on ne trouve ici aucune cause d'irritation locale.

Au point de vue anatomique pur, nous signalerons la longueur extrême du pédicule (10 centimètres) et la forme à peu près sphérique de la tumeur qui y était appendue.

(1) Marfan. Soc. anat., 1882.

D'après les observations, ces sortes de tumeurs sont le plus souvent pyriformes. La palpation ne donnait pas du tout la sensation d'une poche vide, comme il est dit dans certaines observations et comme semble le représenter une pièce du musée de l'hôpital Saint-Louis.

MM. Lagrange et Duret, dans une observation de la thèse de M. Barry, citent des augmentations de volume répondant aux règles; nous n'avons rien observé de semblable chez notre malade, où l'accroissement de la tumeur s'est fait d'une façon lente et régulière.

Parmi les accidents auxquels peuvent donner lieu de semblables affections, M. Marfan cite seulement l'hémorragie et l'inflammation. Il y a, croyons-nous, lieu d'y ajouter une troisième complication, qui, à la rigueur, pourrait être considérée comme un degré de la maladie. Nous voulons parler du sphacèle. Cet accident était déjà signalé par M. le professeur Hardy dans son article Molluscum du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (tome XXIII). « Par une pression exercée sur le pédicule, par suite du tiraillement dépendant du poids de la tumeur, la circulation peut être interrompue et une gangrène partielle ou totale peut se développer. J'ai vu quelques exemples de cet accident, entraînant la chute et la disparition de certaines tumeurs. » Nous avons trouvé deux exemples de molluscum pendulum de la vulve avec nécrobiose : la première a trait à un cas observé par M. Pozzi sur lequel existait une perte de substance occupant le centre de la tumeur et y formant cavité (Obs. I de la thèse de Barry); la seconde, publiée par M. Blocq, dans le *Progrès médical* de 1884, ne cite qu'une perte de substance superficielle sur la périphérie du molluscum. Chez notre malade le sphacèle était relativement considérable, puisqu'il a en partie détruit la tumeur en la réduisant à une coque. Il est évident qu'il ne peut être mis que sur le compte des tiraillements constants exercés sur le pédicule et aussi probablement aux phénomènes de torsion qui devaient fatalement se produire dans la marche. Observons de plus que cet accident est survenu à une époque de l'année où notre malade, par son métier de demoiselle de magasin, était obligée de rester douze heures debout et que constamment elle était forcée de monter et de descendre des escaliers.

Notons aussi l'absence absolue de retentissement du côté de ses ganglions inguinaux.

Notre excellent collègue M. Souplet a bien voulu se charger de faire l'examen histologique d'un morceau de la tumeur. Après un séjour de quinze jours dans la liqueur de Muller et immersion dans l'alcool à 90 degrés prolongée pendant un mois, on pratiqua des coupes.

Celles-ci furent colorées au picro-carmin de Orth et à la solution d'acide picrique, puis passées à l'essence de girofle et montées dans le baume de Canada.

Voici le résultat de l'examen.

La peau amincie contient fort peu de glandes. Elle se continue par une transition insensible avec l'hypoderme et par son intermédiaire avec le reste de la tumeur. Sur la surface de coupe, on trouve de très nombreuses fibres conjonctives mélangées à de très rares fibres élastiques. Aucune fibre musculaire.

Les vaisseaux sont excessivement nombreux et très perméables; ils sont dilatés et on peut en suivre qui vont de la profondeur de la tumeur jusque dans l'épiderme où ils se perdent. Ceux-là sont assez volumineux pour être visibles à l'œil nu sur une coupe. Tous ces éléments divers sont

comme plongés au milieu de petites cellules jeunes, mais celles-ci sont nettement accumulées au pourtour des vaisseaux et aussi sous les cellules épidermiques.

Cette diapédèse intense a été la conséquence de l'inflammation, suite de l'infection de l'eschare.

Au point de vue histologique la tumeur en question est donc un fibrome du derme.

A propos du traitement, il est bien évident qu'actuellement l'ablation au bistouri, suivie de la ligature des vaisseaux et de la suture des deux lèvres de la plaie, est le procédé de choix.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'angine catarrhale aiguë et subaiguë, par la résine de gaïac. — Le docteur Francotte fait connaître, à la Société médico-chirurgicale de Liège, le traitement qu'il préconise dans l'angine catarrhale. Il s'exprime en ces termes :

« Je prescrivais d'abord la résine de gaïac en poudre de 10 centigrammes avec du sucre de lait et de la gomme arabique, à la dose de 40 à 60 centigrammes par jour, et je recommandais au malade de laisser fondre la poudre dans la bouche.

Depuis lors, j'ai fait usage de pastilles contenant chacune 10 centigrammes de résine, quatre à six pour les vingt-quatre heures.

La résine de gaïac provoque, dans la bouche, une sensation de chaleur et de léger picotement : la douleur subit, presque immédiatement, une atténuation marquée.

Mais, il ne s'agit pas là d'une simple action anesthésique : on constate, en effet, au bout de peu de temps, quelquefois en moins de vingt-quatre heures, la diminution et même la disparition de la rougeur inflammatoire.

La plupart des cas que j'ai traités par ce moyen étaient franchement aigus; quelques-uns remontaient déjà à plusieurs semaines et ont également éprouvé l'action favorable du médicament. Dans l'amygdalite confirmée, la résine de gaïac s'est montrée inefficace. »

Préparation explosible. — Dans le but d'augmenter le pouvoir antiseptique de certains agents, on les associe souvent deux à deux. C'est ainsi qu'un de nos confrères ayant formulé la pommade suivante :

Iodol.	50 centigrammes.
Oxyde jaune de mercure. . .	20 —
Vaseline.	10 grammes.

le pharmacien avait commencé par triturer dans un mortier l'iodol et l'oxyde jaune afin d'obtenir une poudre impalpable; mais, par l'effet de la pulvérisation, il se produisit une détonation qui aurait pu avoir des conséquences fâcheuses si les proportions avaient été plus élevées. L'*Union pharmaceutique* explique cette réaction par l'élévation de température déterminée par la trituration. C'est donc une association médicamenteuse à éviter.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 mars 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

COMMUNICATION

Immunité et réceptivité vaccinales. — M. HERVIEUX lit sur ce sujet un travail dont voici les conclusions :

1° L'immunité vaccinale naturelle est très rare dans l'espèce humaine ;

2° L'immunité n'est conférée par la vaccine qu'à dater du septième jour, après l'inoculation. Faible à l'origine, elle n'atteint son maximum de puissance qu'au bout de dix, douze ou quinze jours;

3° La période d'état de l'immunité vaccinale ne dure guère que sept à huit ans. C'est au bout de huit à dix ans que commence la période de déclin;

4° L'immunité due à une ou plusieurs revaccinations est d'autant moins durable que le sujet est plus jeune. Elle persiste d'autant plus que le sujet est plus âgé ;

5° Au point de vue des caractères de l'éruption, les revaccinations présentent des variétés qui correspondent aux différentes phases de la période d'état de l'immunité acquise et qui ne sont autre chose que les degrés divers de l'évolution du bouton vaccinal classique ;

6° La durée de l'immunité variolique ne dépasse guère la durée de l'immunité vaccinale, ce qui prouve la nécessité des revaccinations chez les variolés comme chez les vaccinés ;

7° Chez les sujets ni vaccinés, ni variolés, la réceptivité originelle pour la vaccine est presque absolue ;

8° Chez les sujets vaccinés, la réceptivité complètement disparue pendant plusieurs années après la première vaccination, se rétablit de manière à récupérer peu à peu sa force primitive ;

9° Chez les revaccinés, la réceptivité tend à reparaître au bout de quelques années, mais notablement amoindrie;

10° Chez les variolés, la réceptivité vaccinale est susceptible de renaître comme chez les vaccinés, mais il n'est pas exact de dire avec quelques auteurs qu'elle soit constamment supérieure à celle des vaccinés.

M. Hervieux, à propos des diverses variétés de pustules vaccinales, rappelle qu'il n'y a pas de fausse vaccine, pas plus qu'il n'y a de fausse variole, et que ce qu'on a qualifié, jusqu'à ce jour, de fausse vaccine, est de la vaccine vraie, mais plus ou moins incomplètement développée.

Le vaccin recueilli sur des boutons considérés comme fausse vaccine produit, chez de jeunes sujets non vaccinés, des pustules dont l'évolution ne laisse rien à désirer.

La prétendue fausse vaccine complète l'immunité et, quand celle-ci est prête à s'éteindre, elle lui restitue tout ce qu'elle a perdu. Il peut même arriver, et il arrive souvent, que des vaccinations frustes, c'est-à-dire qui n'ont fait naître aucune éruption locale, sont aussi complètement préservatrices que celles qui sont suivies de boutons bien développés.

M. GUÉNIOT fait observer que, jusqu'ici, nous avons toujours considéré ces boutons acuminés qui constituent la fausse vaccine comme n'ayant rien de commun avec la vaccine, et que nous ne considérons comme vraiment vaccinales que les pustules qui se développent après incubation et qui ont une évolution régulière.

M. HERVIEUX pense que, toutes les fois qu'une inoculation vaccinale est suivie d'une éruption, on peut considérer la vaccine comme conférant l'immunité. En effet, dans une épidémie qu'il a pu suivre autrefois, manquant de vaccin, il a inoculé des nouveau-nés avec du liquide de ces pustules avortées et, chez ces nouveau-nés, il s'est produit des pustules de vaccin types.

Si, chez certains sujets vaccinés antérieurement, les pustules ne prennent pas leur entier développement, c'est que le terrain est mauvais, c'est qu'il persiste un certain degré d'immunité.

LECTURES

Des hémorragies et des anévrysmes miliaires du cercle ciliaire dans l'ophtalmie sympathique. — M. GALEZOWSKI apporte l'analyse succincte de recherches sur les altérations du cercle ciliaire de la choroïde qui jetteront, suivant lui, une lumière nouvelle sur la pathogénie de l'ophtalmie sympathique.

Les auteurs allemands ont voulu démontrer que cette affection est le résultat de la migration des microbes introduits dans l'œil blessé avec le corps étranger dans l'œil sain. Mais les recherches plus récentes des auteurs français, entre autres de M. Poncet, de M. Boucheron et d'autres, ont prouvé, d'une manière non dou-

teuse, qu'il n'y a pas de microbes souvent dans l'œil blessé. Claude Bernard a su provoquer les accidents sympathiques par action réflexe et une irritation permanente des nerfs vaso-moteurs d'un œil à l'autre. Des névrites des fibres nerveuses périphériques des nerfs ciliaires, sont suivies des contractions spasmodiques des artères choroïdiennes, avec dilatations consécutives des veines ciliaires, suivies bientôt de ruptures capillaires et hémorragies miliaires.

C'est vers l'ora serrata que ces hémorragies miliaires prennent naissance dans l'ophtalmie sympathique dès le début de la maladie; mais elles se trouvent cachées par la proéminence du segment postérieur du cristallin. M. Galezowski a démontré pourtant, dans un travail qu'il a lu à l'Académie de médecine, il y a trois mois, qu'en disposant la lentille d'une manière spéciale dans l'examen à l'image renversé, et ayant surtout recours à une lentille prismatique, on parvient à explorer très facilement cette région.

Dans les observations détaillées, qu'il rapporte ici, l'ophtalmie sympathique n'a pas été toujours provoquée par le corps étranger; mais elle était souvent le résultat d'une ossification de la choroïde, dans l'œil atrophié depuis quinze ou vingt ans, à la suite d'une panophtalmie.

Les caractères principaux d'une ophtalmie sympathique se traduisent par un trouble du corps vitré, avec flocons filiformes. La papille du nerf optique reste intacte, néanmoins elle apparaît nuageuse par suite des flocons du corps vitré, à travers lesquels on est obligé de l'examiner. A ces lésions des milieux réfringeants de l'œil, on doit ajouter des signes d'iritis, de kératite ponctuée, des synéchies postérieures; et tous ses symptômes sont dus à une altération de l'ora serrata de la choroïde.

En examinant attentivement l'ora serrata dans tous les yeux atteints d'ophtalmie sympathique, il a pu découvrir des taches hémorragiques miliaires, qui apparaissent, au début du mal, vers le segment externe et supéro-externe. Quelques-unes d'entre elles étaient saillantes et formaient de vrais anévrysmes miliaires. Par la rupture de ces derniers, le sang épanché s'infiltre dans le corps vitré et forme de vrais flocons filiformes, qui proviennent tous de la région ciliaire de la choroïde, pour se répandre dans le corps vitré. Avec l'énucléation de l'œil atrophié il a pu arrêter les progrès du mal et sauver la vue.

Mais il arrive quelquefois, que les hémorragies choroïdiennes se trouvent disséminées sur toute l'étendue de la choroïde. Les conséquences de cette lésion généralisée sont plus graves, et elles entraînent à la longue la désorganisation de la choroïde et sa pigmentation.

Longue durée de la virulence des crachats tuberculeux. — M. DUCOR, appelé le 2 juin 1892 à donner ses soins à une famille composée du père, de la mère et de neuf enfants vivants, constate des signes de début de tuberculose chez la mère et les deux derniers enfants, couchant dans la même pièce. En recherchant l'origine de cette tuberculose qui ne peut être qualifiée d'héréditaire, il apprend que l'appartement, occupé par ses malades depuis le 8 octobre 1890, avait été occupé deux ans auparavant par un tuberculeux qui était mort dans ce local, ainsi que sa femme morte dans le même logement vingt-cinq jours après lui.

Le papier de tapisserie, qui n'avait pas été changé depuis les premiers locataires, était maculé en différents endroits par des crachats muco-purulents desséchés, âgés de plus de deux ans; car, d'après des témoignages irrécusables, ils provenaient certainement du tuberculeux, mort en mars 1890, qui avait l'habitude de cracher sur le mur, étant dans son lit.

Les fragments de papier soumis à l'examen de M. Dubief furent reconnus contenir le bacille tuberculeux de Koch; deux cobayes, inoculés dans le péritoine avec une émulsion faite avec les fragments du papier, succombèrent à une tuberculose généralisée à bacilles de Koch.

La famille atteinte ayant déménagé, tous les phénomènes s'amendèrent; deux des malades peuvent être considérés comme guéris. Quant à la troisième, une fillette de trois ans et demi, malgré le retour des forces et la disparition de tous les phénomènes généraux, elle a été atteinte d'une tumeur blanche du poignet, constituant une infection atténuée sous forme de tuberculose locale.

Conclusions : 1° Un crachat tuberculeux projeté dans certaines parties d'un appartement, peut s'y dessécher et rester virulent pendant plus de deux ans;

2° Suivant le degré de virulence ou d'atténuation, toutes choses égales d'ailleurs, l'absorption des poussières tuberculeuses peut donner lieu, soit à une tuberculose généralisée, soit à une tuberculose locale ou scrofulose d'emblée;

3° On ne saurait attacher trop d'importance à la désinfection des locaux occupés par les tuberculeux, soit pour les malades eux-mêmes et leur entourage, soit pour les personnes qui doivent après eux occuper la même chambre ou le même appartement.

Contribution à la chirurgie du rachis. — M. DELORME (du Val-de-Grâce) présente les observations succinctes de deux malades, porteurs de lésions intra-rachidiennes graves et sur lesquels il a pratiqué des laminectomies étendues. Le premier malade lui a donné un succès très remarquable. Le deuxième est mort, mais les conditions assez défavorables dans lesquelles se trouvait ce malade y ont certainement contribué pour beaucoup. Voici ces deux observations résumées :

Première observation. — Mal de Pott dorsal; gibbosité; paralysie progressive datant de onze mois; paralysie de la vessie et du rectum; ouverture du rachis le 18 mars. Pachyméningite localisée traitée par le curage; ouverture d'un abcès intra-osseux situé entre la moelle et la face profonde des corps vertébraux, déplaçant et comprimant la moelle. Curage de la poche et de la cavité osseuse. Dès le lendemain, retour de la sensibilité des membres inférieurs, de la vessie et du rectum. Accentuation progressive de l'amélioration. Réapparition de la sensibilité dans les membres inférieurs.

Deuxième observation. — Paraplégie complète; paralysie de la vessie et du rectum; perte de la sensibilité de la paroi abdominale et de la base du thorax; rachialgie dorsale vive; contractures intermittentes du membre supérieur droit; état fébrile; laminectomie portant successivement sur les onzième, dixième, neuvième, huitième et septième dorsales; foyer de pachyméningite très étendu. Ablation des fongosités. Curage très attentif de la dure-mère. Décompression de la moelle. Mort quelques heures après l'opération. A l'autopsie, méningo-myélite étendue. Lésions cérébrales et cardiaques.

L'opération avait duré deux heures.

Ces deux faits apportent, ajoute M. Delorme, un appoint à l'étude très intéressante et encore fort incomplète des interventions dans les cas de lésions intra-rachidiennes. Il serait prématuré de tirer de leurs faits des conclusions rigoureuses au point de vue de la valeur de l'opération. Il ne peut, cependant, manquer de faire remarquer que l'un d'eux est un bel encouragement de la pratique des laminectomies dans les paraplégies consécutives au mal de Pott. N'est-il pas frappant, en effet, de voir un homme, paraplégique depuis onze mois, reprendre en quelques jours sa sensibilité?

Action du bicarbonate de soude sur la digestion chez l'homme. — MM. LINOSSIER et LEMOINE (de Lyon) ont étudié l'action du bicarbonate de soude sur la digestion d'un sujet atteint de mérycisme. Voici les conclusions principales de leurs expériences :

Le bicarbonate de soude est, à toutes les doses, même celle de 10 grammes, un excitant de la sécrétion gastrique. Le premier effet de l'excitation est de saturer l'alcalinité qui résulte de l'ingestion du bicarbonate, puis l'excitation se poursuit, légère et fugitive avec les faibles doses, plus marquée et plus prolongée avec les doses moyennes. Avec une forte dose, l'énergie sécrétoire de la cellule semble s'épuiser à lutter contre l'alcalinité, et l'acidité du chyme une fois reconquise (ce qui est toujours obtenu

une heure après l'ingestion même de 10 grammes), l'excitation s'arrête et la proportion normale d'acide chlorhydrique peut ne pas être atteinte quand les aliments quittent l'estomac.

Agissent comme doses faibles, 1 gramme une heure avant le repas, ou 50 centigrammes au moment du repas; comme dose moyenne, 5 grammes une heure avant le repas ou 1 gramme au début du repas; comme dose forte, 10 grammes une heure avant le repas ou 5 grammes au début.

La dose de 5 grammes, une heure avant le repas, est celle qui a produit l'excitation gastrique la plus forte.

L'action des alcalins se prolonge au delà du jour de l'administration, et se traduit par une excitation et une prolongation de la sécrétion.

En résumé, le bicarbonate de soude est essentiellement le médicament des états d'insuffisance de la sécrétion gastrique. Il doit être administré de préférence quelque temps avant le repas. Dans l'hyperchlorhydrie, il n'est qu'un médicament palliatif qui risque d'aggraver la marche générale de la maladie, en excitant une muqueuse déjà trop excitée. Il serait possible que l'administration de l'acide chlorhydrique rendît, dans ces cas, plus de services en diminuant l'activité sécrétoire de la muqueuse, comme l'alcool entrave la fermentation alcoolique, ou l'acide lactique la fermentation lactique. C'est ce que les auteurs vérifieront par de nouvelles expériences.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

106. M. Gotteland. Contribution à l'étude de l'appareil de la vision chez les dégénérés. — 107. M. Hélary. Traitement chirurgical de la tuberculose laryngée.— 108. M. Marot. Sur un streptocoque.— 109. M. de Paulo. Du cancer secondaire des côtes. — 110. M. Renault. Du bacterium coli dans l'infection urinaire. — 111. M. Hamaide. Du tremblement essentiel héréditaire et de ses rapports avec la dégénérescence mentale. — 112. M. Colas. Essai sur une complication rare de la tuberculose (emphysème souscutané). — 113. M. Villeprand. Complications du travail et des suites de couches par les cardiopathies.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 20 mars 1893, M. le docteur de Crésantignes a été nommé médecin du ministère de l'Agriculture.

— Par arrêté ministériel, en date du 24 mars 1893, M. le docteur Séguret (de Laissac) et M. Bompaire, externe des hôpitaux de Paris, ont reçu des médailles d'honneur en bronze, en récompense du zèle et du dévouement dont ils ont fait preuve au cours de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi du mois d'août 1892 au mois de janvier 1893, à Grèzes, commune de Séverac-l'Église (Aveyron).

— Ont été désignés pour procéder, en 1893, à l'inspection générale des arrondissements du service de santé :

Ier arrondissement : M. le médecin-inspecteur général Colin.— IIe arrondissement : M. le médecin-inspecteur Dauvé.— IVe arrondissement : M. le médecin-inspecteur Mathis.—Ve arrondissement : M. le médecin-inspecteur Mathieu. — VIe arrondissement : M. le médecin-inspecteur Boisseau. — VIIe arrondissement : M. le médecin-inspecteur Fée. — VIIIe arrondissement : M. le médecin-inspecteur Morache. — IXe arrondissement : M. le médecin-inspecteur Guillemin. — Arrondissement pharmaceutique : M. le pharmacien-inspecteur Marty.

M. le médecin-inspecteur chargé de l'inspection générale du IIIe arrondissement du service de santé sera désigné ultérieurement.

— Par décision ministérielle, en date du 22 mars 1893, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

M. le médecin principal de deuxième classe Roux, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Limoges (médecin-chef).

MM. les médecins-majors de première classe Cottel, pour les salles militaires de l'hospice mixte d'Aix (médecin-chef); Chupin, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; Famechon, pour le 130e d'infanterie; Louis, pour le 152e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Grognot, pour le 77e d'infanterie; Cardot, pour le 10e bataillon d'artillerie de forteresse; Gauthier, pour le 3e bataillon de chasseurs à pied; Benac, pour le 130e d'infanterie; Peradon, pour les hôpitaux militaires de la brigade d'occupation de Tunisie; Odile, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran.

MM. les médecins aides-majors de première classe Augry, pour le 33e d'artillerie; Leclercq, pour le 1er régiment de spahis.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Roqueplo, pour le 55e d'infanterie.

— Par décisions ministérielles, en date des 26 et 28 mars 1893 : M. le médecin-major de deuxième classe Jacquemin est désigné pour le 146e d'infanterie; M. le médecin aide-major de première classe Tournier est désigné pour le 5e régiment de hussards.

— Le concours pour une place de médecin des hôpitaux de Lyon s'est terminé par la nomination de M. le docteur Pic.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. le professeur de Lapersonne est nommé doyen de ladite Faculté.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le registre d'inscriptions du troisième trimestre de l'année scolaire 1892-1893, ouvert le mercredi 12 avril 1893, sera clos le samedi 6 mai 1893, à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi :

1° Inscriptions de première et deuxième années de doctorat et de première année d'officiat : les mercredi 12, jeudi 13, vendredi 14, samedi 15, mercredi 19, jeudi 20, vendredi 21 et samedi 22 avril.

2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, deuxième, troisième et quatrième années d'officiat : les mercredi 26, jeudi 27, vendredi 28, samedi 29 avril, jeudi 4, vendredi 5 et samedi 6 mai.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et aux heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté.

MM. les étudiants doivent déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, seront tenus de joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le deuxième trimestre 1892-93. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

— *Amphithéâtre d'anatomie de l'Assistance publique.* — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices de Paris sont prévenus que les cours de médecine opératoire commenceront le lundi 10 avril 1893.

Des conférences sur l'histologie pathologique continueront à être faites par M. le docteur Lesage, chef du laboratoire.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

26

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

60

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

44

TRAITEMENT INTENSIF

DE LA TUBERCULOSE

PAR LA MÉTHODE DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES

La maison L. FRERE, A. CHAMPIGNY et Cie, successeurs, 19, rue Jacob, Paris, a l'honneur d'informer le corps médical qu'elle tient à sa disposition les produits ci-après, tels qu'ils ont été préparés dans son laboratoire pour les expériences faites dans les hôpitaux de Paris d'après cette nouvelle méthode. — Le nom et la marque de ces préparations ont été déposés.

HUILE CRÉOSOTÉE alpha

HUILE GAIACOLÉE alpha

au quinzième. .	en flacons de	1000	grammes
au dixième . . .	—	500	—
	—	250	—
au cinquième. . .	—	125	—
à parties égales. .	—	30	—

*La maison fournit également l'***Huile neutre stérilisée**, *le* **Gaïacol alpha** *et la* **Créosote alpha** *en nature, par divisions variant de 30 grammes à 1 kilogramme.*

98

LIQUEUR DU Dr LAVILLE

GOUTTE ET RHUMATISMES

SPÉCIFIQUE ÉPROUVÉ DE LA **goutte.**

Action prompte et certaine à toutes les périodes de l'accès.

DANS TOUTES LES PHARMACIES

36

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN** *(caféine, iodoforme et strophantus)*. Dépt Phie Cie Fg Montmartre, Paris.

23

HAMAMELIS DU Dr LUDLAM

Gouttes concentrées, véritable spécifique des hémorrhoïdes, varices, puissant hémostatique. — Paris, Phie CABANÈS, 34, Bd Haussmann. — Ech. sr dem.

101

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'**anémie**, la **chlorose**, la **leucorrhée**, l'**aménorrhée**, la **cachexie scrofuleuse**, la **syphilis constitutionnelle**, le **rachitisme**, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre.

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

23

LAIT STÉRILISÉ

ET

LAIT PUR NON ÉCRÉMÉ

De la ferme d'Arcy-en-Brie (SEINE-ET-MARNE)

Arrivant deux fois par jour en vases plombés à la Ferme d'Arcy même.

Analyse de mars :

	gr.	
Densité à 15°		1032.900
Beurre par litre	44.800	
Albumine	4.900	
Caséine	25.400	
Sucre de lait	55.600	
Sels	7.300	
Total des matières fixes	138.000	138.000
Eau		894.900

L'analyse des sels a donné par litre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.050
Acide sulfurique	0.178
Potasse	1.726
Soude	0.644
Chaux	1.732
Magnésie	0.208
Acide carbonique, chlore, fer, etc.	0.762
Total	7.300

L'opération de la stérilisation ne permet pas de remplir les bouteilles, mais elles renferment la quantité annoncée. Le **Lait stérilisé** est contenu dans des types de flacons de 250 grammes, 350 grammes et 850 grammes.

Il est expédié dans toute la France.

Adresser les commandes à M. L. NICOLAS, propriétaire-agriculteur, 22, r. Paradis, Paris.— *Deux livraisons par jour, une le matin et une le soir.*

24



Débilité, Anémie, Maladies de l'enfance,

sont combattues avec succès par la

FUCOGLYCINE GRESSY

Ce Sirop, à base d'algues marines, remplace avantageusement l'Huile de Foie de Morue, dont il possède toutes les propriétés, sans en avoir la saveur ni l'odeur désagréables.

LE PERDRIEL et Cie, Paris.

22

SOLVÉOL

SOLUTION FORTE	SOLUTION FAIBLE
2 p. 100	*1 p. 100*

NOUVEL ANTISEPTIQUE

ABSOLUMENT NEUTRE

SOLUBLE DANS L'EAU

Plus énergique et moins caustique que le Phénol,

il remplace avec avantage tous les antiseptiques connus sans en avoir les inconvénients.

Le **Solvéol** n'est pas une spécialité pharmaceutique, mais un produit chimique se trouvant dans toutes les Pharmacies.

POUR LES DEMANDES D'ÉCHANTILLONS *s'adresser à la* **Pharmacie LACROIX,** 76, rue du Château-d'Eau, PARIS.

60

ÉLIXIR D'EUCALYPTOL VOIRY

LE SEUL

CHIMIQUEMENT PUR

90

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

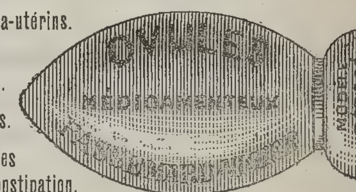
84

Crayons intra-utérins.

Bougies uréthrales.

Suppositoires.

Balles rectales contre la constipation.



99

CASCARA SAGRADA (CACHETS LIMOUSIN)

LAXATIF ET PURGATIF NOUVEAU

employé contre

l'atonie des muqueuses gastro-intestinales.

Dose : 1 à 2 cachets par jour pendant 4 à 5 jours.

La boîte de 20 cachets à 0,25 cgr. . . . *2 fr.*

Phien, 2 *bis*, r. Blanche, Paris. Envois par poste.

30

L'EAU DE LÉCHELLE

HÉMOSTATIQUE.

Combat efficacement les *hémorrhagies utérines* et intestinales, l'hémoptysie, l'atonie des organes, les affections des muqueuses. *Leucorrhée*, diarrhée, catarrhe, etc.

Dépôt général : 378, rue Saint-Honoré, Paris.

52

VICHY, SOURCES DE L'ÉTAT

CÉLESTINS

GRANDE-GRILLE

HOPITAL

Avoir soin de désigner la source.

PASTILLES AUX SELS NATURELS

SAISON DES BAINS

DU 15 MAI AU 30 SEPTEMBRE

64

Dans les **congestions** *et les* **troubles fonctionnels du foie,** *la* **dyspepsie atonique,** *les* **fièvres intermittentes,** *les* **cachexies** *d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds,* on prescrit dans les hôpitaux, A PARIS ET A VICHY, de 50 à 100 gouttes par jour de **BOLDO-VERNE** ou 4 cuillerées à café d'**ELIXIR de BOLDO-VERNE.** — Dépt : VERNE, profr à l'Ec. de méd., Grenoble (France), et phies de France et Etranger.

N° 39. — SAMEDI 1er AVRIL 1893. 66e ANNÉE. SAMEDI 1er AVRIL 1893. — N° 39.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** D. — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : **20 c.** — Avec Supplément : **30 c.**

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Pâques, le journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE GÉNÉRALE

Des moyens de résistance de la dent contre la carie.

Par Léon FREY,
Interne des hôpitaux, chargé du cours de pathologie spéciale à l'École dentaire de Paris,
et le docteur Émile SAUVEZ,
Professeur suppléant d'anatomie à l'École dentaire de Paris.

PRÉLIMINAIRES. — La carie des dents peut apporter à la mastication une gêne, dont les effets sur la nutrition générale sont quelquefois désastreux. Aussi nous a-t-il paru intéressant d'étudier les moyens de défense de la dent contre l'envahissement de cette maladie et d'en déduire le *rôle prophylactique du médecin*.

Comme tous les autres organes de l'économie, la dent est normalement constituée pour résister aux agents infectieux.

Comme tous les autres organes aussi, la dent essaie de se défendre, si ces agents viennent à surmonter plus ou moins les obstacles naturels qu'elle leur oppose.

C'est ce que nous allons essayer de démontrer dans cette Revue. Mais auparavant, il nous faudra dire quelques mots sur la nature de la carie dentaire et la structure de la dent normale.

Voici, d'ailleurs, pour mieux nous faire comprendre, la division de notre sujet :

1° Nature de la carie dentaire ;
2° Structure de la dent normale ;
3° La dent est-elle naturellement bien défendue ?
4° Moyens de défense spéciaux ;
5° Pourquoi ne sont-ils pas toujours suffisants?
6° Conclusions. — *Rôle important du médecin pour la prophylaxie de la carie dentaire.*

I

NATURE DE LA CARIE DENTAIRE. — On sait que sous ce nom on entend une altération spéciale des tissus durs de la dent, caractérisée par une destruction progressive de ces tissus. *Cette altération est de nature infectieuse.* La démonstration scientifique en a été faite par Underwood et Miles, Miller, Galippe et Vignal; ces auteurs ont réalisé toutes les conditions exigées pour pouvoir affirmer cette nature infectieuse :

1° Présence constante des micro-organismes dans le tissu malade ;
2° Isolement et culture pure de ces micro-organismes;
3° Reproduction de la maladie par ces cultures pures (1).

Comment agissent ces microbes pour produire la carie? Par leur *propre présence* et par les *fermentations acides* qu'ils déterminent; déjà en 1881, Underwood et Miles disaient (2) : La carie est due aux acides formés par l'activité d'organismes enlevant les sels de chaux pendant que les substances organiques offrent un aliment et un milieu favorables aux germes eux-mêmes.

Depuis lors, ces notions n'ont fait que se confirmer. Mais pour que le parasite, *cause efficiente*, puisse produire la carie de la dent, il faut que celle-ci présente un terrain favorable, qui la prédispose à l'action de l'agent infectieux.

Les *causes prédisposantes* tiennent à l'âge, à la constitution du sujet. *La dent est d'autant plus vulnérable qu'elle est moins riche en éléments minéraux*, en sels calcaires, c'est-à-dire moins dense (Galippe). Donc les dents temporaires si riches, comme nous le verrons, en matière organique, sont facilement accessibles à la carie.

Les dents permanentes, pendant les premières années qui suivent leur éruption, sont également plus attaquables, car la proportion de matières minérales n'est pas toujours une, mais moindre tout d'abord elle augmente considérablement avec l'âge. Rappelons à ce sujet que la première dent permanente qui fait son éruption (la première grosse molaire dite dent de six ans), est la plus souvent atteinte par la carie, ce qui ressort de statistiques nombreuses. Ce fait est si évident, que quelques praticiens conseillent de sacrifier, *a priori*, ces dents sans résistance dont

---

(1) THOMAS. Th. de Paris, 1891.
(2) UNDERWOOD et MILES. *Transact. du Congr. internat. des sc. méd.*, Londres 1881.

l'avulsion, d'ailleurs, laissera plus tard de la place pour le moment si critique de l'éruption de la dent de sagesse.

Les dents sont de même plus exposées chez les rachitiques, chez les individus dont la croissance a été très rapide, et chez tous les débilités en général, dont le système dentaire est insuffisamment pourvu de sels calcaires. Notons, en outre, parmi les causes prédisposantes, l'influence de la *race :* les dents sont saines, robustes chez les individus petits, trapus, de la famille celtique; elles sont défectueuses chez les individus grands et blonds, de la famille kimrique (1). Pour ce qui est du sexe, nous devons faire remarquer que la carie dentaire est plus fréquente chez la femme (2).

Enfin, ces causes prédisposantes ne laisseront agir les agents infectieux que moyennant *certaines causes occasionnelles*, les unes tenant à la dent, les autres tenant au milieu buccal, ainsi que nous le verrons plus tard.

On conçoit donc déjà que, partout où la fermentation acide pourra se produire à l'état continu, la dent, surtout si elle est prédisposée, comme nous l'avons vu plus haut, se laissera attaquer, laissera découvrir ses canalicules dentinaires que pénétreront les microbes spécifiques de la carie.

Revoyons maintenant, en quelques lignes, la structure de la dent normale.

II

Structure de la dent normale. — La dent se compose de parties dures et de parties molles.

Les premières sont : l'*ivoire* ou *dentine*, l'*émail*, le *cément*.

Les secondes sont constituées par la *pulpe* et ses dépendances. L'ivoire constitue la masse principale, la substance même de la dent; protégé par l'émail au niveau de la couronne, par le cément au niveau de la ou des racines, il se moule sur la pulpe. Il est canaliculé.

Les canalicules de l'ivoire sont garnis de parois organiques (gaine de l'ivoire de Neumann); ils naissent du pourtour de la pulpe et finissent sous l'émail et le cément, après être allés *en s'effilant et se ramifiant* du centre à la périphérie de la dent, dirigés perpendiculairement à sa surface.

Chaque canalicule contient une *fibrille de Tomes*, prolongement caudal des odontoblastes, cellules réunies à la périphérie de la pulpe.

L'ivoire possède donc des éléments organiques et minéraux (sels de chaux, de magnésie, sels solubles); il contient 28 p. 100 de matière animale.

L'émail qui, chez l'homme, recouvre la dentine au niveau seulement de la couronne, est le plus dur de tous les tissus humains; il contient très peu de matière organique (3 à 5 p. 100); le reste est composé de substances minérales; sa densité est donc supérieure à celle de tous les tissus; il fait feu avec le briquet, il n'est rayé que par lui-même, mais il est très facilement attaqué par les acides.

Il est composé de prismes microscopiques, que nous nous contentons de signaler.

Il est lui-même recouvert d'une membrane protectrice, dite cuticule de l'émail ou *membrane de Nasmyth*, amorphe, d'une épaisseur de 1 p. 1000 de millimètre, *inattaquable par les acides*, mais très altérable par les causes mécaniques, comme l'usure. Tomes, ayant découvert dans l'épaisseur de cette membrane des *corpuscules osseux*, comme on en trouve dans l'épaisseur du cément calcifié, et s'appuyant aussi sur le développement de l'organe, la considère comme une sorte de *cément coronaire*, rudimentaire ou atrophié.

Le cément qui, chez l'homme, enveloppe l'ivoire de la dent, dans sa portion radiculaire, se rapproche beaucoup du tissu osseux par sa structure; il est moins dense que l'ivoire et l'émail (30 p. 100 de substance animale).

La pulpe, partie centrale de la dent, est un organe mou, rougeâtre, fibreux. Elle diminue progressivement de volume avec l'âge, par suite du développement des tissus durs de la dent, qui la protègent parfois au point de l'étouffer; elle est moins volumineuse chez l'adulte que chez l'enfant, chez le vieillard que chez l'adulte. Elle se compose d'une trame fibrillaire dans laquelle on rencontre des vaisseaux, des nerfs et des éléments cellulaires. Parmi ces derniers, signalons d'abord des cellules embryonnaires d'autant plus nombreuses que le sujet est plus jeune, puis des cellules étoilées, et enfin une rangée de cellules qui occupent la périphérie de la pulpe et qui sont connues sous le nom d'*odontoblastes*. Ce sont les odontoblastes qui fournissent pour chaque canalicule de l'ivoire, un prolongement caudal qui est la fibrille dentinaire de Tomes.

Les vaisseaux sanguins (1) et les nerfs, qui arrivent par les canaux radiculaires dans la cavité pulpaire, s'y divisent et s'y mettent en rapport avec les prolongements des cellules étoilées, qui sont elles-mêmes en rapport direct avec les odontoblastes.

Les *dents temporaires* ne présentent pas, au point de vue de leur structure générale, de grandes différences avec les dents permanentes; elles sont, toutefois, beaucoup plus riches en matières organiques. D'une part, le tissu même de leur dentine est moins dense; et, d'autre part, leurs chambres pulpaires, ainsi que leurs cavités radiculaires, sont beaucoup plus développées.

III

La dent est-elle naturellement bien défendue? — Telle est donc la constitution de la dent; deux éléments : l'un minéral, l'autre organique. Elle est presque exclusivement minérale à sa périphérie, et elle devient de plus en plus organique vers la profondeur. En effet, l'émail contient 95 à 97 p. 100 de matières minérales, l'ivoire n'en contient déjà plus que 72 p. 100, et il semblerait même moins dense au niveau de la cavité pulpaire qu'au niveau de l'émail, puisque les canalicules dentinaires vont en s'effilant, du centre à la périphérie.

Or, nous savons déjà que l'élément organique offre un aliment et un milieu favorables aux germes, d'où fermentations acides qui attaquent l'élément minéral ; nous savons, en outre, que la carie se développera d'autant mieux que le terrain offert par la dent sera plus organique et moins minéral, c'est-à-dire moins dense.

Par conséquent, nous pouvons dire que la résistance naturelle, constitutionnelle de la dent contre la carie, sa « barrière anatomique » (Charrin), va en s'accentuant du

(1) Magitot. *Traité de la carie*. — Thomas. *Odontologie*, 1892.

(2) L'un de nous a attiré l'attention sur la susceptibilité de la femme aux accidents d'origine dentaire. (Influence de la menstruation, etc., *Odontologie*, 1892.)

(1) On n'a pas jusqu'à présent constaté la présence de vaisseaux lymphatiques dans la pulpe.

centre à la périphérie, et qu'elle est à son maximum à la périphérie.

Comme les agents de la carie s'attaquent d'abord à la surface de la dent, celle-ci est naturellement bien défendue; d'autant que la cuticule de Nasmyth est (nous l'avons fait remarquer plus haut) inattaquable par les acides. Ajoutons, comme devant accroître encore cette résistance naturelle, l'*action de la salive* qui baigne la dent et la *concurrence vitale des microbes*. Cette action de la salive est à la fois mécanique et chimique : *mécanique*, quand, en baignant les diverses faces de la dent, surtout les faces linguale et triturante, elle dilue les détritus alimentaires, et quand, par des mouvements de déglutition assez souvent répétés, elle constitue comme un petit courant qui entraîne ces détritus, empêche leur stagnation et, par suite leur fermentation. Cette action mécanique est bien évidente, lorsqu'on examine un sujet atteint de caries douloureuses siégeant sur un seul côté; on constate que la dent, sur laquelle le malade n'ose plus mastiquer, et qui, par conséquent, n'est plus nettoyée dans les mouvements de la déglutition et de la mastication, est recouverte de tartre ainsi que ses voisines; et souvent la carie, qui n'avait fait au début qu'une victime, profite de la présence de ce foyer infectieux pour attaquer les dents contiguës.

Nous avons dit que la salive normale agissait *chimiquement*; en effet, la réaction de la salive normale est plus ou moins alcaline. Elle pourra donc arriver à neutraliser les produits acides de fermentations intra-buccales et à les empêcher, par conséquent, de détruire la dent, de la déminéraliser.

Ce sont là des raisons qui expliquent la plus grande fréquence des caries à la mâchoire supérieure, où la salive ne peut pas exercer d'une façon bien efficace cette double fonction.

Enfin, voyons si la salive sera un *milieu de culture* suffisant pour les micro-organismes qui pullulent dans la bouche. Il résulte de l'observation et des expériences que la salive est microbicide; c'est d'ailleurs un fait d'observation courante qu'elle est « un détersif naturel qui cicatrise bien les plaies » (1).

Mais c'est Sanarelli (2) qui le premier, à notre connaissance, a étudié la salive comme milieu de culture : de ses expériences, il résulte qu'elle possède la propriété de détruire les bacilles, que cette propriété n'est pas illimitée, mais dépend de certaines conditions, et principalement du nombre des micro-organismes.

Ainsi, le staphylococcus aureus, le streptococcus pyogenes, le micrococcus tetragenes et les bacilles de la fièvre typhoïde et du choléra, périssent dans la salive si on les introduit en petite quantité. Le bacille de la diphtérie et le pneumocoque ne se comportent pas de même, cependant à la longue ils perdent de leur virulence.

Sanarelli n'a pu déterminer à quelle substance la salive doit ses propriétés bactéricides.

Ses conclusions finales sont que la salive est un mauvais milieu de culture pour les micro-organismes, qu'elle les tue plus ou moins rapidement lorsqu'ils ne sont pas trop abondants, et qu'elle en altère d'autres à tel point (le pneumocoque, par exemple) qu'elle les rend impuissants.

(1) J.-L. Petit. *Traité de chirurgie*, t. I, 1790

(2) Sanarelli. *Centralbl. f. Bakt.*, 1892. — *Journ. des conn. méd.*, 1892, nº 15.

Donc la salive est antiseptique (1); sans doute, son activité microbicide n'est pas comparable à celle du sublimé; elle ne détruit pas tous les microbes; mais renie-t-on la qualité de microbicides à l'acide borique, à l'acide phénique où peuvent vivre certains parasites?

En somme, la salive semble contribuer à la résistance naturelle de la dent contre les agents infectieux, par une action mécanique, une réaction chimique et un pouvoir microbicide.

Quant à la *concurrence vitale des microbes*, peut-être va-t-elle aussi protéger la dent par la destruction des parasites ou l'atténuation de leur virulence.

Déjà, en 1888, au Congrès de la tuberculose, M. Valude disait à propos du bacille de Koch : « Le liquide salivaire complexe, qui résulte du mélange des salives sécrétées par trois glandes différentes, peut posséder une qualité chimique spéciale capable de détruire la nocivité du principe tuberculeux. Toutefois il est plus probable que le microbe de la tuberculose est directement attaqué et détruit par les micro-organismes de toute espèce qui pullulent dans le liquide salivaire. Ces micro-organismes ont toute la résistance pour lutter victorieusement contre le bacille tuberculeux qui exige, pour se reproduire, des conditions particulièrement favorables. Le bacille tuberculeux meurt donc dans la cavité buccale et voilà pourquoi la tuberculose de la muqueuse de cette région est, en somme, relativement rare; il est probable qu'elle ne se produit qu'à la faveur d'une solution de continuité accidentelle de la muqueuse ou de son revêtement épithélial. C'est aussi pour la même raison, que les glandes salivaires, tout en étant aptes à se tuberculiser par inoculation directe, ne subissent presque jamais la dégénérescence tuberculeuse, puisque les portes d'entrée naturelles à l'infection microbienne ne donnent accès qu'à un virus dénué d'action spécifique. »

« Les microbes, dit M. Charrin (2), tout en attaquant l'organisme, se combattent eux-mêmes. Pourquoi, *in vitro*, se ralentit, s'arrête l'évolution d'une bactérie? Pour deux raisons principales : la première, c'est que les *générations successives épuisent les réserves nutritives*; la seconde, c'est que les *matières empêchantes nuisibles prennent naissance.* »

Cette concurrence vitale est particulièrement intense pour les microbes de la bouche, vu l'antagonisme qui existe entre les deux principaux groupes de microbes buccaux, les pathogènes et les saprogènes; les seconds sont les ennemis les plus redoutables de la plupart des premiers.

Mais que l'on n'aille pas exagérer les faits et nous faire conclure que la septicité de la bouche est le meilleur moyen de protection naturelle de la dent contre la carie!

Signalons seulement ici, pour terminer cet exposé des moyens naturels de résistance, l'influence de la phagocytose de Metchnikoff.

Il y a au fond de la cavité buccale, au niveau de l'isthme naso-pharyngien, tout un système lymphoïde, surtout remarquable par la présence des amygdales, destiné à défendre l'organisme contre l'envahissement des microbes en général, et de ceux de la bouche en particulier. On conçoit que leur destruction par les phagocytes contribuera à protéger la dent contre les atteintes des parasites qui pourraient la carier.

Notons que, dans tout ce chapitre, sur les moyens

(1) Charrin. *Semaine méd.*, 1892, nº 62.

(2) Charrin. Loc. cit.

naturels de défense de la dent contre la carie, nous n'avons considéré que la couronne; quant à la racine, elle est parfaitement défendue, tant qu'elle est bien enchâssée dans son alvéole (ce qui est son état normal) et maintenue par le ligament alvéolo-dentaire à l'abri des agents infectieux.

En somme, une constitution surtout minérale et dense à la périphérie, l'action mécanique, chimique et microbicide de la salive, la concurrence vitale des microbes, leur destruction par les phagocytes, voilà ce qui constitue la défense naturelle de la dent contre la carie.

Il est évident qu'il ne faut pas placer sur le même plan ces divers moyens de résistance et que la structure même de la dent, telle que nous l'avons conçue, doit être mise en première ligne, bien avant tous les autres.

La comparaison de ces moyens de résistance avec ceux d'une ville fortifiée s'impose; nous ne voulons pas y insister : la cuticule de Nasmyth et l'émail constituant le mur d'enceinte; l'ivoire et ses canalicules représentant les rues qui conduisent à la pulpe, c'est-à-dire le cœur de la place; la salive, l'eau qui baigne les remparts, enfin les microbes jouant le rôle d'assiégeants exposés à tous les dangers du « struggle for life », etc. C'est là un parallèle devenu trop banal pour que nous le développions plus longuement.

IV

Moyens de défense spéciaux. — Imaginons maintenant que, malgré tous ces moyens de défense naturelle, une brèche ait été faite dans l'enceinte fortifiée que nous connaissons ; les microbes tenteront, par les canalicules dentinaires, dans lesquels ils pénètrent, d'arriver jusqu'à la pulpe. Mais ils rencontreront un nouvel obstacle que la dent va leur opposer.

Nous disions plus haut qu'une dent était d'autant plus résistante contre la carie qu'elle était plus dense, plus minérale. Comment se défendra-t-elle une fois la brèche faite? *En se densifiant, en se minéralisant, en fabriquant une dentine secondaire presque exclusivement minérale*, qu'elle va opposer aux microbes (1).

En effet, dès que l'émail est détruit en un point (premier degré de la carie), même avant que l'ivoire ait subi l'envahissement de la carie (deuxième degré), la pulpe se trouve irritée par l'intermédiaire des canalicules dentinaires et tout de suite elle réagit. Elle produit en plus grande quantité les matériaux qu'elle élabore habituellement. Ce sont eux qui vont constituer la dentine secondaire : ils pénètrent dans les canalicules, s'y déposent molécule à molécule, les remplissent et transforment bientôt toute une zone d'ivoire (la zone la plus exposée) en une masse compacte et uniforme. « C'est d'abord, dit M. Magitot, une petite tache blanche située soit dans la portion d'ivoire immédiatement sous-jacente à l'émail altéré, soit dans un endroit intermédiaire entre ce point et la surface de la pulpe, soit plus rarement au voisinage de celle-ci. Cette petite tache s'agrandit le plus ordinairement de la circonférence au centre. Il en résulte qu'elle suit, dans son développement, une marche simultanée à celle de la carie dentaire et dans le même sens qu'elle, de manière que celle-ci, au moment où elle pénètre dans l'ivoire, trouve la couche homogène et résistante susceptible d'apporter un retard ou un arrêt plus ou moins prononcé à sa progression. »

(1) Magitot. *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. Carie.

Cette dentine secondaire n'est donc autre chose que de l'ivoire compact, où les canalicules sont extrêmement rares, isolés de loin en loin. Cette masse de dentine de nouvelle formation prend généralement la forme d'un cône, dit *cône de résistance*, dont la base répond au dehors et dont le sommet tronqué dirigé vers le centre de la dent atteint assez rapidement la paroi de la cavité pulpaire. Quelquefois, la formation de dentine secondaire ne se borne pas seulement aux canalicules; elle dépasse la limite dentinaire, empiète sur la chambre pulpaire et comme il n'y a plus de canalicules à remplir, la dentine se dépose en couches concentriques, d'où retrait proportionnel de la pulpe qui subit une atrophie progressive. Il peut même arriver que ce travail de surproduction dentinaire soit assez actif pour combler toute la cavité pulpaire.

Dans d'autres cas, la pulpe, irritée probablement d'une façon particulièrement intense, localise encore plus sa résistance.

Elle fabrique la dentine secondaire sur place, elle se calcifie; c'est là le phénomène connu sous le nom de *calcification de la pulpe.* Elle donne d'abord naissance à des nodules de dentine secondaire, *odontèles*, *nodules pulpaires*, et ceux-ci peuvent arriver à se réunir et à transformer ainsi la totalité de l'organe.

Ce n'est pas d'ailleurs uniquement dans les cas de carie que l'on peut assister à cette sorte de dégénérescence pulpaire; on la trouve également dans certains cas où la dent a subi un *traumatisme prolongé*, et l'on peut dire, d'une façon générale, que *toute cause d'irritation chronique de l'organe* peut aboutir à ce résultat.

Notons que dans ces cas de transformation éburnée de la pulpe entière, il n'y a pas de continuité entre l'écorce dentinaire et la pulpe ainsi modifiée, de sorte que la dent étant brisée, la pulpe consolidée peut être isolée avec sa forme primitive; cependant elle reste en continuité avec l'ivoire normal qui constitue la base de la cavité de la pulpe et les racines [Paolo Carreras (1)].

C'est à cette formation de dentine secondaire que beaucoup de caries doivent leur arrêt prolongé, quelquefois même définitif, c'est-à-dire guérissent spontanément en passant à l'état de *carie dite sèche.*

Les spécialistes connaissent bien tous ces détails; en pratiquant le curetage d'une carie sèche, on sent l'instrument arrêté par du tissu très dur, on perçoit un grincement analogue à celui que fait entendre un excavateur creusant dans la dentine saine; on pourrait l'appeler *cri dentinaire* par analogie avec le cri utérin que l'on obtient dans le curetage de l'utérus, alors que la curette tranchante a enlevé toute la muqueuse et râcle les fibres musculaires.

Il y a, dans cette modification défensive de l'ivoire, un phénomène qui nous rappelle ce qui se passe dans les poumons, par exemple, lorsque l'infection par le bacille de Koch amène une réaction qui se traduit par la formation d'un tissu fibreux d'enkystement.

Ainsi la dentine secondaire est, pour la dent attaquée et déjà envahie, un puissant moyen de résistance. Mais il en est un autre, moins bien connu sans doute, mais dont l'existence est incontestable, la *phagocytose de Metchnikoff*,

(1) P. Carreras. *Odontologie*, 1892.

que nous avons déjà signalée comme moyen de défense naturelle contre les parasites buccaux. La pulpe, bien avant même qu'elle soit mise à découvert, est irritée par les micro-organismes (qui, grâce aux canalicules dentinaires, ont pu pénétrer jusqu'à elle), ainsi que par leurs *produits de sécrétion* ; c'est ainsi qu'elle peut plus ou moins s'enflammer (pulpite subaiguë, aiguë, chronique).

On connaît sa réaction définitive par la formation de dentine secondaire; quant à la phagocytose, si elle n'a pas encore été expérimentalement démontrée dans la dent, logiquement elle ne peut pas ne pas exister.

« Le rôle des phagocytes, dit Metchnikoff, est ordinairement distribué entre deux espèces de cellules : les unes, plus petites, à noyau lobé ou multiple, les leucocytes dans le sens le plus restreint du mot, sont dispersées dans tous les tissus (cellules migratrices) et concentrées dans le système lymphatique et sanguin, d'où elles émigrent, en cas de besoin, dans chaque partie du corps envahie par les parasites ; je donne à ces cellules le nom général de *microphages*; les autres, pour lesquelles j'adopte par contre le nom de *macrophages*, sont toutes les sortes d'éléments capables d'englober les corps solides et munis d'un seul grand noyau difficile à colorer. »

Or, dans la pulpe, il y a des cellules embryonnaires et il peut y avoir diapédèse des leucocytes à travers les vaisseaux sanguins : ce sont là les microphages ; quant aux odontoblastes et aux cellules étoilées, peut-être arrivera-t-on un jour à les considérer comme macrophages. Mais jusqu'à présent, nous manquons, à ce sujet, de notions exactes.

Tous ces phagocytes possèdent, vis-à-vis des substances d'origine microbienne, cette sensibilité spéciale connue sous le nom de *chimiotaxie*. La chimiotaxie sera dite *positive*, si, dans le cas particulier qui nous occupe, la pulpe a mobilisé un grand nombre de leucocytes, de microphages.

Enfin, et bien que cela ne soit encore qu'une hypothèse, on a été amené à penser que les phagocytes étaient non seulement capables d'englober et de digérer les microbes, mais aussi de détruire les *toxines microbiennes*.

Retenons-le ; en effet, les microbes de la carie sécrètent des toxines et la pulpe pourra réagir par la formation de dentine secondaire que nous connaissons, par son pouvoir micro et macrophagique que nous lui supposons et peut-être aussi par la destruction de ces toxines elles-mêmes, qui, nous le répétons, n'est encore qu'une propriété hypothétique.

Qu'il nous soit permis, avant de terminer, d'émettre une hypothèse personnelle ; pour Metchnikoff, il y a des états pathologiques aigus à réaction microphagique et des états pathologiques chroniques à réaction macrophagique (1). Ainsi, dans les exsudations, dans la suppuration en particulier, il y a surtout des microphages, tandis que les macrophages donnent lieu à la formation de granulomes (lèpre, tuberculose).

« Plus la suppuration est abondante, plus il y a de microphages ; plus il y a de granulomes, plus il y a de macrophages; des granulomes sont-ils envahis par des microphages, il y a suppuration comme dans la tuberculose, l'actinomycose. »

En lisant ces lignes *nous nous demandons si, dans la carie dentaire, la réaction par formation de dentine secondaire n'est pas fonction phagocytaire;* ce serait la *réaction macrophagique* d'une affection chronique.

(1) Metchnikoff. *Bull. méd.*, 1893, n° 6.

N'est-ce pas, en effet, précisément dans les caries à marche lente (chronique) que l'on rencontre une zone épaisse de dentine secondaire ? et même la dentinification de la pulpe sur place ? N'avons-nous pas vu, en outre, qu'il fallait l'irritation lente d'un traumatisme prolongé pour calcifier la pulpe ?

Nous en avons fini avec les moyens de défense spéciaux de la dent : en première ligne, la formation d'un obstacle minéral, la barrière de dentine secondaire; en deuxième ligne, un moyen d'ordre vital, moins bien connu, la phagocytose.

C'est aussi en ces deux catégories que nous avons divisé les moyens naturels de résistance, l'un minéral (la constitution même de la dent), l'autre organique (la salive avec ses diverses propriétés, la concurrence vitale des microbes, leur destruction par les phagocytes).

V

Pourquoi ne sont-ils pas toujours suffisants ? — Nous avons ici deux partis en présence : les microbes d'une part, la dent de l'autre.

Si bien constituée que soit la dent, si énergique que soit sa défense, les microbes peuvent parfois être en si grand nombre et tellement virulents que la résistance devient bien difficile.

D'autre part, la dent elle-même peut être en état de moindre résistance, soit par le fait de causes générales avec retentissement sur le système dentaire, soit simplement pour des causes locales.

C'est ainsi qu'une alimentation insuffisante en produits phosphatés et calciques affaiblit tout l'organisme et surtout le système osseux et les dents ; de même le rachitisme, la croissance exagérée, où il y a pénurie d'éléments minéraux ; de même enfin toutes les maladies aiguës et chroniques (tuberculose, syphilis); la grossesse, surtout les grossesses répétées, alors que l'organisme affaibli ne peut plus envoyer au système dentaire la quantité de sels phosphatés, calciques qui lui donnent sa densité, c'est-à-dire sa résistance naturelle.

Notons, en outre, que la plupart de ces causes générales (maladies aiguës, chroniques, grossesses), non seulement diminuent la résistance de la dent, mais encore augmentent la virulence des micro-organismes, en modifiant les sécrétions buccales qui deviennent favorables à leur développement.

Enfin, ajoutons à ces conditions générales de moindre résistance naturelle, des causes locales : telles, les imperfections de structure congénitale, *superficielles* par absence ou affaiblissement de la couche d'émail sur une étendue plus ou moins considérable de la dent (sillons, érosions), ou *profondes* par défaut en certains points d'ivoire calcifié (espaces vides, interglobulaires de Czermak); telles les fissures par traumatisme, l'usure par articulation défectueuse des deux mâchoires ; telles les anfractuosités anormales, les tubercules supplémentaires, les interstices interdentaires trop serrés, le capuchon de muqueuse recouvrant les dents de sagesse ; tels enfin la résorption alvéolaire qui met à nu, sur une étendue plus ou moins grande, la racine recouverte de son cément si attaquable par les acides, le défaut d'activité fonctionnelle, la suspension des

fonctions de mastication; *en un mot*, toutes les causes locales qui exposent l'ivoire à travers une brèche de l'émail, qui diminuent la densité de la dentine, qui permettent l'accumulation en un point des détritus alimentaires et des agents infectieux.

Nous venons donc de faire une énumération rapide des diverses conditions qui diminuent la résistance naturelle de la dent et la rendent plus vulnérable. Y en a-t-il à présent qui contrarient ses moyens de défense spéciaux ? Nous répétons d'abord ce que nous disions plus haut sur la virulence de l'infection, quelquefois telle qu'ils sont absolument impuissants; en outre, certaines causes diminuent leur efficacité.

La formation de dentine secondaire peut être entravée par les irritations violentes, les médicaments trop énergiques (l'acide phénique pur par exemple), les obturations non isolantes.

Quant à la phagocytose, on sait qu'elle est influencée par la température, le traumatisme et certaines substances anesthésiques. Le froid diminue notablement l'activité des phagocytes (expériences de Pasteur, de Wagner sur des poules); de même la chaleur excessive; de même le traumatisme (Nocart, Roux, Queyrat).

En somme, dans la carie dentaire comme dans toutes les infections, l'organisme résiste avec ou sans succès suivant les cas : si la virulence de l'agresseur est trop intense, si la défense est mal préparée ou rendue impossible, la dent succombera, ses divers éléments seront altérés, détruits; ce sera sa perte, plus ou moins rapide, par carie molle, tellement rapide quelquefois (carie blanche) qu'elle nous semble mériter le nom de *phtisie dentaire ;* mais qu'au contraire cette virulence soit suffisamment atténuée, que le terrain soit assez résistant, que la défense ne soit pas entravée, la dent restera victorieuse : ce sera sa guérison par *carie sèche.*

D'ailleurs, notons bien que l'histoire de cette lutte est rarement aussi simple, aussi nette : il y a de part et d'autre des alternatives de succès et de revers, que l'examen anatomo-pathologique nous montre manifestement : sur des coupes faites en différents sens, il est très fréquent de constater des points de carie envahissante et molle, à côté de zones plus ou moins étendues de dentine secondaire, de carie sèche (1).

N'en est-il pas de même dans la tuberculose pulmonaire, où l'on voit si souvent des lésions tuberculeuses en voie d'extension à côté de lésions restées stationnaires ou guéries ?

VI

Conclusions. — I. La carie de la dent est due à une infection de cet organe. Les microbes trouvent dans ses éléments organiques, ainsi que dans le milieu buccal en général (chaleur, humidité, détritus alimentaires, desquamation épithéliale), des aliments et un milieu favorables; quant aux éléments minéraux, ils sont détruits par les fermentations acides que déterminent ces microbes.

(1) Il existe dans ce processus, où tantôt c'est la dentinification et tantôt la carie qui l'emporte, une analogie avec l'usure des racines des dents temporaires. La résorption de ces racines n'est pas fatalement continue, ainsi que l'a montré Tomes, et quelquefois elle peut être interrompue par une phase de production cémentaire.

II. La structure normale de la dent lui permet de résister aux agents infectieux; elle y est aidée par les propriétés spéciales de la salive et la concurrence vitale des micro-organismes.

III. Dès qu'elle est envahie, la dent se défend par la formation de dentine secondaire et son pouvoir phagocytaire.

IV. Suivant l'énergie de la résistance et l'intensité de l'infection, on peut considérer à la carie dentaire deux formes types : la forme molle ou phtisie dentaire; la forme sèche.

V. *Rôle très important du médecin pour la prophylaxie de la carie dentaire.* — D'une façon générale, les indications à remplir sont les suivantes [Thomas (1)] :

1° Empêcher le séjour dans la bouche des particules alimentaires. — Cure-dents, brosse, etc.;

2° Détruire les micro-organismes par les antiseptiques; neutraliser leurs fermentations acides par les alcalins.

Voyons maintenant les différents cas où le médecin peut être appelé à exercer sa surveillance sur les dents :

A. *Chez l'enfant.* — En lui apprenant à prendre soin de sa bouche, il lui évite la carie des dents de lait. Celle-ci, outre ses accidents propres, compromet l'éruption des dents définitives [Bouchard (2)] et même l'état normal de leur structure; en effet, leur développement, leur calcification peuvent se ressentir des inflammations de voisinage, du traumatisme de l'avulsion. En outre, la chute prématurée des dents de lait, mettant les maxillaires dans des conditions anormales, entrave leur développement et peut amener des anomalies de toutes sortes dans les dents permanentes.

B. *Chez le malade atteint d'une affection aiguë.* — « Dans les pyrexies intenses, dit M. Rappin (3), *toutes les sécrétions étant diminuées*, on comprend que la neutralisation des acides produits sans cesse dans la bouche par les fermentations n'est plus opérée qu'imparfaitement par la petite quantité de salive qui coule encore. » Par conséquent, pour empêcher la dent de se laisser atteindre par les produits acides des fermentations, il sera absolument indiqué de débarrasser soigneusement la bouche et les dents des enduits saburraux qui offrent un terrain très favorable aux micro-organismes et de les laver fréquemment et abondamment avec des solutions antiseptiques et alcalines.

C. *Dans les affections chroniques et les états diathésiques.* — Là le médecin, sans négliger les soins locaux de la bouche, devra s'attacher surtout à améliorer l'état général du malade. Instituer le traitement de son diabète, par exemple, « c'est combattre souvent plus efficacement le microbe que de le poursuivre avec des antiseptiques, c'est faire de l'antisepsie indirecte » (Bouchard).

D. Enfin, dans une dernière catégorie de faits, il y a une *prédisposition locale des dents* ou des *gingivo-stomatites*, et le médecin doit exercer une surveillance très attentive sur le système dentaire de son malade, s'il veut lui éviter les inconvénients de la carie. Qu'il redouble d'attention pour empêcher la stagnation des détritus alimentaires et muqueux, qu'il enlève le tartre jusqu'à la dernière parcelle, que la dent soit toujours nette, bien dégagée; il faut gratter, râcler, brûler, couper : pas de clapier gingival, *pas de plaie anfractueuse*, mais une plaie facilement accessible aux antiseptiques.

(1) Thomas. Loc. cit.
(2) Bouchard. *Thérapeutique des maladies infectieuses*, 1889.
(3) Rappin. *Bactéries de la bouche*, Th. de Paris, 1881.

VI. *Rôle du spécialiste pour favoriser la défense de la dent.* — Si le médecin doit surtout tâcher de conserver à la dent sa résistance naturelle en surveillant son client aux diverses époques de sa vie, dans ses divers états de santé ou de maladie, un des rôles les plus importants du spécialiste, c'est de favoriser la défense de la dent. Il aura déjà conseillé l'usage des dentifrices antiseptiques, employé (s'il y a eu lieu) les appareils de prothèse et de redressement; mais maintenant qu'il se rappelle surtout les irritations violentes qui paralysent la formation de dentine secondaire, les diverses conditions qui entravent la défense phagocytaire! Après avoir enlevé tout ce qui est malade, il détruira, grâce à une antisepsie aussi rigoureuse que possible, les microbes ou du moins en atténuera la virulence; il évitera les médicaments trop énergiques, les obturations imparfaites ou non isolantes, ainsi que le froid exagéré ou la chaleur excessive, c'est ainsi qu'il favorisera la défense de la dent contre la carie.

REVUE DE LA PRESSE

Saignée et néphrites infectieuses. — M. Lacaze résume ainsi, dans la « Revue de médecine », ses recherches sur l'utilité de la saignée dans les néphrites infectieuses avec accidents graves :

« La néphrite, comme l'urémie, a pour cause la rétention dans le sang, en quantité anormale, de produits toxiques nombreux que les reins auraient dû éliminer. La saignée non seulement remédie aux accidents qui en résultent (convulsion, coma, délire, vomissements, etc.), mais encore améliore la plupart des autres troubles fonctionnels. A ce titre, la saignée mérite d'entrer dans le traitement de la fièvre typhoïde et des maladies infectieuses s'accompagnant parfois de lésions rénales intenses. »

Variole et grossesse. — M. le docteur Richardière nous fait connaître, dans l' « Union médicale », le traitement antiseptique qu'il a employé, à l'hôpital d'Aubervilliers, contre la variole chez les femmes en état de gestation.

« Toutes les malades prenaient chaque jour un bain de sublimé d'un quart d'heure; les malades, dont l'éruption était abondante, en prenaient deux. De plus, les organes génitaux externes étaient constamment recouverts de compresses de tarlatane fréquemment imbibées de liqueur de van Swieten étendue, pulvérisée sur la tarlatane. Enfin, des injections vaginales de sublimé à 50 centigrammes par litre étaient faites deux fois par jour.

Ce traitement, suivi par les malades en état de grossesse, a été continué, sans modification, après l'accouchement ou après l'avortement. Il n'a été fait d'injection intra-utérine au sublimé que dans les cas où il y avait ascension thermique. Les injections intra-utérines ont eu un résultat excellent; elles ont toujours amené rapidement la disparition des accidents.

L'emploi du sublimé a été bien supporté dans tous les cas, sauf dans un seul. Chez cette malade, il y a eu une stomatite d'intensité modérée, qui a nécessité la suppression du sublimé et son remplacement par le permanganate de potasse. »

Asystolie. — M. Bard résume ainsi ses recherches sur les poussées inflammatoires dans l'asystolie, qu'il vient de publier dans le « Lyon médical » :

« En résumé, les affections cardiaques présentent, comme la tuberculose, une période curable pendant laquelle il faut traiter les malades qui en sont porteurs, non pas comme des vieillards ou des valétudinaires qu'on prolonge en les ménageant, mais comme des malades atteints d'affections temporaires qu'on doit combattre comme on combat une maladie aiguë ou une poussée tuberculeuse. Plus tard, beaucoup plus tard qu'on ne le pense généralement, quand on a à combattre le début de l'asystolie dégénérative ou quand l'incurabilité paraît définitive, la digitale peut encore prolonger quelque peu l'existence; elle reprend à ce moment son monopole, mais jusque-là elle doit céder le pas aux divers agents du traitement antiphlogistique. »

Tuberculose du premier âge. — MM. Lesage et Pascal étudient, dans les « Archives générales de médecine », la polyadénite généralisée primitive, et résument ainsi leur étude.

« Il existe, chez l'enfant du premier âge, une forme de tuberculose caractérisée par : 1° une cachexie progressive; 2° l'intégrité des viscères, observée cliniquement et constatée anatomiquement; 3° l'absence de troubles digestifs; 4° la présence d'une polyadénite plus ou moins généralisée aux aines, aisselles, et cou.

On décèle la présence du bacille de Koch dans ces ganglions.

Cette variété de tuberculose aboutit à la mort par aggravation de l'état cachectique ou, au contraire, les productions d'accidents méningés de nature tuberculeuse. »

VARIÉTÉS

Le suicide pendant la Révolution.

Par M. le docteur Cabanès.

Les psychologues n'auront pas à se mettre longtemps l'esprit à la torture pour tenter une explication du grand nombre de suicides consignés par les historiens de l'épopée révolutionnaire. Si aux arrêts meurtriers, aux exécutions plus ou moins juridiques, les condamnés politiques préfèrent la mort volontaire, c'est qu'ils tiennent apparemment à échapper à la flétrissure d'un supplice public. En se réservant le choix de l'instrument de destruction, ne sont-ils pas assurés d'éviter la brutale accolade du sinistre couperet que, par un symbolisme outré, d'aucuns se sont plu à regarder comme « le glaive de la loi »?

Comment auraient-ils l'appréhension de la mort, ceux qui bravement la narguent ou l'appellent parfois de leurs vœux? Ils ont vu s'évanouir leurs plus chères affections, ils ont assisté à l'anéantissement de leurs illusions dernières : ils ont perdu la foi dans un avenir qui leur apparaît gros de menaces, et, se laissant aller au découragement, ils précipitent un dénouement qu'ils pressentent prochain.

Ne faut-il pas aussi tenir grand compte, dans l'étiologie du suicide, et surtout du suicide épidémique, des circonstances ambiantes ?

Les tourmentes sociales, les guerres civiles, les révolutions ont sur la production des suicides une influence qui n'a pas échappé aux aliénistes.

« Les influences politiques, dit Esquirol, sont des causes excitantes qui mettent en jeu telle ou telle passion et impriment tel ou tel caractère à la folie. Si ces influences ne se produisent pas toujours immédiatement par un accroissement dans le nombre des suicides, elles amènent généralement, les années suivantes, une recrudescence pour les cas d'aliénation mentale... »

M. Falret dit de même : « Les suicides sont plus nombreux pendant les commotions politiques, parce que, l'imagination grossissant le danger, l'esprit de l'homme succombe à la crainte de ne pouvoir en triompher... »

On se sait voué à une mort certaine, le sacrifice de la vie devient dès lors bien léger. On se tue, le sourire aux lèvres, persuadé qu'on échappera à ces assassinats collectifs, à ces massacres organisés qu'une foule en délire exécute avec cette sauvagerie inconsciente, qui atteste à quel point se réveille, à certains moments, dans les masses, l'instinct d'animalité.

Reportez-vous, par exemple, aux scènes de carnage qui ont marqué les journées de septembre 1792, et dites-nous s'ils n'ont pas été bien inspirés ceux qui ont devancé l'arrêt suprême, dont

les travailleurs de la commune de Paris ont été constitués les exécuteurs salariés.

Quelques jours avant le massacre des prisons, le 22 août 1792, le colonel de la garde constitutionnelle du roi, M. de Chantereine, dit à ses co-détenus de l'Abbaye : « Nous sommes tous destinés à être égorgés. Mieux vaut nous donner la mort. » Et d'une main sûre, il s'enfonce trois coups de poignard dans la région du cœur. Un jeune officier du nom de Boisragon, enfermé dans la même prison, ne tarde pas à suivre son exemple. Mais il survit à ses blessures et est massacré pendant les journées de septembre.

Quelques autres prisonniers se tuent dans leurs chambres; un entre autres se brise le crâne contre la serrure de sa porte (1). A la Conciergerie, à la Force, au Grand-Châtelet, les suicides se multipliaient.

Le cloître des Bernardins, les Carmes de Vaugirard (2), Saint-Firmin, la Salpêtrière et Bicêtre virent également de nombreuses morts volontaires. Le suicide, à la Bourbe (aujourd'hui la Maternité), d'un ancien valet de chambre du marquis de Coigny, eut, dans Paris, un grand retentissement. Les gazettes relatèrent l'incident qui, pendant quelques heures, défraya toutes les conversations. Voici en quels termes l'annonçait le *Journal des événements arrivés à Port-Libre, communément appelé la Bourbe* :

« Un événement funeste nous a attristé toute la journée. Pendant que les jeunes gens jouaient aux barres dans le jardin, un malheureux prisonnier, nommé Cuny, autrefois valet de chambre du ci-devant marquis de Coigny, s'est coupé la gorge dans un cabinet attenant au cloître : on ne s'aperçut de ce suicide qu'un quart d'heure après qu'il fut consommé. Arrivé depuis deux jours à Port-Libre, Cuny avait couché dans une des grandes salles où il avait fait le récit de son infortune : le matin, la tristesse et l'abattement étaient sur son visage. On cherchait à le consoler. Comme son projet était fortement conçu, il avait lui-même affilé son couteau et fait un testament de mort qu'on trouva dans sa chambre, lorsque des officiers municipaux dressèrent le procès-verbal de cet événement. Cuny ne mourut pas sur-le-champ. »

Le testament de cet infortuné exprimait l'espoir que la Convention aurait égard à sa demande « pour des malheureux sans-culottes », c'est-à-dire ses neveux et nièces, et surtout « un pauvre orphelin qu'il a toujours aimé et assisté ».

Le suicide de Cuny fut contagieux, puisque, au même moment, le banquier Girardot, transféré des Madelonnettes à la maison de santé de Belhomme, se tuait de sept coups de couteau.

Le marquis de la Fare, Achille Duchâtelet, qui avait perdu un mollet d'un coup de feu à l'attaque de Gand, se donnaient la mort; ce dernier en s'empoisonnant dans la prison des Madelonnettes où on l'avait enfermé. Duchâtelet était pourtant un républicain de la première heure. C'était lui qui avait traduit, signé et fait placarder sur tous les murs de Paris et jusque dans les corridors de l'Assemblée nationale, l'adresse de Thomas Payne proclamant la déchéance de Louis XVI dès 1790.

Mais les meilleurs des républicains, les patriotes les plus éprouvés devront payer leur tribut à « dame Guillotine ». Les juges de la veille deviendront les accusés du lendemain. Comme Saturne, la Révolution dévorera tous ses enfants.

Aujourd'hui, c'est le tour du girondin Clavière qui, avant de se tuer, calcule la place exacte où doit pénétrer son stylet. Demain les représailles s'exerceront sur les partisans de Robespierre et sur Robespierre lui-même.

La mort de Clavière n'a pas été sans causer quelque inquiétude à l'accusateur public, Fouquier-Tinville. Le farouche procureur n'a plus qu'à résigner ses fonctions, si les condamnés s'avisent de se dérober à l'échafaud. Aussi le voit-on, à cette occasion, réclamer les plus sévères mesures de surveillance dans les prisons, en même temps qu'il fait décréter que les biens des suicidés seront déclarés, sans autre formalité, « acquis à la République ». Vaines menaces, mesures illusoires! Dans le tombereau qui amènera à Sanson les vingt-deux députés girondins coupables de « modérantisme », se trouvera un cadavre (1) à qui le bourreau devra, suprême honte, infliger une horrible mutilation : le corps de Valazé, qui s'est tué d'un coup de couteau, est condamné, de par la loi, à subir la décollation !

Vergniaud, plus indifférent ou plus résolu, avait préféré ne pas user du poison qu'il tenait en réserve dans ses vêtements. Il gravit les marches de l'échafaud sans crainte, ni forfanterie. De même Mme Roland, dont on ne saurait suspecter le courage et la virilité, aima mieux, pour l'honneur du parti, renoncer à ses idées de suicide, se remémorant le beau vers de Corneille :

Le crime fait la honte et non pas l'échafaud.

Dans une circonstance analogue, l'illustre chimiste Lavoisier, à qui on proposait de se dérober par le poison, faisait cette sublime réponse : « Je ne tiens pas à la vie et le sort qu'on nous réserve est sans doute bien pénible. Mais pourquoi aller au devant? Nous n'avons point à redouter la honte et notre vie passée nous garantit le jugement que l'opinion prononcera sur nous... » Redoutaient-ils donc de ne pouvoir étouffer la voix de leur conscience, ceux qui, comme le prêtre Jacques Roux ou le capucin Chabot, cherchaient à devancer l'expiation finale?

Jacques Roux est ce prêtre hébertiste, rédacteur du *Journal des Clubs*, « prédicateur des sans-culottes » comme il aime à s'appeler, qui a été chargé de conduire Louis XVI à l'échafaud. Un an plus tard, presque jour pour jour, le 18 janvier 1794, le justicier est jugé à son tour. Le tribunal révolutionnaire condamne à mort le prévenu. Mais aussitôt après le prononcé de son jugement, Jacques Roux tire un couteau de sa poche et s'en donne cinq coups. Après avoir reçu les premiers soins dans la salle du tribunal, il est transporté à l'infirmerie de Bicêtre, où il expire en arrivant.

---

(1) Jourgniac Saint-Méard. *Mon agonie de trente-huit heures.*

(2) « Il y avait parmi les prisonniers du couvent des Carmes, dit M. Alexandre Sorel dans son intéressant ouvrage sur *le Couvent des Carmes pendant la Terreur*, un chirurgien, nommé Virol, dont la tête se trouvait quelque peu affaiblie par suite de sa captivité. Un jour, il se mit à crier : « Robespierre est un scélérat ! » L'occasion était bonne, on la saisit avec empressement, et le 30 messidor (18 juillet 1794), un administrateur de police, se rendant aux Carmes, fit conduire à la Conciergerie quarante-neuf détenus sous le prétexte qu'ils avaient conspiré. Quant à Virol, effrayé de cette visite, il se jeta par la fenêtre et se tua. »

(1) Valazé s'était frappé d'un coup de couteau aussitôt après la lecture de l'arrêt de mort. Le tribunal révolutionnaire ordonna que les officiers de santé assermentés, Naury et Théry, lui donneraient les soins nécessaires et feraient leur rapport séance tenante.

Voici, à titre de document, le procès-verbal d'autopsie de Valazé :

« *Autopsie du cadavre de Valazé.*

Nous, soussignés, officiers de santé assermentés au tribunal révolutionnaire établi au Palais de Justice de Paris par la loi du 10 mars dernier, en vertu de l'ordonnance rendue le neuvième jour du deuxième mois de la deuxième de la République; sur le réquisitoire de l'accusateur public, nous nous sommes transportés es prisons de la Conciergerie, à l'effet de constater la cause de la mort du citoyen Valazé : y étant arrivés accompagnés de deux huissiers du tribunal, nous nous sommes fait représenter le cadavre qui nous a été assuré être celui du citoyen Valazé; de suite nous avons procédé à l'examen et ouverture dudit cadavre. 1° Nous avons remarqué extérieurement une playe de huit lignes d'étendue, un peu oblique sur la cinquième des vrayes côtes, du côté gauche environ quatre travers de doigt du sternum. 2° Par l'ouverture du cadavre nous avons remarqué entre la cinquième et la sixième des vrayes côtes dans l'intérieur de la capacité de la poitrine, qu'elle a percé dans son trajet le bord inférieur du lobe gauche du poumon; ensuite elle (a) ouvert le péricarde; enfin elle a percé le cœur de part en part en ouvrant les deux ventricules de (ce) vicère (*sic*), qui a dû occasionner et a occasionné en effet une mort très prompte.

Fait à Paris le dixième jour du deuxième mois de la deuxième année de la République française une et indivisible.

Signé : Naury Théry. »

Le capucin Chabot a été moins heureux. Au moment où le guichetier vient faire l'appel des condamnés, il réussit à avaler un paquet de sublimé. Mais le poison fait lentement son œuvre, et lui arrache de telles souffrances qu'on se précipite à son secours. On le hisse sur la fatale charrette, et il arrive, accompagné des huées et des malédictions, sur la place où est dressé l'instrument de supplice.

Un autre fanatique, l'ancien cordonnier Lhuillier, qui avait posé sa candidature à la mairie de Paris contre le médecin Chambon, « est puni par ses propres mains de ses fourberies et de ses crimes », selon l'expression d'un annaliste du temps. Le citoyen Barriat, chirurgien-major, désigné par la section armée des sans-culottes pour faire son rapport sur les causes de la mort de Lhuillier, dont on a trouvé le cadavre dans une cellule de la prison de « Pélagie », conclut à un suicide survenu à la suite de l'incision, faite à l'aide d'un rasoir, des veines saphènes et brachiales.

Dans les prisons, c'est comme un mot d'ordre (1). Les suicides s'y multiplient, suivant de jour en jour une désolante progression.

Au Luxembourg, c'est un nommé Legrand, qu'on y a tout récemment conduit, qui se précipite du toit sur une balustrade de marbre. « On vit aussitôt, dit un historien de l'époque, sa cervelle sauter et son sang, répandu sur la terre, former un spectacle affreux. »

A Bicêtre, un vieillard octogénaire fait disparaître l'argent qui lui reste dans une fosse d'aisances, et s'ouvre le ventre avec un rasoir.

Le cardinal archevêque de Sens, Loménie de Brienne, ancien ministre de Louis XVI, ainsi que l'évêque de Grenoble, sont incarcérés et échappent par le suicide à l'échafaud.

L'académicien Chamfort, à la suite de sa première détention, avait fait le serment de ne pas entrer vivant dans une maison d'arrêt. Quand, en vertu d'un nouveau mandat, des agents se présentent chez lui, il les accueille sans protestation, demandant comme une grâce de passer dans son cabinet de travail; quelques minutes s'écoulent, une détonation retentit.

Chamfort vient de se tirer un coup de pistolet au front. La balle a fracturé les os du nez et lui a crevé un œil. Il s'arme alors d'un rasoir, s'en porte un coup à la gorge, puis se taillade la poitrine, et enfin s'ouvre les veines. Il est traîné en prison les membres pantelants et se débattant dans les dernières convulsions de l'agonie.

Comme Sieyès va le visiter, Chamfort, lui tendant la main, lui dit ces paroles : « Voilà ce que c'est que d'être maladroit, on ne réussit à rien, pas même à se tuer. » La mort ne devait mettre un terme à ses souffrances que quelques mois plus tard.

La folie du suicide ne fait pas moins de victimes en province qu'à Paris.

A Lyon, c'est le jacobin Chalier, qui ne réussit qu'à produire des blessures légères du pharynx et de l'œsophage, en absorbant des clous.

Un médecin, du nom de Géni, fut plus expert dans le choix de l'arme suprême. « Il connaissait les plantes amies de l'homme, affaissé sous la tyrannie, et qui peuvent l'en affranchir : une boisson mortelle, préparée par ses mains, termina son existence (2). » Un autre personnage, dont l'histoire n'a pas conservé le nom, n'ayant entre les mains qu'un grossier verre de bouteille, entreprit de s'ouvrir les veines et se fit en un instant plus de trente blessures.

(1) Le duc de Châtelet, n'ayant à sa disposition aucun instrument pour se tuer, se frappa la tête contre les murs. Puis il cassa un carreau de vitre et crut se donner la mort en se fendant le côté avec ce verre brisé; mais il ne put y réussir et ne parvint qu'à s'inonder de son sang. Il fut conduit en cet état à l'échafaud. (BEAULIEU. *Essais historiques.*)

(2) A.-F. DELANDINE. *Les prisons de Lyon.*

Le matin on le trouva baigné dans son sang, haletant encore. On le transporta à la guillotine sur un matelas (1).

« Quand Roland apprendra ma mort, il se tuera! » avait dit Mme Roland avant d'expirer. Le suicide de Roland suivit, en effet, de près la mort de sa vaillante femme. Il s'était jusque-là caché chez un de ses amis, M. Lenormand. A la nouvelle du supplice infligé à Mme Roland, il s'échappa sans mot dire de la maison de son hôte, et après avoir erré durant toute une nuit, il se poignarda de son épée. Le 25 novembre 1793, la Convention recevait avis des représentants du peuple envoyés dans la Seine-Inférieure « qu'un particulier avait été trouvé mort sur la grande route de Paris à Rouen ». Le boucher Legendre s'étant fait représenter le cadavre, l'avait formellement reconnu pour être le corps du « sieur Roland, ex-ministre de l'Intérieur ». Dans ses poches on avait découvert quatre pièces. La première contenait l'apologie de sa vie et de sa mort, avec quelques imprécations prophétiques. Sur le verso, il donnait les prétendus motifs de sa mor... ...ux autres pièces étaient les cartes de sa section. La quatrième était l'adresse d'une p... ...e à Rouen, ...ille chez laquelle, sans doute, il se proposait de se r... Le rapport se term... ...ait ainsi : « La Convention nationale jugera peut-ê... ...nécessaire de faire planter sur sa fosse un poteau s... ...quel sera placée une inscription qui transmettra à la postérité la fin tragique d'un ministre pervers, qui avait empoisonné l'opinion publique, qui avait acheté fort cher la réputation d'homme vertueux, et qui était le chef de la coalition criminelle qui a voulu sauver le tyran et anéantir la République (2). »

Toutes ces violences, enveloppées dans une phraséologie entortillée, n'expliquent-elles pas les dernières paroles de l'infortuné Roland : « Non la crainte, mais l'indignation m'a fait quitter ma retraite, au moment où j'ai appris qu'on avait égorgé ma femme, et je n'ai pas voulu rester plus longtemps sur une terre souillée de crimes... »

Le suicide de Condorcet et ses moindres péripéties sont trop connus pour qu'il soit nécessaire d'y insister longuement. On sait comment, ayant trouvé asile chez une noble dame du quartier Saint-Sulpice, il refusa d'y rester plus longtemps, quand fut promulguée la loi qui impliquait le même traitement au proscrit et à la personne qui le recueillait. De ce jour sa résolution était prise. Condorcet ayant réussi à tromper la vigilance de la femme à qui il devait la vie, disparaissait au point du jour, « sans passeport, vêtu d'une simple veste et la tête couverte d'un bonnet (3) ». Il pensait trouver accueil chez un de ses plus vieux camarades, Suard, qui habitait aux environs de Sceaux une maisonnette commode et sûre. Accablé de fatigue et mourant de faim, Condorcet, qui avait trouvé chez Suard porte close, échoue dans un cabaret de Clamart, où sa voracité attire l'attention de ses voisins de table. Ses façons de gentilhomme, le portefeuille élégant qu'il exhibe pour payer son écot, son mouchoir de batiste et l'Horace relié en maroquin qu'il a déposés à côté de lui, autant d'indices qui trahissent sa condition sociale. Le comité de Clamart, prévenu, s'assure de sa personne, et l'infortuné proscrit, après avoir subi un premier interrogatoire, est conduit sous bonne escorte à Bourg-la-Reine où, après une enquête sommaire, il est enfermé dans la prison de l'endroit. A peine était-il laissé seul à ses réflexions, qu'il absorbait un poison subtil que lui avait indiqué le physiologiste Cabanis, et succombait presque aussitôt. Quand on pénétra, quelques instants plus tard, dans son cachot, on n'y trouva plus qu'un cadavre.

La mort de Condorcet et de Roland détruisait les dernières espérances des girondins. La Montagne qui avait affirmé son triomphe par le supplice des 21, allait désormais traquer sans pitié ceux qui avaient jusqu'alors réussi à échapper par la fuite au sort qui leur était réservé.

(1) DES ÉTANGS. *Du suicide politique, etc.*, p. 97.

(2) *Histoire parlementaire de la Révolution française*, t. XXXI, p. 143.

(3) MICHELET. *Histoire de la Révolution française*, t. VII.

Des dénonciateurs avaient fait connaître à la Convention que Guadet avait été reconnu dans les environs de Libourne. C'en était assez pour qu'on opérât des recherches dans les grottes et cavernes des environs, notamment dans les souterrains de Saint-Émilion, où les « conspirateurs » pouvaient trouver un abri et quelques ressources. Julien, envoyé du Comité de salut public, se mit en mesure de faire fouiller par des patriotes éprouvés, aidés de chiens de forte taille, toutes les cachettes de la région. Rien ne devait transpirer de leurs projets. Les dix patriotes décidés, qu'on enrôla pour la circonstance, ignoraient même où on les conduisait. Arrivés à Libourne, ils prirent avec eux un détachement du 10e bataillon du Bec-d'Ambés, et, avec l'aide de gens du pays, explorèrent toutes les carrières et investirent la maison de la famille Guadet.

Ils commençaient à perdre espoir, quand deux d'entre eux, qui avaient parcouru plusieurs fois, en tous sens, la maison des Guadet, sans rien découvrir, s'aperçoivent que le grenier était [illegible] long que le rez-de-chaussée.

« Ils y [illegible]ntèrent et après l'avoir mesuré, ils se convainquirent qu'il y ava[illegible] loge pratiquée à l'extrémité, mais à laquelle aucune ouverture app[illegible]te ne communiquait. Ils montèrent sur les toits et ils travaillaien[illegible] découvrir la loge, lorsqu'ils entendirent rater un pistolet (1). » Guade[illegible]alle venaient de révéler leur retraite. Le coup de pistolet avait dû être [illegible] ce dernier qui, dans la lettre adressée à sa femme avant de mourir, dit en effet : « Au moment où on m'a saisi, j'ai dix fois présenté sur mon front un pistolet qui a trompé mon attente, je ne voulais pas être livré vivant. » Salle et Guadet furent expédiés à Bordeaux.

Presque au même instant, plusieurs volontaires qui passaient près d'une pièce de blé, à une demi-lieue de Castillon, entendaient tirer un coup de pistolet et voyaient deux hommes s'échapper d'un fourré. Celui qui restait était inondé de sang. Le linge du blessé étant marqué R. B., les volontaires lui demandent : « Êtes-vous Buzot? » Comme il a la mâchoire fracassée par le coup de pistolet qu'il s'est donné, il fait, avec la tête, un signe de dénégation. « Êtes-vous Barbaroux? » lui dit-on alors. Il répond par une marque d'assentiment.

Malgré ses horribles blessures, Barbaroux, plus mort que vif, est conduit à Bordeaux où le bourreau lui donnera le coup de grâce.

Quant aux fugitifs, qui n'étaient autres que Pétion et Buzot, on les retrouvait quelques jours plus tard, mais à l'état de cadavres. S'étaient-ils donné la mort, avaient-ils succombé à la fatigue ou à la faim, nul ne le saurait dire.

Dans le rapport des sans-culottes de Castillon, à la Convention, on pouvait seulement lire ces lignes, insuffisamment explicites : « On a trouvé leurs cadavres (les cadavres de Pétion et Buzot) hideux et défigurés, à demi rongés par les vers; leurs membres épars sont devenus la proie des chiens dévorants, et leurs cœurs sanguinaires la pâture des bêtes féroces. »

Louvet, Meillan, La Réveillère-Lepeaux échappèrent miraculeusement aux poursuites. Moins favorisés, Lidon et Chambon, deux représentants de la Corrèze, au moment de tomber entre les mains de leurs ennemis, disputèrent chèrement leur vie à leurs agresseurs. Après avoir terrassé trois de ses assaillants, Lidon se suicidait. Quant à Chambon, caché dans une grange, il pressait la gâchette de son pistolet à l'approche des gendarmes accourant pour l'arrêter.

Nous aurions encore beaucoup à dire sur le suicide à l'époque révolutionnaire. Mais nous désirons maintenir cette étude dans les limites de notre cadre. Nous rappellerons seulement, pour mémoire, le suicide du garde du corps Paris, l'assassin de Lepelletier de Saint-Fargeau; les morts volontaires qui suivirent l'exécution de Louis XVI et de Marie-Antoinette (2); et, enfin, le suicide fort contesté, du reste, de l' « Incorruptible », de Maximilien Robespierre (1).

La déchéance de Robespierre fut, comme on sait, le signal de la débâcle.

Son frère, Robespierre jeune, se jette par une fenêtre, mais ne réussit qu'à se blesser grièvement. Le cul-de-jatte Couthon tente de se donner la mort, sans plus de succès. On le retrouve gisant sur le parapet du quai Lepelletier avec une blessure au front.

A quelques heures d'intervalle, la femme du menuisier Duplay, l'hôte de Robespierre, était trouvée pendue dans une cellule de la prison de Pélagie; le médecin qui a fait la première constatation, a cru devoir conclure au suicide. Comme si ce n'était pas une suffisante expiation, les vainqueurs de Thermidor faisaient une hécatombe, en moins de trois jours, de plus de cent victimes.

Pourquoi désormais se serait-on donné la mort...? En avait-on seulement le temps!

(1) *Moniteur universel*, 28 juin 1794.

(2) Un perruquier de la rue Culture-Sainte-Catherine se serait, au dire de Prudhomme, coupé la gorge avec un rasoir en apprenant la nouvelle du supplice du roi. Suivant Michelet, une femme se jeta dans la Seine.

Un autre suicide se serait produit au lendemain de la mort de Marie-Antoinette et s'y rattache vraisemblablement. Mme Augnié, belle-mère du maréchal Ney et femme de chambre de la reine, se précipita par la fenêtre et se tua sur le coup.

(1) Voy. *Revue bleue* du 16 avril 1892, et notre article de la *Revue des sciences et des lettres*, 1889, p. 465.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

114. M. Gaye. Des hernies inguinales irréductibles par excès de volume [illegible] de consistance et sans adhérences. — 115. M. Bridier. Recherches sur le rapp[illegible] du poids du fœtus au poids du placenta dans l'albuminurie et dans la syphilis. [illegible] 116. M. Arrou. Circulation artérielle du testicule. — 117. M. Christen. Considérations sur le rhumatisme blennorragique et de son traitement par l'arthrotomie. — 118. M. Paturet. De la cholécystentérostomie en général, et de quelques points en particulier. — 119. M. Camescasse. Choix de l'intervention dans les affections des annexes de l'utérus.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêtés ministériels, en date du 30 mars 1893, les chaires de botanique et de zoologie de la Faculté des sciences de Grenoble sont déclarées vacantes.

— M. le docteur Leroy est élu député de la Somme.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs André (de Marseille), Gustave Barré (de Paris), Bodier (de Chambornay-lez-Belvaux), Castaigna (de Bordeaux), H. Dumeige (de Poix), Farcy (d'Abbeville), Gourret (de Paris), et A.-Léon Labarthe, ancien interne des hôpitaux de Paris, décédé à Mauvezin (Gers), dans sa quatre-vingt-dixième année.

— M. le docteur Balzer commencera ses conférences théoriques et pratiques, à l'hôpital du Midi, le lundi 10 avril, à neuf heures et demie, et les continuera les lundis suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

43

ANÉMIE, CHLOROSE, ÉPUISEMENT

Affaiblissement général

HÉMOGLOBINE SOLUBLE

de V. DESCHIENS

PRINCIPE FERRUGINEUX NATUREL, RÉPARATEUR DES GLOBULES DU SANG

SIROP, VIN, DRAGÉES préparées par **Adrian et Cie**
9 et 11, rue de la Perle, Paris

12

DYSPEPSIES ATONIQUES

COLIQUES HÉPATIQUES et NÉPHRÉTIQUES

La QUASSINE ADRIAN

EXCITE L'APPÉTIT ET DÉVELOPPE LES FORCES

DRAGÉES dosées à 25 mgr **Quassine amorphe.**
GRANULES dosées 2 mgr **Quassine cristallisée.**

22

COLIQUES HÉPATIQUES
COLIQUES NÉPHRÉTIQUES
COLIQUES UTÉRINES

CAPSULES BRUEL

D'ÉTHER AMYL VALÉRIANIQUE

Spécifique des maladies nerveuses en général. Le plus puissant et le plus inoffensif des calmants et antispasmodiques.

32

TUBERCULOSE PULMONAIRE

PLEURÉSIE D'ORIGINE TUBERCULEUSE

Bronchites aiguës et chroniques
Dilatation des bronches, Bronchorrhée

GAIACOL IODOFORMÉ SÉRAFON

& GAIACOL-EUCALYPTOL IODOFORMÉ SÉRAFON

en CAPSULES pour l'usage interne.
en SOLUTIONS pour injections hypodermiques.

Préparation et vente en gros : Mon ADRIAN et Cie, Paris.

33

SIROP DU DOCTEUR REINVILLIER

Au Phosphate de chaux gélatineux.

Phthisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.
Huile phosphorée titrée pour frictions.
Phie VIRENQUE, 8, place de la Madeleine, et phies.

34

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ Mariani** est prescrit avec succès, par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du Diabète**, l'**Anémie**, la **Chlorose**, la **Gastralgie**, les **Laryngites** et les **Granulations de la Gorge**, etc.

Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux à trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

MARIANI, phien, 41, Bard Haussmann, et ttes phies.

40

SOLUTION PELISSE

AU BENZOATE DE SOUDE DU BENJOIN

Recommandée dans les
Affections aiguës et chroniques de la **GORGE** et des **VOIES RESPIRATOIRES.**

DOSAGE : Une cuillerée à soupe représente 75 centigrammes.
Phie PELISSE, 4, rue de la Sobonne, Paris.

49

Inappétence, Convalescence, Anémie, Maladies de poitrine, de l'estomac et des intestins.

VIN DEFRESNE A LA PEPTONE

Il ne contient pas seulement les principes solubles de la viande; il contient aussi la fibre musculaire elle-même fluidifiée, digérée, rendue assimilable.

DOSE : 1/2 verre à madère au dessert.

PILULES DIGESTIVES de PANCRÉATINE DEFRESNE

Anorexie, Dyspepsie, Gastralgie.

DOSE : 2 à 4 après le repas.

Détail : Phie, 2, rue des Lombards, Paris.

32

FARINE MALTÉE DEFRESNE

NUTRIMENT COMPLET
COMPARABLE AU LAIT MATERNEL DESSÉCHÉ

Farine maltée		Lait maternel desséché	
Erythrodextrine	22 »	*Alimentsprotéiques*	12.70
Alimentsprotéiques	14.63	*Aliments gras*	29.[illegible]
Aliments gras	10.59	*Sucre-Lactose*	2.45
Sucre et Maltose	49 »	*Phosphte*	[illegible]
Phosphte de chaux.	2.21		

Cette délicieuse farine [illegible] gluten et l'amidon ont été [illegible]similables par la germination; elle emprunte au jaune d'œuf ses matières grasses émulsionnées et son phosphate de chaux.

La Farine maltée Defresne supplée à l'insuffisance du lait maternel, elle prévient le danger que présente le brusque passage de l'élevage au sein à l'alimentation ordinaire. Avec la **Farine maltée**, il n'y a plus à redouter les **entérites** ni les **affections gastro-intestinales**, si meurtrières chez les nourrissons. — PRIX : **2** francs.

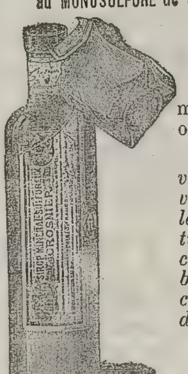
DEFRESNE, auteur de la *Pancréatine* et Phies.

99

SIROP CROSNIER

MINÉRAL-SULFUREUX

au MONOSULFURE de SODIUM INALTÉRABLE et GOUDRON



Laryngites, Catarrhes, Bronchites, Phtisie.
DERMATOSES

Dose : une cuillerée à bouche matin et soir, 1 heure avant ou 2 heures après le repas.

..... *A ces divers points de vue, la préparation de Crosnier vient donc combler une véritable lacune en permettant aux praticiens de compter sur la bonne conservation d'un médicament bien dosé et facile à faire accepter par les personnes les plus délicates.*

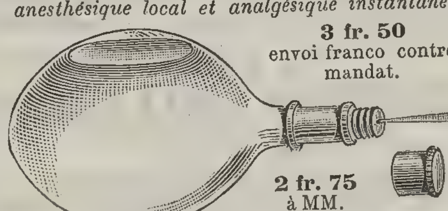
(Extr. du Rapport officiel de l'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS, 7 août 1877.)

PARIS : 21, rue Vieille-du-Temple, et Phies.

42

CHLORÉTHYLE DU DR BENGUÉ

anesthésique local et analgésique instantané.



3 fr. 50
envoi franco contre mandat.

2 fr. 75
à MM. les Médecins.

Dr BENGUÉ, pharm., 34, rue La Bruyère, Paris.

66

VIN DE PEPTONE CATILLON

30 gr. viande et 0,40 phosphates pr verre à madère.
Rétablit les forces, l'appétit, les digestions.
Très utile à tous les malades affaiblis, à ceux qui ne peuvent digérer ou qu'on veut suralimenter.

16

SOLUTION DE SALICYLATE DE SOUDE

DU DOCTEUR CLIN
Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris
(PRIX MONTYON)

La Solution du Docteur Clin, toujours identique dans sa composition et d'un goût agréable, permet d'administrer facilement le *Salicylate de Soude* et de varier la dose suivant les indications qui se présentent.

Employée dans le traitement des Rhumatismes aigu et chronique, de la Goutte, de la Gravelle, etc., cette Solution contient très exactement :

2 grammes *Salicylate de Soude* par cuillerée à bouche.
0,50 centigr. *Salicylate de Soude* par cuillerée à café.

GROS : **Clin & Cie**, 20, r. des Fossés-St-Jacques, Paris. — DÉTAIL : *Dans les bonnes Pharmacies.*

29

ÉLIXIR ET DRAGÉES FERRO-ERGOTÉS MANNET

Chloro-anémie, Métrorrhagies [illegible] Paris.
Incontinence d'urine. — 2 [illegible]

[illegible] DU DR CLERTAN

[illegible]océdé approuvé par l'Académie de médecine de Paris.

MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

a. **Perles de Créosote de Clertan.** — 0,05cg par perle. Dose moy., 4 pr jour. 2 fr. le flac.

b. **Perles de Gaïacol de Clertan.** — 0,05cg par perle. Dose moy., 4 pr jour. 2 fr. le flac.

c. **Perles d'Iodoforme de Clertan.** — 0,05cg par perle. Dose moy., 4 pr jour. 3f50 le flac.

d. **Perles de Terpinol de Clertan.** — 0,25cg par perle. Dose moy., 4 par jour. 2 fr.

e. **Perles d'Eucalyptol de Clertan.** — 0,15cg par perle. Dose, 5 à 20 par jour. 2 fr.

f. **Perles de Créosote iodoformée de Clertan.** — 0,05cg de créos. et 0,01 d'iodof. 2f50.

g. **Perles de Gaïacol iodoformé de Clertan.** — 0,05 de gaïacol α et 0,01 d'iodoforme. 2f50.

h. **Perles de Créosote gaïacolée et iodoformée de Clertan.** — 0,05cg de créosote, 0,05cg de gaïacol, 0,01cg d'iodoforme. Prix : 3f50.

i. **Perles de Goudron créosoté de Clertan.** — 0,05 centigr. de créosote par perle. Dose moyenne, 4 par jour. Prix : 2 fr.

55



GOUTTES LIVONIENNES

de TROUETTE-PERRET
(Créosote, Goudron et Tolu)

LE REMÈDE LE PLUS PUISSANT contre les
Affections des voies respiratoires.

4 capsules par jour aux repas.

E. TROUETTE, 15, r. des Immeubles-Industriels, Paris.

54

RHUMATISMES. GUÉRISON

par la flanelle et l'Ouate végétale du Pin sylvestre.
REYNAUD, 22, r. de la Paix. Envoi fo du catalogue.

68

DIGITALINE D'HOMOLLE & QUEVENNE

Approbation de l'Académie de médecine.

MÉD. D'OR DE LA SOCIÉTÉ DE PHARM. DE PARIS.

Le nouveau Codex a décidé, qu'à moins de désignation spéciale, c'est toujours la *Digitaline* découverte par **Homolle** et **Quevenne** (1) qui doit **SEULE** être délivrée.

Dose p'jour Granules (1 à 3). — Solution p' us. int. (10 à 30 gttes.

(1) A cause des *imitations impures*, formuler la **Vraie Digitaline d'Homolle et Quevenne.**

Phie COLLAS, 8, r. Dauphine P[a]ris, et ttes phies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 3 avril 1893.

Le VIIe Congrès français de chirurgie vient d'ouvrir ses séances, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, momentanément inoccupé pendant les vacances de Pâques. Le nombre des membres présents et des auditeurs paraît y diminuer d'année en année. Il nous souvient encore de certaines séances d'ouverture, où, bien avant même l'entrée du président et des membres du bureau, il n'était plus possible de trouver place dans l'amphithéâtre. Si l'on n'y prend garde, le Congrès de chirurgie ira en s'éteignant, comme une lampe qui a trop vite brûlé.

La faute n'en est point aux organisateurs, au président, aux membres du bureau, qui, tous, rivalisent de zèle pour tenir le Congrès à la hauteur de sa renommée première, et n'y réussissent qu'en partie.

Il ne faut pas suivre bien longtemps les séances pour reconnaître que ce ne sont pas là les véritables assises de la chirurgie française. Dès les premières séances, on constate avec regret que les chirurgiens de la capitale sont absents, et cela, dans une proportion considérable. Les deux plus jeunes professeurs de clinique chirurgicale sont présents ; on chercherait vainement les trois autres. A peine si dix chirurgiens des hôpitaux de Paris sont réunis dans la salle ; presque tous les membres présents appartiennent à la chirurgie de province et de l'étranger.

Cette quasi-abstention des chirurgiens de Paris n'est pas sans produire une désagréable impression. Il semblerait que nos maîtres parisiens se désintéressent du Congrès, et qu'ils dédaignent leurs collègues venus de la province et de l'étranger. De sorte qu'à l'heure actuelle, on pourrait dire du septième Congrès que c'est un Congrès de chirurgiens non parisiens tenu à Paris.

Nous pouvons affirmer qu'il n'y a, de la part des chirurgiens de Paris, aucune mauvaise volonté ; mais leur absence tient à des causes multiples. Tout d'abord, ils ont une société, justement reconnue et appréciée, société qui tient ses séances chaque semaine et dont les ordres du jour sont de plus en plus chargés. L'Académie, elle-même, voit la part chirurgicale de ses communications être de plus en plus nombreuse. De sorte que les chirurgiens de Paris n'ont guère besoin de Congrès pour faire connaître les faits intéressants et curieux de leur pratique, et comme, aux séances du Congrès, on ne discute que peu ou pas, leurs communications à la Société de chirurgie ont, grâce à la presse médicale, une publicité égale à celle qui est faite au Congrès.

De plus, ce Congrès n'a de raison d'être que s'il en sortait une certaine quantité de faits nouveaux, faisant date, marquant une époque dans la science chirurgicale. Or, avec des réunions annuelles, il ne peut en être ainsi. Malgré la marche si rapide en avant et les progrès de la chirurgie en ces dernières années, on ne peut guère espérer voir, dans l'intervalle si court qui sépare chaque Congrès, survenir des transformations bien notables dans la pratique et la science chirurgicales. Aussi, parmi les membres, nombre d'esprits les plus sages pensent que cette réunion des chirurgiens français gagnerait à n'avoir lieu qu'une fois tous les dix-huit mois au plus.

Enfin, une dernière cause tient éloignés du Congrès les chirurgiens de Paris : cette cause, la plus importante, est la date choisie pour la session. Lorsque, au dernier Congrès, l'époque des vacances de Pâques a été choisie comme date de la prochaine réunion, on n'avait certainement pas réfléchi que les maîtres de la chirurgie parisienne, les aînés, ceux qui sont le plus justement occupés, ceux dont l'opinion fait autorité, ont besoin, à cette époque de l'année, de se reposer de leurs travaux des six mois d'hiver, et qu'un grand nombre, à ce moment, quitte Paris pour jouir d'un repos auquel ils ont si légitimement droit. Nos confrères de province, qui eux aussi ont besoin de repos, quittent leurs occupations au moment de Pâques, et viennent passer leurs vacances à Paris, mais ils n'y trouvent plus leurs collègues de la capitale. Aussi, dirons-nous à ceux qu'intéresse la vitalité du Congrès : faites des sessions moins fréquentes, et choisissez de préférence, comme date de vos réunions, la fin des grandes vacances, c'est-à-dire le milieu du mois d'octobre. Nous pensons qu'avec ces deux petites modifications de détail, on n'aura plus à déplorer cette absence des chirurgiens de Paris, dans un congrès de chirurgiens qui se tient à Paris.

Nos lecteurs trouveront ci-après un très rapide compte rendu des séances du Congrès. Mais le nombre des communications devenant de plus en plus considérable, il nous a paru bon, pour éviter de fatiguer l'attention par la lecture d'un compte rendu forcément écourté, et par suite sans

grande valeur, de nous borner pour le moment à tenir nos lecteurs au courant, au jour le jour, des différentes questions traitées aux séances. Puis, le Congrès terminé, nous réunirons, en un faisceau commun, les communications sur un même point de la pathologie, communications lues au hasard des séances et qui, d'après l'usage reçu, étaient jusqu'ici publiées suivant l'ordre de leur lecture, sans que la première ait un rapport quelconque avec la suivante. Nous publierons en détail les communications de réelle valeur et, non contents d'un simple résumé, nous mettrons en lumière les différents progrès réalisés, en essayant de les apprécier à leur juste mérite.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Séance d'ouverture.

La VIIe session du Congrès a été ouverte le lundi 3 avril, à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Lannelongue (de Paris). On remarquait, à droite du président, Pasteur, dont l'entrée fut saluée par les applaudissements enthousiastes de l'assemblée; à sa gauche, le professeur Bouchard (de Paris). Avaient pris place au bureau, MM. Verneuil, Rochard, Larrey, Dujardin-Beaumetz, inspecteur général du service de santé militaire; Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie; Ollier (de Lyon), A. Guérin. Dans l'assistance on remarquait les professeurs Le Dentu, Tillaux, Terrier et Pinard (de Paris), Demons et Piéchaud (de Bordeaux), Jeannel (de Toulouse), Poncet (de Lyon), Heydenreich (de Nancy), etc.

Parmi les étrangers, le professeur sir W. Mac Cormac (de Londres), le lieutenant-colonel Stevenson (de Netby), Jacques Reverdin (de Genève), Roux (de Lausanne), Kœberlé et Bœckel (de Strasbourg), Ehrmann (de Mulhouse), et nombre d'autres personnalités chirurgicales importantes.

M. Lannelongue a prononcé un discours, dont nous extrayons les passages principaux :

Je dois me souvenir tout d'abord que je succède au Président qui a eu la pensée de la création d'un Congrès de chirurgie en France. Le 5 mars 1884, M. Demons, professeur à la Faculté de Bordeaux, écrivait à la Société de chirurgie de Paris de prendre l'initiative d'une œuvre qu'il croyait utile. S'adresser à la compagnie qui possédait alors exclusivement les forces vives de la chirurgie, lui laisser le soin de la création, lui en faire accepter l'honneur et la responsabilité, n'était-ce pas faire preuve d'une grande perspicacité et d'une grande justesse d'esprit? Le triomphe de l'idée était assuré, car on éloignait du coup toute velléité de concurrence en même temps qu'on allait donner à votre art la direction la plus élevée, en laissant vos futures assemblées s'appuyer sur la science, ornée de ses multiples applications.

La première session s'ouvrit le 6 avril 1885. Une réunion déjà nombreuse nomma le bureau; depuis cette époque la vitalité du Congrès s'est affirmée par un accroissement non interrompu de ses membres et par une élaboration de travaux qui lui ont assigné désormais une place importante dans la science et dans la pratique.

En invoquant ces origines, je ne puis, Messieurs, détourner ma pensée de celui qui, après avoir été l'âme de négociations difficiles, eut l'honneur d'être désigné pour la première présidence et que nous avons eu la douleur de perdre le 28 mars 1890. Rappeler la mémoire de Trélat, de l'homme qui a tenu une si grande place parmi nous, si dévoué à votre œuvre et si actif pour elle qu'il en a été avec Pozzi, Verneuil, Ollier, Demons, un organe vital, n'est-ce pas remplir un devoir de piété reconnaissante envers le maître dont la chirurgie française a été si justement fière?

Et puisque je parle du deuil qui vous a le plus atteint dans le passé, je dois aussi évoquer le souvenir des deux pertes faites dans le cours de cette année. La première est celle d'un de nos plus jeunes confrères, hier encore plein de vie, Le Prévost, qui avait su par son talent conquérir très vite au Havre une situation prépondérante et qui avait également une place dans la science. La seconde est celle d'Horteloup, chirurgien des hôpitaux de Paris, qui s'était déjà depuis un certain nombre d'années consacré plus spécialement aux maladies des voies urinaires ; il a succombé dans la pleine maturité de son talent et il emporte avec Le Prévost tous nos regrets....

M. Lannelongue remercie les membres du Congrès, de l'honneur qu'il lui ont fait en le portant à la présidence. Puis il passe à l'histoire de la chirurgie contemporaine :

Il n'est pas de branche des connaissances humaines qui en l'espace de quelques années ait été plus complètement renouvelée que la nôtre par des découvertes aussi étonnantes qu'utiles.

Tout d'un coup la chirurgie a reçu une de ces clartés qui en ont tellement élargi les horizons qu'aucun de nous n'en reconnaît plus les limites; qui l'ont tellement illuminée que pour la première fois elle est entrée en possession d'elle-même. C'est ainsi qu'elle a pu fixer les conditions, c'est-à-dire les lois, qui désormais règleront sa marche et associer la sécurité de la science aux promesses d'un art qui, malgré sa noblesse, n'était pas à l'abri des préventions.

Aussi quelle révolution dans nos mœurs ! Avant ces dernières années, il se passait en France, et je crois un peu partout, un fait profondément attristant. Les chirurgiens manquaient à ce point que la chirurgie d'urgence, celle qui n'attend pas, n'était pas toujours faite et, en tout cas, était pratiquée souvent dans des conditions déplorables. Les bras, je devrais dire les mains, manquant, que de gens délaissés ou opérés trop tard ! On n'était accepté comme chirurgien qu'à la condition de posséder une notoriété incontestée d'opérateur, reposant elle-même sur la connaissance exacte de l'anatomie, sur une technique spéciale, exigeant l'habileté manuelle ou tout au moins des exercices persévérants de médecine opératoire. Et ce n'était qu'après avoir conquis péniblement ce renom qu'on pouvait, sans perdre de sa considération, accepter la responsabilité de revers nombreux.

Il faut bien le dire, d'ailleurs, les accidents opératoires étaient alors en proportion directe du nombre et de l'importance des opérations : de là une réserve allant jusqu'à la timidité. Ce sont des qualités inverses ou, si l'on veut, les défauts de ces qualités qui semblent consacrer les réputations d'aujourd'hui...

Après un temps de recueillement, notre science a modifié du tout au tout ses méthodes de traitement, ses procédés, ses pansements. La réforme a donné vite des résultats imposants. Elle a fait luire aux yeux de tous, du public aussi bien que des adeptes, le succès définitif des amputations, des ovariotomies, des fractures compliquées, des plaies de toutes sortes, depuis les plus petites qui n'étaient pas à l'abri d'accidents, jusqu'aux gros délabrements. Sur ce terrain, elle a posé et résolu de la manière la plus heureuse le problème de la cure opératoire. C'est alors qu'on a vu les chirurgiens de tous les pays rivaliser de vitesse et publier à l'envi les statistiques les plus inespérées. Telle a été l'origine du mouvement de démocratisation de la chirurgie.

La nouvelle manière n'a pas tardé à porter d'autres fruits ; elle a d'abord poussé les chirurgiens vers la médecine, c'est-à-dire vers les maladies viscérales ou profondes et là, grâce à l'antisepsie, ils peuvent sans crainte placer le remède sur le siège du mal. Un de nos éminents collègues de la Faculté de Paris, le professeur Bouchard, a fait un éloge aussi vrai que flatteur; je ne saurais résister au désir de le reproduire : « Le vrai médecin demain ce sera le chirurgien ; car le chirurgien possède tous les secrets de son ancien domaine auquel vous (les médecins) avez

voulu rester étrangers ; de plus, appelé à traiter les maladies que vous avez cru vous réserver, il a appris à les connaître... Il sait mieux que vous appliquer le traitement local, dont il sait comme vous poser les indications. » Qu'il me soit permis de dire à mon tour que la médecine et la chirurgie ne sont plus que deux sœurs unies dans une même affliction du mal d'autrui, donnant en entier leurs pensées et leur cœur, sans distinction d'espèce, à la cure des maladies humaines.

Mais ce n'est là encore qu'une part de vos actes et vous avez voulu goûter au superflu, cette chose qu'on s'accorde à croire nécessaire. Que de sujets auxquels on n'avait presque pas touché, à commencer par le chapitre des anomalies et des vices de conformation plus ou moins graves de l'homme, jusqu'à celui des déplacements permanents d'organes, des difformités accidentelles, des troubles tardifs déterminés par des lésions anciennes ! Que de coins qu'on était bien aise de laisser dans l'ombre, terrain trop ingrat pour être l'objet d'une culture et qui, à vrai dire, était comme l'opprobre de la chirurgie ! Je ne retire pas le mot, quelque malsonnant qu'il puisse être, parce que les faits qu'il qualifie auront une fin prochaine. C'est ainsi que notre art, en rectifiant les écarts de la nature, ses exagérations ou ses défauts, accomplira un acte de réparation et de justice distributive en rendant à l'homme soit une forme meilleure et plus noble, soit un perfectionnement dans ses fonctions organiques.

En cherchant à fixer le caractère de la chirurgie actuelle d'après ses efforts, je m'inspire uniquement du souffle qui anime vos discussions, vos travaux, votre langage. Ce qui vous distingue c'est l'esprit de conquête, c'est-à-dire un entraînement marqué vers la nouveauté et vers les grandes entreprises. Certes, jamais but ne fut plus louable, lorsque l'idée a pour point de départ des indications thérapeutiques que la raison commande et que la préoccupation de la vie humaine conduit...

Et cependant, si l'art opératoire est une portion notable de la chirurgie, ce n'est ni la plus noble ni la plus élevée. Quelques-uns le possèdent par don de nature et on doit les en féliciter, mais tous peuvent l'acquérir par le travail et la persévérance. Il n'en est plus de même des autres conditions de la science ; celles-ci comportent tout un ordre de qualités personnelles, jointes à un savoir complet de la pathologie.

Avant l'heure suprême de l'opération, il y a la justification de la nécessité d'une intervention, problème souvent hérissé de difficultés et qui n'est encore qu'une partie de la question. Il faut que le chirurgien possède la connaissance précise du mal en son siège et en sa nature, c'est-à-dire qu'il en ait fait un diagnostic exact et complet, remontant autant que possible jusqu'à la cause immédiate. Pour y parvenir, le savoir est nécessaire sans aucun doute, mais il sera souvent insuffisant et de fort peu de ressources, s'il n'est pas dirigé par un esprit droit, par une raison qui médite, pèse, discute, rejette et finalement réserve ce qu'elle doit retenir.

M. Lannelongue trace ensuite un tableau magistral des devoirs et des qualités essentielles du chirurgien, vraiment digne de ce nom. Tous les progrès, on les doit aux découvertes de Pasteur :

Nous aurons alors disparu depuis longtemps ; mais de notre héritage nos arrière-neveux auront recueilli une date mémorable entre toutes, qui leur rappellera la part qu'a prise à la grandeur de sa patrie, l'homme à qui notre science doit sa rénovation, à qui une partie de l'humanité doit l'existence.

L'immortalité avait lui pour Pasteur, du jour de ses découvertes, la reconnaissance universelle est venue lui en faire la déclaration respectueuse le jour de ses soixante-dix ans.

En terminant, le président remercie les chirurgiens de tous pays, qui sont venus pour nous instruire et nous communiquer leurs idées. C'est de cette communion scientifique que résulteront de nouveaux progrès pour la science chirurgicale.

Après le discours du président, fréquemment interrompu par les applaudissements, l'assemblée entend les comptes rendus faits par MM. Pozzi, secrétaire général, et Alcan, trésorier du Congrès.

Sont nommés présidents d'honneur, MM. Mac Cormac (de Londres), Stevenson (de Netby), Thiriar (de Bruxelles), Desguins (d'Anvers), Jacques Reverdin (de Genève), Roux (de Lausanne), Severeanu (de Bucarest), Kœberlé, Bœckel (de Strasbourg), Ehrmann (de Mulhouse), Heydenreich (de Nancy), Chauvel (armée), Auffret (marine), Pamard (d'Avignon), Poncet (de Lyon).

Séance du 3 avril (matin). — Présidence de M. Lannelongue.

Cette séance est consacrée à la lecture de communications diverses, peu de membres sont encore présents, soit que ce jour du lundi de Pâques ait été mal choisi, soit que bien des membres aient ignoré que cette première séance du matin avait lieu avant la séance solennelle d'inauguration, affichée pour l'après-midi.

Cependant nombre de questions intéressantes y ont été traitées. Trois chirurgiens de Paris et onze de nos confrères de province ont pris la parole. Dès cette première séance du matin, on est frappé par l'absence des chirurgiens parisiens.

M. Villar ouvre le Congrès par une intéressante observation de trépanation du rachis, pour une fracture récente, s'accompagnant de paraplégie et de douleurs excessives. Son opération fut rapidement suivie d'une amélioration notable. C'est là un beau succès à l'actif du jeune chirurgien de Bordeaux. M. Condamin lui succède et rapporte des faits d'omphalectomie (résection de la cicatrice ombilicale), qu'il a déjà fait connaître dans le *Lyon médical*.

La parole est ensuite donnée à M. le professeur Thiriar (de Bruxelles) qui fait une double communication : 1° sur l'utilité d'un transplant osseux dans la cure radicale des hernies ; 2° sur le rein mobile, cause productrice des affections de l'appareil génital de la femme. Nous aurons l'occasion de revenir sur ces deux questions ; ainsi que sur la communication de M. Boiffin (de Nantes) qui, à la suite d'un fait malheureux, pose en principe la nécessité d'une intervention rapide dans les cas de contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval. M. Michaux (de Paris) apporte à cette thèse l'appui de trois observations.

M. Panné (de Nevers) fait connaître les résultats qu'il a obtenus dans sept opérations de tarsectomie pour pied-bot varus équin.

A citer, une observation de M. Reynier (de Paris) sur un kyste suppuré du foie, compliqué de péritonite, et traité avec succès par la laparotomie. Puis, une très importante communication de M. Tuffier sur les résultats éloignés de la chirurgie rénale. La compétence toute spéciale de l'auteur donne un grand intérêt à sa communication que nous publierons avec quelques détails.

M. Février (de Nancy) lit une observation de résection du nerf maxillaire supérieur et du ganglion de Meckel, pour une névralgie rebelle datant de vingt et un ans. Son malade est actuellement guéri ; le sera-t-il définitivement, c'est une question que l'on peut se poser, étant donné le retour si fréquent des accidents névralgiques après un répit même de plusieurs mois.

M. Chalot (de Montpellier) appelle l'attention sur une

variété particulière de kyste de l'ovaire, déjà entrevue par Kœberlé, et qu'il appelle : kyste racémeux de l'ovaire. MM. Picqué et Pozzi pensent qu'il n'y a pas grande utilité à faire une variété particulière d'un kyste, dont la morphologie diffère peut-être légèrement de celle des autres kystes, mais dont la nature est, en réalité, la même. M. Chalot n'accepte pas cette manière de voir et présente aux membres du Congrès un dessin, qui paraît très en faveur de l'opinion qu'il soutient.

Très curieuse est l'observation lue par M. Pamard (d'Avignon) : il s'agit d'un tout jeune enfant de quelques mois, portant au cou une volumineuse tumeur que l'examen fit facilement reconnaître pour un kyste fœtal. Et, de fait, après l'extirpation, on put reconnaître que la masse contenait un fœtus surnuméraire et parasite, dont les membres inférieurs, le bassin, le tronc, les organes génitaux, une partie de la poitrine et l'un des membres supérieurs étaient à peu près normalement conformés (les pieds n'avaient que trois orteils). La région cervicale et la tête étaient absentes, c'est d'ailleurs à leurs dépens que paraissait formé le pédicule qui rattachait le fœtus parasite au jeune enfant. Les suites opératoires furent des plus simples.

La pièce a été remise à M. Lannelongue, pour enrichir son musée des « malformations congénitales » de l'hôpital Trousseau.

M. Ménard (de Berck-sur-Mer) lit un travail sur la désarticulation de la cuisse, dans les cas de coxalgie incurable. Il rapporte deux cas où, la résection ayant échoué, il fut obligé d'en venir au sacrifice total du membre. Dans ces deux cas, il eut deux guérisons, malgré l'albuminurie existant au moment de l'intervention.

Une communication de M. Jullien (de Paris) termine cette première séance. C'est une observation de cystotomie sus-pubienne, faite par Horteloup, pour une hypertrophie de la prostate, dont le lobe médian fut réséqué. Cette lecture est surtout faite pour prendre date et rappeler, aujourd'hui, où ces prostatectomies reviennent en honneur, qu'Horteloup est un des premiers à l'avoir pratiquée.

Séance du 3 avril (soir). — Présidence de M. Poncet.

Treize communications, tel est le bilan de cette séance. Aucune d'elles n'est due à un chirurgien des hôpitaux de Paris.

M. Mac Cormac (de Londres), puis M. Polosson (de Lyon) parlent du traitement des luxations anciennes de l'épaule, par l'intervention chirurgicale, mais tandis que le chirurgien anglais a réséqué la tête humorale dans les cinq cas qu'il rapporte, le chirurgien lyonnais a pu réduire, grâce à l'arthrotomie et sans résection. M. Ricard devant faire une communication sur ce sujet, nous y reviendrons plus tard.

M. le docteur Roux (de Lausanne) vient exposer les résultats de sa pratique dans la chirurgie de l'estomac. Il donne les détails de sa technique opératoire et les perfectionnements qu'il y a apportés. Il présente au Congrès une pièce fort remarquable. Il s'agit d'un cancer de la partie moyenne de l'estomac, adhérent au côlon transverse. M. Roux réséqua la plus grande partie de l'estomac, 35 centimètres du côlon, et sa malade, au huitième jour de l'opération, avait déjà repris une alimentation régulière. Il y a actuellement onze mois qu'elle est opérée et il n'y a pas encore de récidive.

M. Doyen (de Reims) succède au chirurgien suisse, il donne des détails nouveaux sur l'anatomie de l'estomac et sa situation sur le vivant ; il fait connaître les résultats de sa pratique fort étendue et les différents procédés qu'il est arrivé à préférer. Bien que ce sujet ait déjà été traité dans l'une de nos Revues générales (1), nous ferons connaître, avec détails, les progrès réalisés par ces deux confrères dans la chirurgie de l'estomac. Leurs communications sont des plus importantes parmi celles qui ont été faites au Congrès.

A noter un travail de M. Van Stockum (de Leyde) sur la théorie de la compression cérébrale.

M. Delorme (du Val-de-Grâce) fait une première communication sur la chirurgie du poumon et sur un procédé fort ingénieux de large ouverture de la région thoracique par un lambeau ostéo-cutané en forme de volet. Nous publierons le travail de ce distingué confrère de l'armée.

Nous devons signaler la communication de M. Poncet (de Lyon) sur les résultats éloignés de l'uréthrostomie périnéale ; celle de M. Lentz (de Metz) sur un cas d'enchondrosarcome du corps thyroïde ; celle de M. Piéchaud (de Bordeaux) sur les excellents résultats donnés par l'électricité dans les cas de pied-bot paralytique. L'arthrodèse, qui est une excellente intervention, ne convient qu'aux cas anciens et désespérés.

M. le docteur Jacobs (de Bruxelles) vante les bons effets de l'hystéropexie vaginale dans les cas de rétroflexion utérine. Il est juste de dire que les conclusions de l'auteur sont repoussées par MM. Pozzi et Chalot qui, tour à tour, prennent la parole sur la communication.

M. Delagenière (du Mans), après 102 laparotomies, vient rappeler les avantages de sa table d'opération, à plan incliné.

Notons, en terminant, une observation de kystes hydatiques multiples de l'abdomen, traités et guéris par la laparotomie et opérés par M. Villar (de Bordeaux) et un cas remarquable de grossesse extra-utérine, où, la laparotomie ayant été infructueuse, M. Tournay (de Bruxelles) pratiqua avec succès l'hystérectomie par morcellement.

Séance du 4 avril (soir).

Cette séance était tout entière consacrée à l'étude du traitement des corps fibreux de l'utérus. Quatorze orateurs ont pris la parole. L'assistance était nombreuse ; on a principalement remarqué les communications de MM. Bouilly et Doyen, le premier remarquable par la façon prudente et raisonnée dont il a su discuter et poser les indications opératoires ; le second, par la verve et la conviction avec laquelle il a fait connaître sa technique toute personnelle et les résultats de sa pratique. Nous résumerons, dans un chapitre d'ensemble, les conclusions qui se dégagent des différents travaux publiés sur cette question.

Il est à regretter que cette séance, particulièrement intéressante, ait été attristée par des revendications de priorité faites en termes un peu vifs et dépassant les limites de la courtoisie. Il s'agit toujours de l'éternelle question du pincement préventif des vaisseaux au cours des opérations. M. Kœberlé a réclamé, pour lui, la priorité de cette pratique opératoire. M. Péan a riposté et ayant englobé MM. Kœberlé et Verneuil dans ses protestations, a donné lieu à une réplique de la part de ce dernier.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 73.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine opératoire à l'usage des étudiants et des praticiens (1), par M. le professeur Karl Löbker.

Le traité de Löbker, présenté au public médical, est la deuxième édition française traduite d'après la troisième édition allemande considérablement modifiée.

Ce livre a eu, dans les pays de langue allemande, un grand succès. Il fut bientôt traduit en italien et en russe. Le docteur Hauquet, médecin militaire belge, fit la première traduction française, rapidement épuisée.

Ce livre est basé sur les principes de chirurgie moderne; il enseigne les opérations telles qu'elles sont pratiquées de nos jours. Il a le mérite d'être parfaitement au courant des derniers progrès réalisés par la science chirurgicale et contient (sauf pour la chirurgie oculaire et la gynécologie) la description détaillée des principaux procédés d'opérations générales et spéciales actuellement usités.

Un autre mérite de l'ouvrage allemand tient évidemment à ce fait qu'il est l'œuvre d'un chirurgien et non d'un anatomiste pur; de là des conseils éminemment pratiques.

Recherches expérimentales sur la respiration (2), par L.-G. de Saint-Martin.

Ce volume, consacré surtout à l'exposé de recherches de laboratoire, se divise en trois parties :

Les inhalations d'oxygène;

Recherches sur l'anesthésie par la méthode des mélanges titrés;

Recherches sur l'intoxication oxycarbonique;

L'auteur réserve à peu près exclusivement l'emploi de l'oxygène au traitement de l'empoisonnement oxycarbonique, particulièrement étudié dans la dernière partie de cet ouvrage.

Dans le chapitre, consacré aux recherches sur l'anesthésie par un mélange titré de chloroforme et d'air, l'auteur revendique la priorité de l'idée des expériences faites à l'hôpital Saint-Louis par M. Péan, sous l'inspiration de Paul Bert. Ce n'a pas été par la faute du chirurgien que cette priorité a été méconnue.

Petite chirurgie de Jamain (3), par MM. Terrier et Péraire.

Ce petit livre, que tout étudiant sérieux possédait dans sa bibliothèque, avait besoin d'être remis au courant de la science, tellement étaient anciens et démodés les conseils qui y étaient donnés. M. Terrier qui avait réédité le « Manuel de Jamain » s'est adjoint, pour cette nouvelle édition, un de ses anciens internes, M. le docteur Péraire. Grâce à cette collaboration, le petit manuel peut aujourd'hui être considéré comme un des meilleurs de ce genre; on y trouve bien encore, de loin en loin, quelques idées vieillies, sur les cataplasmes, les cautères, les moxas et les sétons; il était difficile aux auteurs de laisser sous silence ces anciennes pratiques léguées par nos maîtres. Mais ils ont eu le soin de donner toute l'extension désirable aux nouvelles méthodes modifiées par les pratiques de l'asepsie et de l'antisepsie. C'est là ce qui rend précieuse cette édition nouvelle.

Les nouveaux matériaux de pansement, les différents procédés de stérilisation des instruments et objets de pansement, les nouvelles méthodes d'anesthésie locale et générale sont minutieusement étudiés et décrits.

En résumé, excellent petit livre que chaque étudiant devra posséder.

(1) Gr. in-8°. Prix : 16 francs. — Paris, O. Doin.
(2) In-8°. Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.
(3) In-18, 7e édit. Prix : 8 francs. — Paris, F. Alcan.

Traité clinique et thérapeutique de la tuberculose pulmonaire (1), par S. Bernheim.

Ce traité est, sous une forme très simple et très claire, un bon exposé de l'état actuel de la science. Cet exposé est fait, cela se sent, par un praticien très au courant de la question à l'usage des praticiens; le diagnostic, la prophylaxie et la thérapeutique y tiennent donc une large place.

M. S. Bernheim s'est fait connaître, en particulier, par ses tentatives de traitement de la tuberculose par les injections sous-cutanées de sang de chèvre; il faut lui rendre cette justice que, sans renoncer à cette méthode thérapeutique, il n'y insiste que d'une façon tout à fait réservée.

Guide de thérapeutique générale et spéciale (2), publié sous la direction du docteur Auvard.

Il n'existe pas, dans la littérature moderne, de livre analogue à cette publication. En dehors des grands traités trop étendus et des formulaires trop concis, le praticien n'avait pas la ressource d'un livre de format commode, renfermant à la fois les indications thérapeutiques et les formules ou les procédés opératoires.

Jusqu'ici, les traités ou les formulaires supprimaient purement et simplement la thérapeutique spéciale (maladies des yeux, des oreilles, etc.) ou ne s'en occupaient que d'une manière accessoire et toujours insuffisante ou incorrecte.

Ces lacunes sont aujourd'hui comblées par le Guide de thérapeutique rédigé par la collaboration de médecins, de chirurgiens et de spécialistes.

La médecine interne a été confiée à M. Delpeuch, la chirurgie à M. Chaput, les affections de la peau à M. Brocq, la gynécologie et les accouchements à M. Auvard, les maladies des yeux à M. Trousseau, celles des voies urinaires à M. Desnos, celles des oreilles, du nez et du larynx à M. Lubet-Barbon.

La compétence bien connue des rédacteurs nous garantit l'excellence des doctrines professées dans cet ouvrage.

L'ordre alphabétique a été adopté pour faciliter les recherches. Chaque article est signé, laissant à chacun la responsabilité de ses opinions.

Le livre est élégamment relié, d'un format commode (celui du guide Bœdeker), le papier et l'impression en sont excellents.

L'asepsie en chirurgie (3), par le docteur Schimmelbusch.

La traduction du livre du docteur Schimmelbusch, assistant à la clinique du professeur Bergmann (de Berlin), a été faite par le docteur Debersaques, chirurgien de l'hôpital de Gand.

On y voit le résumé de l'enseignement et de la pratique de Bergmann qui, comme on le sait, fait exclusivement de l'asepsie, comme la plupart des chirurgiens français. C'est un petit livre fort intéressant, très instructif, analogue à quelques-uns que nous possédons déjà en France. Il a l'avantage de nous initier à la pratique d'un des maîtres de la chirurgie allemande et, à ce titre, intéresse particulièrement les chirurgiens français, soucieux de connaître ce qui se passe à l'étranger et d'expérimenter les méthodes qui y sont en usage.

Pathogénie et traitement des néphrites (4), par le docteur Labadie-Lagrave.

Après un court historique de la question, l'auteur aborde immédiatement l'étiologie des néphrites et du mal de Bright.

Il divise les néphrites de la façon suivante : 1° néphrites zymotiques et toxiques; 2° néphrites et albuminuries d'origine nerveuse (froid, brûlures, dermatoses, albuminuries nerveuses pro-

(1) In-8°. Prix : 7 fr. 50. — Paris, Société d'éditions scientifiques.
(2) In-16. Prix, broché : 6 fr. 50. — Paris, O. Doin.
(3) In-12. Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.
(4) In-16. Bibl. Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

prement dites); 3° néphrites par gêne dans l'excrétion urinaire (calculs, grossesse, cancer de l'utérus, albuminuries urinaires).

Après un exposé rapide de la pathologie des néphrites et du mal de Bright, l'auteur en expose le traitement : c'est, comme le veut le titre du volume, la partie la plus développée de ce travail. Elle comprend deux chapitres : le premier est surtout consacré à la médication de la maladie, de ses principaux symptômes et de ses principales complications; le second, au traitement hygiénique.

Les praticiens seront heureux de trouver exposées, commentées et ramenées à leur juste valeur, les très nombreuses médications qui ont été recommandées contre l'albuminurie, les néphrites, l'urémie, etc. Nous recommandons particulièrement la lecture du chapitre attribué au traitement hygiénique. On y trouvera des indications précises sur ce que peut être l'alimentation des brightiques dans les différents cas. C'est là une grosse question de pratique médicale sur laquelle ont été publiés beaucoup de travaux, depuis plusieurs années, sur laquelle ont été émises les opinions les plus opposées. De tout cela, cependant, se dégagent un certain nombre de principes fondamentaux, de données certaines fort bien mis en lumière par M. Labadie-Lagrave.

Les médecins feront bien de lire et de méditer ce travail d'ensemble, il leur sera un guide utile dans le traitement si délicat des néphrites et du brightisme.

Les névropathies laryngées (1), par H. Luc.

On pourrait penser, en lisant le titre d'un livre sur les névropathies laryngées, écrit par un spécialiste, qu'il s'agit d'un ouvrage à l'usage des seuls adeptes du laryngoscope. Ce serait une erreur; en effet, l'histoire des névropathies laryngées se sépare beaucoup moins de la pathologie commune, que celle des lésions organiques du larynx. Tantôt, c'est le retentissement secondaire sans grande importance dans l'ensemble clinique de la maladie principale, mais souvent aussi, il s'agit d'une manifestation laryngée, en apparence isolée, qui est sous la dépendance d'une névrose, d'une maladie cérébro-spinale ou d'une lésion des nerfs laryngés et dont le diagnostic exact amènera du même coup le diagnostic de la maladie principale : c'est le cas, par exemple, dans les paralysies par lésion du récurrent, les paralysies laryngées, d'origine bulbaire ou d'origine cérébrale, dans les crises laryngées du tabes, etc. En lisant le travail d'ensemble si clairement fait de M. Luc, on voit que les maladies nerveuses avec ou sans lésion donnent souvent lieu, du côté du larynx, à des manifestations souvent méconnues, qu'on peut se trouver en présence d'accidents en apparence exclusivement laryngés dont l'interprétation exacte est d'une importance capitale pour le diagnostic, et, enfin, que dans bien des cas un examen laryngoscopique bien fait peut apporter au clinicien des renseignements comparables par leur valeur à ceux que donne dans bien des cas l'ophtalmoscope.

Nous pouvons donc recommander à tous les médecins de lire l'exposé méthodique et précis fait par M. Luc, ils y trouveront, en somme, des renseignements utilisables dans la clinique de chaque jour.

(1) In-16. Bibl. Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 30 mars 1893, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active, démissionnaires : Gaube, Maubrac, Herck et Millot.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée active, démissionnaires : Delarocheaulion, Dicquemare, Darbouet et Bourdin.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Ribet, Chassereau, Sassy, Dallas, Séguret, Loir, Ducamp, Aldibert, Caillot, Servières, Caillard, Chaumont, Pausier, Saint-Hilaire, Gagé, Bonnet, Castan, Bouron, Roy, Pinatel, Castanier, Poux, Laguens, Rollin, Vieu, Cadiergues, Cochez, Bégouin, Borrel, Anglade, Castex et Augé.

— Par décret, en date du 4 avril 1893, M. Poincaré, député, est nommé ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes, en remplacement de M. Dupuy, dont la démission est acceptée.

— Un concours pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central, s'ouvrira le lundi 15 mai 1893, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Simon est nommé chef des travaux d'histologie, en remplacement de M. Trèche, démissionnaire.

— L'assemblée générale annuelle de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France aura lieu les 9 et 10 avril prochain, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

— On annonce de Nancy la mort de M. le docteur V. Feltz, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine, décédé dans sa cinquante-huitième année. Ancien agrégé de Strasbourg, membre correspondant de l'Académie de médecine et chevalier de la Légion d'honneur, M. Feltz était connu par ses travaux faits en collaboration avec Ritter. Il a demandé que ses obsèques fussent dépouillées de tout caractère officiel, et que l'inhumation ait lieu à Marlenheim (Alsace).

Nous avons également le regret d'annoncer la mort de M. Wohlgemuth, chargé du cours de géologie à la Faculté des sciences de Nancy et directeur de l'École professionnelle de l'Est.

— M. le docteur A.-J. Martin donnera sa prochaine conférence pratique du cours d'hygiène sociale, le dimanche 9 avril 1893, aux nouveaux Réservoirs de Saint-Cloud (arrivée des eaux de l'Avre). — Départ par le train de neuf heures cinq du matin, gare Saint-Lazare, pour la station de Saint-Cloud.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. le professeur Albert Gaudry, membre de l'Institut, commencera le cours de paléontologie, le mercredi 12 avril 1893, à trois heures et demie, et le continuera le vendredi et le mercredi de chaque semaine, à la même heure. — Dans la première partie du cours, il présentera le résumé de l'histoire des enchaînements du monde animal pendant les temps géologiques; dans la seconde partie, il parlera des mammifères quaternaires. — Les leçons auront lieu dans l'Amphithéâtre d'anatomie comparée.

M. le professeur Stanislas Meunier commencera le cours de géologie, le mardi 11 avril 1893, à cinq heures, dans l'Amphithéâtre de la galerie de géologie, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure. — Le professeur exposera l'ensemble des phénomènes qui constituent le métamorphisme et résumera les notions procurées par la méthode expérimentale à l'histoire mécanique et chimique des réactions internes des roches.

— M. le docteur Foveau de Courmelle est autorisé à faire, à l'École pratique, un cours d'électrothérapie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

49

SOLUTION COIRRE (CODEX 1877)
au chlorhydro-phosphate de chaux.

PHTHISIE, ANÉMIE, CACHEXIES, SCROFULES, RACHITISME, INAPPÉTENCE, DYSPEPSIE, ÉTAT NERVEUX, ASSIMILATION INSUFFISANTE, MALADIES DES OS.

Dose : *Une cuillerée à bouche chez les adultes; une cuillerée à café chez les enfants du premier âge; deux cuillerées à café de six à douze ans, au moment des deux principaux repas, dans l'eau sucrée ou coupée de vin.*

Prix : **2 fr. 50** le flacon dans toutes les ph^ies^.

PILULES DE PODOPHYLLE COIRRE
Contre la Constipation habituelle, les Hémorrhoïdes et la Colique hépatique.

Dose : *Une pilule le soir en se couchant, sans qu'il soit nécessaire de rien changer au régime, Augmenter d'une pilule si besoin est.*

Prix : **3** fr. la boîte dans toutes les pharmacies.

42

MAGNÉSIE ROY

Sel purgatif alcalin soluble.
Dépuratif chimique.

A. Roy

42

LIQUEUR MARIANI A LA TERPINE ET A LA COCA
Titrée à 20 centigr. de Terpine p^r^ cuillerée à bouche.

Cette liqueur unit les propriétés modificatrices et anti-catarrhales de la **Terpine** (hydrate d'essence de térébenthine) à l'action tonique et digestive de la **Coca.**

Employée avec succès contre les *Affections catarrhales*, aiguës ou chroniques, des muqueuses respiratoires, digestives et génito-urinaires, dans l'*Anémie*, la *Chlorose*, l'*Atonie*, la débilité générale et les maladies du système nerveux.

Dose : 1 à 2 cuillerées à bouche matin et soir ou avant les deux repas.

64

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

Dose : Un verre à Madère après les repas.
MARIANI, ph^ien^, 41, Boul. Haussmann, et t^tes^ ph^ies^.

34

MALADIES DE POITRINE
SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX
DU Dr CHURCHILL

Sous l'influence des hypophosphites, la toux diminue, l'appétit augmente, les forces reviennent, les sueurs nocturnes cessent et le malade jouit d'un bien-être inaccoutumé.

Prix : 4 fr. le flacon.

Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

64

Dans les **congestions** *et les* **troubles fonctionnels du foie,** *la* **dyspepsie atonique,** *les* **fièvres intermittentes,** *les* **cachexies** *d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds,* on prescrit dans les hôpitaux, A PARIS ET A VICHY, de 50 à 100 gouttes par jour de **BOLDO-VERNE** ou 4 cuillerées à café **d'ELIXIR de BOLDO-VERNE.**— Dép^t^ : VERNE, prof^r^ à l'Ec. de méd. Grenoble (France), et ph^ies^ de France et Etranger,

63

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de **M. PASTEUR**, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

Dose : Un petit verre après les principaux repas.
Dépot : Dans toutes les bonnes pharmacies.— Vente en gros chez tous les droguistes.

39

VÉRITABLE SOLUTION
D'ANTIPYRINE DU DR CLIN

..... L'Antipyrine peut être considérée scientifiquement comme le médicament le plus puissant contre la douleur

(Académie des Sciences, séance du 18 avril 1887.)

La **SOLUTION D'ANTIPYRINE DU Dr CLIN**, d'un dosage rigoureusement exact, contient :
1^gr^. **ANTIPYRINE** *pure par cuillerée à bouche.*
0,25^cent^. — — *par cuillerée à café.*

Dose : de **1** à **3** cuillerées de **SOLUTION D'ANTIPYRINE CLIN** par jour; augmenter progressivement, s'il y a lieu, en tenant compte de la susceptibilité du malade.

Exiger la *Véritable Solution d'Antipyrine Clin.*

Détail dans les Pharmacies.

Gros : Maison CLIN & Cie, à Paris.

29

ÉLIXIR ET DRAGÉES **FERRO-ERGOTÉS MANNET**
Chloro-anémie, Métrorrhagies, Métrite, Incontinence d'urine.— 2, pl. Vendôme, Paris.

33

VIN DE VIAL

au quina, suc de viande et lacto-phosphate de chaux

ALIMENT PHYSIOLOGIQUE COMPLET

Le **VIN de VIAL** contient tous les principes actifs du **phosphate de chaux,** du **quina** et de la **viande crue.** Ces trois substances constituent par leur réunion le plus rationnel et le plus complet des toniques.

A la dose d'un verre à liqueur avant chaque repas, il complète la nutrition insuffisante des malades et des convalescents.

VIAL, ph^ien^, ex-préparat^r^ à l'Ecole de médecine et de pharmacie, RUE VICTOR-HUGO, 14. LYON.

50

COMPAGNIE LIEBIG
CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS
SEUL VERITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG
Bouillon concentré de viande de bœuf
SANS GRAISSE NI GÉLATINE

Les plus hautes distinctions aux grandes expositions internationales depuis 1867.
HORS CONCOURS DEPUIS 1885.

Précieux pour ménages, malades, usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur Bon Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

38

CHLOROSE, ANÉMIE, ÉPUISEMENT

DRAGÉES DE FER COGNET

Protoxalate de fer et Quassine cristallisée.
Le plus ACTIF ferrugineux.

Paris, 4, rue de Charonne, et Pharmacies.

54

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de **50** et **100**^g^.

Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.
31, rue des Petites-Écuries, Paris

66

GRANULES DE CATILLON
à 1 milligr. d'**Extrait titré** de

STROPHANTUS

C'est avec ces granules qu'ont été faites les expérimentations discutées à l'**Académie** en 1889; elles ont démontré que 2 à 4 par jour produisent une **diurèse rapide,** relèvent le **cœur affaibli,** font disparaître l'**Asystolie,** la **Dyspnée,** l'**Oppression,** les **Œdèmes,** les accès d'**Angine de poitrine,** etc. On peut en continuer l'usage sans inconvénient, pas d'intolérance.

Eviter les imitations et les teintures infidèles.

PARIS, 3, BOULEV. SAINT-MARTIN ET PHARMACIES.

23



Débilité, Anémie, Maladies de l'enfance,
sont combattues avec succès par la

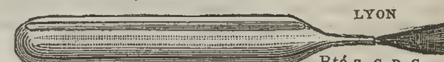
FUCOGLYCINE GRESSY

Ce Sirop, à base d'algues marines, remplace avantageusement l'Huile de Foie de Morue, dont il possède toutes les propriétés, sans en avoir la saveur ni l'odeur désagréables.

LE PERDRIEL et Cie, Paris.

77

CHLORURE D'ÉTHYLE PUR
Anesthésique local du Prof.-Docteur REDARD.
PRÉPARÉ PAR
GILLIARD, P. MONNET & CARTIER
LYON



Btè s. G. D. G.

(Tube réduit au 5e de la grandeur naturelle,)

Innocuité absolue.— Anesthésie parfaite. Guérison des névralgies, sciatiques, etc.
DÉPÔT DANS TOUTES LES PHARMACIES
Prix : **9 fr.** *la boîte de 10 tubes.*

99

EAU RECONSTITUANTE & DIGESTIVE
DE

RENLAIGUE

(PUY-DE-DÔME)

ANÉMIE, CHLOROSE, DYSPEPSIE

72

DESNOIX 17, RUE VIEILLE-DU-TEMPLE PARIS

MARQUE DE FABRIQUE

PANSEMENTS ANTISEPTIQUES
TOILE VESICANTE
TOILE VÉSICANTE ROSE à la cantharidine
THAPSIA, SPARADRAP des HOPITAUX
- et tous les sparadraps.
PLUMASSEAUX-EPONGES
remplaçant les éponges naturelles,
PINCEAUX MOLLETONNÉS
p^r^ enlever les fausses membranes d^s^ l'angine couenneuse.

22

SOLVÉOL

SOLUTION FORTE	SOLUTION FAIBLE
2 p. 100	*1 p. 100*

NOUVEL ANTISEPTIQUE
ABSOLUMENT NEUTRE
SOLUBLE DANS L'EAU

Plus énergique et moins caustique que le Phénol,

il remplace avec avantage tous les antiseptiques connus sans en avoir les inconvénients.

Le **Solvéol** n'est pas une spécialité pharmaceutique, mais un produit chimique se trouvant dans toutes les Pharmacies.

POUR LES DEMANDES D'ÉCHANTILLONS
s'adresser à la **Pharmacie LACROIX,**
76, rue du Château-d'Eau, PARIS.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(VIIe SESSION)

Séance du 5 avril (matin). — Présidence de M. CHAUVEL.

La séance s'ouvre par une communication de M. Chalot sur la « ligature de la carotide externe ». M. Quénu (de Paris), qui succède au chirurgien de Montpellier, fait connaître un procédé particulier d'extirpation des hémorroïdes. M. Quénu dessine deux lambeaux à la surface de la tumeur hémorroïdaire, enlève la partie centrale, en relevant la muqueuse comme deux valves, qui sont ensuite suturées l'une à l'autre. Les résultats opératoires et thérapeutiques seraient des meilleurs.

M. Zancarol (d'Alexandrie) lit un mémoire intéressant sur la pathogénie et la bactériologie des abcès du foie. La communication suivante est due à M. Warnot (de Bruxelles). Elle a trait à la chirurgie cérébrale et au traitement de l'épilepsie jacksonnienne et de l'épilepsie vraie par la trépanation. En joignant le travail de M. Warnot à celui de M. Van Stockum (de Leyde), lu dans une des précédentes séances, et à l'observation communiquée, ce jour même, par M. Malherbe (de Nantes), nous aurons un chapitre intéressant de la chirurgie cranio-cérébrale.

M. Pozzi (de Paris) vient affirmer ses préférences pour le procédé de Lawson Tait dans les déchirures complètes du périnée. Il donne quelques détails sur la technique, qui lui a permis d'obtenir 8 succès complets sur 8 cas.

M. Gangolphe (de Lyon) appelle l'attention de ses collègues sur l'existence d'un épanchement de liquide séro-sanguin, dans l'abdomen des malades atteints d'occlusion de l'intestin. Cet épanchement peut être assez abondant et se manifester par une légère matité à la partie inférieure de l'abdomen. Il constitue une indication urgente d'opérer; car il accompagne surtout les étranglements aigus et serrés de l'intestin.

Trois intéressantes observations de plaies du diaphragme sont présentées par M. Severeanu (de Bucharest). Une seule fois le diagnostic fut posé et l'intervention chirurgicale eut lieu. Mais l'opération fut trop tardive et le malade succomba. La conclusion de l'orateur est qu'il faut intervenir par l'ouverture large du thorax et la suture, dès que le diagnostic est posé.

M. Roux obtient le même succès que la veille, en relatant trois cas de lipomes du mésentère, extirpés et guéris. Dans l'un de ces cas, le chirurgien de Lausanne fut obligé de réséquer 1m24 d'intestin. Notons, comme détail curieux de sa pratique, que ses malades laparotomisés ou opérés sur l'intestin, sont purgés dès le deuxième jour, et qu'au bout de quarante-huit heures toutes ses malades, ovariotomisées, hystérectomisées ou autres, sont autorisées à se lever.

Nous aurons à revenir sur le travail de M. Boursier (de Bordeaux). Il s'agit du prolapsus des organes génitaux chez les femmes atteintes de kystes de l'ovaire volumineux; nous publierons également l'observation curieuse rapportée par M. Ricard.

Le reste de la séance est encore occupé par huit autres communications; mais la libéralité avec laquelle le temps a été accordé aux premiers orateurs, fait que les derniers inscrits ont à peine le temps de venir, fort rapidement, lire leur observation, devant une salle que l'heure tardive a presque complètement vidée. A citer les communications de MM. Malherbes, Lejars, Courtin, Doyen, Delagenière, Lavaux, Hamon du Fougeray : nous aurons à revenir sur les plus intéressants de ces travaux, dont il est impossible de faire actuellement le moindre compte rendu; tellement minime a été le temps laissé aux orateurs.

Il est à souhaiter que dans l'avenir, sauf rares exceptions basées sur la grande importance de la communication, la durée des communications soit plus équitablement répartie entre les différents orateurs inscrits.

Séance du 5 avril (soir). — Présidence de M. LANNELONGUE.

La séance de mercredi soir a été consacrée au *traitement chirurgical des affections tuberculeuses du pied*. C'est surtout l'École de Lyon qui a donné dans cette séance. Son éminent maître, M. Ollier, a ouvert le feu en faisant connaître, avec détails, ses méthodes opératoires, les indications de telle ou telle intervention, depuis la compression ou la révulsion jusqu'à l'amputation, en passant par toutes les résections, enfin les résultats éloignés de l'astragalectomie que, selon lui, il vaut mieux faire totale que partielle. Après M. Ollier, MM. Adenot, Loyson, Poncet, Gangolphe, Audry et Mondan, ses compatriotes, sont venus à leur tour communiquer les

résultats de leur expérience, relativement à ces résections partielles du pied, si en honneur à Lyon. Hâtons-nous d'ajouter que les chirurgiens de Paris ne sont pas restés en arrière sur leurs collègues lyonnais et que MM. Le Dentu, Monod, Moty, Reynier, Campenon, Hartmann ont successivement pris la parole sur cette importante question du traitement des tuberculoses du pied. Nous devons aussi signaler les communications de MM. Bœckel (de Strasbourg), Reverdin (de Genève), Auffret (de Rochefort), Vaslin (d'Angers), etc.

Ce qui ressort de ces divers travaux, c'est surtout ce fait important qu'en matière de traitement chirurgical des affections tuberculeuses locales, grâce aux progrès de l'antisepsie, c'est à la chirurgie conservatrice que se rallient aujourd'hui tous les chirurgiens français. Les amputations deviennent, en effet, de plus en plus rares et les résections paraissent donner des résultats de plus en plus favorables. Signalons, en passant, que l'éminent chirurgien de Vienne, Albert, a complètement adopté la manière de voir et de faire des chirurgiens français, relativement au traitement des affections tuberculeuses du pied, ainsi qu'il l'a déclaré dans une lettre dont le secrétaire général adjoint a donné lecture et dans laquelle le grand chirurgien viennois exprime tous ses regrets de n'avoir pu assister à cette session du Congrès.

Parmi les communications les plus importantes de cette séance, nous devons une mention spéciale à celle de M. Le Dentu qui a apporté deux faits qui prouvent que la méthode d'implantation d'os décalcifiés à la place des parties osseuses réséquées est parfaitement applicable au traitement de la tuberculose du pied. C'est ainsi que, chez une jeune fille à laquelle il avait fait une tarsectomie, il a reconstitué, de toutes pièces, un talon dont il a présenté le moule et qui, il faut le reconnaître, est parfaitement présentable.

Dans le principe, il ne devait pas y avoir de séances le matin et les matinées devaient être exclusivement consacrées aux visites dans les hôpitaux.

L'extrême abondance des communications n'a pas permis qu'il en fût ainsi. Le résultat est que les séances du matin sont un peu abandonnées pour les hôpitaux où les opérations sont fort suivies.

Jeudi, il n'y avait pas de séance et la plupart des services hospitaliers ont reçu de nombreux visiteurs.

MM. Duplay à la Charité, Schwartz à Cochin, Monod à Saint-Antoine, Richelot à Saint-Louis, et Péan à l'Hôpital international, ont pratiqué diverses opérations. M. Berger, à Lariboisière, a présenté des malades sur lesquels il a pratiqué l'autoplastie par la méthode italienne. A l'hôpital Tenon, M. Felizet a montré les effets du flambage des plaies. Enfin M. le président du Congrès et M. le secrétaire général, l'un à Trousseau, l'autre à Lourcine, ont fait également les honneurs de leur service à de nombreux visiteurs.

Dans la journée de jeudi, visites au laboratoire de M. Cornil, à l'Institut Pasteur et à l'École pratique, où M. Chaput a fait des expériences relatives aux plaies de l'intestin chez le chien.

Le soir, un banquet réunissait à l'Hôtel Continental la plupart des membres du Congrès. Le président, M. Lannelongue, a rendu un légitime hommage aux services rendus par la presse médicale.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La question de la vaccine et de la fausse vaccine a été soulevée de nouveau, à l'Académie, par M. Hervieux, dans un travail où il arrive à cette conclusion que la fausse vaccine n'existe pas, qu'elle est de la vaccine vraie, modifiée par les vaccinations antérieures. Cette opinion n'est d'ailleurs pas nouvelle, puisque, ainsi que l'a rappelé M. Dumontpallier, Trousseau la professait depuis longtemps.

Le travail de M. Hervieux a été le point de départ d'une courte discussion dans laquelle plusieurs faits intéressants ont été signalés.

Il est bien rare que, pendant la semaine du Congrès de chirurgie, l'Académie n'en reçoive pas quelque écho. C'est ainsi que M. J. Bœckel (de Strasbourg) a choisi la tribune académique, de préférence à celle du Congrès, pour faire connaître les résultats de 32 extirpations ou énucléations de goîtres. De ces faits, le chirurgien strasbourgeois conclut que la meilleure thyroïdectomie est celle qui se fait par énucléation.

REVUE GÉNÉRALE

L'hématozoaire du paludisme.

Par le docteur CATRIN,
Professeur agrégé au Val-de-Grâce.

I

Bien que la médecine d'Hippocrate ait été surtout clinique, néanmoins dès une époque éloignée, les médecins de l'antiquité s'intéressèrent à l'étiologie des maladies, et Vitruve, Varron, Columelle, Paladius pensaient que les affections palustres étaient causées par de très petits insectes qui s'introduisaient dans l'organisme à la faveur de l'air.

Galien et ses disciples firent trop vite oublier ces doctrines qui auraient pu devenir si fécondes et, après eux, on répéta, *pendant des siècles*, que les altérations de la pituite causaient la fièvre quotidienne, celles de la bile, la tierce, celles de l'atrabile, la quarte.

Quand, avec la chimiatrie, se réveilla la lutte contre les idées galéniques qui comptaient encore de fougueux partisans : les Plater, les Swalve, les Schelhamer, etc., alors on vit, selon les auteurs, les particules salines nitreuses ou sulfureuses, normales ou altérées, contenues dans l'air, reprendre un rôle important dans l'étiologie de la malaria.

L'acide carbonique, le gaz des marais, l'acide sulfhydrique, le septon de Balme, etc., et, plus récemment (1886), l'oxysulfure de carbone de Schwalbe ont aussi été accusés de produire la fièvre intermittente.

Néanmoins déjà certains chimiatres admettaient que la putréfaction des liquides et solides animaux dans les marais donnait naissance à des *organismes* qui causaient la fièvre.

En Italie, les populaires *serafici* de Lancisi et Rasori n'étaient autre chose que des animalcules engendrés par la putréfaction des marécages.

C'est en 1829, à Montpellier, que parut le premier travail dans lequel l'origine parasitaire de la malaria avait une base un peu moins précaire que celle des théories plus ou

moins vagues des précédents auteurs; en effet, Meiran constatait dans la rosée des marais une multitude d'infiniment petits qui étaient pour lui la cause de la fièvre.

Dès lors, l'air et l'eau des marais devinrent l'objet de recherches sans nombre : Virey accusait les infusoires, Boudin la flouve, le chara vulgaris, Mitchell, Mühry, Hammond les spores des localités marécageuses.

Mais à l'exception de Boudin, tous les pathogénistes n'osent encore incriminer telle ou telle espèce végétale ou animale. M. Lemaire en France, Binz, Hallier en Allemagne, Massy à Ceylan, Cunningham à Calcutta, etc., ne spécifient point le micro-organisme ou l'espèce végétale pathogène.

Le premier, Salisbury, en 1866, précise l'accusation et croit avoir trouvé l'agent du paludisme dans les palmelles du chlorococcum coccoma. Basés sur de pseudo-expériences, les travaux de Salisbury sont accueillis d'abord avec enthousiasme, mais contrôlés en Italie par Lanzi, Terrigi, à Lyon par Colrat, Magnin, Fochier, ils perdent bientôt toute valeur et, une fois de plus, on doit reconnaître que le véritable agent du paludisme est encore à trouver.

A cette époque, d'ailleurs, les découvertes de M. Pasteur donnent un stimulant nouveau aux panspermistes et, à partir de ce moment, il est peu d'années qui ne voient éclore un nouveau microbe de la malaria.

Pour obéir à la tyrannique coutume de l'historique, nous citerons quelques-uns des principaux bacilles, vibrions, algues, mais d'ores et déjà, nous ferons remarquer, que personne, pas même leurs inventeurs, ne défend actuellement un quelconque de ces agents et que l'accord semble s'être fait en tous les pays pour adopter le sporozoaire de M. Laveran comme le véritable organisme pathogène de la malaria.

Balestra accuse une clodofora, Lanzi et Terrigi la monicilia pennicillata, le suédois Eklund la lymnophysalis hyalina, Saffort et Bartlet l'hydrogastum granulatum, Archer un chténoblastus, Burgelli une palmoglœa, etc.

Nous en oublions pour arriver au *bacillus malariæ* de Klebs et Tommasi Crudeli (1879), qui fut également adopté par Marchiafava, Ceci, Cuboni, Perroncito, Valenti, etc. Ce bacille était décrit avec une telle précision, les expériences semblaient si décisives, les expérimentateurs avaient une si imposante autorité, qu'un instant on crut le problème résolu : Cuboni cultivait le bacillus malariæ, Ceci créait des marais en miniature, enfin, les inoculations des liquides de culture à des lapins, à des chiens, provoquaient chez ces animaux des accidents de paludisme. Antérieurement, Binz avait également réussi à produire la fièvre chez les animaux en leur inoculant ses bactéries.

Mais on voulut trop prouver et Burdel, Corre, Zuber, les premiers, firent remarquer que les symptômes, les lésions présentés par les lapins ou les chiens soumis aux inoculations, n'avaient que de vagues analogies avec les symptômes, les lésions de la fièvre intermittente et ressemblaient bien plus aux accidents d'une des nombreuses septicémies, que, dès cette époque, on pouvait provoquer chez les animaux par des injections de micro-organismes très variés.

Depuis longtemps, on discutait cette question de l'existence de la malaria chez les animaux et bien que certains observateurs aient été jusqu'à prétendre guérir des accès de fièvre, chez des poules, en mêlant du sulfate de quinine à leur nourriture, il faut bien reconnaître que la majorité des médecins, ayant pratiqué en pays palustres, n'admettent point que le paludisme atteigne les animaux.

Quoi qu'il en soit, on ne tarda pas à s'apercevoir que, souvent, ce bacille de Klebs n'existait point dans le sang des paludéens et qu'en outre, on le rencontrait dans le sang d'individus sains et indemnes de toute affection.

En 1880, Hittell adressait à Klebs et Tommasi Crudeli une série de questions qui durent embarrasser quelque peu ces savants, car ils n'y ont jamais répondu.

II

C'est au moment où le bacillus malariæ semblait réunir tous les suffrages, que M. Laveran, peu convaincu de la valeur pathogénique de ce micro-organisme, fit ses premiers travaux.

« C'est en cherchant à me rendre compte du mode de formation du pigment dans le sang palustre, dit M. Laveran, que je rencontrai, à côté des leucocytes mélanifères, des corpuscules sphériques, hyalins, sans noyau, d'ordinaire pigmentés, et des éléments en croissant très caractéristiques. »

Ce n'est que le 6 novembre 1880 que furent observés, pour la première fois, sur le bord des éléments sphériques pigmentés, les filaments mobiles ou flagella.

L'hématozoaire était découvert. Comme je le disais dans une étude antérieure, la communication de M. le professeur Laveran, à l'Académie, ne souleva pas les discussions tumultueuses de la découverte de M. Villemin, en 1865 : on se contenta de nier et l'on passa outre.

Peut-être les savants furent-ils influencés par les récentes déceptions produites à l'occasion du bacille de Klebs, on ne voulait plus s'enthousiasmer qu'à bon escient, aussi la conspiration du silence s'organisa et il fallut à M. Laveran la persévérance, la ténacité, que seules peuvent engendrer une conviction profonde et une certitude absolue, pour en arriver à imposer son hématozoaire au monde scientifique.

Malgré ses communications répétées, lorsque, en 1884, M. Laveran fit paraître son *Traité des fièvres palustres*, il ne rencontra guère, en France du moins, que des incrédules et des contradicteurs. « Si la *Revue* de M. Hayem restait froide, la *Gazette hebdomadaire* perplexe, les *Archives de médecine*, par la plume de M. Juhel-Rénoy, et les *Archives de médecine navale*, par celle de M. Corre, entassèrent argument sur argument pour nier l'oscillaria (1). »

Ce n'est qu'en 1889, à la suite des déclarations fort nettes de M. Bouchard à l'Académie des sciences et de M. Straus à la Société de biologie, que la découverte de M. Laveran, remontant à dix années, parut inattaquable.

Pour en finir avec l'historique de cette question, disons que M. Laveran a eu cette particulière bonne fortune de se voir ultérieurement disputer la propriété de son micro-organisme, par ceux-là mêmes qui avaient le plus dédaigneusement repoussé l'oscillaria malariæ, l'assimilant à un globule sanguin déformé par la dessiccation rapide ou lente.

M. Laveran décrivait quatre types du parasite du sang palustre :

1° Les corps sphériques;
2° Les flagella;

(1) Jeunehomme. Étiologie de la malaria, in *Arch. de méd. milit.*, 1880.

3° Les corps en croissant;

4° Les corps segmentés ou en rosaces.

1° *Corps sphériques* (fig. 1). — Dans quelque forme de paludisme que ce soit, ce sont les corps sphériques qu'on rencontre le plus fréquemment. On les a appelés parfois *corps amiboïdes*, à cause des mouvements qu'ils peuvent présenter, mou-

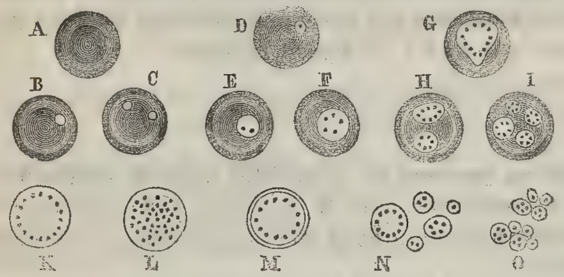


Fig. 1. — A, hématie normale; B, C, hématies avec des corps sphériques de très petit volume non pigmentés; D, E, F, hématies avec des corps sphériques de petit volume pigmentés; G, hématie avec un corps sphérique déformé par les mouvements amiboïdes; H, I, hématies avec plusieurs corps sphériques pigmentés; K, corps sphérique pigmenté arrivé à son développement complet; L, corps sphérique renfermant des grains de pigment en mouvement; M, corps sphérique sur lequel on distingue un double contour; N, corps sphériques libres; O, corps sphériques agglomérés. — (Grossissement : 1000 D environ.)

vements qui rendent leur forme inconstante; leur volume varie de 1 à 15 μ, c'est-à-dire qu'ils peuvent être sept fois plus petits qu'un globule rouge ou deux fois plus volumineux. Tantôt libres dans le sang et nageant dans le sérum, tantôt accolés aux globules rouges, ces corps, selon la période plus ou moins avancée de leur évolution, renferment du pigment ou en sont privés. Le nombre des grains de pigment augmente avec le développement du parasite. On ne décèle pas de noyau dans ces parasites, en employant les réactifs habituels, mais Sacharof, Mannaberg disent avoir pu, par des procédés spéciaux, colorer ce noyau, qui serait, en général, excentrique.

Romanowsky prétend même avoir observé les phénomènes de karyokinèse dans leur intérieur.

Les noyaux des leucocytes, faciles à mettre en évidence, diffèrent absolument de ceux des corps sphériques, qui n'ont jamais les formes bizarres que l'on trouve dans les globules blancs.

Difficiles à voir quand ils sont apigmentés, vu la transparence, la hyalinité de leur protoplasma, ces corps n° 1 deviennent, au contraire, très faciles à trouver lorsqu'ils renferment du pigment, d'autant que celui-ci est animé d'un mouvement ayant une certaine analogie avec les mouvements browniens, sans en avoir la constance et la régularité.

2° *Les corps à flagella* (fig. 2). — Les plus caractéristiques de tous les types de l'hématozoaire ne seraient que des corps sphériques ayant excapsulé des flagella. On peut parfois assister dans le champ du microscope à cette excapsulation.

Ces flagella varient de nombre et n'ont aucune symétrie dans leur arrangement, on en trouve de 1 à 6, leur longueur est relativement considérable, leur transparence est telle qu'au repos, on ne sait que difficilement les voir. Leurs mouvements moins rapides que ceux des cils vibratiles sont assez énergiques pour remuer deux, trois, quatre globules rouges et parfois même pour entraîner le corps qui les supporte; à un moment donné, ils peuvent se détacher et vivre quelque temps dans le sérum, d'une vie pour ainsi dire propre, ce qui est contraire à l'idée de la fonction pseudopodique qu'on leur avait attribuée.

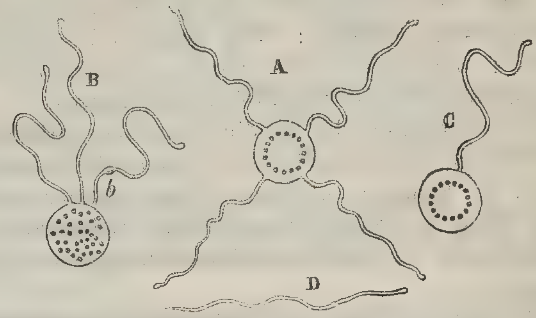


Fig. 2. — A, corps sphérique présentant quatre flagella; B, corps sphérique avec trois flagella, un des flagella présente un petit renflement; D, flagellum libre. — (Grossissement : 1000 D environ.)

Souvent, soit sur leur parcours, soit plus fréquemment à leur extrémité terminale, les flagelles présentent de petits renflements pyriformes. Ces mouvements des flagelles « forment une des images les plus saisissantes qu'on puisse voir au microscope » (Straus).

Sur les préparations de sang séché, on comprend que l'on trouve difficilement ces flagella, vu leur ténuité et l'absence de mouvements.

3° *Corps en croissant*, halbmonde des Allemands (fig. 3). — Ces corps, dont le nom dit la forme, sont toujours pigmentés, ce qui facilite leur recherche. Ce pigment est le plus souvent au centre, mais on peut le trouver aux extrémités et Canalis attache une certaine importance à cette modification lorsqu'il veut distinguer les divers parasites de la malaria.



Fig. 3. — A, B, Corps en croissant; C, corps en croissant accolé à une hématie; D, corps en croissant; E, corps ovalaire. — (Grossissement : 1000 D environ.)

Les dimensions des corps en croissant varient peu, contrairement à ce que nous avons constaté pour les corps ronds avec ou sans flagelles; ils ont de 8 à 9 μ de longueur et 2 μ de largeur à leur partie moyenne.

Une ligne très fine, reste, dit-on, du globule rouge, relie assez souvent les deux pointes du croissant.

Il semble que ces corps aient une membrane d'enveloppe, car si l'on fait agir l'acide osmique ou certains réactifs colorants, on constate que les contours sont marqués par une double ligne.

Mannaberg affirme avoir vu une cloison transversale à la partie moyenne des croissants, d'où il conclut que ces corps sont formés par la conjugaison ou sizygie de deux petits éléments amiboïdes qui s'enkystent pendant cette phase de leur existence.

Enfin plusieurs observateurs ont décrit un noyau dans les corps en croissant, mais il doit être assez difficile à voir puisqu'il se trouverait au centre des granulations pigmentaires.

4° *Corps en rosace, en marguerite* ou cytamœba de Golgi (fig. 4). — Ces corps, régulièrement segmentés et pigmentés au centre, sont les formes les moins souvent rencontrées, surtout en Europe.

Cette forme représenterait le principal mode de multiplication du parasite; à un moment donné, on peut, en effet,

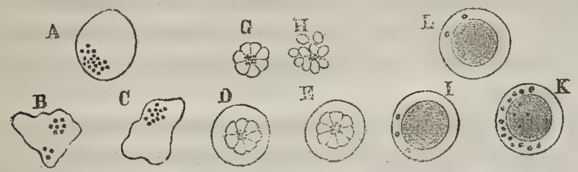


FIG. 4 (1). — A, B, C, corps hyalins pigmentés immobiles et déformés; D, E, éléments pigmentés ou en rosace, pigmentés au centre; G, H, éléments provenant de la segmentation des corps en rosace; I, K, L, leucocytes mélanifères dont le noyau a été rendu très apparent par la coloration au carmin. — (Grossissement : 1000 D environ.)

voir les folioles de la marguerite se séparer les uns des autres et devenir libres.

Tels sont rapidement décrits les quatre types principaux des formes du parasite, mais on comprend que les observateurs ont pu multiplier ces types en les considérant à des phases diverses de leur évolution.

Pour ne citer que quelques exemples, nous rappellerons les travaux de Councilman qui décrit dix formes de l'hématozoaire.

Les corps n° 1, n° 2, n° 3 de cet auteur sont identiques aux corps n° 1 de M. Laveran, mais selon qu'ils sont libres, pigmentés ou non, il en fait trois variétés.

Le corps n° 4, qu'on ne trouverait qu'au moment du frisson, ne diffère du n° 3 que par l'arrêt des mouvements du pigment et l'aspect grenu du protoplasma. Les corps n° 5 seraient des fragments du corps n° 4, qui s'est divisé en un certain nombre de masses rondes ou ovales.

Les corps n° 6 sont les demi-lunes.

Les corps n° 7 sont ronds ou ovales et toujours pigmentés, les n° 8 sont les corps à flagelles, les n° 9 sont les flagelles détachés. Enfin les corps n° 10 seraient les corps n° 6 montrant à leur périphérie un mouvement ondulatoire très vif.

D'autres auteurs ont encore multiplié le nombre de ces formes; on comprend, sans que nous insistions davantage, que ces subdivisions sont aussi faciles à faire que peu avantageuses pour la compréhension de l'évolution du parasite.

Romanowsky adopte une classification spéciale et distingue quatre phases de l'évolution du parasite :

1° Parasites libres;
2° Forme jeune endoglobulaire;
3° Phases développées endoglobulaires;
4° Formes de sporulation.

Cette nouvelle manière d'envisager l'hématozoaire et son évolution, nous amène à rechercher la solution de cette question : le parasite de la malaria est-il accolé aux hématies ou inclus dans ces hématies?

III

S'appuyant sur la structure des globules rouges, leur consistance, on sait que M. Laveran admet que le sporozoaire de la malaria s'accole aux hématies en les déprimant mais ne les pénètre pas, d'autant, ajoute-t-il, que ces éléments parasitaires se trouvent souvent dans le sang à l'état de liberté, et cela à toutes les périodes de leur développement.

Beaucoup d'auteurs italiens pensent, au contraire, que le parasite est endoglobulaire, tout au moins dans les premières phases de son existence; il s'emparerait de l'hémoglobine des hématies qu'il transformerait en pigment, aussi à mesure qu'augmente la quantité de pigment dans le parasite, on voit peu à peu pâlir le globule sanguin. Le mince linéament, qui réunit les deux cornes de la demi-lune, ne serait, pour ces auteurs, qu'un débris du globule rouge dans lequel le parasite a grandi jusqu'à cette phase de sa vie.

Romanowsky croit, au contraire, qu'au début, le sporozoaire nage librement dans le sang, il dit l'avoir vu pénétrer dans l'hématie, y grandir et s'y multiplier par karyokinèse, puis rompre enfin sa prison et redevenir libre.

Dans un récent travail (1), M. Arnaud signale dans le sang des paludiques de petits éléments mobiles, de dimensions analogues à celles de fins microcoques et qui seraient munis de un ou deux flagella. Coronado et Danilewsky auraient antérieurement vu de petits corpuscules semblables; le premier, dans le sang de paludéens, le deuxième, dans le sang des oiseaux.

Bien que des granulations mobiles à peu près identiques aient été rencontrées dans le sang de malades atteints d'affections diverses, M. Arnaud « croit volontiers à une phase spéciale de l'hématozoaire, phase qui répondrait à une des premières de l'évolution ».

Enfin, pour terminer, citons les travaux de M. Nepveu (2), qui, outre les parasites de M. Laveran, dit avoir trouvé chez les paludéens plusieurs espèces de bactéries.

IV

Nous avons hâte d'en arriver à cette question : y a-t-il un hématozoaire unique ? La variété des formes s'explique-t-elle par des états successifs d'un même parasite polymorphe ou y a-t-il deux ou quatre variétés de parasites du paludisme?

Dès 1881, M. Laveran a émis l'opinion que le sporozoaire malarial était unique : les corpuscules hyalins apigmentés accolés aux hématies représenteraient les formes embryonnaires du parasite, qui peu à peu augmenterait de volume, se munirait de flagelles lesquels, ultérieurement, deviendraient libres dans le sang.

Les corps en rosace seraient des formes de reproduction du parasite.

Restent les corps en croissant « dont la relation avec les corps sphériques n'est pas douteuse; bien qu'on ne sache pas pourquoi ces corps en croissant sont très communs chez certains malades et font défaut chez d'autres ».

Pour Golgi, Pietro Canalis, Antolisei, Angelini, Feletti et Grassi, Terni, Giardina, il faudrait distinguer diverses espèces de parasites : pour Feletti et Grassi, il n'y aurait que deux types de parasite : 1° ceux des fièvres régulières; hémamibes ou corps sphériques; 2° ceux des fièvres irrégulières, ou Laverania, ou corps en croissant.

Mais Canalis, Golgi, etc., admettent trois formes :

1° Le parasite de la fièvre tierce;

(1) Les quatre figures ci-dessus nous ont été fort obligeamment prêtées par M. Masson et proviennent du volume de M. A. Laveran : *Du paludisme et de son hématozoaire* (Paris G. Masson, 1891).

(1) ARNAUD. *Arch. de méd. milit.*, 1892.

(2) NEPVEU. Assoc. franç. pour l'avanc. des sc., Marseille 1891.

2° Celui de la fièvre quarte;
3° Celui des fièvres irrégulières.

Non seulement les parasites seraient différents, mais encore leur évolution ne serait pas la même : celle du parasite de la fièvre tierce s'accomplirait en deux jours, celle de la quarte en trois; la segmentation des corps en rosace de la tierce serait à seize divisions et celle de la quarte à huit. Les mouvements des corps amiboïdes de la tierce seraient plus vifs que ceux de la quarte et ces parasites de la tierce décoloreraient beaucoup plus rapidement les hématies, qui, dans la fièvre quarte, ont tendance à se rétracter, tandis que, dans la tierce, elles sont plus grandes que normalement.

Le protoplasma des parasites de la tierce est plus délicat, ses contours sont moins nets et les grains de pigment sont plus petits et de nuance différente.

Enfin, récemment, Grassi et Feletti ont encore modifié leur manière de voir et admis cinq variétés d'hématozoaires non transformables l'un dans l'autre :

Hæmamœba malaria (fièvre quarte simple, double ou triple);
Hæmamœba vivax (fièvre tierce simple ou double);
Hæmamœba prœcox { fièvres pernicieuses quotidiennes; fièvres continues ou subcontinues;
Hæmamœba immaculata et hæmamœba laverania (fièvres irrégulières, quotidiennes).

Nous avons laissé de côté, jusqu'à présent, les corps en croissant que beaucoup d'observateurs persistent à regarder comme les parasites des formes irrégulières.

Nos lecteurs ont dû le remarquer, il existe encore, pour cette forme du parasite, certains points à éclaircir et nous avons cité le texte de M. Laveran disant qu'on ne savait pourquoi ils étaient communs chez certains malades et rares ou même absents chez d'autres.

P. Canalis, Grassi, Feletti, etc., ont cherché à démontrer que « la variété des corps semi-lunaires était spéciale à la fièvre quotidienne à accès prolongés ou subintrants, aux continues palustres, à certaines fièvres pernicieuses et enfin aux fièvres irrégulières ».

Il est un fait sur lequel tous les observateurs sont d'accord, c'est que ces corps se rencontrent plus fréquemment dans le sang des cachectiques.

Dès le début de ses recherches, M. Laveran avait déjà signalé cette particularité, mais P. Canalis alla plus loin et affirma que ces corps n'apparaissaient que dans les récidives d'accès et jamais dans les fièvres de première atteinte; en outre, il assigna à cette troisième variété un cycle de développement, qui peut se diviser en quatre périodes : corps amiboïdes, corps semi-lunaires ou ovoïdes, corps arrondis à flagella et corps segmentés.

M. Laveran a vu, dans du sang frais, ces corps en croissant se transformer en corps ovalaires, puis en corps sphériques qui peuvent reprendre la forme en croissant; on voit donc que la chronologie de développement, signalée par Canalis, souffrirait au moins quelques exceptions.

Mais la hardiesse des médecins italiens, qui ont à maintes reprises inoculé la malaria, devait trancher la question de la pluralité des hématozoaires du paludisme; or, jusqu'à présent, di Mattei et Calandruccio sont les seuls qui aient presque toujours réussi à reproduire, chez les individus inoculés, le type de la fièvre du malade ayant fourni le sang; encore doit-on faire remarquer que di Mattei expérimentait sur des sujets déjà entachés de paludisme, ce qui change complètement les conditions de l'expérience. Sauf ces deux auteurs, tous les autres, Gualdi, Antolisei, Angelini, n'ont réussi qu'exceptionnellement à reproduire le type inoculé.

Gualdi et Antolisei ayant injecté, dans les veines, du sang qui ne renfermait que des formes semi-lunaires, ont trouvé, treize jours plus tard, dans le sang de l'inoculé, des formes semi-lunaires, enfin, un peu plus tard, des formes rondes pigmentées et des corps à flagelles.

D'ailleurs n'est-ce point de la malaria qu'on a dit qu'elle se jouait de la nosologie? Qui n'a vu un nouvel arrivant dans un pays à fièvre, entrer dans le paludisme par une fièvre continue, qui dure quelques jours, puis se transforme en tierce ou plus souvent encore en quotidienne, l'inverse pouvant d'ailleurs se présenter quoique plus rarement?

M. Laveran a vu les croissants dans des fièvres régulières, quotidiennes, tierces ou quartes, aussi bien que dans les fièvres intermittentes irrégulières, dans les continues et dans les pernicieuses. J'ai moi-même rapporté l'observation d'un malade, dont le sang renfermait toutes les formes (1).

M. Vincent, à Alger, a trouvé des corps en croissant dès le troisième accès de fièvre intermittente quotidienne. D'autre part, notre collègue n'a pas constaté que les marguerites à huit ou seize segments fussent plus spéciales à la quarte qu'à la tierce.

M. Arnaud, à Tunis, a fait les mêmes constatations.

Marchiafava et Bignami ont voulu établir un rapport entre les croissants et les fièvres dites estivo-autumnales, M. Arnaud a également remarqué la fréquence des croissants à partir du mois de septembre.

M. Laveran pense que cette fréquence des corps en croissant en hiver est en rapport avec le nombre des cachectiques ou des paludéens chroniques, qu'on rencontre à cette époque de l'année : « Si l'on demande, dit-il, aux malades de cette catégorie, quand ils ont eu la première atteinte de fièvre, on apprend que c'est de juin à septembre; ce sont donc des fièvres de récidive, se présentant chez des malades affaiblis, et par des rechutes successives de fièvre, et par la persistance des chaleurs. »

M. Arnaud invoque cette faiblesse de l'organisme pour expliquer la fréquence des corps en croissant, même pour les fièvres de première invasion d'automne, « le pouvoir phagocytaire serait amoindri et, dès lors, la médication quinique n'est plus à elle seule capable de soutenir victorieusement la lutte contre l'élément parasitaire, qui, dès lors, peut activer son évolution et acquérir vite cette forme en croissant particulièrement résistante ».

Disons, enfin, que pour Coronado les croissants sont des kystes vides, affaissés après sortie des flagelles, ce qui est inadmissible, puisque M. Laveran a pu voir les demi-lunes se transformer en corps sphériques d'où s'excapsulaient des flagella.

Bastianelli et Bignami ont décrit ces demi-lunes comme des formes stériles et dégénérées. Les arguments que nous venons de citer trouvent encore ici leur emploi pour combattre cette dernière manière de voir.

Avec Mannaberg, M. Laveran admet volontiers que les croissants représentent des formes enkystées de l'hématozoaire du paludisme, ce qui expliquerait leur résistance à

(1) L. Catrin. *Du paludisme chronique*, 1892.

l'action de la quinine et leur persistance chez des malades soumis au traitement spécifique.

En résumé, le parasite est unique mais il est polymorphe, ce fait ressort autant des renseignements de la clinique que des notions que nous possédons sur les parasites voisins de l'hématozoaire du paludisme.

En effet, la plupart des observateurs classent l'hématozoaire de M. Laveran, parmi les sporozoaires; or, les différents sporozoaires étudiés par Danilewski, Metchnikoff, Celli, Sanfelice, Kruse, etc., présentent au plus haut degré ce polymorphisme, dont il semble logique de gratifier également le sporozoaire du paludisme.

M. Laveran a particulièrement signalé les parasites de l'Apus comme évoluant, en donnant lieu tantôt à des formes amiboïdes et tantôt à des croissants.

Ce sporozoaire ectospore de la malaria se reproduit de deux façons :

1° Par scissiparité des corps sphériques (Laveran);

2° Par sporulation [corps en marguerite, en rosace, (Golgi)].

IV

Quelles sont les règles à suivre pour rechercher l'hématozoaire du paludisme dans le sang, quels sont les procédés de coloration à employer?

La recherche des éléments parasitaires de la malaria est très simple et pourtant « elle est délicate pour celui qui débute dans l'examen », comme le fait observer avec beaucoup de justesse M. le docteur Vincent (1).

Les règles à suivre sont relatives :

1° Au choix du malade;
2° Au choix du moment où il faut pratiquer l'examen;
3° A la technique pour la préparation du sang.

1° Dès 1880, M. Laveran avait déjà reconnu « que les éléments parasitaires ne se trouvent pas à l'état permanent dans le sang des paludiques ».

On choisira, autant que possible, un malade ayant eu déjà plusieurs accès de fièvre palustre; plus le malade sera anémié et plus les parasites seront nombreux.

En outre, il faudra que le malade n'ait pas pris de quinine récemment.

2° C'est au moment de l'accès, de préférence lors du frisson ou mieux encore une heure auparavant, que les parasites seront le plus faciles à observer.

Chez les cachectiques, on peut les rencontrer même dans les périodes d'apyrexie.

2° L'examen peut se faire soit avec du sang frais, soit avec du sang séché par le procédé rapide, mais jamais l'examen des préparations sèches n'atteindra le caractère de suggestivité que procure la vue des parasites vivant dans le sang et agitant leurs flagelles sous les yeux de l'observateur.

Dans quelle région du corps devra-t-on recueillir le sang? La rate est le repaire de l'hématozoaire, c'est donc le lieu d'élection pour ces recherches; bien que, dans certains pays, en Italie, par exemple, ces ponctions de la rate des paludéens soient d'un usage fréquent, en France, cette pratique ne s'est pas répandue, malgré son innocuité; il faut néanmoins reconnaître que les précautions d'asepsie devront être rigoureuses quand on ira rechercher le sang splénique avec une seringue stérilisable de Straus. Le doigt se prête très bien à la prise du sang, en ayant soin de choisir les points où l'épiderme est le plus mince. Si l'on désirait avoir une quantité de sang plus considérable on pourrait encore piquer le lobule de l'oreille. Quelle que soit la partie choisie, on procèdera au lavage, puis on achèvera de nettoyer avec du sublimé et enfin soit avec de l'alcool, soit avec un mélange d'alcool et d'éther.

Ces précautions, absolument indispensables pour la recherche des microbes dans le sang, sont de beaucoup moindre importance dans le cas particulier, car aucun des microbes connus, aucune des poussières de l'air ne sauraient être confondus avec l'hématozoaire.

Après avoir comprimé le doigt à sa base (la ligature élastique, recommandée par V. Jacksh, est inutile), on pique la pulpe, soit avec une épingle flambée, soit avec une lancette ordinaire ou une lancette à talon. Ces instruments sont ou plongés dans une solution antiseptique ou flambés. Si le malade est en sueur, il sera prudent d'essuyer la première goutte de sang et d'attendre l'issue d'une seconde. Si, au contraire, la peau est sèche, on approchera de la gouttelette de sang une lamelle sortant de l'alcool et séchée, en évitant qu'elle touche la peau.

Sang frais. — On devra éviter de mettre une couche trop épaisse de sang, le parasite deviendrait alors difficile à observer, caché qu'il serait par des piles de globules rouges; il faut, d'autre part, éviter d'exercer sur la lamelle une pression trop forte qui pourrait déformer les hématies ou les délicats sporozoaires.

On peut border la préparation à la paraffine ou plus simplement à la vaseline; cette précaution est excellente à deux points de vue, d'abord on arrête ainsi l'évaporation et, par suite, la sécheresse du sang et, en second lieu, on ne risque pas d'abîmer la préparation par le mélange avec l'eau ou l'huile de cèdre, si l'on veut se servir d'un objectif à immersion.

L'examen doit se faire aussi tôt que possible, mais une demi-heure et même trois quarts d'heure après avoir recueilli le sang, on peut encore observer les mouvement des flagella. Il est toujours prudent de faire plusieurs préparations, une d'elles pouvant être mauvaise.

L'oculaire 1 ou 2 et l'objectif 8 ou 9 de Verick ou de Leitz sont très suffisants, pour voir des parasites de cette dimension. L'objectif à immersion sera nécessaire pour l'étude de certains détails : disposition du pigment, etc.

L'emploi de l'écran de Ranvier facilite beaucoup l'observation surtout pour les flagelles, soit immobiles, soit isolés, leur réfringence les rendant souvent difficiles à voir. L'emploi d'un diaphragme à très mince ouverture est également à conseiller pour observer ces flagelles. On choisira, dans le champ de la préparation, de préférence les points où les globules rouges sont à plat, ne formant qu'une seule couche, car, d'une part, les piles d'hématies pourront cacher l'hématozoaire et, d'autre part, quand le parasite est accolé au globule rouge, il est complètement invisible si ce globule est vu de profil.

M. Richard avait conseillé l'emploi de l'acide acétique, qui détruit les hématies sans altérer notablement les hématozoaires, mais néanmoins ceux-ci sont assez rapidement tués par cet acide et alors on ne peut constater les mouvements des flagella. L'eau pourrait être employée dans le

(1) VINCENT. *Tribune méd.*, 1892, nos 19 et 20.

même but et n'aurait pas l'inconvénient de tuer l'hématozoaire. On a également employé de l'eau salée.

Deux repères importants guideront dans la recherche du parasite : 1° la présence du pigment; 2° les mouvements des flagelles. Le pigment ne se rencontre, en effet, que dans deux éléments du sang paludéen : les globules blancs et les hématozoaires, mais bien des différences existent entre ces deux éléments; tandis que le protoplasma des leucocytes est granuleux, celui des corps de Laveran est incolore, hyalin, très réfringent; le pigment du globule blanc est toujours en amas, d'ordinaire peu abondants, celui de l'hématozoaire est disséminé, de plus, tandis que celui-là est toujours immobile, celui-ci est souvent animé de mouvements vibratoires ou oscillatoires très vifs. Enfin, les noyaux des cellules blanches sont presque pathognomoniques, et si leur forme bizarre ne suffisait pas pour les distinguer, une solution de fuschine ou mieux encore de bleu de méthylène les colorerait et laisserait, au contraire, incolores les noyaux des corps sphériques.

Si les corps sphériques ont des flagelles, la distinction s'imposera d'elle-même; les corps en rosace, les corps en demi-lune ne sauraient être confondus avec des globules rouges déformés; songerait-on à invoquer cette confusion, que la présence du pigment suffirait pour la dissiper.

Le corps endoglobulaire ou accolé au globule rouge est plus difficile à voir, surtout lorsqu'il est apigmenté; dans ce cas, l'hématie prend un aspect « troué » caractéristique. On distinguera facilement ces parasites à cette période de leur développement, de l'espace clair, de couleur jaunâtre, à contours vagues, qui se produit parfois au centre d'un globule rouge desséché.

D'ailleurs l'hémamibe est assez rarement central. Quant aux véritables trous qui peuvent se faire dans les globules rouges, surtout lorsqu'on examine les préparations de sang desséché, si l'on hésitait à les reconnaître, la coloration distinguerait facilement les parasites de ces perforations. Enfin, les crénelures des hématies se diagnostiquent aisément, car en élevant ou en abaissant l'objectif, ils prennent une teinte claire ou obscure.

Les mouvements des globules rouges ballottés, secoués par les flagelles, mettront forcément, si l'on est prévenu, sur la trace d'un corps à flagelles. C'est de cette façon que j'ai trouvé pour la première fois ces corps si caractéristiques, car ces mouvements des hématies n'ont aucune analogie avec ceux que parfois les courants leur impriment dans une préparation.

Sang à sec. — Si l'on est obligé de faire une préparation sèche afin de la pouvoir transporter, la goutte de sang adhérant à la lamelle, on appliquera alors une deuxième lamelle sur la première, de façon que le sang s'étale en couche mince entre les deux. Sans attendre que le sang sèche, on fera glisser l'une sur l'autre les deux lamelles, et on laissera évaporer rapidement le sang à la surface de chaque lamelle isolée.

Le sang desséché, on passera chaque lamelle deux ou trois fois au-dessus de la flamme de la lampe à alcool, en ayant la précaution de ne pas tourner du côté de la flamme la surface couverte de sang. Peut-être même pourrait-on se contenter de fixer par l'alcool ou un mélange d'alcool et d'éther. Mais si l'on veut colorer, il faudra toujours soumettre la préparation à l'action de ce mélange.

Coloration. — La matière colorante la plus employée est le bleu de méthylène; les globules rouges seront alors colorés en jaune pâle, les noyaux des leucocytes en bleu foncé et les parasites en bleu clair.

Soulié (d'Alger) a conseillé de recueillir le sang sur une lame portant une goutte d'une solution alcoolique de bleu de méthylène évaporée.

Romanowsky a également décrit un procédé de coloration permettant de déceler les noyaux des hématozoaires (1).

Beaucoup d'autres méthodes ont été employées, nous n'en citerons qu'une tout récemment préconisée par M. le docteur Vincent (d'Alger), surtout pour la coloration des corps en croissant (2).

Eau distillée saturée de sel marin.	aa	50 grammes.
Glycérine.		
Acide phénique pur	aa	1 gramme.
Alcool à 60 degrés.		

Filtrer.

Après deux ou trois minutes de séjour dans cette solution, toute l'hémoglobine de la préparation est dissoute dans le mélange, alors on lave dans de l'eau distillée et on colore une minute dans la solution suivante :

Solution aqueuse concentrée de bleu de méthylène	100 grammes.
Solution aqueuse concentrée de violet de gentiane.	1 —

Les corps en croissant ont ainsi une double teinte nuancée bleue et violette.

V

Quelles objections a-t-on faites lorsque a été annoncée la découverte de ce nouveau micro-organisme?

Ces objections sont de diverses sortes.

La moins importante, je dirai presque la plus futile, est pourtant celle qui a eu le plus de retentissement : Ce parasite n'existe pas, ont dit Tommasi Crudelli, Mosso, Maragliano, pour ne citer que les plus connus, et ce qu'on a pris pour un hématozoaire n'est qu'un globule rouge dégénéré, déformé, altéré.

Mosso, on le sait, injectait du sang de chien dans la cavité abdominale d'un oiseau, et trois ou quatre jours plus tard, examinant ce sang plus ou moins modifié, il rencontrait, affirmait-il, toutes les formes du parasite de Laveran : demi-lune, corps à flagelles, etc.

M. Talamon, en chauffant des lamelles couvertes de sang près d'un feu de coke, obtenait ce qu'il a nommé « les déformations flagellaires ».

M. Laveran, dans son Traité du paludisme, a longuement réfuté cette objection; d'ailleurs, Cattaneo, Monti, Marchiafava, Celli, Coronado, etc., qui ont répété les expériences de Mosso, ont conclu à une erreur de l'observateur italien.

Pour nous, il n'est qu'une excuse à alléguer en faveur de ceux qui admettent que les globules rouges déformés, altérés par un mode quelconque d'expérimentation, sont identiques à l'hématozoaire, c'est qu'ils n'ont jamais vu d'hématozoaire, ce que d'ailleurs avouait très franchement Mosso lui-même, qui ne jugeait que d'après les dessins ou planches.

Quiconque a vu, je ne dirai pas un corps flagellé, mais

---

(1) ROMANOWSKY. *St-Pétersb. Med. Wochens.*, 1891, nos 31 et 35, p. 291.
(2) VINCENT. Loc. cit.

une demi-lune avec son pigment, ne saurait prendre en considération les accusations que nous venons de signaler.

Une seule erreur est possible, en effet; les corps sphériques *apigmentés* peuvent être parfois confondus par un œil peu expérimenté avec les altérations globulaires, c'est d'ailleurs tout ce que Marigliano a laissé subsister de ses critiques.

Quant aux déformations produites par la chaleur, la dessiccation, la réfutation est facile, car c'est surtout dans le sang frais que l'hématozoaire a son aspect caractéristique.

C'en est assez, pensons-nous, et sur ce point, d'ailleurs, les adversaires de M. Laveran deviennent de jour en jour de plus en plus rares.

D'autre part, on comprend très bien que la prime génération de bactériologues, hypnotisée sur les formes habituelles des micro-organismes : bacilles ou microcoques, vit d'un œil peu favorable s'introduire dans la nomenclature des agents pathogènes l'hématozoaire qui différait à tant de points de vue de tous les microbes qui avaient été rencontrés antérieurement, soit dans le sang, soit dans la profondeur des organes.

Pourtant Virchow avait prévu que les agents pathogènes de beaucoup de maladies infectieuses ne devaient pas être des bacilles, mais des organismes cellulaires, et il avait cité l'exemple du plasmoderia brassicæ, si difficile à distinguer parfois dans l'intérieur de la cellule végétale.

Les autres objections faites au sporozoaire sont d'un genre tout différent et ressortissent de la bactériologie générale.

En effet, il est évident que l'hématozoaire du paludisme ne répond pas, *actuellement* du moins, à toutes les conditions exigées *autrefois* d'un micro-organisme, pour qu'on lui accorde la qualité pathogénique. Koch avait résumé ces exigences :

1° Il faut retrouver le microbe dans les tissus ou les liquides de l'organisme d'un individu malade ou d'un cadavre;

2° Il faut isoler ce microbe et en obtenir des cultures pures;

3° Il faut reproduire la maladie par inoculation de culture pure à des individus sains;

4° Retrouver la même espèce dans cette dernière expérience;

5° S'assurer que le microbe en question ne se retrouve pas dans d'autres maladies et surtout à l'état normal.

Si on constate la présence du sporozoaire dans les tissus et les liquides de l'organisme, si on ne le rencontre dans aucune autre maladie ni à l'état normal, il est, d'autre part, certain que des cultures n'ont encore pu être obtenues, malgré de nombreuses tentatives, que, par suite, on n'a pu inoculer ces cultures pour reproduire la maladie, ces deux conditions dérivant l'une de l'autre.

Mais combien de microbes pathogènes resteraient dans la science, s'il fallait qu'ils répondissent à toutes ces exigences.

Nous avons été certainement gâtés, qu'on nous permette cette enfantine expression, par la merveilleuse histoire bactériologique du charbon et de quelques autres maladies communes à l'homme et à l'animal, mais je pense que la sévérité doit singulièrement se relâcher pour la concession du titre de pathogène.

Actuellement, ainsi que l'enseigne M. le professeur Straus dans son cours de pathologie expérimentale, lorsqu'on trouve *toujours* le même organisme dans une maladie et *jamais* dans d'autres, on peut considérer cet organisme comme pathogène.

Le sporozoaire, on le sait, répond à ces deux conditions, car il a été constaté dans le sang des paludéens d'Europe, d'Asie, d'Afrique, d'Amérique, d'Océanie et toujours avec les mêmes caractères; en outre, jamais on ne l'a trouvé chez des individus non entachés de paludisme.

Enfin, il est d'autres raisons à alléguer en faveur de la spécificité de ce parasite; son développement, en effet, paraît intimement lié à la production du pigment mélanémique que MM. Kelsch et Kiener ont montré être un produit exclusif et caractéristique de la malaria.

Les sels de quinine, qui guérissent la fièvre palustre, font disparaître l'hématozoaire du sang et le tuent rapidement dans les préparations de sang frais (1).

La transmission du paludisme d'homme à homme, par l'injection du sang contenant des hématozoaires, a certes encore valeur de preuve, et bien que cette inoculation ne se puisse comparer à celle des cultures, il n'en reste pas moins acquis que le *sang avec des hématozoaires* communique la malaria.

Invoquerons-nous, en dernier lieu, le consensus omnium; rappellerons-nous que pour Councilman « l'organisme de Laveran est aussi caractéristique de la malaria que le bacille de Koch l'est de la tuberculose » ?

Le cadre de cette Revue ne saurait se prêter à l'analyse de tous les travaux confirmatifs de la découverte de M. Laveran, il est bon d'observer néanmoins que le camp des partisans de l'hématozoaire profite chaque jour des défections qui se produisent dans le parti adverse : Marchiafava, Celli, Maragliano, Maurel, etc., sont aujourd'hui des ralliés.

« J'avoue, a dit M. Straus, que j'étais parmi ceux qui conservaient encore quelques doutes sur la validité de la découverte de M. Laveran, tant on est porté malgré soi à se défier des notions nouvelles qui ne rentrent pas dans les cadres reçus, mais ces doutes viennent d'être complètement dissipés, » etc. (2).

Citer tous ceux qui ont vu, de leurs yeux vu, l'hématozoaire du paludisme, et dire le nombre de leurs observations, serait une longue et fastidieuse besogne; néanmoins, nous ne voulons pas omettre les noms de Richard, Zuber, Jeunehomme, ces partisans de la première heure, et nous terminerons par l'énumération rapide des principaux observateurs qui ont constaté l'existence de l'hématozoaire dans le sang ou périphérique, ou splénique, des impaludés aigus ou chroniques : Sternberg, Golgi, Marchiafava, Celli, W. Osler, James, Vandyke Carter, Evans, Soulié, Metchnikoff, Sacharoff, Barloschewitsch, Chenzinsky, Enrique Morado, Tomas Coronado, P. Canalis, Atkinson. Elie Anderson, Feletti et Grassi, Antolisei et Angelini, Terni et Giardina, Bignami, Paltauf, Kahler, Plehn, Bamberger, Pfeiffer, Cattaneo et Monti, Chalachnikov, V. Jacksch, Vincent, Arnaud, Dolega, Romanowsky, Bastianelli, Sanfelice, Hochsinger, di Mattei, Dock, Mannaberg, Gabritchewsky, Barbacci, G. Bein, Dochmann, Jakubowitch, H. de Brun, Pampoukis, Guttmann, Councilman, Martin (de Berlin), Kruse, Titow, Hertel, Giardi, etc.

(1) Expériences de Mirinescu et Gheorgiu, 1892.

(2) Straus. Soc. de biol., 1888.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 avril 1893. — Présidence de M. Guérin.

LECTURE

Extirpations et énucléations de goitre. — M. J. BŒCKEL (de Strasbourg) a pratiqué 32 thyroïdectomies dont 16 extirpations partielles, 2 extirpations totales et 16 énucléations. Parmi ces opérés, il y a vingt-cinq femmes et cinq hommes; ces sujets étaient généralement dans l'âge moyen de la vie : trois avaient moins de treize ans; quatre avaient plus de soixante ans.

Sur ces 32 cas, 22 fois il s'agissait de goître parenchymateux, 4 fois la tumeur était rétro-sternale, 2 fois elle entourait la trachée à la manière d'un anneau.

Il y avait 6 goîtres kystiques dont 4 colloïdes.

De ces 32 faits M. Bœckel croit pouvoir conclure que la meilleure thyroïdectomie est celle qui se fait par énucléation, c'est-à-dire qui consiste à ouvrir l'enveloppe du corps thyroïde et enlever tout le tissu pathologique. On fait ainsi une opération facile, rapide, et d'une innocuité absolue; on respecte une partie du tissu thyroïdien, ce qui met le malade à l'abri des accidents résultant de l'ablation totale du corps thyroïde.

M. Bœckel a eu 2 morts sur 18 extirpations, 1 mort sur 14 énucléations, cette dernière mort chez une femme âgée et cachectique.

Les deux autres décès sont dus à l'asphyxie résultant de l'aplatissement de la trachée après la disparition du corps thyroïde. Depuis cet accident, il fait la trachéotomie toutes les fois qu'il trouve la trachée ramollie et ayant une tendance à l'aplatissement.

COMMUNICATION

De la vaccine et de la fausse vaccine. — M. HERVIEUX lit un travail sur ce sujet. La conclusion de ce travail est que la fausse vaccine ne mérite pas ce nom, qu'elle est de la vaccine vraie, puisqu'elle peut fournir du vaccin vrai, parfaitement préservateur. Nier cette vérité serait un contre-sens physiologique, parce qu'on n'a jamais vu les produits d'une espèce quelconque appartenir à une espèce autre que celle de ses générateurs. En résumé, la fausse vaccine est de la vaccine vraie modifiée par les vaccinations antérieures.

M. DUMONTPALLIER rappelle que Trousseau a dit, il y a longtemps, que la fausse vaccine n'existait pas : il ne peut y avoir que des vaccines modifiées par le terrain sur lequel évolue le virus vaccinal. Ces prétendues fausses vaccines sont des vaccinoïdes ou vaccines modifiées.

M. OLLIVIER, pendant la guerre, a utilisé du virus vaccinal pris sur des adultes revaccinés, c'est-à-dire du virus de la fausse vaccine. Or, cette soi-disant fausse vaccine lui a donné des pustules parfaitement légitimes.

M. GUÉNIOT fait observer que, parmi les enfants vaccinés, les uns ont des pustules légitimes très nettes, les autres restent absolument réfractaires à toute vaccination. Il vient d'observer un enfant qui n'a pu être vacciné malgré sept inoculations successives. Or, il n'a jamais vu de cas intermédiaires entre ces deux cas extrêmes, c'est-à-dire une véritable vaccinoïde sur un enfant nouveau-né.

Cette constatation semble difficile à concilier avec l'hypothèse que le vaccin peut présenter des aspects différents suivant le terrain sur lequel il évolue.

M. L. COLIN, contrairement à M. Guéniot, a observé des jeunes enfants chez lesquels la vaccination a produit non pas une vaccination légitime, mais une vaccination atténuée, une fausse vaccine.

M. DUMONTPALLIER, en présence de ces cas d'immunité de quelques nouveau-nés contre la vaccine, pense qu'il faut s'assurer que ces enfants n'ont pas eu *in utero* soit la variole, soit une simple varioloïde.

M. CHARPENTIER, chez un enfant né d'une mère qui avait eu la variole pendant sa grossesse, a échoué dans une série de tentatives de vaccination. Mais, au bout de dix-huit mois, une nouvelle inoculation a donné une éruption vaccinale parfaitement légitime. Dans ce cas, l'immunité, due à la variole de la mère, avait duré un certain temps, puis elle avait disparu.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 1er avril 1893, M. Lacroix (François-Antoine-Alfred), docteur ès sciences naturelles, lauréat de l'Institut, est nommé professeur de minéralogie au Muséum d'histoire naturelle, en remplacement de M. Descloizeaux, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Cossard (de Blangy-sur-Bresle); Debauge (de Saint-Genix); Laffond (de Sainte-Soulle); J.-B. Morlot (de Dijon).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de pharmacie pratique, par L. Dufour, pharmacien de première classe, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 fort vol. in-12. — Prix : 5 francs. — Paris, Félix Alcan.

La pratique de l'antisepsie dans les maladies des voies urinaires, par le docteur E. Delefosse, rédacteur en chef des « Annales des organes génito-urinaires ». 1 vol. in-18 de 234 p. avec 49 figures, cartonné. — Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

L'hygiène des fiancés (*Petite encyclopédie médicale*), par le docteur Jacques Nattus. 1 vol. in-18 raisin, cartonné à l'anglaise, fer spécial. — Prix : 3 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Détermination pratique de la réfraction oculaire par la kératoscopie ou skiascopie. Application à l'examen des conscrits (*Petite encyclopédie médicale*), par le docteur Billot, médecin-major de première classe. 1 vol. in-18, cartonné à l'anglaise, fer spécial. — Prix : 3 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Hypnotisme et suggestion. Étude critique par W. Wundt, professeur à l'Université de Leipzig, traduit de l'allemand, par A. Keller. 1 vol. in-18. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Félix Alcan.

Le micrographe préparateur, journal mensuel de micrographie générale et de technique micrographique, publié sous la direction de M. J. Tempère, avec la collaboration d'un groupe de spécialistes. (N° 3, mars 1893.) — Prix de l'abonnement : pour la France, 12 francs; pour l'étranger, 15 francs. — Prix du numéro : 1 fr. 25. — Paris, J. Tempère, 168, rue Saint-Antoine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 10 avril 1893.

Samedi dernier, le Congrès de chirurgie a clos sa VIIe session. Le nombre des membres assistants qui, le jour de l'ouverture, était assez restreint, s'est rapidement augmenté les jours suivants et il y a eu tellement d'orateurs inscrits, qu'il a fallu deux séances supplémentaires, les mercredi et samedi matin, pour pouvoir épuiser l'ordre du jour. Aussi nous félicitons-nous de plus en plus d'avoir adopté la façon actuelle de faire le compte rendu des communications. En effet, dans la plupart des séances, les derniers orateurs avaient à peine le temps de lire les conclusions de leur travail. Disons même à ce propos que quelques présidents ont été par trop tolérants vis-à-vis de certains orateurs. C'est ainsi que, à l'une des séances du matin, dont la durée est de trois heures, le premier orateur a gardé la parole cinquante minutes; la communication du second a duré près d'une demi-heure. Il s'en est suivi que les dix-huit autres chirurgiens, inscrits pour prendre la parole, ont à peine eu le moyen de se faire entendre. A chaque Congrès, il en est ainsi, et cela au grand détriment des membres mêmes du Congrès. Il est à désirer qu'à la prochaine session, il n'y ait pas ainsi différents poids et différentes mesures.

Tout bien pesé, le Congrès de cette année a été un véritable succès et fait bien augurer du prochain, d'autant que, obéissant aux remarques que nous avions formulées dans notre précédent article, les membres du Congrès ont reporté à dix-huit mois la date de la VIIIe session, qui aura lieu le troisième lundi d'octobre 1894.

M. le professeur Tillaux, vice-président, a été nommé, par acclamation, président du prochain Congrès dont M. Alphonse Guérin a été nommé vice-président.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour de la VIIIe session :

1° Étiologie et pathogénie du cancer;
2° Chirurgie du rachis.

On ne peut que féliciter le Comité permanent du Congrès du choix de ces deux questions : la deuxième est toute d'actualité et, en 1894, la science sera probablement fixée sur ce point. La première est de celles qui intéresse, et par son importance et par la difficulté qu'il y a à la résoudre.

M. Berger a été nommé membre du Comité permanent, MM. Baudoin, Broca, Coudray, Petit ont été élus secrétaires des séances.

Le merveilleux printemps, dont nous jouissons, cache des épines sous ses fleurs, et l'état sanitaire est assez peu satisfaisant à Paris : la grippe règne épidémiquement, elle se traduit, en particulier, par des pneumonies et des congestions pulmonaires graves, la coqueluche sévit sévèrement sur les enfants et voici qu'on signale à la Société médicale des hôpitaux (7 avril) des cas assez nombreux de typhus exanthématique, maladie ordinairement inconnue dans nos régions, et un cas avéré de choléra.

M. Bourcy a observé, à la Charité, deux cas bien nets de typhus exanthématique (typhus pétéchial, typhus des camps et des prisons). L'élévation rapide de la température, l'absence de diarrhée, l'éruption exanthématique et pétéchiale, les accidents nerveux graves : rien n'a manqué au tableau clinique. Un de ces malades ayant succombé, l'autopsie n'a montré aucune des lésions intestinales de la fièvre typhoïde, mais une congestion intense des viscères et une énorme tuméfaction de la rate.

Il paraît, d'ailleurs, que des cas de typhus ont été observés au dépôt de Nanterre et que plusieurs sont actuellement soignés à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Lancereaux.

Du reste, plusieurs membres de la Société, MM. Comby, Mathieu, Le Gendre, Rendu, ont observé, dans les hôpitaux, des cas anormaux de fièvre typhoïde sans diarrhée, avec éruption roséolique ou pétéchiale, qui pourraient bien appartenir à la même série morbide. Il est bon que les médecins soient prévenus, pour éviter des erreurs de diagnostic, et que des mesures soient prises pour arrêter, si possible, l'extension de cette nouvelle et regrettable acquisition pathologique.

M. Gaucher a observé, récemment, à l'hôpital Saint-Antoine, un cas bien net de choléra : les symptômes intestinaux, l'anurie, l'hypothermie, le bacille de Koch dans les selles, les lésions à l'autopsie, rien n'a manqué à ce tableau. Au point de vue pathologique, ce cas, originaire du faubourg Saint-Antoine, n'a rien de particulier. M. Gaucher le livre à la publicité exclusivement pour faire con-

naître le réveil possible de l'épidémie de l'année dernière. Il pense qu'il vaut mieux être prévenu et prendre des précautions en conséquence que d'ignorer l'approche possible de l'ennemi : il a évidemment raison.

M. Guelliot (de Reims) communique à la Société deux cas intéressants d'oreillons. Dans l'un il y a eu tuméfaction du corps thyroïde, dans l'autre des œdèmes douloureux localisés dans diverses régions.

M. Hanot entretient la Société de l'ictère grave hypothermique. Bien que connu, l'abaissement de la température dans l'ictère grave est chose assez rare. M. Hanot se demande si, dans ces cas, l'agent infectieux n'a pas été le bacterium coli commune, qu'il a rencontré dans les voies biliaires très rapidement après la mort. Il semble que cette hypothermie ne peut être attribuée ni à la bile, ni à l'urémie. Les reins étaient sains dans les cas observés. Peut-être le coli-bacille a-t-il été le facteur de cette hypothermie. M. Hanot est le premier à reconnaître le côté hypothétique de cette interprétation, qu'il espère appuyer bientôt sur des faits expérimentaux, mais il est certain que l'hypothèse, très plausible, mérite d'être prise en considération et soumise à la vérification.

Le rôle du coli-bacille dans la genèse de l'ictère grave serait une raison nouvelle d'insister en cas semblable sur les pratiques d'antisepsie intestinale.

M. Galliard communique l'observation curieuse d'un tuberculeux, qui, alors que la tuberculose était évidente, a été pris à plusieurs reprises d'accès de goutte aigus.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(VIIe SESSION)

Séance du 7 avril (matin). — Présidence de M. LANNELONGUE.

M. le docteur Terrier fait, en son nom et au nom de M. Hartmann, son assistant, une très longue communication sur « 59 cas de laparotomie pour suppurations péri-utérines, sur leurs suites immédiates et éloignées ». Tout en admettant certaines indications restreintes de l'hystérectomie, le nouveau professeur de la Faculté est franchement et nettement pour la laparotomie, comme moyen de traitement des suppurations péri-utérines. Son élève, M. Broca, vient apporter à l'opinion de son maître l'appui de 7 cas qui lui sont personnels. C'est dans le même sens qu'a parlé M. Delagenière (du Mans), ancien interne de M. Terrier. C'est aussi la conclusion à laquelle arrive M. Boiffin (de Nantes), après l'examen de 11 cas de laparotomie qu'il a eu l'occasion de pratiquer. M. Pozzi vient appuyer de son autorité les conclusions des orateurs précédents et, au Congrès comme à la Société de chirurgie, il se déclare nettement en faveur de l'intervention par la voie abdominale, sans repousser d'une façon absolue la voie vaginale, l'hystérectomie qu'il réserve à certains cas exceptionnels.

Que les choses semblent changées depuis le Congrès de Bruxelles qui fut pour les « hystérectomistes » un véritable triomphe! Ceux-ci avaient cru la partie définitivement gagnée et le retour offensif des « laparotomistes » a dû leur causer certaine surprise. Toutefois en l'absence des défenseurs autorisés de l'hystérectomie, M. Michaux, un rallié d'hier à cette voie opératoire, a cru devoir protester et citer à l'appui de sa thèse des chiffres qui ne manquent pas d'éloquence.

La question est d'ailleurs trop d'actualité pour que, malgré deux excellentes Revues générales publiées ici sur ce sujet, nous ne revenions pas, une fois le Congrès terminé, sur ce point, assez discuté, de la thérapeutique gynécologique.

M. Verneuil est revenu sur une de ses questions favorites : l'étiologie des tumeurs; il a remarqué dans trois cas récents que le lymphadénome, cette tumeur dont la nature est encore, à l'heure actuelle, absolument inconnue, avait évolué sur des malades entachés d'arthritisme, et ayant été atteints, à un moment donné, d'accidents tuberculeux. Ce terrain « hybride » paraît être bien préparé pour la genèse et le développement du lymphadénome.

M. Le Dentu a fait ensuite connaître les perfectionnements qu'il a apportés à la technique de l'urano-staphylorrhaphie; il a également présenté certains instruments qu'il a modifiés, entre autres les rugines courbes, et une aiguille d'un mécanisme ingénieux et qui sera, nous n'en doutons pas, fort appréciée des chirurgiens.

Nous aurons à revenir sur les communications de M. Zancarol (d'Alexandrie) et Schwartz (de Paris), relatives à la cure chirurgicale des hernies.

M. Berger présente trois malades sur lesquels, après avoir extirpé les brides cicatricielles d'une « rétraction de l'aponévrose palmaire », il recouvrit la surface cruentée par un lambeau pris sur le thorax des patients. Le résultat immédiat n'est pas très satisfaisant, mais il s'améliore considérablement avec le temps, et le premier des opérés de M. Berger a récupéré actuellement tous les mouvements de sa main. C'est un résultat parfait à tous égards.

Les dernières communications ont été lues très brièvement, l'heure étant fort avancée. Nous aurons l'occasion de revenir sur la plupart d'entre elles. Signalons deux communications de M. Mauny (de Saintes) et de M. Piéchaud (de Bordeaux) sur la trépanation du crâne dans les cas d'hydrocéphalie; une de M. Heydenreich (de Nancy) sur les plaies de l'œsophage; une de M. Malherbe (de Nantes) sur les résultats éloignés de soixante-dix opérations de lithotritie et une de M. Gross (de Nancy) sur certaines tumeurs de la paroi abdominale.

Dix orateurs inscrits n'ayant pu prendre la parole, il est décidé que, samedi matin, il y aura une séance supplémentaire.

Séance du 7 avril (soir). — Présidence de M. LANNELONGUE.

La plus grande partie de cette séance est consacrée à la suite de la discussion sur les fibromes de l'utérus. Comme nous l'avons déjà annoncé, nous reprendrons cette question dans son ensemble.

La fin de cette séance a été consacrée à quelques communications diverses. M. Ménard (de Berck-sur-Mer) a attiré l'attention des chirurgiens sur les déformations du pied en valgus, à la suite de l'extirpation de la tête du premier métatarsien. M. Lavaux (de Paris) a parlé sur les infections vésicales secondaires chez les malades atteints de cystite tuberculeuse. M. Bœckel (de Strasbourg) a présenté les résultats de ses opérations de tarsectomie. M. Duplouy (de Rochefort) a communiqué une intéressante observation de plaie du cervelet par arme à feu ; la substance cérébelleuse était nettement reconnaissable à la surface de la plaie, le

malade a néanmoins parfaitement guéri. M. Berrut (de Paris) fait la description d'un appareil unitif qui lui permet de réunir sans sutures les plaies d'amputation du sein.

Séance du 8 avril (matin). — Présidence de M. Roux.

Cette séance n'était pas prévue dès l'ouverture du Congrès, aussi bien des membres avaient pris leurs dispositions pour visiter les hôpitaux. C'est dire que les premières communications se font dans une salle presque vide et que la séance se termine devant une quinzaine d'assistants. C'est un avertissement pour les organisateurs du futur Congrès, qui devront faire en sorte d'éviter les séances supplémentaires.

M. Levrat (de Lyon) communique deux observations, l'une d'un volumineux enchondrome parotidien, pesant 6 kilogrammes; l'autre de greffes autoplastiques, pour remédier à une cicatrice vicieuse du coude et du poignet, consécutive à une brûlure.

M. Calot (de Berck-sur-Mer) considère comme inutile l'extension continue dans le traitement de la coxalgie. Il est en désaccord avec les faits de chaque jour. C'est ce que lui font remarquer MM. Lannelongue et Phocas.

Les deux communications suivantes, dues, l'une à M. Courtin (de Bordeaux), l'autre à M. Picqué (de Paris), sont deux observations de guérison de péritonite tuberculeuse, à forme ascitique, par la laparotomie. Résultats fort curieux et non encore explicables, d'interventions qui se multiplient chaque jour. M. Clado (de Paris) donne un nouveau procédé de topographie cranio-cérébrale. M. Gangolphe (de Lyon) présente une canule hypogastrique pour cystotomie, et revient sur les avantages de la prothèse immédiate dans les cas de résection du maxillaire inférieur. Les membres du Congrès ont pu voir un bel exemple de cette prothèse, dans le service de M. Le Dentu, à l'hôpital Necker.

M. Gilles de la Tourette, un médecin égaré au milieu du Congrès, fait une communication des plus intéressantes que nous publierons. Il décrit le « sein hystérique et les tumeurs hystériques de la mamelle. »

La lecture de M. Albarran (de Paris), sur la « néphorraphie dans l'étranglement rénal », a trait aux coudures qui obstruent brusquement le calibre de l'uretère. MM. Picqué, Malécot et Jeannel rapportent des cas semblables. M. Huguet (de Saint-Cyr) appelle, à juste titre, l'attention des chirurgiens sur les complications graves de la tourniole.

M. Dor (de Lyon) présente quelques pièces osseuses de pathologie expérimentale. La séance se termine par une communication de M. Desnos (de Paris) sur « les uréthrotomies complémentaires ».

Séance du 8 avril (soir). — Présidence de M. Lannelongue.

M. Alphonse Guérin, le nouveau vice-président, rappelle les bons effets de la compression ouatée, pour empêcher la rétractilité du tissu inodulaire des cicatrices de brûlure. M. Tillaux présente un cas fort rare (6 cas seulement) de kyste dermoïde de l'inion avec communication intra-cranienne.

M. Willems (de Gand) vante les bons effets de la réunion immédiate de la plaie créée par l'opération de Phelps, dans la cure du pied-bot. Cette réunion ne peut guère être obtenue que par une transplantation cutanée immédiate.

Un cas d'ostéotomie pour cal vicieux de l'avant-bras est communiqué par le docteur J. Reverdin (de Genève).

M. Segond (de Paris), absent au moment de la discussion sur les suppurations pelviennes, vient faire un chaud plaidoyer en faveur de l'hystérectomie vaginale, dont il est un partisan de plus en plus ardent.

M. Severeanu (de Bucharest) captive l'attention de l'assemblée par le récit fort curieux d'un enfoncement du périnée et déchirure de la cloison recto-vaginale, chez une jeune mariée, restée vierge malgré les approches vigoureuses et brutales de son mari.

M. Michaux (de Paris) fait connaître 8 cas de cholécystectomie dans la lithiase biliaire.

Le traitement de l'occlusion intestinale est étudié par MM. Maunoury (de Chartres) et M. Monod (de Paris). Nous aurons à en reparler à nos lecteurs.

M. Lannelongue avait présenté, le matin, une série de malades traités et guéris par la méthode sclérogène; MM. Dubois (de Cambrai) et Coudray (de Paris) viennent communiquer des résultats également favorables à cette méthode. M. Coudray présente même un petit coxalgique qui marche bien et sans douleur.

M. Largeau (de Niort) pratique des ovariotomies et des hystérectomies sans chloroforme, grâce à la simple anesthésie locale produite par le chlorure d'éthyle.

M. Berlin (de Nice) cite un cas curieux de torsion de l'utérus produite par une grosse tumeur de l'ovaire.

Le Congrès se termine par la présentation des instruments suivants :

Dr A. Reverdin (de Genève). — Appareil de fixation pour opérations périnéales.

Dr Legueu (de Paris). — Valves spéciales pour l'opération de la taille.

Dr Péraire (de Paris). — Plan incliné portatif pour les opérations abdominales.

Dr Petit (de Paris), médecin-major. — Appareil contre la scoliose au début, la « Marcheuse orthopédique ».

Dr Desnos (de Paris). — Modifications de la sonde de Cusco.

Dr Mally (de Paris). — Étuve destinée à stériliser les instruments de chirurgie par immersion dans un liquide chauffé à l'air libre et à haute température, 115-135 degrés.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Jaccoud.

Formes cliniques et traitement des endocardites infectieuses.

Les premières descriptions données de l'endocardite infectieuse la représentent comme une affection à début brusque, à marche rapide, accompagnée, d'un bout à l'autre de son évolution, d'hyperthermie. Les observations, en se multipliant, sont venues modifier cette manière de voir. Comme il s'agit d'une affection relativement fréquente, il importe que vous connaissiez bien les variétés cliniques de début et de marche de l'endocardite infectieuse. Chacune de ces variétés offre, en effet, pour le diagnostic, ses difficultés spéciales.

Au point de vue du mode de début, on peut distinguer trois grandes formes. La première forme est la forme classique à début brusque. La fièvre apparaît d'emblée et est

d'emblée continue. Un jour, deux jours au plus suffisent au développement d'accidents graves. La seconde forme est moins brusque, moins aiguë. Les prodromes durent six à sept jours. Tout d'abord, les accès de fièvre sont espacés, intermittents. Sauf le cas rare de signes stéthoscopiques précoces, le diagnostic offre de très grandes difficultés. On songe à une fièvre typhoïde, car vous savez que la fièvre typhoïde débute parfois par ces accès intermittents. On songe à l'impaludisme, et cela d'autant plus que les accès sont complets, offrent les trois stades de frisson, de chaleur et de sueur. En raison des douleurs vagues dans les membres, on songe au rhumatisme. Les douleurs thoraciques, l'oppression, la toux peuvent même faire penser à la granulie. Au milieu de ces incertitudes, l'attention n'est pas toujours suffisamment attirée sur l'examen du cœur.

Dans la troisième forme, le diagnostic, au début, est plus difficile encore. Pendant cinq, six semaines, on observe des accès fébriles, intermittents, revenant par série. Pendant trois ou quatre jours le malade a de la fièvre. Il va mieux pendant cinq à six jours, puis la fièvre le reprend. Dans cette forme, c'est à l'impaludisme qu'on pense surtout, et les premiers résultats du traitement paraissent confirmer ce diagnostic. On attribue à l'effet du sulfate de quinine, la rémission qui suit la série d'accès. Dans cette forme, la durée même des accidents est un élément important de diagnostic. Si dans les pyrexies typhiques, dans la granulie, dans l'impaludisme, on observe parfois ces débuts par séries d'accès, c'est par jours et non par semaines que se compte la durée du début.

Au point de vue de l'évolution, on doit distinguer, d'après la marche de la fièvre, quatre formes. La première est la forme classique avec hyperthermie, fièvre continue jusqu'à la fin. La deuxième est la forme continue paroxystique, où sur la fièvre continue se greffent des accès surajoutés venant tous les jours, tous les deux jours, parfois deux fois par jour. Ces accès peuvent être très courts; ils ne durent que deux ou trois heures et sont méconnus si on se contente de prendre la température matin et soir. Aussi faut-il recommander de prendre spécialement la température chaque fois que le malade est agité, mal à l'aise, qu'il offre des frissons, de la chaleur, des sueurs. La troisième forme, trompeuse par excellence, est la forme intermittente. Les accès sont intermittents, séparés par des périodes d'apyrexie complète. Ils ne sont, d'ailleurs, nullement périodiques. La quatrième forme paraît rare; vous venez d'en voir dans le service un exemple, le premier que je connaisse. Une femme enceinte, surmenée, nous a présenté pendant quatre mois des crises d'état infectieux grave avec hyperthermie, langue sèche, durant trois à quatre jours. Puis, pendant cinq à sept jours survenait une détente, un bien-être relatif. Un frisson apparaissait, et brusquement, en quelques heures, l'état grave se montrait de nouveau. Elle eut ainsi, sans localisations particulières, sans embolies dans le cerveau, le poumon, le foie, le poumon, la rate, le rein, huit crises successives. Chacune de ces crises s'annonça par un frisson, et il semble que chaque fois un torrent infectieux, parti des valvules cardiaques atteintes, inondât l'organisme. Elle finit par guérir, conservant, toutefois, une lésion cardiaque.

En général, le mode d'invasion et l'évolution offrent quelque similitude. Une endocardite, à début rapide, a souvent une évolution rapide et courte. Mais il est de très nombreuses exceptions. Une endocardite à début intermittent peut avoir une évolution soit intermittente, soit nettement continue.

La corrélation entre la qualité de l'agent infectieux et le mode d'évolution est plus incertaine encore. Pendant quelque temps, j'avais cru trouver quelques rapports généraux. Les pneumocoques et les streptocoques m'avaient paru produire les formes continue et continue-paroxystique. Les microbes pyogènes m'avaient paru produire les formes intermittentes. Mais les exceptions sont nombreuses. Une endocardite à pneumocoques pures qui vient d'évoluer, sous vos yeux, dans le service, a été jusqu'au bout torpide et hypothermique.

Au point de vue de la durée, la doctrine ancienne qui faisait de l'endocardite infectieuse une maladie courte, doit, elle aussi, être modifiée. La durée est plutôt longue que courte. On indiquait deux septénaires comme la durée ordinaire, presque comme la durée maximum. Les cas d'endocardites infectieuses que nous avons observés dans le service ont eu les durées suivantes : treize, vingt et un, trente-quatre, trente-cinq, soixante-deux, soixante-douze, quatre-vingt-dix, cent vingt et un jours. Pour ne vous citer que quelques observations étrangères, Friedreich a rapporté un cas avec durée de quarante-neuf jours, Briegert un cas avec durée de quatre-vingt-dix jours. La plus longue durée connue, cent cinquante jours, se trouve dans une observation de Taley Guthrie. On ne peut établir aucune relation entre la durée et l'origine de l'endocardite. C'est au rhumatisme qu'étaient dues les deux endocardites infectieuses les plus courtes que nous ayons observées, celles de treize et de vingt et un jours. C'est au rhumatisme qu'étaient dues celle de nos endocardites ayant duré quatre-vingt-dix jours et celle de Taley Guthrie qui dura cent cinquante jours.

Dans tout état général infectieux où la fièvre offre l'un des types que je vous ai décrits, vous devez songer à l'endocardite infectieuse et faire l'examen attentif du cœur qui, seul, pourra finir par affirmer complètement votre diagnostic. Les signes stéthoscopiques sont quelquefois précoces, plus souvent tardifs, mais ils finissent toujours par être constatés. Ils n'ont manqué complètement dans aucune observation. Le cœur gauche est le plus souvent touché. Mais il faut savoir que le cœur droit peut être également intéressé, et peut même être seul intéressé. Il existe, de ces endocardites infectieuses droites, d'assez nombreuses observations. Les lésions ont presque toujours porté sur la valvule tricuspide. Une seule fois, dans une observation due à Weckerlé, c'était l'orifice pulmonaire qui se trouvait intéressé. Les signes stéthoscopiques constatés, le diagnostic est fait.

Quel sera le traitement? Le traitement auquel je me suis arrêté est le suivant. Il comporte, en premier lieu, le lait, dont vous connaissez l'utilité dans toutes les maladies infectieuses. Il comporte, en second lieu, l'alcool, et l'alcool à hautes doses, sous ses diverses formes. L'alcool paraît particulièrement utile. Il comporte, en troisième lieu, l'acide salicylique, qui paraît, dans cette affection, l'antithermique et l'antiseptique le plus puissant. Ce n'est pas que d'autres agents, et en particulier le sulfate de quinine, soient sans utilité. Le sulfate de quinine est très souvent prescrit, soit volontairement, soit par suite d'une erreur de diagnostic avec l'impaludisme, et donne de bons résultats. Mais l'acide salicylique est plus efficace encore. Dans une forme grave, il faut, dès le début, donner de fortes doses, 2 grammes

chez un malade robuste, 1gr50 au moins chez un malade moins résistant. Ces fortes doses sont maintenues deux, trois, quatre jours. Puis, pour amener la tolérance, on réduit, sans suspendre complètement le médicament, la dose quotidienne à 50 centigrammes. En cas de nouvelle poussée, de recrudescence de la fièvre, on reprend pour trois à quatre jours les doses élevées. L'union de ces trois agents nous a donné de bons résultats. C'est presque certainement à leur action qu'a été dû le succès final dans le cas si grave, si prolongé, si bizarre par ses huit poussées successives, que je vous ai signalé.

DE LA CONSTITUTION DU GROUPE DES LICHENS

ÉTUDE HISTORIQUE

Par M. le docteur J. Huguet,

Médecin aide-major de 1re classe à l'École spéciale militaire de Saint-Cyr.

Le Congrès de dermatologie de Paris a, dans ses deux séances du 5 août 1889, tenté de faire le jour sur un des sujets les plus importants de la dermatologie contemporaine : *La constitution du groupe lichen*. Question pleine d'intérêt, car, depuis quelques années, elle a été et est encore la plus controversée, ce qui nous a inspiré l'idée de lui consacrer la présente étude.

I

Dès la seconde moitié du siècle dernier, depuis les travaux des dermatologistes anglais Robert Willan et Thomas Bateman (1), on connaissait plusieurs variétés de lichen; mais, à cette époque, guère plus qu'à la nôtre d'ailleurs, on ne considérait pas le *lichen* comme une maladie définie, c'est-à-dire comme une véritable entité morbide. Le nom de lichen était en quelque sorte un qualificatif morphologique, que l'on appliquait à des manifestations cutanées de diathèses ou d'affections très différentes. Pour Willan et Bateman, était appelée lichen toute éruption caractérisée par des papules groupées de façon très variable, s'accompagnant plus ou moins de chaleur, de rougeur, de prurit, et rendant la peau sèche et épaisse. De cette façon, avant que l'on connût, pour ainsi dire, la maladie elle-même, il en existait déjà toute une série de formes qui n'avaient à vrai dire de commun que le nom. C'est ainsi que l'on parlait de *lichen urticans*, *lichen syphiliticus*, *etc.*, affections qu'on a depuis fait rentrer avec juste raison, l'une dans le cadre de l'urticaire, l'autre dans celui de la syphilis.

Cette manière d'envisager le lichen était vraiment trop facile, aussi l'exemple des dermatologistes anglais fut-il promptement suivi par les praticiens français, Laurent-Biett, Cazenave, Devergie, qui, pendant la première moitié de ce siècle, ont commencé la réputation de l'École de l'hôpital Saint-Louis.

Au lieu de simplifier l'étude du lichen, on ne fit guère que la compliquer, et cet état de choses devait durer jusqu'au jour de la « révolution dermatologique » opérée par Hébra (2). Kaposi a rappelé avec juste raison au Congrès que « Hébra, le premier, a attaché au mot *lichen* un sens nosologique, et a décrit sous ce nom deux maladies à petites papules, d'une certaine qualité morphologique et anatomique, d'évolution et d'involution définies, c'est le *lichen ruber* et le *lichen scrofulosorum* ».

Les choses auraient été pour le mieux si toutes les écoles et tous les dermatologistes avaient adopté les faits avancés par Hébra, et s'étaient rangés à son opinion — ce qui n'était point possible, pour les raisons suivantes : d'abord l'impossibilité de faire, *ipso facto*, un cadre défini au lichen, étant donné les études insuffisantes que l'on avait faites à cette époque des formes morbides vraiment dignes de ce nom; ensuite, la difficulté de l'isoler de quelques autres maladies cutanées, de l'eczéma en particulier.

Il restait donc, dans cette question du lichen, même simplifiée par Hébra, bien des matériaux pour des études ultérieures, de nombreux sujets d'incessantes discussions, de trop nombreux assurément, puisque ces discussions durent encore.

Nous avons dit plus haut que Hébra n'avait voulu reconnaître au lichen que deux variétés, le lichen ruber et le lichen scrofulosorum. Au Congrès de 1889, Kaposi et Neumann ont déclaré partager la même opinion. Tel est aussi l'avis de M. Jamieson (d'Édimbourg) : « Le terme de *lichen*, dit-il, doit être appliqué exclusivement à un groupe de dermatoses dans lequel les lésions primaires sont des papules *solides*. Par conséquent, les affections telles que le *lichen simplex*, le *lichen strophulus*, le *lichen pilaire*, *urticatus*, *agrius*, *syphiliticus*, ne doivent pas être considérés comme des formes de lichen. »

D'autres auteurs, non contents de restreindre, comme l'ont fait les précédents, le cadre du groupe lichen, se sont montrés partisans absolus de la suppression complète. En effet, plusieurs dermatologistes voudraient garder le nom de lichen à une seule variété, le *lichen ruber*, et faire table rase du reste. M. Hallopeau, entre autres, trouve que le groupe lichen est artificiel; on y a fait rentrer arbitrairement des affections qui n'ont de commun que l'aspect papuleux des éléments; en procédant par élimination, on arrive à n'avoir qu'une seule espèce au lieu de tout un groupe, et à garder ce nom à la maladie de Wilson, qui mérite seule d'être appelée *lichen*, parce qu'elle constitue une espèce morbide. On devrait désormais l'appeler simplement lichen, car les dénominations de *lichen ruber* et de *lichen planus* ne peuvent plus lui convenir, depuis que Kaposi, Unna, MM. Vidal et Lailler ont décrit des formes auxquelles on ne peut attribuer ni l'un ni l'autre de ces qualificatifs. MM. Hardy et Leloir partagent l'idée un peu radicale de M. Hallopeau, idée qui avait d'ailleurs été combattue, dès 1886, par M. Brocq, dans plusieurs articles parus dans la *Gazette hebdomadaire*. Au Congrès, M. Besnier a brillamment plaidé en faveur du maintien, au moins momentané, du groupe lichen, et ses paroles nous paraissent trop justes pour n'être pas reproduites : « C'est une chose entendue, que les innombrables maladies et lésions cutanées, que nos ancêtres en dermatologie ont cataloguées sous le nom de *lichen* avec un luxe de qualificatifs de toutes sortes, sont à laisser de côté; il y a sur ce point une majorité tellement compacte, que la solution est acquise selon l'esprit, sinon la lettre du thème de l'illustre Hébra... Cela ressort enfin de l'avis dominant que le *lichen*, le seul vrai lichen de l'heure présente, ou au moins le *type* de ce lichen, est donné par la maladie dont la description mer-

(1) R. Willan. *Description and treatment of cutaneous diseases*, London, 1798. — Th. Bateman. *A practical synopsis of cutaneous diseases*, London 1829.

(2) Hébra. Voir *Traité des maladies de la peau*, trad. par Doyon, Paris 1869.

veilleuse appartient à Erasmus Wilson (1) et à l'école anglaise ; c'est celui-là que nous avons, à l'hôpital Saint-Louis, l'habitude, pour cette raison, de désigner sous le nom de *lichen de Wilson*.

II

Définir en quelques mots le lichen était chose peu facile à l'époque où on y faisait entrer toute une pléiade d'affections non similaires et non comparables. Chercher à le définir aujourd'hui, est peut-être plus difficile encore, à cause des dissentiments qui se sont élevés depuis ces dernières années entre les dermatologistes.

La définition donnée par Willan et Bateman, quoique un peu vague, avait été cependant acceptée par la plupart des auteurs. Beaucoup, depuis, l'ont imitée et reproduide (Bazin, par exemple), presque mot pour mot. Mais voici que d'autres, et Hardy (2) surtout, ne se sont pas montrés de la même opinion ; pour lui, les classiques font à tort supposer que le lichen commence toujours par une éruption de papules : « Ce qui caractérise plus spécialement le lichen dans sa période d'état, c'est un état d'épaississement et de sécheresse de la peau, avec exagération des plis naturels, et si cet état lichénoïde par excellence survient quelquefois après une éruption papuleuse, il est rencontré au moins aussi souvent dans des affections cutanées présentant pour lésion initiale, soit des vésicules eczémateuses, soit des pustules d'impétigo, soit même de simples fissures épidermiques. Aussi, pour rester fidèle aux résultats de l'observation clinique, je crois devoir définir le lichen une affection cutanée caractérisée, soit par la sécheresse, la rugosité, l'épaississement et l'exagération des plis de la peau dans une étendue plus ou moins considérable. Ces deux aspects différents du lichen représentent le début et la période d'état de la maladie ; ils me semblent nécessaires à indiquer dans la définition, car l'affection peut se borner à une éruption papuleuse, sans épaississement de la peau, et, d'autre part, la dureté, la sécheresse et l'épaississement de la peau peuvent, comme je le disais tout à l'heure, ne pas être précédés par l'éruption papuleuse. »

En 1883, dans une note de sa traduction du traité de Duhring, M. Barthélemy écrivait la phrase suivante, qui est en somme une manière de définition : « En France, le nom du lichen est maintenu pour désigner un type clinique que l'on s'accorde à ranger dans l'eczéma, l'*eczéma papuleux*, de même qu'on appelle encore et toujours, certains eczémas secs, chroniques, accompagnés d'épaississement de la peau, des eczémas lichénoïdes. »

Aujourd'hui que l'on cherche autant que possible à isoler et à différencier le lichen de l'eczéma, cette définition ne conviendrait plus. Et en tout cas, si on l'acceptait, il faudrait la corriger, la moderniser, en quelque sorte, en y ajoutant les lignes suivantes, dues à la plume du savant praticien d'Uriage, M. Doyon : « Il aurait peut-être été plus rationnel, dit-il, de considérer exclusivement comme lichen les seules éruptions caractérisées par des élevures papuleuses, petites, discrètes ou confluentes, et restant sèches pendant toute leur existence, et de rattacher à l'eczéma toutes celles dans lesquelles à l'élément papuleux se joignent les sécrétions humides de l'eczéma ou de l'eczéma impétigineux. »

Le vœu de M. Doyon se trouve réalisé. Le lichen proprement dit est séparé de l'eczéma. Il sera désormais plus aisé de se faire une idée du lichen, puisqu'il est ramené à un type unique, le *lichen plan de Wilson* ; les autres variétés de lichen, reconnues aujourd'hui comme pouvant faire partie du groupe, n'en étant que des formes cliniques. Définir le lichen de Wilson, c'est définir le *lichen vrai actuel* (1).

(1) *Lichen planus*, très bien décrit par E. Wilson en 1869, et dont il publia un grand nombre d'observations la même année dans le n° 10 du IIIe vol. du *Journ. of cutaneous medicine*. — Voir aussi du même auteur : *Lectures on eczema*, London 1870.

(2) Hardy. *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. Lichen.

(1) M. le professeur Fournier a, dans une leçon récente (*Gaz. des hôpit.*, 1892, nos 142 et 149), résumé l'histoire du lichen plan et mis en relief les caractères les plus importants de cette curieuse affection.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

120. M. Carré. Rétrécissement dit syphilitique du rectum. — 121. M. Gerbier. Contribution à l'étude des phlegmons du cou. — 122. M. Poivet. Traitement chirurgical des anévrysmes de l'artère innominée, par la méthode de Brasdor. — 123. M. Peyré. Étude clinique de la péricardite aiguë chez les enfants. — 124. M. Slussareff. Symptômes et diagnostic différentiel de la tuberculose aiguë à forme de fièvre typhoïde. — 125. M. Lebon. Étude sur la stomatite herpétique chez les enfants. — 126. M. Breton. État mental de la chorée de Sydenham. — 127. M. Vernhes. Le régime lacté dans les maladies organiques du cœur. — 128. M. Soupault. Dyspepsies nerveuses.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 8 avril 1893, M. le docteur Lemoine (de Reims) a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par arrêté ministériel, en date du 4 avril 1893, M. le docteur Viallannes (d'Arcachon) a été nommé officier de l'Instruction publique.

— M. le docteur E. Labbé, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu, est nommé médecin honoraire des hôpitaux de Paris.

— M. le docteur Péan, ancien chirurgien de Saint-Louis, est nommé chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris.

— M. Marie, médecin du Bureau central, est nommé médecin à l'hôpital Debrousse.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Gallet-Lagoguey, fondateur de l'Association médicale mutuelle du département de la Seine. Notre regretté confrère avait apporté à son œuvre un tel zèle, un tel dévouement, il y a si peu ménagé son temps et ses peines que les fatigues qui en sont résultées n'ont pas été sans influence sur l'aggravation de la maladie dont il était atteint, depuis longtemps. On peut dire qu'il est mort à la tâche et à une noble tâche. Il aura eu au moins la consolation de constater lui-même le succès de l'œuvre à laquelle son nom restera attaché. Les obsèques ont eu lieu aujourd'hui à midi.

— Le corps médical du Havre vient de saluer, dans un banquet, les cent ans du vénérable docteur Bossy. On ne peut que souhaiter à notre confrère de dépasser l'âge de son père, décédé dans sa cent huitième année.

— M. le préfet de police vient d'adresser, à tous les médecins du département de la Seine, une circulaire les invitant à déclarer

au Bureau permanent des épidémies, à la Préfecture de police, les cas de maladies contagieuses observées dans leur clientèle.

Hypnotisme et double conscience, origine de leur étude et divers travaux sur des sujets analogues, par le docteur Azam, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Bordeaux, avec des préfaces et des lettres de MM. Paul Bert, Charcot et Ribot. 1 fort vol. gr. in-8°. — Prix : 9 francs. — Paris, Félix Alcan.

Vals Précieuse — *Foie. Calculs. Gravelle. Diabète. Goutte.*
Phtisie — *Capsules créosotal Simb.* — 10 gr. créosote par jour.
Pilules de Quassine Frémint, 1 ou 2 avant chaque repas, donnent l'appétit, relèvent les forces, font cesser la constipation.
Vin Durand diastasé — *Affections de l'estomac.*
Constipation — *Poudre laxative de Vichy.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 43. — JEUDI 13 AVRIL 1893. 66e ANNÉE. JEUDI 13 AVRIL 1893. — N° 43.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance a été consacrée exclusivement à une discussion intéressante sur l'épidémie actuelle, le typhus exanthématique. Nos lecteurs savent déjà, par le compte rendu de la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 401), que plusieurs cas de typhus exanthématique ont été observés dans nos hôpitaux. D'où venaient-ils? Quel était le point de départ de cette épidémie heureusement fort restreinte? C'est ce que M. Dujardin-Beaumetz est venu expliquer aujourd'hui à l'Académie, avec tous les détails désirables. D'après le rapport de M. Dujardin-Beaumetz, il existe actuellement trois foyers, la prison de Nanterre, la prison de la Santé et l'Hôtel-Dieu, ces trois foyers ayant une origine commune, le Dépôt de la Préfecture de police. C'est à notre confrère, M. Sapelier, médecin de la prison de Nanterre, que revient le mérite d'avoir le premier reconnu qu'il s'agissait de typhus exanthématique, et il a aussitôt prévenu l'Administration, laquelle a pris immédiatement des mesures d'isolement et de désinfection qui paraissent avoir déjà produit d'excellents résultats. Tout cela est très bien. Mais pourquoi l'Administration est-elle restée sourde, il y a deux mois, aux avertissements qui lui ont été donnés officiellement par les médecins de Lille où, depuis ce temps, règne une épidémie de typhus contre laquelle n'a été prise jusqu'ici aucune mesure prophylactique sérieuse? M. Leloir, en effet, se trouvant assister par hasard à la séance d'hier, a fourni toutes sortes de détails intéressants sur cette épidémie à Lille. Plusieurs membres, y compris le président, lui ont reproché de n'avoir pas fait connaître plus tôt ces faits à l'Académie; M. Leloir a répondu que, dans son innocence, il croyait avoir fait son devoir en prévenant M. le ministre de l'Intérieur.

Si nous devons féliciter l'Administration des mesures énergiques qu'elle a prises si opportunément à la suite de la déclaration de M. Sapelier (de Nanterre), nous devrions, ce semble, la blâmer quelque peu du peu d'attention qu'elle a prêté aux déclarations des médecins de Lille.

Quoi qu'il en soit, ainsi que nous le disions dans notre dernier numéro, nous voici en présence d'une nouvelle acquisition pathologique assez désagréable. Tous les orateurs qui ont pris la parole sur cette question du typhus, soit à la Société médicale des hôpitaux, soit à l'Académie, nous ont fort bien renseignés sur la marche de l'épidémie, sur la symptomatologie de la maladie, sur la prophylaxie. Ils n'ont oublié qu'un seul point : c'est la question du traitement. Or, je crois que la plupart des praticiens qui, d'un jour à l'autre, peuvent se trouver en présence d'un cas de typhus, ne seraient pas fâchés de savoir s'il n'y a pas autre chose à faire qu'à en prévenir M. le préfet de police.

L'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Weber sur les titres des correspondants nationaux, troisième division. Voici la liste de classement : en première ligne, M. Galtier (de Lyon); en deuxième ligne, M. Baillet (de Bordeaux); en troisième ligne *ex æquo*, MM. Cornevin (de Lyon), Humbert (vétérinaire militaire), Laulanié et Neumann (de Toulouse).

HOTEL-DIEU

Tumeur conjonctive de l'épiploon gastro-hépatique; extirpation de la tumeur et de la vésicule biliaire comprise dans son épaisseur; guérison.

Par M. RICARD,

Professeur agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien des hôpitaux.

Mme L... (Rosine), ménagère, âgée de cinquante et un ans, m'est envoyée par mon confrère et ami, le docteur Schoull, de Troyes. C'est une robuste paysanne, présentant tous les attributs de la plus parfaite santé. Mais son ventre, qui depuis longtemps était déjà volumineux, s'est mis à grossir assez rapidement dans ces derniers mois, au point que la malade ne peut vaquer à aucun travail. Elle accuse des douleurs vagues dans l'abdomen. Ses jambes deviennent œdémateuses lorsqu'elle reste longtemps debout. Elle a une constipation opiniâtre et est obligée d'uriner presque toutes les heures. Ses règles ont disparu depuis dix-huit mois à deux ans. Mais, sauf une perte sanguine ayant duré trois semaines, il y a quelques années, la malade n'a jamais eu de trouble du côté des organes génitaux.

A l'examen, on trouve l'abdomen rempli par une tumeur volumineuse, régulière et dure, remontant du petit bassin à l'appendice xyphoïde. On trouve difficilement de la sonorité, en arrière dans les flancs; mais tout le reste de l'abdomen est mat. Dans le petit bassin on sent une tumeur dure et régulière venant proéminer dans le cul-de-sac de Douglas et repousser l'utérus en avant. L'utérus paraît un peu mobile; mais la masse néoplasique ne paraît pas mobilisable. Nous acceptons le diagnostic, posé par

le médecin de la malade, et nous pensons qu'il s'agit d'un volumineux corps fibreux utérin.

L'opération est pratiquée, à l'Hôtel-Dieu, le 18 juin 1892 :

Laparotomie ; incision de 30 centimètres environ sur la ligne médiane. L'incision remonte jusqu'à l'appendice xiphoïde et traverse une paroi abdominale très œdématiée. La tumeur adhère solidement de toutes parts au péritoine ; après des tentatives réitérées de décollement, je n'arrive pas à dégager la tumeur qui remplit l'abdomen et adhère partout.

La tumeur a un aspect blanc nacré ; elle est dure, présente absolument l'aspect d'un fibrome. Çà et là, dans son épaisseur, des kystes à contenu muqueux et des parties plus ramollies et infiltrées. Mais la grande masse de la tumeur est essentiellement solide. Convaincu que je ne mobiliserai jamais cette tumeur, je procède à l'évidement central qui se fait simplement et sans hémorragie. Pendant les manœuvres de morcellement au centre de la tumeur, j'ouvris une cavité kystique d'où sortit un liquide muqueux et verdâtre. Les doigts, introduits dans la cavité ouverte, sentent nettement quelques corps durs et ramènent sept calculs biliaires. Il n'y avait pas de doute, la vésicule biliaire faisait partie de la tumeur et venait d'être ouverte. Sa cavité fut nettoyée avec soin et momentanément oblitérée avec une éponge. Le morcellement continua et nous permit d'aborder peu à peu les parties périphériques de la tumeur qui s'abaissèrent. Une adhérence très intime avec le côlon descendant nécessita une dissection minutieuse. Les adhérences sont de plus en plus fortes au fur et à mesure qu'on descend dans le bassin, mais, à notre surprise, la partie tout à fait inférieure de la tumeur, qui plonge dans le cul-de-sac de Douglas, est libre, et la tumeur ne paraît avoir eu aucune attache avec les organes utérins, sauf des adhérences lamelleuses avec l'ovaire et la trompe du côté gauche. Pour mener à bien notre opération, nous avions été obligé de fendre la paroi jusqu'au pubis.

Le morcellement fut continué par la partie supérieure ; des adhérences nombreuses furent rompues et disséquées et un moment, l'on put penser qu'il s'agissait d'une tumeur de la rate, tellement l'évidement de la tumeur nous menait profondément dans la région hypocondriaque gauche. Il n'en était rien et, en dernière analyse, la tumeur se réduisit à un volumineux moignon, siégeant dans l'hypocondre droit, entre le foie et l'estomac, et tenant, sous son épaisseur, la vésicule biliaire précédemment ouverte. La dissection de ce moignon fut très délicate et, après avoir détaché les adhérences au côlon transverse et à la petite courbure de l'estomac, j'arrivai à un dernier pédicule formé par le canal cystique très allongé. Je le sectionnai entre deux pinces et j'eus ainsi le dernier morceau de la tumeur.

L'exploration du canal cystique nous montra un calcul, enclavé, dont l'extraction fut pratiquée. Une soie, circulairement placée, ferma le canal, et un surjet solide vint obturer son extrémité. L'abdomen est essuyé avec des compresses stérilisées, les organes remis à leur place. Et l'épiploon, fixé par quelques points de suture à la paroi abdominale et au niveau du canal cystique, contribue à former une gouttière ouverte à l'extérieur et à séparer, du reste de la cavité abdominale, le pédicule du canal cystique ; un drain va de ce pédicule au dehors, le reste de la suture pariétale est rapidement mené, l'opération avait duré une heure vingt minutes.

Les suites opératoires furent des plus simples, sauf quelques vomissements, dans les trois premiers jours.

Le 25 juin, on enlève les sutures et le drain, qui était fixé par un fil ; le pansement est absolument sec, et l'incision complètement réunie.

Le 5 juillet, la malade, qui, depuis quelques jours déjà, réclamait sa sortie, quitte l'hôpital.

L'examen de la tumeur nous montra que la vésicule biliaire, adhérente et englobée dans le tissu néoplasique, avait une muqueuse absolument saine. En reconstituant son trajet, on voit qu'elle a une longueur de plus de 25 centimètres. Elle avait donc été étirée par le développement de la tumeur.

Les différents morceaux de la tumeur pesaient 8 kilogrammes, sans compter les kystes.

Quelle était la nature de cette tumeur ? le microscope seul pouvait nous renseigner ; et M. Cornil nous répondit : « Tumeur, sans fibres musculaires, essentiellement de nature conjonctive et paraissant développée aux dépens des épiploons. »

Acceptant la dénomination proposée par M. Cornil, et étant donné les rapports si spéciaux avec la vésicule biliaire, nous avons intitulé notre observation : tumeur conjonctive de l'épiploon gastro-hépatique, ayant englobé la vésicule biliaire dans son épaisseur.

DE LA CONSTITUTION DU GROUPE DES LICHENS

ÉTUDE HISTORIQUE (1)

Par M. le docteur J. Huguet,
Médecin aide-major de 1re classe à l'École spéciale militaire de Saint-Cyr.

III

Avant ces dernières années, les auteurs ne s'étaient guère préoccupés de grouper les différents lichens et d'analyser les caractères, les ressemblances qui auraient pu légitimer la communauté du nom.

Willan et Bateman avaient admis sept espèces de lichen : 1° *lichen simple*, 2° *lichen pilaire*, 3° *lichen circonscrit*, 4° *lichen agrius*, 5° *lichen livide*, 6° *lichen tropical*, 7° *lichen urticant;* dans leur classification anatomo-pathologique, le lichen était placé parmi les affections papuleuses de la peau.

Gibert, Biett, Cazenave, lui avaient donné la même place dans le cadre nosologique.

Devergie fit pareillement. Un seul auteur, Alibert (2), avait eu la bizarre idée de mettre le lichen dans les affections scabieuses !

Gintrac distingue deux sortes de lichen : 1° le *lichen aigu et le strophulus* de la première enfance, qu'il met dans les fièvres éruptives et les exanthèmes aigus ; 2° le *lichen chronique*, qu'il fait rentrer dans les herpétides comme le prurigo et l'urticaire.

Quant à Bazin (3), si nous consultons ses ouvrages, lesquels ne datent que d'une trentaine d'années, nous trouvons décrites, ou tout au moins citées, bien des espèces de lichen. Pour cet auteur, le lichen considéré comme affection générique, indépendamment de sa nature et de ses causes, est une dermatose papuleuse ; envisagé comme affection spéciale, il se divise en un grand nombre de variétés, suivant sa cause réelle ou supposée : dans les leçons sur les arthritides, nous trouvons le *lichen circonscrit*, le *lichen pilaris*, le *lichen lividus*, décrits comme les trois formes du lichen arthritique, qui se trouve placé entre l'acné et le prurigo, dans les *arthritides boutonneuses*. Pour trouver trace des autres lichens, il faut se reporter aux leçons sur la scrofule : il y a « dans les *scrofulides boutonneuses*, trois affections essentiellement papuleuses : *strophulus*, *prurigo*, *lichen* ».

Et dans le chapitre consacré à ce dernier, quelle confu-

---

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 405.

(2) Alibert. *Traité des dermatoses*, 1832.

(3) Bazin. *Leçons sur l'arthritis et la dartre*, Paris 1860 ; — *Leçons sur la scrofule*, 1861.

sion, quel mélange compliqué de qualificatifs et de dénominations! En résumé, pour Bazin, il y a deux sortes de lichen, celui de cause externe et celui de cause interne : le premier est artificiel ou parasitaire, le second est toujours symptomatique des quatre grandes maladies constitutionnelles : l'arthritis, la dartre, la scrofule et la syphilis. Cependant, à notre avis, Bazin a eu, pour son époque, un grand mérite, celui de *chercher* à séparer le lichen de l'eczéma : « Dans les cas ordinaires, dit-il, il vous sera facile de distinguer le lichen de l'eczéma : la première affection siège au côté externe, elle s'accompagne de l'épaississement du corps papillaire de la peau, du rapprochement et de l'hypertrophie des papilles; s'il existe des squames ou des croûtes, elles sont minces, fragmentées, individuelles en quelque sorte pour chaque papule.

La seconde affection siège au côté interne des membres, dans le sens de la flexion, sur le pli des articulations, à la partie antérieure du tronc; la peau n'est point épaissie, les squames ou croûtes ont plus d'étendue, le suintement est plus abondant. »

Dans son article LICHEN du *Dictionnaire de Jaccoud*, Hardy, après une critique raisonnée des opinions de Bazin, énumère les caractères sur lesquels il se fonde pour « reconnaître dans cette affection une cause diathésique spéciale, et la ranger au nombre des éruptions dartreuses ou herpétiques (1) » : marche habituelle, siège superficiel, guérison sans cicatrices, récidives fréquentes, transmission héréditaire du lichen, existence et intensité des démangeaisons, qui accompagnent l'éruption. Hardy exclut donc toute influence de la scrofule, de l'arthritis et même de la syphilis, puisque, d'après lui, on a tort de nommer lichen l'éruption papuleuse syphilitique.

Au lieu de différencier le lichen de l'eczéma, cet auteur s'appuie sur ce que le lichen et l'eczéma se développent souvent ensemble pour avancer ce fait que le lichen doit être considéré comme une forme, une variété de l'eczéma.

Hardy adopte les formes décrites par Willan et Bateman, mais avec les modifications suivantes : il exclut de sa classification le *lichen tropical* qui est, dit-il, un érythème causé par la chaleur, et le *lichen urticant*, qui se rattache à l'urticaire. En revanche, il ajoute le *lichen invétéré* (2), et le *lichen hypertrophique*.

Depuis Willan et Bateman, non seulement les auteurs français, mais encore les auteurs étrangers, ont continué à décrire avec aussi peu de méthode les différentes variétés de lichen, sans chercher à les classer et à définir le lichen lui-même. Ce qui aurait été un oubli grave et un manque absolu de logique, s'il se fût agi d'étudier l'une quelconque des affections cutanées, n'était rien, pas même une lacune, quand le lichen était en cause!

(1) HARDY. *Leçons sur les maladies dartreuses*, Paris 1868.

(2) Dans cette forme, « qui ne s'établit ordinairement qu'après plusieurs attaques de lichen simple ou agrius, la peau présente, dans une grande étendue, une coloration un peu grise, un épaississement et une sécheresse très prononcée; ses plis sont exagérés; il existe habituellement une desquamation très marquée et, de temps en temps, on voit survenir sur cette peau ainsi altérée des pustules ressemblant soit aux petites pustules de l'impétigo, soit aux pustules plus larges de l'ecthyma. Le lichen invétéré occupe habituellement de larges surfaces; il s'étend quelquefois à la presque totalité du corps. Il s'accompagne de démangeaisons vives qui sont quelquefois la cause d'excoriations linéaires produites par les ongles. Cette forme de lichen, comme son nom l'indique, est longue, rebelle; elle se prolonge pendant des années; quelquefois même elle se prolonge indéfiniment, avec des alternatives d'intensité et avec des poussées aiguës revenant de temps en temps. »

On retrouve la même faute dans des traités assez récents et encore classiques, dans celui de Duhring (1), par exemple, mais là, un des traducteurs, M. Barthélemy, a eu heureusement l'idée de consacrer dans l'édition française, une longue note à une vue d'ensemble sur le groupe lichen et ses différentes variétés.

M. Doyon, dans sa *Thérapeutique des maladies cutanées* (2), qui a paru il y a pourtant déjà quinze ans, avait très bien étudié et très bien défini le lichen. Il lui consacre un long chapitre et le classe avec le prurigo dans les affections papuleuses. Il cherche à déterminer le lichen comme entité morbide et à séparer de lui plusieurs variétés, qu'il considère comme n'ayant aucun rapport avec le lichen vrai : cet auteur n'a pas donné, à proprement parler, de classification du lichen, mais on la trouve implicitement dans les pages qu'il consacre à cette affection. Il décrit successivement :

1° *Lichen à papules petites* : simple, diffus, dispersus, diffusus de Devergie — circonscrit — gyratus de Biett.

2° *Eczéma lichénoïde*, eczéma papuleux, lichen agrius, formes rattachées par lui à l'eczéma;

3° *Lichen à papules volumineuses*, strophulosus, interstinctus, confertus, albidus, volaticus, prurigineux;

4° *Lichens qui se rattachent à d'autres affections* : urticatus, tropicus, lividus;

5° *Lichen planus* { localisé — planus; généralisé — ruber;

6° *Lichen scrofulosorum;*

7° *Lichens professionnels;*

8° *Lichen parasitaire de Bazin.*

Il faut arriver à 1889, pour trouver dans la science une classification raisonnée du lichen, celle de M. E. Besnier.

CLASSIFICATION DE M. BESNIER. — Au Congrès de dermatologie, M. Besnier a donné l'énumération des variétés du lichen vrai actuel, tel qu'il le comprend et le décrit. Les formes qu'il admet sont peu nombreuses. Mais la classification de M. Besnier n'est pas adoptée par tous les dermatologistes, il y a là un premier écueil; le second, est que l'École de Vienne persiste à conserver le nom de lichen à des variétés comme le *lichen scrofulosorum*, que MM. Besnier, de Amicis, etc., regardent comme une forme de lésion cutanée polymorphe du type des *folliculites*. Quoi qu'il en soit, voici cette énumération :

a. Lichen à petites papules — type du lichen acuminatus;

b. Lichen à papules exclusivement planes — type pur de Wilson;

c. Lichen à papules plates et acuminées simultanément — forme mixte très commune;

d. Lichen à grosses papules — lichen obtus de Unna;

e. Lichen en grains de corail — moniliformis de Kaposi;

f. Lichen hypertrophique — hyperkératosique corné;

g. Lichen atrophique de Kaposi, Hallopeau — lichen plan scléreux de Hallopeau.

M. Besnier ne reconnaît donc que six variétés qu'il rattache au modèle type, le *lichen de Wilson* : « C'est à lui, dit-

(1) DUHRING. *Traité pratique des maladies de la peau*, traduit sur la 2e édit. par Colson et Barthélemy, p. 297, note 1, Paris 1883.

(2) DIDAY et DOYON. *Thérapeutique des maladies vénériennes et cutanées*, Paris 1876.

il, qu'étendant les limites du cadre établi par son auteur, nous avons systématiquement, et preuves à l'appui, amené quelques formes cliniques, en apparence disssemblables dans quelques cas, mais qui sont, en réalité, absolument du même ordre. Cette série n'est pas fermée, et elle peut recevoir d'autres formes dermatologiques, telles que celles qui correspondent au *lichen aigu* de Hallopeau, au *lichen neuroticus* de Unna. Mais il faut encore un peu de temps pour la vérification à l'aide de faits nouveaux publiés, et la légitimation définitive. »

Classification de M. Brocq. — Plus récemment, dans son excellent ouvrage sur le traitement des maladies de la peau, M. Brocq (1) a donné une classification ingénieuse qui est la suivante :

I. Affections auxquelles la dénomination du lichen a été attribuée par les vieux dermatologistes, et qui semblent encore devoir être décrites sous ce nom :

A. *Lichen simplex aigu;*
B. — — *chronique;*
C. — *polymorphe chronique.*

II. Affections auxquelles la dénomination de lichen a été exclusivement réservée par l'École de Vienne :

A. *Lichen scrofulosorum;*
B. — *ruber* : lichen planus, lichen ruber planus, lichen ruber obtusus, lichen ruber acuminatus ou neuroticus de Unna.

Nouvelle classification proposée. — Comme on le voit par ces classifications les plus récentes, le groupe lichen se trouve donc considérablement réduit. Il y a là un inconvénient, car cette sélection ne nous paraît point faite pour conserver au groupe sa physionomie primitive. Il fallait, à notre point de vue, chercher à en faciliter l'étude, sans séparer à tout jamais les différentes formes de lichen, même n'eussent-elles de commun que le nom. Il y a un grand intérêt historique, et ce n'est pas le moindre, à ce qu'on laisse au groupe lichen son cadre ancien, en le remaniant toutefois d'après les idées nouvelles.

Il reste sans doute bien avéré que le seul lichen *légitime* est le lichen de Wilson. Mais cela nous empêche-t-il, à côté du vrai lichen, de décrire, par exemple, deux groupes secondaires, les *pseudo-lichens* et les *faux lichens*, étudiant, dans le premier, les espèces dont la non-identité avec le modèle type n'est pas complètement prouvée, réunissant dans le second les affections qui n'ont de commun avec le lichen, que le nom, et qui méritent cependant d'être classées à côté de lui : d'abord parce qu'elles lui ressemblent beaucoup et peuvent, à un moment donné, rendre le diagnostic difficile ; ensuite parce que, pendant longtemps, les dermatologistes les ont dénommées lichen.

Parti de ce principe, nous avons été conduit à établir et à proposer la classification suivante : elle est destinée à donner une idée plus claire de ce groupe complexe :

(1) Brocq. *Traitement des maladies de la peau, avec un abrégé de la symptomatologie, du diagnostic et de l'étiologie des dermatoses*, 2e édit. — Nous recommandons la lecture de cet ouvrage, aussi savant que clair et pratique.

I. *Lichen vrai ou lichen de Wilson.*

1° Lichen pur de Wilson à papules planes ;
2° — à papules acuminées;
3° — à grosses papules, à papules géantes, lichen obtus de Unna;
4° — en grains de corail, moniliformis de Kaposi;
5° — neuroticus de Unna;
6° — atrophique de Kaposi-Hallopeau, lichen plan scléreux de Hallopeau;
7° — hypertrophique, hyperkératosique corné, lichen ruber corné ou lichen planus corné.

II. *Pseudo-lichens.*

1° Lichen simplex aigu;
2° — — chronique;
3° — polymorphe chronique.

III. *Faux lichens.*

1° Lichen scrofulosorum;
2° — agrius;
3° — pilaire;
4° — urticatus;
5° — annulatus;
6° — tropicus;
7° — syphilitique;
8° — artificiel.

Il nous reste, en terminant, à faire remarquer que la classe des faux lichens tend à s'étendre chaque jour. C'est ainsi qu'en étudiant les strophulus et le lichen polymorphe, on aurait à montrer pour quelles raisons ces variétés vont sous peu passer à leur tour dans les faux lichens. Il en sera peut-être de même du lichen aigu et du lichen chronique; — ce n'est, croyons-nous, qu'une question de temps.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 avril 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

COMMUNICATIONS

Fausse vaccine ou vaccinoïde. — M. CADET DE GASSICOURT, à propos de la discussion relative à l'identité de la fausse et de la vraie vaccine, rapporte le fait suivant :

Il y a trente ans, il vaccina, à sa naissance, une petite fille qui n'avait pas eu de variole intra-utérine et dont la mère n'avait pas été vaccinée et n'avait pas eu de variole pendant sa grossesse. Il n'obtint que des boutons de fausse vaccine et il ne la considérait pas comme protégée. Or, trois fois pendant sa première enfance, il la vaccina sans succès. Depaul, qui la vaccina à son tour, ne réussit pas mieux. Jusqu'à l'âge de quinze ans, cette fillette fut inoculée huit fois, toujours sans succès.

Voilà donc un cas dans lequel il existait une immunité relative dès la naissance. Cette enfant semblait, grâce à cette immunité, plus protégée par sa vaccinoïde qu'elle ne l'aurait été par une vaccine vraie, puisqu'elle fut réfractaire à la revaccination, alors que ses frères et sœur, légitimement vaccinés, furent réinoculés avec succès.

Le typhus exanthématique à Paris. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ fournit les renseignements suivants sur ce sujet :

Le 29 mars, M. le docteur Sapelier, médecin de la prison de Nanterre, prévint le préfet de police que le typhus existait dans cette prison. Le 31, ce diagnostic était confirmé par M. Léon

Colin; le 1er avril, MM. Colin et Dujardin-Beaumetz visitèrent le Dépôt de la préfecture d'où les cas semblaient partir. Ils en demandèrent aussitôt l'évacuation et la désinfection. Le même jour, M. Dujardin-Beaumetz se rendait à l'Hôtel-Dieu, où des malades venant du Dépôt avaient été transportés. Aussitôt après sa visite, les typhiques étaient isolés dans un local spécial.

En même temps la préfecture de police était prévenue que des cas de typhus s'étaient produits à l'infirmerie de la prison de la Santé. Le 3 avril, ces malades étaient isolés sous une tente et l'on désinfecta l'infirmerie.

En résumé, l'origine commune semble être le Dépôt, d'où sont nés trois foyers secondaires : celui de Nanterre; celui de l'Hôtel-Dieu et celui de la prison de la Santé.

Le Dépôt est un lieu de passage; il est établi dans de très mauvaises conditions; il y passe par jour environ 400 individus. L'infirmerie qui y est annexée ne reçoit que des cas légers. Les cas graves sont envoyés dans les hôpitaux.

Deux gardiens du Dépôt ont été pris, un a succombé. Voilà pour les cas internes, les autres malades ayant été soignés en dehors.

A Nanterre, les premiers malades ont été vus le 20 mars, le premier décès a eu lieu le 29. M. Sapelier, qui avait hésité en présence des premiers cas, fit bientôt un diagnostic ferme et avertit aussitôt l'Administration. A partir de ce moment les malades sont isolés.

Du 20 mars au 10 avril, il y a eu 26 cas dont 24 provenaient du Dépôt. Des deux cas intérieurs, l'un est celui d'un employé qui était chargé de recevoir les vêtements des entrants; il a été pris le 24 mars. L'autre concerne un détenu.

A la Santé, jusqu'au 2 avril, les cas n'ont pas été reconnus et depuis cette dernière date, il y a eu 15 cas et 8 décès. Sur ces cas, il n'y en a eu qu'un intérieur, les autres venaient du Dépôt.

A l'Hôtel-Dieu, tous les typhiques proviennent du Dépôt; jusqu'au 10 avril, il y a eu 13 malades ; parmi eux 2 cas intérieurs, l'un chez un malade des salles et l'autre chez un externe de M. Bucquoy qui soignait des typhiques.

A ces cas, il faudrait en joindre d'autres qui se sont produits dans divers hôpitaux : 2 à la Charité, dont 1 décès; 1 à Necker; un autre dans le service de M. Dujardin-Beaumetz à Cochin et un dernier à Lariboisière.

Quant aux cas qui se sont produits en ville, on n'a que des données fort vagues. Le préfet de police a fait parvenir à tous les médecins du département de la Seine une note pour les prier de signaler au bureau des épidémies les cas d'affections typhiques qu'ils observeraient. Un seul fait a été signalé; il s'agit d'une malade qui est morte rue Jean-Jacques-Rousseau, 54, le 9 avril et, d'après l'enquête faite à ce sujet par M. le docteur Touvenaint, médecin inspecteur des épidémies, il s'agissait bien là d'un cas de typhus exanthématique.

Ce fait est exceptionnel, car cette malade n'avait pas été au Dépôt, mais elle habitait chez son frère établi marchand de vin et il est possible qu'il y ait eu là un contage. C'est jusqu'ici la seule femme atteinte; tous les autres malades sont des hommes venant du Dépôt.

Quant à l'origine même de l'épidémie, elle est difficile à préciser. Nous avions d'abord pensé que l'épidémie partait d'un malade actuellement à l'Hôtel-Dieu. Cet homme est venu à pied de Lille à Paris; il avait couché à l'asile de nuit d'Amiens, et trois jours après son arrivée à Paris, il est envoyé à l'Hôtel-Dieu. Or, à Amiens, presque aussitôt après le passage de cet homme, une épidémie, dite de fièvre typhoïde, ravagea cet asile de nuit. Mais, à l'heure actuelle, nous ne sommes pas encore assez renseignés sur les cas de Lille et d'Amiens pour attribuer à ce malade toute l'importance qu'il a peut-être.

C'est généralement au bout de douze jours après leur sortie du Dépôt que les malades traités à la prison de Nanterre ont été pris. L'hyperthermie a été immédiate, les symptômes ataxo-adynamiques très intenses. L'éruption a été variable comme intensité, mais toujours caractéristique. La mort, quand elle a eu lieu, s'est produite le huitième et le neuvième jour. L'autopsie a confirmé complètement le diagnostic. Il n'y avait aucune lésion intestinale. Les recherches microbiologiques ne sont pas terminées.

Voici quelles ont été les mesures qui ont été prises et elles l'ont été avec une grande vigueur, il faut le reconnaître. Le préfet de police, averti le 1er avril au soir, a fait évacuer le Dépôt le 2 et la désinfection de cette prison a été complète le 6.

Il ne suffisait pas de désinfecter et d'isoler, il fallait aussi prendre des mesures prophylactiques : il a été décidé qu'une ration de viande serait donnée trois fois par semaine aux détenus et des bains toutes les semaines.

Il serait à désirer que l'Assistance publique réunît dans un même local tous les typhus et qu'elle donnât à cet égard des instructions aux directeurs des hôpitaux. Il faudrait qu'il y eût deux locaux : un local pour les typhiques avérés et un autre pour les suspects.

M. COLIN donne les renseignements suivants sur le Dépôt, foyer primordial de l'épidémie. Les conditions hygiéniques en sont particulièrement défectueuses, et cela est d'autant plus regrettable que le Dépôt pourrait être un foyer de désinfection tout indiqué pour la capitale.

Chaque jour, 300 à 400 individus de toute sorte, sordides, ramassés sur la voie publique, viennent échouer au Dépôt, où ils restent en général deux ou trois jours. Il serait facile de profiter de ce court séjour pour les débarrasser, eux et leurs vêtements, de tous les germes morbides dont ils sont le réceptacle. Or, c'est le contraire qui arrive : pendant ce temps, ils vivent entassés, n'ayant aucun moyen de propreté à leur disposition, vivant dans les vêtements souillés qu'ils ont au moment de leur entrée et sortant avec les mêmes vêtements sans que rien ait été fait pour les désinfecter.

La question de désinfection, des vêtements en particulier, est d'autant plus utile que, dans l'épidémie actuelle, il semble bien que ce soient eux qui aient servi à propager l'épidémie.

Il n'y a eu que 2 cas intérieurs à la prison de Nanterre. Or, l'un de ces cas est celui d'un infirmier chargé de nettoyer les vêtements des personnes qui entrent dans l'établissement. Il n'y a donc, en réalité, qu'un cas intérieur, ce qui est peu pour une pareille agglomération, et cela résulte, à n'en pas douter, précisément de ce fait que les nouveaux arrivants n'étaient mêlés à la masse des prisonniers qu'après avoir été débarrassés de leurs vêtements et nettoyés.

Ce qui s'est passé à Nanterre s'est également produit à la Santé, où les nouveaux venus sont soumis aux mêmes conditions hygiéniques.

M. LANCEREAUX rend compte des cas observés à l'Hôtel-Dieu. Il en a eu lui-même 10 cas dans son service. Il en a vu 2 dans celui de M. Bucquoy et 1 à l'hôpital Necker. Sur ces 13 malades atteints de typhus exanthématique, 2 seulement ont succombé. Les autres paraissent en bonne voie de guérison. M. Lancereaux ajoute que l'épidémie actuelle ne paraît pas localisée à Paris. A Trépigné, dans un petit hôpital de 12 lits, on a compté 6 personnes atteintes, dont une religieuse qui est morte et l'aumônier qui a également succombé. Les premiers malades atteints dans ce petit hôpital étaient des vagabonds, des bohémiens qui arrivaient on ne sait d'où. Il ne serait pas impossible que ce fût l'un de ces vagabonds qui ait apporté la maladie à Paris.

Ce fut quinze jours après l'entrée du premier malade atteint que les autres furent pris. Cela correspond bien à la durée habituelle de l'incubation. Les symptômes principaux qui ont été observés sont les suivants : frisson, céphalalgie, stupeur, constipation, fièvre intense, éruption pétéchiale, dysphasie, aphonie, eschares au sacrum, etc.

M. ROCHARD se demande si le typhus que l'on observe actuellement à Paris est bien le même que le grand typhus des camps et des armées qui a fait tant de victimes. Il croit qu'il ne peut y avoir de doute à ce sujet. C'est bien le même typhus. M. Rochard a eu l'occasion d'observer une petite épidémie de typhus en Bre-

tagne. Tandis que, d'après M. Dujardin-Beaumetz, dans l'épidémie actuelle, ce sont surtout les hommes qui sont atteints; en Bretagne, au contraire, la maladie portait presque exclusivement sur les femmes. Ceci peut s'expliquer par ce fait que les hommes, allant à la mer, ne s'exposent pas, comme les femmes, à la contagion, en soignant les malades déjà atteints. Quelle est la provenance de ce typhus? On ne sait. Le premier cas échappe.

Au point de vue des symptômes, M. Rochard insiste particulièrement sur les suivants, qu'il a surtout constatés : face hébétée et vultueuse, constipation, apparition de taches brunes et noirâtres, hypertrophie de la rate, épanchement dans le péricarde.

La mortalité, dans l'épidémie actuelle, est peu considérable et paraît aller en décroissant, comme pour toutes les grandes maladies épidémiques.

M. LE ROY DE MÉRICOURT, qui a vu l'épidémie de typhus en Crimée, confirme de tous points les détails fournis par M. Rochard. Au point de vue des symptômes, il insiste plus particulièrement sur la constipation et la nature de l'éruption pétéchiale.

M. OLLIVIER fait observer que le point de départ de l'épidémie actuelle reste complètement inconnu. Il demande à M. Dujardin-Beaumetz si, parmi les malades observés à Paris, il se trouvait des Bretons. On sait, en effet, que le typhus est endémique en Bretagne. Par là, pourrait donc s'expliquer l'apparition de la maladie à Paris. Il y a, en effet, une province de France où le typhus règne, pour ainsi dire, à l'état latent. Il pourrait donc facilement être importé de cette province à Paris.

M. Ollivier, dans sa carrière déjà longue, n'a vu qu'un seul cas de typhus dans le service de Grisolles dont il était alors le chef de clinique.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait remarquer que, depuis qu'on a signalé des cas de typhus à Paris, plusieurs médecins ont fait des diagnostics rétrospectifs et reconnaissent avoir probablement observé des cas de typhus qui ont été pris pour des grippes ou des fièvres typhoïdes. Cela prouve toute l'importance qu'il y avait à faire connaître les faits observés à Nanterre. Si, en effet, on n'avait rien dit, l'épidémie de Paris passait inaperçue et se propageait tout à son aise, tandis que l'isolement et la désinfection, aussitôt pratiqués, l'ont déjà arrêtée. Il est donc de toute nécessité de signaler, dans ces cas, les premiers faits observés. C'est une nécessité qui s'impose.

M. LELOIR apprend à l'Académie que, depuis deux mois, la ville de Lille est le siège d'une épidémie de typhus exanthématique.

Cette épidémie a débuté dans la prison, et elle est due aux conditions particulièrement défectueuses de cet établissement, qui peut contenir 170 prisonniers et en renferme habituellement 500, malgré les protestations du corps médical, remontant à plus de dix ans.

Dès le début de l'épidémie, un inspecteur, envoyé par l'Administration, est venu à la prison de Lille; il a prescrit que l'on donnât aux prisonniers de la viande, du café, la goutte, et il ajoutait que cela ne serait rien. L'épidémie a continué cependant. et des typhiques de la prison, envoyés dans les hôpitaux de la ville, ont été mélangés aux autres malades. Il est vrai qu'on avait prescrit officiellement l'isolement, mais vous savez ce qu'est souvent cet isolement officiel, isolement « à la craie », comme on l'appelle familièrement; c'est un isolement nul.

L'épidémie parisienne est peut-être due à l'arrivée au Dépôt de malheureux qui avaient pris le germe du mal dans la prison encombrée de Lille.

Au point de vue symptomatique, M. Leloir signale, à côté des signes classiques de la maladie, une odeur toute particulière des malades, le crachottement, et enfin une constipation opiniâtre.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait observer que les renseignements que vient de fournir M. Leloir sont des plus intéressants, mais il regrette qu'il ne les ait pas donnés il y a deux mois.

M. LELOIR répond que l'administration a été saisie aussitôt que les premiers faits ont été observés.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ dit que, à côté des moyens administratifs, il y a des moyens d'ordre médical qui étaient à la disposition de M. Leloir.

M. LABORDE rappelle que le ministre de l'Intérieur a été prévenu.

M. LE PRÉSIDENT fait observer à M. Leloir qu'il est membre correspondant de l'Académie, et qu'il aurait donc pu lui donner ces renseignements plus tôt.

M. LELOIR ne fait partie d'aucune commission d'hygiène; il n'avait donc pas à intervenir dans cette question auprès des commissions compétentes, surtout en présence de ce fait que le ministre de l'Intérieur était officiellement prévenu. Il ne pouvait douter qu'il prît les mesures nécessaires.

C'est aujourd'hui seulement qu'il apprend que le Comité consultatif d'hygiène a été prévenu tardivement, et il avoue qu'il en est fort étonné.

Il était à supposer que le ministère qui se tient si bien au courant des résultats d'une élection, prévenu en même temps de l'existence d'une épidémie, attacherait plus d'importance à la nouvelle de l'épidémie.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ. Aucune commission d'hygiène n'a été avertie.

M. BERGERON. Le Comité d'hygiène n'a reçu aucune communication sur cette épidémie de Lille.

M. ALPHONSE GUÉRIN rappelle que Pelletan, médecin des hôpitaux, ayant fait à l'Académie ce que fait à chaque instant M. Dujardin-Beaumetz, à savoir être monté à cette tribune pour parler d'une épidémie constatée dans son service, l'Assistance publique le mit en retrait d'emploi et peu s'en fallut qu'il ne fût destitué. M. Guérin trouve donc tout naturel que notre collègue de Lille, connaissant peut-être ce précédent, ait jugé opportun de s'abstenir de faire connaître au monde entier l'épidémie de Lille.

C'était à l'Administration à prévenir M. Beaumetz.

M. WORMS a observé le typhus exanthématique en Crimée et là il a pu constater que cette maladie a amené la mort de 40 000 hommes sur 55 000 atteints. Il rappelle, à ce propos, que la durée de l'incubation était très longue dès le début de l'infection; plus tard, cette incubation fut au contraire très courte. Il a vu un individu arrivé de France bien portant qui mourait du typhus le surlendemain de son arrivée. Il rappelle également que l'armée anglaise, voisine de la nôtre, mais infiniment mieux nourrie, n'eut, pour ainsi dire, pas à souffrir de l'épidémie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le jeudi 25 mai 1893, à midi et demi.

Un concours pour cinq places d'aides d'anatomie s'ouvrira le lundi 15 mai 1893, à midi et demi.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Dodart, médecin de deuxième classe de la marine, décédé au Tonkin le 1er avril; Grandjean, médecin de l'Hôtel des Invalides; J. A. Marotti (de Paris).

— M. le docteur A.-J. Martin donnera sa prochaine conférence pratique du cours d'hygiène sociale, le dimanche 16 avril 1893, aux laboratoires de l'Observatoire municipal de Montsouris, annexe Est de l'Hôtel-de-Ville (caserne Lobau, 2, rue Lobau), à neuf heures et demie précises du matin.

Elle sera consacrée à l'étude analytique des diverses eaux consommées à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Traitement de la coqueluche, par le docteur J. COMBY, médecin des hôpitaux de Paris. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — CORRESPONDANCE. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

Traitement de la coqueluche.

Par le docteur J. COMBY,
Médecin des hôpitaux de Paris.

La coqueluche, maladie infectieuse et contagieuse, atteint avec une grande fréquence les enfants de tout âge; quoique sa *mortalité* soit faible, relativement à sa *morbidité* si considérable, la coqueluche n'en est pas moins redoutable et cruelle : cruelle par l'âge de ses victimes de prédilection, cruelle par la violence de ses paroxysmes, cruelle encore par la multiplicité et la gravité de ses complications. A tous ces titres, fréquence extrême de la maladie, faiblesse des sujets, violence des quintes, dangers des complications, le traitement de la coqueluche intéresse à un très haut degré tous les médecins (1).

Quoique nous sachions depuis longtemps que la coqueluche est une maladie infectieuse et contagieuse, nous ne pouvons pas dire encore que son agent pathogène soit connu.

Afanassieff, ayant recueilli les crachats expulsés après la quinte, a trouvé, au milieu des cellules de la muqueuse buccale, des bâtonnets minces; il les a cultivés et inoculés à des lapins et à des chiens. La plupart des animaux, qui avaient reçu les liquides de culture dans la trachée, moururent après avoir présenté des symptômes de bronchopneumonie et de la fièvre. Les expériences ne sont pas décisives, et le *bacillus tussis convulsivæ* d'Afanassieff ne peut être considéré, d'une façon certaine, comme le microbe de la coqueluche (2).

D'autant moins qu'un autre bactériologiste, J. Ritter, vient de découvrir un microbe tout différent, qu'il donne, lui aussi, pour celui de la coqueluche (3). Ce microbe est un diplocoque aérobie, qui se cultive bien à 36 ou 38 degrés; il est très petit. Inoculé à des chiens, il aurait provoqué une toux semblable à celle de la coqueluche.

Nous en sommes toujours à la période d'études et de recherches, car les travaux intéressants de Afanassieff et Ritter n'ont pas été confirmés par d'autres observateurs.

I

TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE. — L'incertitude, pour ne pas dire l'ignorance, dans laquelle nous nous trouvons relativement à la bactériologie de la coqueluche, explique jusqu'à un certain point la diversité et l'impuissance des médications tour à tour dirigées contre cette maladie.

De remède spécifique, il n'y en a pas. Bien plus, il n'y a pas de remède sûrement et toujours palliatif; il y a des médications qui, dans telle ou telle circonstance, ont fait leurs preuves, en favorisant, abrégeant, atténuant l'évolution de la coqueluche; mais, un cas étant donné, nous ne savons jamais d'avance quelle médication lui conviendra. C'est dire que le traitement de la coqueluche présente des difficultés considérables, qu'il exige de la part du médecin infiniment de savoir, de tact, de souplesse; c'est justifier par suite la longue et peut-être fastidieuse énumération à laquelle je ne puis pas ne pas me livrer.

Malgré tout, j'essaierai de mettre un peu d'ordre dans cette question complexe et ingrate.

Vomitifs. — Le vomitif, très employé à toutes les périodes de la coqueluche, depuis que Laënnec en a vanté les bons effets, répond à plusieurs indications. Il désobstrue les bronches, il vide l'estomac des crachats déglutis, il calme les quintes, il rompt le spasme. Mais si l'enfant est trop jeune ou trop faible, s'il présente des signes de bronchopneumonie, il faut s'abstenir des vomitifs qui, outre leur action déprimante, exposent encore à la diarrhée.

L'émétique, que Laënnec préférait à l'ipéca, est presque banni aujourd'hui de la thérapeutique infantile; il sera réservé pour les enfants déjà grands et robustes (après sept ans), on prescrira :

Tartre stibié.	2 centigrammes.
Sucre en poudre	1 gramme.

A prendre en une fois dans une cuillerée d'eau ou de lait. Avaler ensuite quelques gorgées d'eau tiède. Répéter la dose un quart d'heure après, s'il n'y a pas eu d'évacuation.

(1) En 1890, à Paris, la coqueluche a causé 499 décès; ce chiffre, quelque important qu'il soit, ne donne qu'une faible idée des cas, qui se comptent par milliers.

(2) Saint-Pétersbourg, 1887.

(3) Soc. de méd. de Berlin, 2 nov. 1892.

Trousseau préconisait le sulfate de cuivre, qu'il déclarait supérieur à l'émétique et à l'ipéca :

Sulfate de cuivre. . 25 à 45 centigrammes.
Eau distillée. . . . . 100 grammes.

Une cuillerée à dessert toutes les dix minutes jusqu'à effet.

Malgré l'opinion de Trousseau, c'est à l'ipéca qu'on s'adresse généralement; on le prescrira, au-dessous d'un an, à la dose de 25 centigrammes; entre un et trois ans, à la dose de 50 centigrammes; au-dessus de trois ans, à la dose de 75 centigrammes et un gramme :

Poudre d'ipéca . . . 25 à 50 centigrammes.
Sirop d'ipéca . . . . 30 grammes.

Par cuillerée à café de cinq en cinq minutes jusqu'à effet vomitif.

L'ipéca, dans les formes un peu intenses, sera répété une fois par semaine.

Quand les quintes iront en s'atténuant et en diminuant de nombre, on en suspendra l'emploi.

Belladone et similaires. — La belladone et son alcaloïde l'atropine ont joui et jouissent encore d'une grande faveur; Trousseau qualifie ce remède d'*héroïque*. Il le prescrivait à doses élevées :

Extrait de belladone. . . . 5 milligrammes.
Poudre de belladone . . . 5 —
Excipient et glycérine. . . Q. S.

Pour une pilule non argentée; une tous les matins à jeun pour les enfants au-dessous de quatre ans; au-dessus de cet âge, on en donnera deux ou bien l'on fera des pilules contenant 1 centigramme d'extrait et de poudre de belladone. Ces pilules peuvent être écrasées, mêlées à de la confiture, etc. Au dispensaire, je me sers plus volontiers du sirop de belladone, dont je prescris une cuillerée à café par jour pour des enfants au-dessous de trois ans, et deux cuillerées à café pour les enfants plus âgés.

Si l'enfant n'a pas dépassé un an, je coupe le sirop de belladone avec du sirop de tolu :

Sirop de belladone. . . . . . 30 grammes.
Sirop de tolu . . . . 60 —

Une cuillerée à café matin et soir.

M. Cadet de Gassicourt mitige davantage le sirop de belladone :

Sirop de belladone . . . . . 30 grammes.
Sirop de tolu. . . . . 150 —

Il commence par une cuillerée à café en deux fois pour les plus jeunes sujets, et il augmente progressivement par demi-cuillerées à café, prises à intervalles réguliers dans le cours de la journée, jusqu'à ce qu'il obtienne une sédation. On s'arrête quand on voit les pommettes rougir, les yeux devenir brillants, les pupilles se dilater; ce sont les premiers signes de l'intolérance. Pour les enfants qui ont dépassé sept ans, M. Cadet de Gassicourt commence par deux cuillerées à café par jour et augmente progressivement.

Le sulfate d'atropine, qui peut remplacer la belladone, sera prescrit aux doses suivantes :

Sulfate neutre d'atropine. 1 centigramme.
Eau distillée . . . . . . 200 grammes.

On commence par une cuillerée à café (soit 1/4 de milligramme), et on augmente progressivement (Trousseau).

Sulfate d'atropine . . . . 1 centigramme.
Eau distillée. . . . . . . 10 grammes.

Une goutte trois fois par jour dans une cuillerée à café d'eau pour un enfant d'un an; doubler au bout de quelques jours, pour les enfants plus âgés (Archambault).

La belladone figure dans une multitude de formules usitées contre la coqueluche, j'en citerai quelques-unes :

Sirop de belladone . . . }
— d'opium . . . . . } āā 20 grammes.
— d'éther . . . . . . }
— de fleurs d'oranger. }

Une cuillerée à café matin et soir.

Sirop de belladone . . . } āā 30 grammes.
— de codéine . . . . }
— d'éther . . . . 15 —
— de fleurs d'oranger. . . 45 —
Eau de laurier cerise. . . . . 6 —
Bromure de potassium. . . . 3 —
Musc. . . . . 20 centigr.

(N. Guéneau de Mussy.) Cinq à six cuillerées à café par jour. On peut supprimer le musc, si son goût déplaît.

Teinture de belladone . . }
Alcoolature de racines } āā 5 grammes.
d'aconit . . . . }

x gouttes matin et soir (J. Simon).

Teinture de belladone . . }
— d'aconit . . . . } āā 2 grammes.
— de drosera . . . }
— de myrrhe . . . . . . 10 —

x gouttes après chaque quinte dans un peu de lait (Monin).

Teinture de belladone. . . . 1 gramme.
— de drosera. . . . . 2 grammes.
Sirop de codéine . . . . . . 10 —
Eau de tilleul . . . . 100 —

Deux à quatre cuillerées à dessert par jour.

Teinture de belladone . . }
— de grindelia robusta . . . . } āā 5 grammes.

x gouttes matin et soir dans un peu de lait.

On associe parfois la belladone aux expectorants, aux vomitifs, aux laxatifs :

Kermès minéral. . . . . 10 centigrammes.
Ipéca pulvérisé . . . . . 20 —
Racine de belladone pulvérisée. . . . . 5 —

Faire six paquets : un toutes les quatre heures, pour un enfant de sept à dix ans.

Extrait de belladone. . . 10 centigrammes.
— de ciguë. . . . . 10 —
Tannin. . . . . 15 —
Infusion de séné. . . . . 40 grammes.
Sirop de gomme. . . . . 40 —

Une cuillerée à dessert matin et soir.

Musc pulvérisé . . . . . 10 centigrammes.
Sirop de belladone. . . . 20 grammes.

Une cuillerée à café matin et soir (H. Roger).

H. Roger associait volontiers la belladone à la digitale :

Sirop de belladone. . . . . 50 grammes.
— de valériane. . . . } *ââ* 25 —
— de digitale . . . . . }

Une à six cuillerées à café par jour, suivant l'âge.

Teinture de belladone . . . . 10 grammes.
— de valériane ou musc. 5 —
— de digitale . . . . . 5 —

v à LX gouttes, suivant l'âge.

Poudre de racine de belladone . . . . 8 centigrammes.
Musc pulvérisé . . . . . 30 —
Camphre . . . . 30 —
Sucre blanc. . . . . 2 grammes.

Faire huit paquets ; un par jour (Hecker).

Fleurs de narcisse des prés. . . 2 grammes.
Racine de belladone pulvérisée. 1 —
Oxyde de zinc sublimé . . . . 2 —

Faire trente-six paquets ; un toutes les quatre heures (Brochin).

Hydrolat de laitue. . . . . . 125 grammes.
— de fleurs d'oranger. 8 —
Sirop de pivoine . . . . . . 50 —
— de belladone . . . . . 8 —
Ammoniaque liquide . . . . VI gouttes.

Par cuillerée à café d'heure en heure (Levrat-Perroton).

Sirop de tolu. . . . . 100 grammes.
— de belladone . . . . . 50 —
Teinture de lobelia inflata . . 10 —

Trois cuillerées à café par jour.

Sirop de tolu. . . . . . 100 grammes.
Extrait de belladone . . 10 centigrammes.
— de jusquiame . . . 15 —

Deux à trois cuillerées à café par jour (Tordeus).

Quand les enfants sont abattus, dans l'intervalle des quintes, on associera le cognac ou le rhum à la belladone :

Sirop de belladone. . . . . . 30 grammes.
— de tolu . . . . 30 —
Cognac ou rhum. . . . . 10 —

Trois cuillerées à café par jour pour un enfant d'un an à deux ans.

Extrait de jusquiame. . . 15 centigrammes.
Sirop simple . . . . 10 grammes.
Eau distillée . . . . . . 70 —

Une cuillerée à café toutes les deux heures (Widerhofer).

Extrait de belladone . . . 50 centigrammes.
— de cannabis indica. 1 gramme.
Glycérine. . . . . 5 grammes.
Alcool à 90 degrés. . . . 5 —

IV à XX gouttes, suivant l'âge, matin et soir (Vetlesen).

La terpine, à la dose de 1gr50 par jour, a donné deux succès à M. Sanné.

Bromure de potassium et narcotiques. — Le bromure de potassium, quand les enfants tolèrent mal la belladone, peut remplacer ce médicament auquel il est généralement inférieur. On a lu plus haut une formule où la belladone est associée au bromure de potassium, à l'éther, à l'opium. On peut le donner seul, ou associé au chloral, au musc, à la valériane, à l'éther, au chloroforme. Enfin, on a beaucoup parlé dans ces derniers temps d'une substance également dérivée du brome, le bromoforme. Voici quelques formules :

Hydrate de chloral. . . . 10 centigrammes.
Bromure de potassium. . 20 —
Sirop de fleurs d'oranger. . . . . . } *ââ* 20 grammes.
Sirop de tolu. . . . }

Par cuillerée à café dans la journée (enfant de deux à trois ans).

Hydrate de chloral . . . . . 5 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges . . 50 —
Eau distillée . . . . 150 —

Deux à cinq cuillerées à café, suivant l'âge.

Eau distillée de tilleul . . 60 grammes.
Bromure de potassium. . 30 centigrammes.
Sirop d'éther . . . . . . 10 grammes.
— de gomme. . . . . 20 —

Une cuillerée à café de deux en deux heures (enfant de deux à quatre ans).

H. Roger prescrivait volontiers le chloroforme ; il commençait par VI gouttes :

Chloroforme. . . . . VI gouttes.
Julep gommeux. . . . . 60 grammes.

Augmenter tous les jours de II gouttes jusqu'à XXX ou XL.

On a attribué à la cochenille des propriétés calmantes analogues :

Cochenille en poudre . . } *ââ* 1 gramme.
Carbonate de potasse. . . }
Sucre . . . . 15 grammes.
Eau bouillante. . . . . 85 —

Trois à quatre cuillerées à café par jour.

Le bromoforme est un médicament dangereux qu'il faut surveiller :

Bromoforme. . . . . x gouttes.
Alcool . . . . 5 grammes.
Sirop simple . . . . 20 —
Eau distillée. . . . . 80 —

Par cuillerée à café d'heure en heure.

Sous le nom d'*antispasmine*, Demme (de Berne) a essayé une combinaison de narcéine sodique et de salicylate de soude, poudre très soluble contenant 50 p. 100 de narcéine pure :

Antispasmine . . . . 1 gramme.
Eau de laurier cerise. . . . . 10 grammes.

x à xv gouttes dans un peu d'eau sucrée ou de sirop.

Laborde a également conseillé la narcéine :

Infusion de café noir . .	125 grammes.
Sirop de sucre	125 —
Narcéine.	12 centigrammes.
Acide acétique.	Q. S.

Trois cuillerées à café par jour.

Antipyrine, quinine, etc. — Parmi les médicaments nouveaux, l'antipyrine jouit d'une grande faveur; on la prescrit à la dose de 20 centigrammes pour un enfant de deux ans, en augmentant de 10 centigrammes par année d'âge, mais cette dose peut être doublée dans les cas intenses :

Antipyrine	40 centigrammes.
Julep gommeux.	60 grammes.

En trois ou quatre doses, pour un enfant de quatre ans.

M. Dubousquet-Laborderie formule ainsi :

Antipyrine	1 gramme.
Sirop de framboises	20 grammes.
Eau de Vichy	80 —

Par cuillerée à dessert après les quintes.

Galvagno l'associe à la résorcine :

Solution gommeuse.	100 grammes.
Sirop de pin maritime. . . .	30 —
Antipyrine.	} *ââ* 1 gramme.
Résorcine.	

Trois à cinq cuillerées à soupe par jour.

Sans aller aussi loin que certains auteurs pour lesquels l'antipyrine serait un spécifique de la coqueluche, il faut accorder à ce médicament une action sédative assez notable dans beaucoup de cas.

La quinine, autrefois très employée, n'est considérée aujourd'hui que comme un adjuvant dans les cas fébriles. Quelques auteurs donnent la quinine à doses fortes et prolongées; en Allemagne, on a conseillé le tannate de quinine. Il faut préférer les sels solubles, comme le chlorhydrate ou le chlorhydro-sulfate, qu'on donnera en potion ou en suppositoire, à la dose de 20 à 50 centigrammes par jour :

Chlorhydro-sulfate de quinine.	2 grammes.
Eau distillée.	100 —

Deux à six cuillerées à café par jour dans un peu de sirop.

Heimann administre la phénacétine, à la dose de 10 à 40 centigrammes, suivant l'âge, en quatre doses.

Oxymel scillitique et expectorants. — M. Netter (de Nancy) a prôné l'emploi de l'oxymel scillitique, qui lui aurait donné des succès nombreux et décisifs.

Le médicament est bien accepté par les enfants, même les plus jeunes, il n'est pas dangereux, comme la plupart des autres. On le donne, loin du repas, entre cinq et six heures du soir par exemple, par cuillerées à café de dix en dix minutes : quatre à cinq cuillerées à café, de deux à trois ans; six cuillerées à café, au-dessus de trois ans. Chez les enfants à la mamelle, on compte par gouttes (XX à LX par jour).

Ce médicament, de l'avis même de ses partisans, n'est pas un spécifique, mais il abrégerait la durée de la période spasmodique et favoriserait la sécrétion bronchique. L'oxymel scillitique employé doit être de *première qualité*.

Pour faciliter l'expectoration, Albrecht a eu recours à la pilocarpine, que je n'oserais pas conseiller :

Chlorhydrate de pilocarpine	25 milligrammes.
Cognac	5 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères.	25 —
Eau distillée.	70 —

Une cuillerée à café après chaque quinte.

M. de Almeida a essayé la créosote :

Sirop de tolu.	100 grammes.
Créosote.	5 —

Trois cuillerées à café par jour.

Créosote de hêtre. . . .	25 centigrammes.
Sulfonal.	20 —
Sirop de tolu.	150 grammes.

Mêlez : à prendre une cuillerée à café toutes les deux heures; agitez avant de s'en servir.

Café et caféine. — L'usage du café dans la coqueluche a été vulgarisé par Jules Guyot; quoiqu'il ait beaucoup exagéré les effets de cette médication, si facilement acceptée par les adultes et même par les enfants, on doit la conserver, surtout dans les cas de vomissements incoercibles et quand il y a indication de remonter et d'exciter les malades. On a employé tour à tour le café torréfié et le café vert. On fait infuser vingt grains de café vert dans 150 grammes d'eau et on sucre.

L'infusion de café torréfié se prépare suivant le procédé bien connu des cuisinières.

Cette méthode étant trop banale, on a eu recours à la caféine et à ses sels, particulièrement au valérianate de caféine :

Valérianate de caféine. . .	1gr50.
Eau-de-vie.	20 grammes.
Sirop de café.	250 —

Deux à quatre cuillerées à café suivant l'âge.

Valérianate de caféine. .	40 centigrammes.
Sucre pulvérisé.	4 grammes.

Faire vingt-quatre paquets; deux à trois par jour (Cadet de Gassicourt).

Médicaments divers. — En Angleterre, on s'est adressé à un médicament dangereux, qu'il faut manier avec prudence, l'ouabaïne (1). On prend une solution mère ainsi composée :

Ouabaïne.	6 centigrammes.
Eau distillée.	50 grammes.

Avec cette solution, on prépare la potion suivante, dont on donne trois à quatre cuillerées à café par jour :

Solution mère d'ouabaïne . .	XVIII gouttes.
Sirop d'écorces d'oranges amères.	30 grammes.
Eau distillée.	150 —

L'acide phénique a été conseillé à l'intérieur; mais les

(1) Voir CRINON. *Les médicaments nouveaux.*

enfants sont trop sensibles à l'action de ce remède et je m'abstiens de le recommander.

Je ne recommande pas davantage la mixture du docteur Rothe, dite *iodo-phénol*, et dont voici la formule :

Acide phénique.	ââ	1 gramme.
Alcool.		
Teinture d'iode.		X gouttes.
— de belladone. . . .		2 grammes.
Eau de menthe poivrée. . . .		50 —
Sirop d'opium.		10 —

A donner, par cuillerées à thé, toutes les heures ; étendre d'un volume égal d'eau pour les enfants au-dessous d'un an.

L'iodure de potassium a été prescrit par M. de Beaufort :

Iodure de potassium. . .	90 centigrammes.
Alcoolature d'aconit. . .	75 —
Sirop de baume de tolu.	60 grammes.

Une à huit cuillerées à café suivant l'âge.

D'autres ont vanté le benzoate de soude :

Benzoate de soude.	5 grammes.
Eau de fleurs d'oranger. . . .	10 —
Eau de tilleul.	70 —
Sirop de Désessartz.	30 —

Par cuillerées à café d'heure en heure.

Dans les cas de dyspepsie avec vomissements, anorexie, West prescrit :

Acide chlorhydrique dilué. .	XXXII gouttes.
Teinture d'opium.	IV —
Sirop de mûres.	16 grammes.
Eau.	60 —

Une cuillerée à dessert, trois fois par jour.

Trousseau faisait prendre à l'enfant, après le vomissement, une demi à 1 goutte de laudanum et manger immédiatement après. On a remarqué que la vaccine, chez un certain nombre d'enfants, abrégeait la durée de la coqueluche et diminuait son intensité ; on s'empressera donc de vacciner les petits coquelucheux qui n'auraient pas été inoculés.

Après cet exposé des principales médications générales de la coqueluche, je vais passer en revue les médications plus directes : les badigeonnages, les pulvérisations, les inhalations, les insufflations nasales, etc.

Badigeonnages de la gorge. — M. Labric a obtenu l'atténuation et la diminution de fréquence des quintes coqueluchiales, en portant, plusieurs fois par jour, dans le fond de la gorge, un pinceau imbibé de solution cocaïnée à 1 p. 20.

Chlorhydrate de cocaïne. . .	1 gramme.
Eau distillée.	20 grammes.

Moncorvo conseille trois badigeonnages par jour de la région épiglottique, avec une solution de résorcine à 1 p. 50.

Résorcine pure.	2 grammes.
Infusion concentrée de coca.	100 —

Cette médication, purement palliative d'ailleurs, ne réussit pas toujours et comporte quelques risques ; les enfants se débattent, le contact du corps étranger peut être l'occasion d'une quinte violente. Bref, il ne faut pas généraliser l'emploi des badigeonnages pharyngiens. Les pulvérisations et inhalations n'ont pas les mêmes inconvénients.

Pulvérisations. — Les pulvérisations ont été très fréquemment employées ; elles sont utiles, ne serait-ce qu'en maintenant dans l'atmosphère du malade un certain degré d'humidité. On peut les faire soit dans la chambre, soit directement, en face du malade, de telle sorte que la solution pulvérisée arrive directement dans les voies respiratoires.

On se servira soit d'un pulvérisateur à vapeur, soit d'un pulvérisateur à main.

On dirigera, trois ou quatre fois par jour, dans la gorge du malade, une gerbe des liquides suivants :

Bromure de potassium. . . .	5 grammes.
Eau distillée.	100 —

Ou bien :

Acide phénique.	1 gramme.
Glycérine.	50 grammes.
Eau.	200 —

Ou encore :

Thymol.	10 grammes.
Alcool.	250 —
Eau.	750 —

(Bouchut.)

Les pulvérisations d'eau tiède, d'eau boriquée, d'eau salicylée, d'eau naphtolée, peuvent remplacer les précédentes.

Le chloroforme a été utilisé de la façon suivante : on met, dans un pulvérisateur à main, une cuillerée à soupe d'eau chaude, à laquelle on ajoute deux fois autant de gouttes de chloroforme que l'enfant a d'années, et on fait quatre pulvérisations par jour.

Après les tentatives de M. Bergeon, dirigées contre la tuberculose pulmonaire, on a appliqué les lavements gazeux (carboniques ou sulfureux) au traitement de la coqueluche ; on fait ainsi une pulvérisation de dedans en dehors.

Inhalations. — Les inhalations gazeuses ont joui d'une très grande faveur ; des médecins de valeur (Commenge) ont prétendu que le séjour des coquelucheux dans les salles d'épuration des usines à gaz avait pour résultat l'atténuation et l'abréviation de la maladie. H. Roger a fait la critique de cette méthode qui, pour des avantages problématiques, offre de graves inconvénients.

Sans bannir, de la thérapeutique de la coqueluche, la pratique des inhalations, on doit la restreindre et la fixer au domicile des malades.

C'est pour cela que M. Garnier a fait brûler des trochisques, formés de naphtaline et de charbon, dans la chambre des enfants.

M. Chavernat a perfectionné le procédé : mettez 15 à 20 grammes de naphtaline dans un récipient en faïence placé sur un réchaud garni de charbons ardents ; bientôt la naphtaline entre en fusion et dégage des vapeurs argentines que l'on fait respirer aux enfants et qui, d'après l'auteur de la méthode, calmeraient les quintes.

Le passage des enfants dans une chambre où l'on vient de brûler du soufre (20 grammes par mètre cube) serait favorable, d'après quelques médecins. On a encore conseillé les

inhalations des vapeurs qui se dégagent en projetant, sur une pelle chauffée au rouge, une pincée du mélange suivant :

Oliban	} ââ
Styrax	
Benjoin	

On peut encore faire inhaler de l'eau chloroformée ou quelques gouttes d'éther, de chloroforme sur le coin d'un mouchoir.

Les inhalations d'oxygène seraient assez efficaces et à coup sûr inoffensives ; dans le même ordre d'idées, je dois parler des bains d'air comprimé qui ont fourni des succès dans quelques cas rebelles. On enferme les enfants deux ou trois heures par jour dans la chambre pneumatique jusqu'à soulagement.

Insufflations nasales. — Michaël (de Hambourg) a mis à la mode un traitement imprévu qui a réussi quelquefois ; il consiste à faire priser aux enfants, ou à leur projeter dans les narines, à l'aide d'un insufflateur ou d'un cornet de papier, des poudres diverses : benjoin, quinine, bismuth, etc.

Moizard préconise le mélange suivant :

Benjoin pulvérisé	} ââ	5 grammes.
Salicylate de bismuth		
Sulfate de quinine		1 gramme.

Guerder mêle l'acide borique au café :

Acide borique	} ââ	5 grammes.
Poudre de café torréfié		

Une prise tous les jours.

Guttmann a insufflé le *sozoïodol sodique.*

On peut essayer le mélange suivant :

Antipyrine	} ââ	1 gramme.
Chlorhydrate de quinine		
Acide borique		2 grammes.
Sous-nitrate de bismuth		5 —

Une insufflation tous les jours dans chaque narine.

Marfan conseille de mettre dans chaque narine, trois ou quatre fois par jour, après avoir mouché l'enfant, gros comme un pois de la pommade suivante :

Acide borique	6 grammes.
Menthol	5 centigrammes.
Vaseline	30 grammes.

Je n'ai pas encore parlé du traitement de la coqueluche par les révulsifs cutanés dont on a abusé jadis et qui sont aujourd'hui abandonnés.

S'il est permis, en cas de bronchite, de dyspnée permanente, de couvrir le thorax de ventouses sèches, de faire des badigeonnages iodés, d'appliquer des cataplasmes sinapisés, il est absolument inutile et il peut être dangereux de faire une révulsion plus énergique. Les vésicatoires, les frictions avec l'huile de croton, avec la pommade stibiée (Autenrieth), n'empêchent pas la coqueluche de suivre son cours et ont l'inconvénient d'affaiblir les enfants et d'ouvrir la porte à des complications et à des infections cutanées.

L'emploi du vésicatoire n'est justifié que dans les cas de complications inflammatoires (bronchite capillaire, bronchopneumonie, pleurésie). Si les frictions révulsives sont à redouter, les frictions calmantes n'offrent pas d'inconvénients. On fera, sur le devant de la poitrine, matin et soir, une friction légère avec la pommade suivante :

Axonge	30 grammes.
Extrait d'opium	2 —

On peut remplacer l'extrait d'opium par la morphine ou le chloroforme (H. Roger).

II

Traitement des complications et des suites. — Les accidents et complications de la coqueluche sont la source de quelques indications thérapeutiques. Je ne m'arrêterai pas aux défécations et mictions involontaires, qui n'ont pas grande importance. Les vomissements en ont davantage ; j'ai déjà indiqué quelques remèdes dirigés contre eux : le café, l'acide chlorhydrique, le laudanum. Je dirai plus loin les précautions à prendre pour assurer l'alimentation du malade, entravée et compromise par le vomissement.

Pour prévenir la *chute du rectum,* assez commune dans la coqueluche, on fera la compression manuelle au moment des quintes ou on appliquera à l'enfant un bandage spécial.

S'il se produit ou s'il existait déjà une *hernie inguinale* ou *ombilicale*, on fera porter des bandages appropriés.

L'*ulcération sublinguale*, si commune dans la coqueluche, peut se creuser, s'étendre, se recouvrir d'un exsudat diphtéroïde, s'accompagner d'une stomatite plus ou moins vive. Dans ce cas, on sera obligé de la toucher, soit avec le crayon de nitrate d'argent mitigé, soit avec un pinceau trempé dans le collutoire suivant :

Borax	2 grammes.
Miel rosat	10 —

Le chlorate de potasse pourra être substitué ou ajouté au borax.

Quand la *bronchite* survient ou s'exagère, quand la fièvre s'allume ou redouble, on maintient l'enfant au lit, on insiste sur l'emploi des balsamiques, des émollients, de l'aconit. On peut prescrire, à l'exemple de H. Roger :

Infusion de violettes		30 grammes.
Sirop d'althœa		15 —
Sirop de digitale	} ââ 5 à	20 —
— d'aconit		

Si la *broncho-pneumonie* apparaît, on suspend ou on modère la médication antispasmodique, et on insiste sur les toniques, le quinquina, l'alcool ; on prescrit :

Julep gommeux	60 grammes.
Extrait de quinquina	2 —
Eau-de-vie	20 —

Par cuillerée à café, de deux en deux heures.

On applique des ventouses sèches, des cataplasmes sinapisés ; on fait inhaler de l'oxygène.

Si, par suite de la violence des quintes, il survient de l'*emphysème sous-cutané*, on peut soulager le malade en faisant des frictions et des ponctions avec un trocart capillaire.

Le *pneumothorax* guérit généralement bien, mais il peut exiger la thoracentèse (menace d'asphyxie).

Si l'enfant, dans une crise spasmodique, tombe en syncope, on le flagelle avec un linge mouillé d'eau froide, on

excite la pituitaire avec les barbes d'une plume, on exerce des tractions rythmiques sur la langue, on le plonge dans un bain sinapisé, on fait la respiration artificielle, on électrise le diaphragme.

En cas de manifestations *délirantes*, on prescrit une potion au musc :

Eau distillée de tilleul	40 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger . . .	20 —
Teinture de musc	x gouttes.

S'il y a des *convulsions* avec fièvre, on plonge l'enfant dans un bain frais ou tiède (25 à 30 degrés).

S'il y a de l'agitation, sans convulsions, les bains tièdes prolongés (32-34 degrés) sont très efficaces.

Contre les hémorragies nasales répétées ou abondantes, on fera des irrigations avec de l'eau très chaude (Trousseau), ou bien on insufflera dans les narines des poudres astringentes : tannin, alun, ratanhia. On mettra des sinapismes aux mollets ou bien on donnera des bains de pieds sinapisés.

Les blennorragies conjonctivales n'exigent aucun traitement.

Contre les suites plus ou moins éloignées de la coqueluche, l'anémie, la pâleur, l'amaigrissement, l'anorexie, la bronchite chronique, on conseillera le *changement d'air*, l'usage des ferrugineux (sirop d'iodure de fer, eau d'Orezza), des amers (sirop de gentiane, sirop de quinquina), et enfin les eaux thermales : eaux sulfureuses des Pyrénées, du Dauphiné, de la Savoie, eaux arsenicales du Mont-Dore, de la Bourboule. C'est surtout dans les cas de bronchite persistante que la cure mont-dorienne est indiquée; s'il n'y a que de l'asthénie, de l'anémie, la Bourboule est préférable.

III

Hygiène thérapeutique. — L'hygiène a une grande importance dans le traitement de la coqueluche; pour les cas légers, elle est suffisante; pour les cas intenses, elle prête une assistance sérieuse à la pharmaceutique. Je vais examiner successivement ce qui a trait au logement, au vêtement, aux sorties et déplacements, et enfin à la nourriture. Mais auparavant, je parlerai des petits soins dont le coqueluscheux doit être entouré au moment de ses quintes et de l'hygiène générale qui lui convient.

Petits soins, etc. — Au moment des quintes, si l'enfant est couché, on le fera asseoir vivement et on lui prêtera appui. S'il est debout, on le soutiendra en lui mettant la main sur le front, on l'aidera à se débarrasser des mucosités filantes qui lui viennent à la bouche. On s'assurera qu'il n'est pas gêné dans ses vêtements et qu'il n'a autour du cou aucun lien constricteur.

Pour prévenir le retour des quintes, on fera le calme autour du malade, on ne le contrariera pas, on lui évitera les émotions, on ne lui demandera aucun effort. J'ai bien souvent provoqué des quintes de coqueluche en voulant examiner la gorge avec l'abaisse-langue. Si l'enfant crie, pleure, se défend, la crise est presque inévitable.

Logement. — La chambre du coquelucheux sera autant que possible vaste, aérée, visitée par le soleil; tout en maintenant une température assez élevée (18 degrés), on assurera une ventilation suffisante. Au besoin, on fera changer de chambre, si l'appartement le permet, en ayant soin que la pièce nouvelle dans laquelle pénètre l'enfant ait une température à peu près égale à celle de la chambre qu'il vient de quitter.

Les chances de refroidissement seront moindres si l'enfant est condamné au lit (formes graves, fébriles, compliquées).

Dans les hôpitaux où l'on isole les coquelucheux, on cherchera à lutter contre l'encombrement qui y règne trop souvent, et on ne placera qu'un petit nombre de malades dans chaque salle. Un sanatorium à la campagne, avec jardins, pavillons séparés, serait préférable à l'hospitalisation.

Sorties et promenades. — Faut-il laisser sortir les enfants atteints de coqueluche?

S'il y a de la fièvre, une forte bronchite, une bronchopneumonie, il faut prescrire le séjour à la chambre et même au lit. Mais si la maladie évolue simplement, sans complication, sera-t-on aussi sévère? Quelques auteurs ont exagéré les précautions dans ce sens.

Archambault voulait qu'on maintînt à la chambre ou au lit les coquelucheux à la première et à la seconde période; il recommandait même, quand on les changeait de chambre, de s'assurer que la température de la seconde n'était pas inférieure à celle de la première. Il croyait que, en exagérant ces précautions jusqu'à la minutie, on préparait une coqueluche bénigne, courte, exempte de complications. Il affirmait même que, dans sa clientèle, lorsqu'il était appelé au début et lorsqu'il avait carte blanche, il ne voyait plus de coqueluches graves. Il avait noté que les sorties par un temps frais étaient suivies d'une recrudescence de la toux; pour lui, le refroidissement avait une action funeste sur la coqueluche, et les coqueluches d'hiver étaient plus intenses et plus dangereuses que celles d'été. N. Guéneau de Mussy était également très sévère sur ce chapitre, et il n'autorisait jamais les sorties pendant l'hiver.

M. Cadet de Gassicourt, tout en reconnaissant la nécessité d'éviter le refroidissement, dit qu'il faut se garder de rendre les digestions plus difficiles et d'aggraver l'anémie par la séquestration. Déjà les enfants, sujets à vomir à la suite des quintes, s'alimentent mal; ce n'est pas impunément qu'on les privera du grand air et du soleil.

Dans cette question des sorties et des promenades, il faut tenir compte à la fois de l'âge de l'enfant, de l'intensité de sa maladie, de la température extérieure. On sera très prudent à l'égard des enfants en bas âge (au-dessous de deux ans), et on ne les sortira que par le beau temps. De même, si la coqueluche est violente, fébrile, accompagnée de bronchite. Au contraire, si l'enfant est vigoureux, sans fièvre notable, si le temps est favorable, on n'hésitera pas à le faire sortir tous les jours.

La promenade ne devra jamais être poussée jusqu'à la fatigue; la course, les jeux violents, seront interdits. La seule fatigue qui résulte d'une promenade trop longue peut se traduire par un redoublement des quintes. J'ai vu deux petits enfants, à la fin d'une coqueluche qui ne présentait plus que des quintes rares et atténuées, être repris tous les deux de quintes violentes avec vomissements, le soir d'une promenade d'une durée inusitée.

Non seulement les promenades sont permises, avec les restrictions que je viens d'indiquer, mais encore les dépla-

cements lointains, les changements d'air sont parfois la seule ressource qui reste à une thérapeutique désemparée.

Quand une coqueluche se prolonge outre mesure, quand l'enfant dépérit, refuse la nourriture, quand l'état général s'aggrave en dépit de tout traitement, on doit essayer les changements d'air et de climat, le transport de l'enfant à la campagne. Sous l'influence de ce changement brusque et absolu, on voit quelquefois la maladie tourner court, et l'enfant renaître.

Vêtements. — Si l'enfant sort, on le couvrira de flanelles et de vêtements chauds, sans cesser d'être légers. Même quand il reste à la chambre, et quand il joue tranquillement auprès du feu, on ne laissera pas de le couvrir convenablement. Le refroidissement doit être évité à tout prix. Sans doute, il ne faut pas exagérer et s'exposer à provoquer des sueurs qui, tout en affaiblissant le petit malade, le rendraient plus sensible au froid; mais comme il est condamné à des promenades tranquilles, sans courses, sans fatigue, la transpiration est peu à craindre. Ce n'est que par les temps très chauds qu'on pourra, sans cesser l'usage de la flanelle, alléger les vêtements.

Alimentation. — L'alimentation présente parfois de grandes difficultés, à cause des vomissements; on augmentera le nombre des repas, tout en diminuant leur importance; on choisira le moment qui suit une forte quinte pour faire manger l'enfant. Il aura plus de chances de garder les aliments. Quelques auteurs veulent qu'on ne donne que des solides ou des purées de viandes et de légumes, sous prétexte que l'estomac, moins encombré, moins distendu, offrira moins de prise aux quintes. Cette sorte de diète sèche ne m'a pas paru acceptable; la plupart des enfants gravement atteints ont perdu l'appétit, et on a bien de la peine à leur faire prendre autre chose que des liquides. Sans proscrire les viandes hachées, les gelées, les cervelles, le riz de veau, les crèmes, etc., quand l'enfant pourra les ingérer, je fonde plus d'espoir sur le régime lacté, qui convient à la généralité des cas.

La nuit, quand l'enfant se réveillera, on aura toujours une tasse de lait ou de bouillon à lui offrir.

Si l'enfant est encore au sein, on le fera téter après les grandes quintes et moins souvent qu'à l'état normal; s'il recevait en même temps une autre alimentation, on la supprimerait, ne laissant que l'allaitement

Pour les enfants sevrés et déjà grands, il suffit parfois de changer l'heure des repas pour mettre un terme aux vomissements.

IV

PROPHYLAXIE. — La coqueluche étant une maladie éminemment contagieuse, on doit isoler rigoureusement tout enfant qui en est atteint. La quarantaine sera longue, six semaines au moins, souvent deux ou trois mois. Tant que l'enfant conserve des quintes, il est suspect, et il ne doit être rendu à la vie commune qu'après la disparition de tout accès. Cependant, on voit des enfants guéris de la coqueluche présenter, longtemps après, à l'occasion d'un refroidissement, d'un rhume accidentel, des quintes coqueluchoïdes qui ne sont pour ainsi dire qu'une réminiscence, une habitude morbide; ces enfants ne sont pas dangereux pour les autres.

L'isolement, pour être absolument efficace, devrait être appliqué dès le début du mal; or, le diagnostic de la coqueluche à la première période est difficile ou impossible; on tiendra compte du milieu et des circonstances pour interpréter certaines toux opiniâtres que l'auscultation n'explique pas. On sera d'autant plus sévère que les enfants menacés par la contagion seront plus jeunes. Si une femme, sur le point d'accoucher, est entourée d'enfants atteints de coqueluche, on les éloignera pour éviter à la mère et surtout au nouveau-né futur les dangers de la contagion.

La contagion est très facile et très rapide; deux enfants se rencontrent, causent ou jouent ensemble pendant quelques minutes, cela suffit. Les mères qui fréquentent les jardins et les promenades doivent savoir cela, afin d'écarter résolument tout enfant suspect.

Dans les hôpitaux, l'isolement s'impose; il n'est pas difficile à réaliser, car le microbe de la coqueluche rendu avec l'air expiré ne va pas loin; une zone de quelques mètres peut être suffisante pour l'isolement d'une salle ou d'un pavillon.

Il est douteux que la coqueluche puisse être transportée par des tiers (médecins, élèves, infirmières); cependant, on prendra les précautions d'usage pour éviter la propagation : propreté, isolement du personnel. Le peu de vitalité du germe morbide rend sa destruction facile; une chambre habitée par un coquelucheux peut être purifiée par la ventilation, les pulvérisations phéniquées. S'il y a eu décès, la désinfection devra être plus complète.

A l'hôpital, la désinfection en grand des salles habitées par les coquelucheux sera faite aisément par les moyens puissants dont on dispose aujourd'hui (lessivages au sublimé, étuve à vapeur).

V

RÉSUMÉ; CONDUITE A TENIR SUIVANT LES CAS. — Un enfant est atteint de coqueluche, comment faut-il le traiter? Si le cas est léger, bénin, si les quintes sont rares et courtes, si le catarrhe bronchique est nul ou insignifiant, s'il n'y a pas de fièvre, si l'appétit est conservé, si l'on est en présence de la forme que Roger appelait *coqueluchette*, il n'y a pas de traitement pharmaceutique à instituer, l'hygiène suffit, ou à peu près.

On surveillera l'enfant, on l'empêchera de sortir par les temps froids, on lui fera porter des vêtements chauds, on lui donnera des boissons chaudes, des tisanes de violettes, de capillaire, de fleurs pectorales, édulcorées avec le sirop de tolu.

On pourra prescrire une des potions suivantes, conseillées par H. Roger;

1° Infusé de mauve. . . . . 60 grammes.
Sirop d'althœa. . . . . 30 —
Sirop de thridace . . . . . . 10 —

2° Solution de gomme . . . . . 60 grammes.
Sirop de capillaire. . . . . . 30 —
Eau de laurier cerise. . . . . 1 gramme.

Par cuillérées à dessert de deux en deux heures.

Si le cas est de moyenne intensité, avec quintes fortes, catarrhe bronchique, on commencera par un vomitif (ipéca) qu'on répétera, si besoin est, tous les huit jours, quand l'enfant le supportera bien. On donnera en même temps une

potion à la belladone (x à xx gouttes de teinture, une à deux cuillerées à café de sirop). S'il y a de l'insomnie, on donnera le chloral (10 à 20 centigrammes), le sirop de codéine (5 à 10 grammes), et, dans la seconde enfance, le sirop de morphine (1 à 5 grammes).

La fréquence du pouls indiquera l'usage de la digitale (sirop 4 à 10 grammes, teinture IV à X gouttes). H. Roger associait parfois la digitale à l'atropine :

Sirop de digitale	50 grammes.
Valérianate d'atropine. .	2 milligrammes.

Deux à 15 grammes par jour.

Contre la fièvre, on donnera la quinine (15 à 50 centigrammes suivant l'âge).

Si la coqueluche est plus intense, si les quintes sont très violentes et très nombreuses, et si la belladone est impuissante, même à doses élevées, on essaiera l'antipyrine (10 centigramnes par année d'âge), l'oxymel scillitique, le chloroforme (10 à 40 grammes du sirop, VI à XXX gouttes de chloroforme). On entretiendra des vapeurs médicamenteuses dans la chambre de l'enfant (eau boriquée, phéniquée, thymolée).

Les insufflations nasales de poudres seront toujours essayées à cause de leur innocuité; de même les inhalations d'oxygène, l'air comprimé.

En cas de persistance des quintes violentes, on prescrira, sans compter beaucoup sur elles, les teintures de drosera, de lobelia, de grindelia, etc.

Si les vomissements sont trop fréquents, on insistera sur l'usage du café. S'il y a une agitation excessive, on donnera des bains tièdes prolongés.

Dans les formes très graves, l'enfant gardera le lit, dans une chambre chaude, mais largement aérée.

Si tous les médicaments échouent, si l'enfant dépérit, perd l'appétit, les forces, on aura recours au changement d'air, qui, seul parfois, permet d'espérer la guérison.

Quand le catarrhe bronchique coqueluchial passe à la chronicité, on donne des balsamiques (sirop de térébenthine ou de bourgeons de sapin, tolu, etc.). On essaie la gomme ammoniaque :

Infusion d'aunée ou de serpentaire de Virginie. .	75 grammes.
Sirop de coquelicot . . .	25 —
Gomme ammoniaque 10 à	50 centigrammes.

(H. Roger.)

Enfin, on enverra les enfants au Mont-Dore, si les remèdes n'ont pu achever la guérison, et si la bronchite chronique a succédé à la coqueluche. Si des signes d'adénopathie trachéo-bronchique surviennent, c'est sur la Bourboule qu'il faut diriger les petits malades. On peut même leur faire boire l'eau de la Bourboule à domicile, huit ou dix jours par mois (un quart à trois quarts de verre par jour).

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les tuberculoses cutanées (1), par R. DU CASTEL.

Une monographie des tuberculoses cutanées devait naturellement prendre place dans cette collection, dont chaque volume est destiné à la mise au point d'une des nombreuses questions de la pathologie profondément remaniées par les travaux récents.

La conception de la tuberculose cutanée a subi profondément le contre-coup des découvertes faites sur la nature de la tuberculose et de son agent infectieux : on a nettement démontré que les lésions dites simplement scrofuleuses étaient, en réalité, des lésions tuberculeuses.

Il est bien curieux, par exemple, de constater la variété de cette flore tuberculeuse de la peau, et cette variété, non expliquée encore, est bien faite pour intriguer le médecin. C'est une des grandes questions de la pathologie générale, et ici encore se pose l'éternelle question : les modifications observées sont-elles sous la dépendance d'une modification de la graine morbide ou du terrain récepteur?

On trouve, en effet, successivement énumérées, à titre de variétés de tuberculoses cutanées, les maladies suivantes : les tuberculoses inoculées accidentelles, qui comprennent le tubercule anatomique, le lupus scléreux de M. Vidal et la tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf; le lupus proprement dit, ulcéreux ou non ulcéreux; le lupus érythémateux; les ulcérations tuberculeuses de la peau, ulcérations secondaires relativement fréquentes chez les phtisiques, considérées pendant longtemps comme les lésions exclusivement et réellement tuberculeuses de la peau, et, enfin, les gommes scrofulo-tuberculeuses.

Il faut dire, toutefois, que la nature tuberculeuse du lupus érythémateux, bien que très probable, n'est pas encore absolument démontrée, il est possible que ce soit une lésion à part. Même en le défalquant, il reste encore une riche série de faits dont il faut établir les signes directs, le diagnostic différentiel et le traitement. M. R. du Castel s'est acquitté de cette tâche avec beaucoup de bonheur. Il a exposé clairement des choses qui sont, du reste, d'une complication plus apparente que réelle.

(1) In-16. Bibl. Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

CORRESPONDANCE

Lyon, 13 avril 1893.

A Monsieur le Directeur de la Gazette des hôpitaux.

Monsieur le Directeur,

Dans le numéro de la *Gazette des hôpitaux* du 13 avril, que je viens de recevoir, je relève la phrase suivante : « Tous les orateurs qui ont pris la parole sur cette *question du typhus*, soit à la Société médicale des hôpitaux, soit à l'Académie, nous ont fort bien renseignés sur la marche de l'épidémie, sur la symptomatologie de la maladie, sur la prophylaxie. Ils n'ont oublié qu'un seul point : c'est la *question du traitement*. Or, je crois que la plupart des praticiens qui, d'un jour à l'autre, peuvent se trouver en présence d'un cas de typhus, ne seraient pas fâchés de savoir *s'il n'y a pas autre chose à faire qu'à en prévenir M. le Préfet de police.* »

Après avoir souri de ce trait d'esprit d'une si fine ironie, je me suis senti « mordu » par la leçon qu'il donne à tout médecin et me trouvai, sans l'avoir voulu, la plume à la main pour vous écrire.

Il faut prévenir M. le Préfet de police, mais il y a autre chose à faire, et un traitement plus efficace à instituer que celui qui, sur 74 typhiques signalés par M. Dujardin-Beaumetz (26 à Nanterre, 15 à la prison de la Santé, 13 à l'Hôtel-Dieu, 2 à la Charité, 1 à Cochin, 1 à Lariboisière, 1 en ville), et par M. Lancereaux (15 à Estrepagny) en a laissé mourir 26. C'est une mortalité de 35 p. 100! et l'on ne peut dire que les malades survivants guériront tous!

Pas plus que les médecins de ma génération, je n'ai vu de typhus exanthématique; mais combien, questions d'anatomie pathologique et d'étiologie mises à part, le tableau tracé par M. Dujardin-Beaumetz, d'après l'épidémie actuelle, ressemble à celui de l'ancienne fièvre typhoïde, celle que, depuis l'application systématique de l'eau froide, ne connaît pas la jeune génération

médicale! Analogie tellement frappante que, au début de l'épidémie, la plupart des cas ont été considérés comme des fièvres typhoïdes!

Quels sont, en effet, en outre de l'éruption, les grands traits symptomatiques? Ce sont l'ataxo-adynamie intense, la stupeur, l'état typhoïde, l'hyperthermie de 40 degrés, la langue sèche et rôtie dès les premiers jours, la mort entre le huitième et le neuvième jour; à l'autopsie, toutes les altérations communes aux maladies infectieuses. Il ne manque anatomiquement que les altérations de la muqueuse intestinale pour que ces typhus soient des fièvres typhoïdes. Les malades meurent de la fièvre.

Or, s'il est un tableau clinique devant lequel les médecins les plus réfractaires à l'adoption du traitement de la fièvre typhoïde par l'eau froide font céder leur intransigeance, c'est certes bien celui-là! Les plus fidèles aux drogues ou à l'expectation admettent que ce syndrome, lorsqu'il apparaît dans le cours d'une fièvre typhoïde, constitue une formelle indication de changer de tactique pour recourir à l'eau froide. Et ils agiront de même, qu'il s'agisse de scarlatine, de rougeole, de pneumonie, de rhumatisme: ils combattront la fièvre.

Avec le typhus, la conduite ne peut être différente. Il s'agit d'une maladie dont la mortalité est à ce jour, malgré les ressources actuelles de la thérapeutique et les nouvelles théories de la fièvre, de 35 p. 100 sous la direction des plus habiles praticiens. Demain, cette mortalité peut s'élever à 40 ou 50 p. 100.

Ce n'est pas à cause de ses lésions intestinales qu'on traite la fièvre typhoïde par le froid, c'est à cause de son syndrome typhique : ce n'est pas parce que le typhus ne présente aucune lésion intestinale à l'autopsie, qu'on doit négliger de combattre chez lui par l'eau froide ce même syndrome typhique.

Dans un cas comme dans l'autre, le traitement par l'eau froide sera héroïque contre le syndrome et si la fièvre typhoïde, dépouillée de ses symptômes typhiques, guérit si bien, il n'en peut être autrement du typhus exanthématique.

Au reste l'expérience, justifiée par l'impuissance de toute autre thérapeutique, ne sera pas nouvelle.

Ouvrons le livre de Brand (1), et voici, à la page 357, le titre que nous lisons : *Influence du traitement par l'eau froide sur la symptomatologie et la marche générale du typhus exanthématique.* Dans le chapitre de 20 pages, avec observations et tracés, consacré à ce sujet, nous relevons les phrases suivantes qui sont soulignées :

Page 358 : « Tous les symptômes se dissipent sous l'influence du traitement par l'eau froide avec une telle perfection (Vollkommen) que ni le malade, qui a recouvré complètement son sensorium, ne formule aucune plainte, ni le médecin ne trouve rien, à part les symptômes de la fièvre et l'exanthème caractéristique, à noter dans son observation. »

Plus loin, page 365 : « La température moyenne s'abaisse graduellement de jour en jour à partir du début du traitement comme dans la fièvre typhoïde (Voir les tracés annexés). »

Enfin Brand termine en résumant ainsi qu'il suit l'impression que lui ont laissée les 24 malades atteints de typhus qu'il a soignés par l'eau froide.

Page 376 : « L'impression que j'ai acquise par le traitement de ces cas graves, la régularité de la marche de la maladie et la certitude avec laquelle on pouvait sauver la vie du malade, me font admettre que l'influence du traitement par l'eau froide, sur la mortalité, doit être aussi favorable dans le typhus exanthématique que dans la fièvre typhoïde. Les règles du traitement sont les mêmes dans les deux maladies. »

Qu'ajouter? Les affirmations de Brand sur la valeur curative de l'eau froide dans la fièvre typhoïde sont-elles fondées? Quel est le médecin, qui, ayant appliqué sa méthode des bains froids, l'ait abandonnée, à moins qu'il ne soit un expérimentateur ou qu'il l'ait mal appliquée? Quel médecin, l'ayant appliquée dans l'esprit de ses prescriptions, n'en est enthousiaste et ne s'est convaincu qu'elle ne peut être modifiée, telle que Brand l'a tracée, sans détriment pour les malades? Ce ne sont ni Juhel-Rénoy qui, le premier, l'a appliquée à Paris, il y a sept ans, ni Tripier et Bouveret qui, dans leur livre, il y a huit ans, comme l'a fait Juhel-Rénoy cette année dans le sien, confirment de point en point toutes les assertions de Brand, ni certes moi qui ai importé cette méthode il y a vingt ans, à Lyon, et n'ai cessé de la surveiller avec le soin le plus jaloux, tellement ardente est ma conviction éprouvée, au sujet de son rôle bienfaisant et de sa haute portée pratique.

La méthode est très connue. Elle a été exposée dans tous ses détails à maintes reprises (1).

Il me semble que tout médecin appelé à soigner un typhus peut hardiment assumer la responsabilité de le traiter par les bains froids. S'il n'en était pas ainsi, qu'une démarche de ce genre ne fût pas condamnable et que ma compétence dans l'application de ce traitement fût acceptée, je serais heureux d'être admis, à titre purement humanitaire, à partager la responsabilité de l'installation des bains froids dans la salle d'isolement d'un des hôpitaux qui reçoivent des typhus. Ma situation, par le fait de raisons de santé, de médecin auprès d'une station thermale m'en donne le temps en ce moment; elle exclut, en outre, toute arrière-pensée désobligeante pour moi relativement au mobile qui me fait écrire cette lettre.

Veuillez agréer, cher confrère, l'assurance de mes sentiments tout dévoués.

Dr Frantz Glénard (de Lyon).

(1) Brand. *Die Wasserbehandlung der typhœsen Fieber*, 2e édit., Tubingen 1877.

(1) F. Glénard. *Lyon méd.*, 1873, et *Bull. méd.*, 1888. — Tripier et Bouveret, 1887. — Juhel-Rénoy, 1893.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Marrotte, médecin honoraire des hôpitaux, qui vient de s'éteindre à l'âge de quatre-vingt-quatre ans. Les obsèques de ce vénéré maître ont eu lieu aujourd'hui au milieu d'un grand concours de confrères et d'amis; — et de M. le docteur G.-A. Danet, ancien médecin du ministère de l'Intérieur, médecin en chef de l'ambulance du Luxembourg pendant la guerre de 1870. C'est en cette qualité que, grâce à son énergique résistance, pendant la Commune, M. Danet a sauvé du pillage et de l'incendie le palais du Luxembourg. Ses obsèques auront lieu samedi 15 courant, à dix heures très précises, en l'église de la Madeleine.

Guide et questionnaire de tous les examens de médecine, suivi de programmes de conférences pour la préparation à l'externat et à l'internat des hôpitaux, par le docteur Berton (3e édition entièrement refondue). 1 fort vol. in-12, cartonné à l'anglaise. — Prix : 4 francs. — Paris, Félix Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

55

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.112	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères*, *douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..............		
Chlorure de sodium..............		
Matières organiques..............		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

51

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

60

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-l'Abbé, Paris**

84

TRAITEMENT DE LA PHTISIE

par la **calcification méthodique** et l'emploi des **phosphates physiologiques** *de*

VIAL



PARIS, 22 et 19, r. Drouot.

Création d'une atmosphère artificielle, appropriée à l'état du malade, en tout lieu sans frais par l'**INHALATEUR VIAL.**

22

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

49

ANÉMIE, CHLOROSE, ÉPUISEMENT

Affaiblissement général

HÉMOGLOBINE SOLUBLE

de V. DESCHIENS

PRINCIPE FERRUGINEUX NATUREL, RÉPARATEUR DES GLOBULES DU SANG

SIROP, VIN, DRAGÉES préparées par **Adrian et Cie**
9 et 11, rue de la Perle, PARIS

12

DYSPEPSIES ATONIQUES

COLIQUES HÉPATIQUES et NÉPHRÉTIQUES

La QUASSINE ADRIAN

EXCITE L'APPÉTIT ET DÉVELOPPE LES FORCES

DRAGÉES dosées à 25 mgr **Quassine amorphe.**
GRANULES dosées 2 mgr **Quassine cristallisée.**

22

COLIQUES HÉPATIQUES
COLIQUES NÉPHRÉTIQUES
COLIQUES UTÉRINES

CAPSULES BRUEL

D'ÉTHER AMYL VALÉRIANIQUE

Spécifique des maladies nerveuses en général. Le plus puissant et le plus inoffensif des calmants et antispasmodiques.

32

TUBERCULOSE PULMONAIRE

PLEURÉSIE D'ORIGINE TUBERCULEUSE
Bronchites aiguës et chroniques
Dilatation des bronches, Bronchorrhée

GAIACOL IODOFORMÉ SÉRAFON

& GAIACOL-EUCALYPTOL IODOFORMÉ SÉRAFON

en CAPSULES pour l'usage interne.
en SOLUTIONS pour injections hypodermiques.

Préparation et vente en gros : Mon ADRIAN et Cie, Paris.

33

CONSTIPATION HABITUELLE

GUÉRIE PAR LES PILULES DE

CASCARA MIDY

2 fr. 50 le flacon.

Phie MIDY, faubourg Saint-Honoré, Paris.

50



NOUVEAU BANDAGE

Inventé par le Dr PRÉVOST.

Expérimenté avec succès dans les hôpit. de Paris, présenté à la Soc. de chir. (22 avril 1891) et accepté avec un rapport des plus favorables, **ce bandage,** *à pression élastique, fixe, sans ressort lombaire ni sous cuisse,* **contient les hernies les plus rebelles.**
Env. sr tte dem. MÉYRIGNAC, 229, r. St-Honoré, Paris.

97

EAU MINERALE FERRUGINEUSE

OREZZA (CORSE)

ANÉMIE, CHLOROSE, DYSPEPSIE

LA PLUS RICHE EN FER & EN ACIDE CARBONIQUE

Sans rivale dans toutes les maladies provenant de **l'Appauvrissement du sang** *ou de* **l'Insuffisance de nutrition.**

52

Goutte, Gravelle, Rhumatismes, etc.

BENZO-LITHINE GRANULÉE DU Dr CHASSIN

Benzoate de lithine et extrait d'arenaria rubra.

Le fl., 5 fr. Rue des Tournelles, 2, Paris, et phies.

90

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

99

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE

Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

PRIX du flacon : 4 francs.
DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

29

ELIXIR, VIN, *SACCHARURE*, EUPEPTIQUE

KOLA-MONAVON

Médicament, cardio-vasculaire, Anti-neurasthénique, Tonique reconstituant, Aliment d'épargne
contre *Atonie générale, Convalescence, Débilité, Neurasthénie, Affections cardiaques.*

Elixir dosé à 1gr20 noix de kola pr cuillerée à bouche.



Saccharure dosé à 1gr20 noix de kola pr cuillerée à café.

Phie MONAVON, Lyon, 10, r. de Trion, et ttes phies.

23

INTESTINS FOIE



EAU de CHATEL-GUYON Source GUBLER

47

CARBONATE DE GAÏACOL

" HEYDEN "

EN SACHETS DE 25 GRAMMES

CARBONATE de CRÉOSOTE de HÊTRE

" HEYDEN "

EN FLACONS DE TOUTES DIVISIONS

OLÉOCRÉOSOTE

" HEYDEN "

EN FLACONS DE TOUTES DIVISIONS

Exiger le Cachet

" HEYDEN "

pour être sûr de la pureté des produits.

DÉPÔT DANS TOUTES LES PHARMACIES

Représentant-dépositaire pour la vente en gros :
L. BARBERON,
3, rue de Sévigné, PARIS.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 17 avril 1893.

LES AFFECTIONS CRANIO-CÉRÉBRALES

DEVANT LE CONGRÈS DE CHIRURGIE

TOPOGRAPHIE CRANIO-CÉRÉBRALE. — Nombreux sont les procédés qui permettent de tracer à la surface de la calotte cranienne, la projection des circonvolutions cérébrales et des différents centres encéphaliques. M. Clado a pensé que tous les procédés, jusqu'ici recommandés, présentaient plusieurs côtés défectueux : ils utilisaient des points de repère basés sur des chiffres constants, alors que l'enveloppe cranienne est essentiellement variable d'un sujet à l'autre ; ils nécessitaient l'emploi de compas, de rubans métriques. M. Clado propose, au contraire, un procédé simple et pratique et qui, suivant cet auteur, permettrait de dessiner les rapports cranio-cérébraux avec une précision presque mathématique, dès que le sujet a atteint sept à huit ans.

La *scissure de Rolando* a son extrémité supérieure à un travers de doigt en arrière de la ligne naso-inienne. Une ligne, tracée de ce point au sommet de l'angle formé par l'arcade zygomatique et le bord postérieur de l'os malaire, dessine exactement le tracé du sillon de Rolando, dont l'extrémité inférieure est à un travers de doigt au-dessous du milieu de cette ligne.

La *scissure de Sylvius* a été très exactement déterminée par M. Poirier, elle se trouve sur une ligne (naso-lambdoïdienne) partant de la racine du nez et passant un peu au-dessus du lambda.

Les *trois circonvolutions frontales* sont coupées en deux parties par une ligne tangente à la partie postérieure de l'apophyse mastoïde et coupant la ligne de Rolando à l'union de son tiers inférieur et de ses deux tiers supérieurs. Cette ligne passe exactement au milieu du cap de la troisième circonvolution frontale.

Ces lignes sont faciles à déterminer, l'expérience permettra de vérifier leur exactitude.

Nous avons déjà signalé l'observation de MM. Tillaux et Walther sur un KYSTE DERMOÏDE DE L'INION à la fois extra et intra-cranien. C'est là un fait rare et qui porte comme enseignement que, dans ces cas comme dans tous les autres cas de kystes dermoïdes, l'extirpation ou la destruction complète de la poche peuvent seules assurer la guérison définitive. Le malade qui fait le sujet de l'observation lue au Congrès avait déjà été opéré en province en 1888. Le malade présentait des troubles cérébraux. Mais l'opération ne porta que sur la partie intra-cranienne de la tumeur ; une fistule persistait et les accidents cérébraux revenaient dès que l'évacuation du foyer sous-jacent était insuffisante. M. Walther ouvrit largement la poche intra-cranienne et la cautérisa au chlorure de zinc. Les accidents cérébraux disparurent, mais la plaie n'est pas encore guérie et une portion de la poche paraît avoir échappé à l'action du caustique. Il est donc à craindre qu'une nouvelle intervention devienne ultérieurement nécessaire.

Les AFFECTIONS TRAUMATIQUES de l'encéphale ont bénéficié des progrès de la chirurgie moderne.

On sait que la mort et des accidents graves résultent des traumatismes encéphaliques, lorsqu'une partie essentielle de l'encéphale a été directement atteinte par l'agent traumatique ou que des accidents septiques ont suivi l'ouverture traumatique de la boîte cranienne. Si aucun centre important n'est lésé, si aucun phénomène infectieux ne complique la plaie, la guérison peut survenir même après pénétration de corps étranger, témoin le cas de plaie du cervelet, présenté au Congrès par M. Dupiouy (de Rochefort).

Mais si tous les malades ne succombent pas, il peut néanmoins persister, à la suite des traumatismes, des accidents d'ordre nerveux qui constituent une infirmité et un danger. Parmi ces accidents tardifs, l'épilepsie jacksonnienne est un des plus fréquents (1). M. Warnott (de Bruxelles), sur 32 opérations qu'il a pratiquées sur le cerveau, est intervenu 10 fois pour épilepsie jacksonnienne traumatique tardive. Une fois, il a dû faire l'excision d'un centre moteur. La conclusion de ses observations est qu'il convient d'opérer de bonne heure si l'on veut avoir des résultats thérapeutiques définitifs ; le chirurgien de Bruxelles n'est pas loin d'admettre la trépanation du crâne à la suite d'un traumatisme, pratiquée comme moyen préventif. Nous acceptons volontiers la première partie des conclusions, opérer de bonne heure, dès que se manifestent les signes d'épilepsie jacksonnienne, mais nous ne saurions accorder qu'il faille intervenir avant que l'épilepsie soit apparue, car rien ne dit qu'elle apparaîtra jamais.

(1) Voir *Gaz. des hôpitaux*, 1888, p. 457, « L'épilepsie jacksonnienne », par M. Paul BERBEZ.

Aux observations de M. Warnott, il convient d'ajouter celle de M. Malherbe (de Nantes), qui confirme les premières conclusions. En voici le résumé :

Une femme, âgée de cinquante-deux ans, tombe sur la tête, de la hauteur d'un premier étage. On constate une large plaie de la région frontale droite, au-dessus du sourcil; la plaie est nettoyée, désinfectée, suturée. Les premiers jours, tout se passe régulièrement; mais le cinquième jour survinrent des accidents convulsifs avec début facial, gagnant le côté droit du corps, puis se généralisant aux quatre membres. M. Malherbe pratiqua la trépanation du frontal; l'os était épais, mais absolument sain; la dure-mère fut incisée crucialement; le cerveau parut sain. La plaie opératoire fut drainée à la gaze iodoformée. Les convulsions cessèrent aussitôt après l'intervention, mais l'intelligence et la mémoire ne revinrent que quatre jours après. La guérison fut rapidement complète et ne s'est pas démentie depuis sept mois.

A ces faits, publiés au Congrès, nous pourrions en ajouter un autre, fort démonstratif, observé au mois de janvier dernier, par M. Ricard, à l'hôpital des Enfants-Malades. C'était un jeune garçon de sept à huit ans, ayant reçu, dans la région pariétale gauche, un coup de timon de voiture. La plaie avait suppuré, mais s'était réunie et complètement guérie. Six semaines après, les parents constatent une légère parésie du membre supérieur droit; puis il survint une légère attaque épileptiforme. M. Ricard pratiqua la trépanation, trouva une dure-mère adhérente, et au-dessous un cerveau sain en apparence; une ponction à la seringue de Pravaz montra que cette intégrité de la surface était trompeuse et qu'il existait un abcès profond, qu'il fallut inciser et drainer. Trois semaines après la guérison était complète, dès le lendemain de l'opération, le bras droit avait repris sa force, et depuis nulle attaque épileptique n'est survenue. Ce fait n'est-il pas en faveur de l'intervention précoce dans les cas d'épilepsie traumatique ?

Affections non traumatiques de l'encéphale. — Si la chirurgie active est recommandable pour les accidents traumatiques, elle ne l'est guère pour les affections spontanées. Nous avouons être peu séduit par les faits nouveaux de trépanation, pratiqués par M. Warnott, pour épilepsie essentielle. L'observation de M. Mauny (de Saintes) pour hydrocéphalie chronique, ne nous paraît guère encourageante.

Il s'agit d'un enfant de neuf ans présentant, depuis trois ans, des accidents épileptiformes. Limitées d'abord au côté droit, les crises se généralisèrent et devinrent surtout plus nombreuses dans ces derniers temps (il y en eut jusqu'à vingt-cinq par vingt-quatre heures). La vie était directement menacée en raison de l'affaiblissement progressif de l'enfant, qui était devenu flasque, vacillant, et ne vivant plus, en somme, que de la vie végétative.

En présence d'un cas où il semblait exister une localisation du côté des circonvolutions ascendantes gauches, je fis porter la perte de substance osseuse à gauche, croisant le sillon rolandique. J'agrandis l'ouverture à la pince gouge, sur une étendue de 8 centimètres environ, et incisai la dure-mère dans le sens antéro-postérieur. Je ne découvris aucune lésion appréciable, et mon action se borna simplement à donner issue à une assez grande quantité de liquide encéphalique. Une ponction aspiratrice du ventricule latéral donna peu de liquide. Le manteau cérébral s'affaissa et la décompression, ainsi obtenue, amena une disparition des crises pendant cinq jours. Les accidents se montrèrent de nouveau et plus intenses que jamais, dès que cessa le suintement céphalique.

Le petit malade succomba le dix-septième jour, dans un état de prostration marquée, sans fièvre ni vomissements. Il n'y eut pas de méningite, et l'issue fatale a été amenée ici par la reproduction du liquide encéphalique et l'hypertension cérébrale. La reproduction rapide du liquide est, en effet, du plus fâcheux pronostic dans toutes les opérations qui ont pour but de desserrer le cerveau (méningites aiguës, apoplexies séreuses, tumeurs intra-cérébrales). La grande difficulté consiste à prévenir le suintement trop abondant.

Si les faits analogues à celui que je viens de rapporter ne plaident pas, jusqu'ici du moins, en faveur de l'intervention, la craniectomie n'en restera pas moins une opération justifiée dans certaines formes d'hydrocéphalie, ne serait-ce que pour mettre les malades dans les dernières chances de salut. Mais il faut d'autres faits pour juger la question.

M. Broca rappelle, à ce propos, que l'enfant qu'il a présenté à la Société de chirurgie, et chez lequel il avait pratiqué le drainage du ventricule latéral, a vu sa contracture disparaître, mais est resté complètement idiot. Dans un autre cas d'hydrocéphalie, consécutif à la cure d'un spina bifida, l'enfant est mort épuisé, en quelques heures.

M. Calot relate le fait d'un enfant hydrocéphale qu'il a ponctionné avec succès, trente fois, et qui a succombé à la trente et unième ponction, faite par un chirurgien de Berlin.

Aussi, malgré l'avis de M. Piéchaud, qui préconise, dans certains cas d'hydrocéphalie, la craniectomie d'abord, puis la ponction avec drainage dans une deuxième séance, nous croyons que les résultats fournis par les craniectomies n'ont pas confirmé les espérances premières, et que, dans l'avenir, il faut se montrer très sobre de ces opérations dont les indications nous paraissent d'une bien rare exception.

Les épidémies se suivent à Paris; il nous manquait encore le typhus exanthématique, nous l'avons maintenant, après la grippe et le choléra.

M. Bourcy, qui, dans la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, avait déjà rapporté brièvement l'histoire de deux cas de typhus observés par lui dans le service de M. Brouardel à la Charité, revient cette fois sur ces deux cas et donne lecture à la Société (14 mars) des deux observations cliniques détaillées :

Le jeudi 30 mars se présentaient, à la consultation de l'hôpital de la Charité, en sollicitant leur admission, deux malades, garçons de cuisine l'un et l'autre, occupant la même chambre et partageant le même lit. A un examen sommaire, ils paraissaient atteints de fièvre typhoïde, aussi furent-ils immédiatement reçus à l'hôpital. Les deux malades présentèrent, en somme, des symptômes presque superposables que l'on peut résumer ainsi qu'il suit :

Début brusque de l'affection, haute élévation thermique initiale ou tout au moins rapide; injection de la face et des conjonctives, absence de signes abdominaux; constipation, éruption précoce avec caractères spéciaux (répartition, confluence, élément hémorragique); période nerveuse brusquement et nettement établie, aboutissant dans un cas à la mort, dans l'autre à une dépression thermique en discordance avec la persistance du mauvais état général et à une guérison sans convalescence. Ajoutons encore que, dans ce cas, les renseignements donnés par l'autopsie et l'examen bactériologique furent absolument négatifs.

On peut donc légitimement fixer le diagnostic de typhus exanthématique.

M. Comby donne à son tour une observation de la même infection. Il s'agit d'un homme de vingt-trois ans, exerçant la profession de couvreur. Il avait été pris, trois jours auparavant, de frissons, de céphalalgie, de vertiges. Le soir de son entrée, la stupeur était très prononcée, la face vultueuse, les yeux injectés et larmoyants. Le malade présenta de la constipation presque pendant toute la durée de son affection, excepté au début. Le soir du deuxième jour, le thermomètre marquait 40 degrés et se maintenait à ce chiffre pendant une semaine. Le troisième jour, il se manifesta un délire impulsif intense. Puis apparut une éruption, un rasch morbilliforme à l'épigastre, aux avant-bras, aux poignets, aux mains et aux cuisses.

Le 24 mars (dixième jour du séjour à l'hôpital), la défervescence brusque se produisit, accompagnée de polyurie et de sueurs profuses.

Le traitement fut le suivant :

Régime lacté, tisane vineuse, sulfate de quinine, potion de Todd avec quinquina... Le malade venait du Dépôt, où il avait séjourné pendant plusieurs mois et dont il était sorti le 8 mars, soit quelques jours après la constatation des premiers cas de typhus dans cette prison.

Ce cas, le seul qui ait été observé à l'hôpital Tenon, est resté stérile, quoiqu'il n'ait été pris aucune mesure d'isolement ni de désinfection. Le malade est guéri depuis trois semaines, et il est à espérer que la contagion n'aura fait aucune victime.

A la suite de ces observations, MM. Roger, Thibierge, Rendu, Huchard, rapportent des faits du même ordre qu'ils ont pu observer ces derniers temps.

Enfin, M. Du Cazal rapporte à la Société l'observation d'une *fièvre typhoïde sans dothiénentérie.* Son malade présenta tous les symptômes les plus classiques de l'infection typhique, infection d'ailleurs rendue évidente par l'examen bactériologique. La rate hypertrophiée contenait le bacille d'Eberth à l'état de pureté, et cependant, à l'autopsie, il n'existait pas trace de lésion intestinale.

Ces faits, encore rares, nous obligent évidemment à abandonner les idées que, sous l'influence de l'École anatomique, nous nous étions faites du caractère pathognomonique des lésions intestinales dans la fièvre typhoïde.

Il s'est agi, chez le malade de M. Du Cazal, d'une véritable septicémie typhique. On conçoit, d'ailleurs, que le bacille typhique puisse porter son action sur des organes très différents, et cela sous des influences inconnues, mais qu'il n'entre pas nécessairement par la voie intestinale. Chez l'un, pour ne parler que des faits connus, nous le verrons provoquer une dothiénentérie; chez l'autre, il déterminera une méningite; chez celui-ci, il sera le point de départ d'une pleurésie; chez celui-là enfin, il agira à la manière des septicémies, sans déterminer aucune lésion d'organes.

HOPITAL NECKER. — M. PETER.

Les oreillons.

Vous venez d'observer dans le service plusieurs cas d'oreillons. La plupart ont été bénins. Ils ont évolué rapidement, sans fièvre, sans métastase. J'ai eu le soin de vous faire remarquer que s'il n'existait pas d'hyperthermie générale, l'hyperthermie locale, indice certain de la fluxion parotidienne, était constante. Chez une de nos malades, alors que la température dans l'aisselle atteignait seulement 37°2, la température, au niveau des parotides, montait à 37°6. Chez cette malade, j'ai pu également vous faire constater très nettement que, de chaque côté, le canal de Sténon participait à l'inflammation, formant un petit gonflement, véritables oreillons internes intra-buccaux. Vous verrez l'intérêt de ce fait pour la pathogénie. L'affection a d'ailleurs évolué chez elle simplement, sans complications, sans métastases du côté de la mamelle ou de l'ovaire.

Les oreillons, chez l'adulte, sont loin d'évoluer toujours avec cette simplicité. Chez l'homme, en particulier, l'orchite ourlienne constitue une complication grave immédiatement, grave par ses suites éloignées. Brusquement, ordinairement sous l'influence d'un refroidissement, le gonflement parotidien s'atténue. Le malade est pris d'une douleur atroce dans l'un des testicules, parfois même dans les deux. C'est d'une véritable orchite portant sur le corps même de la glande et non d'une épididymite qu'il s'agit. Or, vous savez combien la tunique albuginée est dure, résistante, combien elle se prête mal à la distension. Le gonflement résultant de l'hyperhémie ne peut trouver place. Les douleurs sont épouvantables. La fièvre est intense. C'est la febris testicularis de Morton. M. Laveran, dans un cas, a vu la température s'élever d'un bond de 37 à 41 degrés.

Cet étranglement des tubes séminifères hyperhémiés par la tunique albuginée rigide n'entraîne pas seulement une vive réaction locale et générale. La compression amène une atrophie rapide. Pour qu'elle soit complète, quarante-huit heures suffisent parfois. Les rares examens qu'on a pu pratiquer montrent alors que le testicule est revenu, ratatiné sur lui-même. La tunique albuginée est ridée, plissée. A l'intérieur, les tubes séminifères sont agglomérés en une masse solide. Ils n'ont plus leur lumière. Ils ont perdu leur épithélium sécréteur. Il s'agit, vous le voyez, de tout autres lésions que de la simple oblitération de l'épididyme à la suite de l'orchite blennorragique. Ici c'est le testicule même qui a disparu en temps qu'organe actif. Si les deux testicules ont été atteints, le malade est devenu un véritable eunuque.

La réaction sur la santé ultérieure sera profonde. Les glandes, et en particulier le testicule, exercent sur l'ensemble de l'organisme une influence très grande. La sécrétion testiculaire est bien, de temps à autre, excrétée et rejetée au dehors. Mais dans l'intervalle de ces excrétions intermittentes se produit une résorption continue. C'est d'ailleurs le principe même des belles recherches de M. Brown-Séquard et l'influence que peut exercer la liqueur spermatique sur la vigueur chancelante de l'organisme est aujourd'hui démontrée. Il s'agit, dans ce cas, d'injections sous-cutanées artificielles. Il s'agit, à l'état normal, d'une résorption spontanée. Un fait analogue se produit après l'atrophie ou l'ablation des ovaires. Là encore, à l'état normal, il y avait résorption entre chaque excrétion menstruelle. Ce n'est pas impunément que cette résorption disparaît. Il serait facile de vous citer d'autres exemples de l'influence des glandes soit excrétantes, soit simplement vasculaires, sur l'organisme. Il suffira de vous rappeler l'importance du corps thyroïde et des capsules surrénales. Voici deux glandes dont le rôle physiologique nous est absolument inconnu. Mais la pathologie montre que l'ablation ou l'atrophie du corps thyroïde produit une maladie bien déterminée, le myxœ-

dème. De même, les lésions des capsules surrénales aboutissent à la maladie d'Addison.

Quelle est la pathogénie de l'orchite ourlienne dont vous venez de voir la gravité ? En admettant même l'origine microbienne des oreillons, origine sur laquelle je reviendrai tout à l'heure, il est difficile d'admettre un transport des microbes par le sang. Pourquoi ces microbes iraient-ils se fixer si souvent sur le testicule, si rarement sur les autres organes ? Pour ma part, je préférerais admettre un acte de synergie réflexe. La synergie fonctionnelle des glandes de l'organisme n'est pas douteuse. C'est cette synergie fonctionnelle qui se transforme en synergie morbide.

Mais l'important est que vous sachiez prévenir cette complication et la traiter si vous n'avez pu la prévenir. Pour prévenir l'orchite, le point important est de mettre le malade à l'abri des refroidissements. La chaleur, l'ouate autour du cou, voilà le grand traitement des oreillons, le grand moyen préventif de l'orchite. Pour combattre l'orchite dès le début, pour atténuer les douleurs atroces et empêcher l'atrophie produite par la compression des tubes séminifères, rien ne vaut les émissions sanguines locales. Une application de quatre ou six sangsues, le long du cordon, amènera une détente immédiate. Les phénomènes généraux s'amenderont en même temps que les phénomènes locaux. Et cette application serait, bien entendu, répétée en cas de retour offensif de l'hyperémie.

La pathogénie même des oreillons, intéressante au point de vue de la prophylaxie, comprend deux éléments distincts. Bien que ces microbes n'aient jamais pu être inoculés, les recherches de MM. Capitan et Charrin, celles de M. Ollivier, ont démontré, dans la salive, la présence de bâtonnets mobiles et de microcoques qui ont pu être reconnus et cultivés. S'agit-il de micro-organismes extrinsèques ? S'agit-il plutôt de micro-organismes normaux de la bouche devenus pathogènes ? Le fait reste à discuter. C'est par les conduits excréteurs, parotidiens, que se fait la transmission et Virchow avait déjà bien cru que c'était là que débutait l'exsudat. Cette existence de microbes dans la salive permet de prévoir le mode de contagion des oreillons : cette contagion d'une affection qui n'avait ni éruption, ni desquamation, ni liquides excrétés, avait beaucoup intrigué les anciens observateurs. La durée du pouvoir contagieux paraît longue, fait important pour la pratique. Bernutz l'a vue excéder six semaines. L'isolement doit donc être rigoureux et prolongé. Tous les médecins ont observé des faits où le premier cas d'oreillons avait été méconnu, pris pour une adénite, un érysipèle, une fluxion dentaire même et avait répandu autour de lui la maladie.

Mais ce premier élément ne suffit pas. Il faut, de plus, pour que l'organisme ne se défende pas contre cette invasion, un état général préexistant.

Pour les oreillons, cet état général préexistant sera souvent léger. Pour la parotidite, un état général grave sera nécessaire. Le dernier cas de parotidite que j'ai observé était par exemple survenu chez un malade surmené par ses fatigues professionnelles et mondaines, ayant autrefois souffert de congestion hépatique, affaibli tout récemment par un érysipèle grave. Et quand parfois les oreillons suppurent, fait rare dont nous avons eu dernièrement un exemple dans la salle et qui établit une transition entre les oreillons et la parotidite, là encore, il faut surtout invoquer l'état général préexistant.

En résumé donc, les cas d'oreillons que nous avons observés n'ont pas seulement un intérêt pratique, en raison des complications sérieuses toujours à craindre chez l'adulte. Leur intérêt n'est pas moindre au point de vue de la pathologie générale.

DE LA LOCALISATION DE LA SYPHILIS
DANS LE CERCLE CILIAIRE CHOROÏDIEN

Par le docteur GALEZOWSKI.

Le globe de l'œil est, plus que toute autre partie de notre organisme, prédisposé à être atteint par la syphilis ; les membranes protectrices, aussi bien que les parties essentielles de la vision, sont prises aussi souvent les unes que les autres. Ces faits sont connus de longue date, mais ce dont personne ne s'était douté jusqu'ici, c'est que la syphilis a une prédisposition toute particulière à se localiser dans la région ciliaire de la choroïde. C'est un fait qui me paraît de la plus haute importance, et que je viens de démontrer dans un travail que j'ai lu dernièrement à l'Académie de médecine.

La partie du fond de l'œil, dont le travail incubateur est le plus actif, est incontestablement l'ora serrata, et c'est là que les lésions syphilitiques apparaissent les premières. On n'avait, jusqu'à présent, l'habitude de n'examiner que la partie postérieure du fond de l'œil, la macula, le nerf optique, etc. Mais ce que personne n'avait vu avant moi avec l'ophtalmoscope, ce sont les lésions du cercle ciliaire. J'ai démontré, en effet, dans mon travail lu à l'Académie, que cette région est très souvent atteinte dans les affections constitutionnelles de l'organisme, telles que la goutte, la tuberculose, etc.

Aujourd'hui, vous me permettrez d'attirer votre attention sur les altérations de l'ora serrata dans la syphilis.

Depuis plus de sept ans j'étais frappé de voir des atrophies choroïdiennes se cantonner dans l'ora serrata, sur des malades atteints de troubles visuels, chez lesquels le reste du fond de l'œil était complètement intact ; je me suis mis alors à examiner l'ora serrata chez tous les syphilitiques. Mais comme avec les instruments ordinaires on n'arrive pas à éclairer l'ora serrata, car elle se trouve masquée par l'iris et le cristallin, j'ai fait construire par M. Peuchot, opticien, une lentille prismatique, qui en détournant les rayons lumineux vers sa base, permet d'apercevoir des lésions auparavant invisibles. Ces recherches m'ont conduit à de vraies découvertes, que je prends la liberté de vous communiquer aujourd'hui, en un petit résumé, me promettant ultérieurement de vous exposer la même question en détail.

Voici le résultat de mes recherches :

1° Toutes les fois qu'une iritis syphilitique est accompagnée d'une kératite ponctuée, qu'elle soit ancienne ou récente, on trouve des points de choroïdite atrophique dans l'ora serrata.

2° Dans les kératites interstitielles parenchymateuses, lorsque ces dernières sont dues à la syphilis héréditaire, on trouve dans le cercle ciliaire des plaques disséminées dans l'ora serrata, qui s'étendent quelquefois sur le segment postérieur, mais le plus souvent confinées à la région ciliaire. Je soigne précisément en ce moment, avec mon confrère le docteur Gaume, une jeune fille atteinte de kératite interstitielle ancienne, que rien n'avait pu modifier pendant longtemps. Étant parvenu à éclairer l'ora serrata, et y ayant découvert des taches syphilitiques, non douteuses, nous avons soumis cet enfant à un traitement par les frictions mercurielles, et depuis l'amélioration a fait de si rapides progrès, qu'aujourd'hui la kératite est presque complètement guérie.

3° Les choroïdites syphilitiques diffuses, avec troubles et flocons du corps vitré, présentent toujours des altérations atrophiques de l'ora serrata, et les flocons sont dus à cette dernière lésion.

4° Dans les atrophies des papilles ataxiques, qui sont le plus

souvent syphilitiques, comme cela a été démontré par M. le professeur Fournier, et par mes propres recherches, j'ai trouvé presque toujours des plaques de choroïdites atrophiques et pigmentaires vers l'ora serrata.

5° Dans les névrites syphilitiques cérébrales ou cérébro-spinales, on constate vers l'ora serrata des signes non douteux de choroïdite atrophique syphilitique. J'ai eu l'occasion de démontrer ces altérations à M. Fournier, chez deux malades que nous avons soignés ensemble, et qui ont été l'un et l'autre guéris par notre traitement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 avril 1893. — Présidence de M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

RAPPORT

Laparotomies. — M. JALAGUIER fait un rapport sur deux observations adressées par M. Michaux. Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de trente-trois ans, mécanicien, qui reçoit une violente contusion sur l'abdomen. Il tombe aussitôt dans un collapsus complet d'où il ne sort qu'après quelques heures. Quand il fut revenu à lui, il accusa une violente douleur sous-hépatique. L'état général n'était pas mauvais, mais le blessé était très pâle et son facies était grippé. M. Michaux soupçonnant une rupture intestinale fit la laparotomie. Il trouva, en effet, une rupture du gros intestin, près de l'angle du côlon; il y avait une hémorragie considérable; il y avait plus d'un litre et demi de sang épanché dans le péritoine; il y avait aussi quelques matières fécales, mais en très petite quantité. M. Michaux fit la suture de l'intestin divisé et pratiqua un lavage à l'eau bouillie de la cavité abdominale. Les suites de l'opération furent bonnes et le malade fut promptement guéri.

M. Michaux, à propos de ce fait, divise les cas de contusions de l'abdomen en trois catégories : les cas légers, les cas moyens, les cas graves. Il range parmi les cas moyens le fait qu'il vient de rapporter. Il fut poussé à intervenir, dans ce cas, par le souvenir d'un fait malheureux, dont il avait été récemment témoin : il s'agissait d'un homme ayant reçu une contusion violente dans l'abdomen; les symptômes graves apparurent très promptement; on attendit cependant puis on se décida à intervenir. On trouva une péritonite généralisée. Le malade mourut quelques heures après l'opération. M. Michaux est convaincu qu'il eût guéri ce malade s'il l'avait opéré plus tôt.

M. Michaux croit donc pouvoir conclure de ces faits, que l'intervention chirurgicale précoce est absolument indiquée dans les cas moyens de contusion abdominale avec soupçon de rupture intestinale ou d'hémorragie. Plus, dans ces cas, la laparotomie est hâtive, plus elle a de chances d'être suivie de guérison. M. Jalaguier adopte cette manière de voir. Toutefois, il pense avec MM. Chavasse, Moty, Chauvel, qu'il serait inopportun et dangereux de proposer la laparotomie exploratrice d'emblée dans les cas légers, parce que ces cas, pour la plupart, guérissent spontanément. Dans le cas rapporté par M. Michaux, les symptômes étaient suffisamment accusés pour justifier une laparomie hâtive.

Le second cas, communiqué par M. Michaux, a trait à l'extraction d'une compresse iodoformée de 35 centimètres de long, oubliée, au cours d'une opération, dans la cavité abdominale et retrouvée cinq mois après dans l'intestin. Il s'agissait d'une jeune fille de vingt-quatre ans, ayant subi une ovariotomie double puis, quelque temps après, une hystérectomie vaginale, des douleurs ayant reparu peu de temps après la castration ovarienne. Comme cette jeune fille souffrait de nouveau, elle vint une troisième fois demander les secours de la chirurgie. M. Michaux, sentant une masse diffuse dans l'abdomen, et croyant à des adhérences intestinales, fit une nouvelle laparotomie médiane, trouva une masse intestinale agglutinée, fit, en cherchant à dégager ces anses intestinales, une déchirure à l'intestin grêle, à travers laquelle il vit sourdre un morceau de gaze iodoformée. Il en pratiqua l'extraction; comme il y avait une grande déchirure il fit la résection de 10 à 12 centimètres d'intestin grêle, et fit une suture de Lembert. L'opération n'avait pas duré moins de deux heures un quart. Les suites immédiates en furent bonnes, mais cette jeune fille finit par succomber à une péritonite chronique septique.

M. le rapporteur rapproche de ce fait celui d'une malade chez laquelle un morceau de gaze ayant pénétré dans l'intestin fut spontanément évacué. Comment, dans ces cas, peut-on expliquer la pénétration du corps étranger dans l'intestin? Pour résoudre cette question, M. Jalaguier s'est livré à un certain nombre d'expériences sur des lapins. Ces expériences lui ont permis de constater, tout d'abord, qu'une gaze introduite à plat dans la cavité abdominale, se roule presque aussitôt en une masse dure, qui contracte des adhérences avec la paroi intestinale à travers laquelle elle finit par pénétrer dans la cavité même de l'intestin. Chez une chienne, un morceau de gaze, introduit dans la cavité péritonéale, a ainsi pénétré dans l'utérus. Sur deux chiens et huit lapins, il n'y a pas eu d'accidents à la suite de l'introduction de morceaux de gaze dans le ventre. Il n'en est pas de même avec des éponges. Sur cinq lapins, chez lesquels on avait introduit des éponges dans le ventre, quatre ont succombé.

COMMUNICATIONS

Polype naso-pharyngien. — M. PICQUÉ communique l'observation d'un jeune homme atteint d'un polype naso-pharyngien qui donnait lieu à des hémorragies fréquentes et abondantes. Il en a eu huit en dix-huit mois. La respiration nasale était impossible, le malade se plaignait d'une grande céphalalgie. M. Picqué se décida à l'opérer. Il fit d'abord la trachéotomie et opéra ce polype par la voie palatine. Il y eut une hémorragie abondante qui fut arrêtée cependant par un tamponnement à la gaze iodoformée, qui aurait été impossible sans la trachéotomie préalable. La restauration du voile et de la voûte s'est faite spontanément. Il s'agissait d'un fibro-myxome telangiectasique.

M. Picqué fait ressortir, dans ce fait, les avantages de la trachéotomie préventive à laquelle on s'est longtemps montré opposé en France.

M. VERNEUIL fait observer qu'on voit bien moins de ces polypes naso-pharyngiens aujourd'hui qu'autrefois. Autrefois il était partisan, dans ces cas, des opérations radicales et préconisait les voies larges, l'ablation du maxillaire supérieur. Depuis il a changé d'avis et est revenu aux errements de Nélaton, c'est-à-dire à l'emploi des petites voies, au choix de la voie palatine. Il rapporte l'observation d'un infirmier de l'Hôtel-Dieu qui était atteint d'un polype naso-pharyngien tellement développé, qu'il n'osait pas y toucher. Il se décida cependant à fendre le voile du palais et à réséquer la voûte palatine au thermocautère. Il réséqua ensuite, avec une chaîne d'écraseur, 7 centimètres du polype. Il restait un tronçon, mais le malade fut très soulagé. Il fit plusieurs fois, sur ce tronçon, des applications profondes de thermocautère, puis introduisit dans les puits, ainsi formés, de l'acide chromique. Après douze ou quinze applications, ce malade se trouvait dans une situation aussi favorable que possible. Dans ces conditions, la trachéotomie préventive devient inutile et il n'y a pas à craindre de pneumonies septiques consécutives. M. Verneuil demande donc qu'on remette en honneur les procédés de douceur pour le traitement des polypes naso-pharyngiens.

M. MONOD, tout en se montrant partisan de la trachéotomie préventive, cite un fait dans lequel il a eu à regretter de l'avoir faite, cette opération ayant très péniblement impressionné le malade qui s'est laissé mourir.

M. CHAMPIONNIÈRE défend la trachéotomie préventive qui, dans des cas analogues, lui a rendu les plus grands services. Il insiste également sur la nécessité, dans ces cas, d'abaisser fortement la tête.

M. BERGER a fait plus de douze fois la résection totale du maxillaire supérieur et jamais il n'a eu recours à la trachéotomie

préventive. Il a eu des hémorragies considérables au cours de ces opérations, mais il a toujours pu s'en rendre maître.

La séance est levée.

LE DOCTEUR DANET

Le docteur Danet, qui vient de mourir, ne s'est pas seulement fait connaître par ses travaux et sa haute situation dans la clientèle parisienne. Il y a dans son histoire une page qui mérite d'être retenue. C'est à lui que l'on doit la conservation du Palais du Luxembourg qui, pendant la commune, allait être livré au pillage et à l'incendie, sans l'énergique et la courageuse intervention de Danet, alors médecin en chef de l'ambulance militaire du Luxembourg.

Ses obsèques ont eu lieu samedi. M. Bardet, au nom de la Société de médecine et de chirurgie pratiques dont le docteur Danet a été président, M. Lefèvre, au nom de ses compatriotes de Morlaix et M. Brochin ont successivement pris la parole sur sa tombe. Voici le discours de notre collaborateur M. le docteur Brochin :

Après le juste tribut d'éloges que vous venez d'entendre décerner au savant, à l'éminent praticien, à l'homme de bien que nous pleurons, j'aurais à m'excuser de prendre la parole à mon tour, si les circonstances ne m'avaient rendu témoin d'un épisode de la vie de Danet que je crois devoir rappeler sur sa tombe ; car il lui donne, en quelque sorte, droit de cité dans la reconnaissance de la postérité. Je veux parler du sauvetage du Palais du Luxembourg.

Bien que les événements auxquels je fais allusion soient déjà loin, ils sont encore vivaces dans le souvenir de ceux qui les ont vus s'accomplir. Ce n'est ici ni le lieu, ni le moment de les discuter. J'en veux seulement retenir la belle et brillante conduite de notre cher ami, conduite qui lui valut sa croix d'officier, dont on peut dire qu'il la gagna sur le champ de bataille.

Nommé, en 1870, médecin en chef de l'ambulance militaire du Luxembourg, le docteur Danet apporta, dans l'exercice de ces délicates fonctions, un zèle, un tact, une autorité auxquels ses collaborateurs et ses chefs se sont plu à rendre justice. Il s'y montra aussi parfait clinicien qu'habile administrateur ; il n'eut pas seulement l'occasion d'y déployer ses hautes facultés intellectuelles, il nous y donna aussi l'exemple du vrai courage militaire. Vingt fois, je l'ai vu exposer sa vie, avec cette insouciance du danger, cet entrain, cette gaîté, pourrais-je dire, qui ne l'abandonnaient jamais et qui étaient bien de nature à réconforter nos cœurs attristés et découragés.

Dans la suite des événements qui se succédèrent, pendant cette triste période, au Luxembourg, il survint une journée, plus terrible que les autres, où il semblait qu'il n'y eût plus que deux partis à prendre : fuir ou mourir. A la fuite, personne, je dois le dire, ne songea un seul instant. Grâce à Danet, nous pûmes échapper à la mort et c'est, en quelque sorte, un devoir pieux de reconnaissance, que je viens aujourd'hui remplir envers lui.

Ce qu'il lui fallut d'habileté, de diplomatie, d'énergie, de courage et d'abnégation pour sauver les 300 malades ou blessés de l'ambulance, pour sauver le palais du Luxembourg et ses riches collections, pour nous sauver nous-mêmes, tous mes collègues d'alors pourraient l'attester avec moi. Il faut le proclamer bien haut, Messieurs, parce qu'on l'a trop oublié du vivant de notre cher et regretté maître, si nous possédons encore aujourd'hui le palais du Luxembourg et toutes ses richesses, c'est à Danet, et à lui seul, que nous le devons.

Après un pareil service rendu à son pays, notre ami, qui avait tout abandonné, famille, clientèle, intérêts personnels, pour se consacrer uniquement à la direction de sa chère ambulance, rentra modestement dans la vie privée et s'adonna de nouveau, avec son dévouement et son désintéressement habituels, aux soins de ses malades et à ses travaux. Si, grâce à ce désintéressement, Danet ne laisse pas à ses enfants la fortune, il leur laisse un bien plus enviable, le souvenir d'une vie toute de dignité et d'honneur. Les circonstances particulières dans lesquelles il lui a été donné de se signaler par un acte de courage, permettent de dire de lui qu'il a bien mérité de la patrie.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

53. M. Defaut. Destruction des fongosités articulaires par les injections interstitielles d'éther iodoformé et cocaïné associées à l'ignipuncture. — 54. M. Grecier. Contribution à l'étude de la sécrétion sébacée. — 55. M. Julien. Étude sur l'hygiène de la ville d'Alger. — 56. M. Penel. Le lavage de l'estomac dans l'occlusion intestinale. — 57. M. Baleste-Marichon. Contribution à l'étude des causes de la cécité. — 58. M. Gaudemard. Contribution à l'étude du traitement des tuberculoses chirurgicales par le naphtol camphré. — 59. M. Tornu. Des opérations qui se pratiquent par la voie sacrée. — 60. M. Durant. Etude sur les fibromes, lipomes et fibro-lipomes de la main et des doigts. — 61. M. Adda. Contribution à l'étude des paralysies localisées chez les urémiques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 14 avril 1893, ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins-majors de première classe Baudouin, pour l'emploi de médecin-chef de l'Hôtel national des Invalides ; Rullier, pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Langres.

MM. les médecins aides-majors de première classe Brico, pour le 21e dragons ; Bourguedieu, pour le 1er régiment d'infanterie.

— L'assemblée générale annuelle de l'Association Orfila aura lieu le dimanche 23 avril, à deux heures très précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Brouardel, président.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Brun (de Châtillon-sur-Indre) ; Courregelongue (de Bazas) ; Evesque (de Granvilliers) ; Gras (de Landerneau) ; Levasseur (de Rouen) et de M. H. Bonnet, un des meilleurs élèves de l'Ecole de médecine de Limoges.

— M. le docteur Foveau de Courmelle commencera son cours d'électrothérapie, à l'École pratique, le lundi 24 avril, à cinq heures, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Nouveaux éléments de chirurgie opératoire (2e édition corrigée et très augmentée), par le docteur V. Chalot, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Toulouse. 1 vol. in-18 cartonné diamant, de 984 pages, avec 665 figures dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

De la symphyséotomie, par le docteur Émile Gotchaux. 1 vol. in-8° de 245 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

23

SOLUTION COIRRE (CODEX 1877)

au chlorhydro-phosphate de chaux.

PHTHISIE, ANÉMIE, CACHEXIES, SCROFULES, RACHITISME, INAPPÉTENCE, DYSPEPSIE, ÉTAT NERVEUX, ASSIMILATION INSUFFISANTE, MALADIES DES OS.

Dose : *Une cuillerée à bouche chez les adultes ; une cuillerée à café chez les enfants du premier âge ; deux cuillerées à café de six à douze ans, au moment des deux principaux repas, dans l'eau sucrée ou coupée de vin.*

PRIX : **2 fr. 50** le flacon dans toutes les ph^ies.

PILULES DE PODOPHYLLE COIRRE

Contre la Constipation habituelle, les Hémorrhoïdes et la Colique hépatique.

DOSE : *Une pilule le soir en se couchant, sans qu'il soit nécessaire de rien changer au régime. Augmenter d'une pilule si besoin est.*

PRIX : **3** fr. la boîte dans toutes les pharmacies.

11

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ Mariani** est prescrit avec succès, par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du Diabète, l'Anémie,** la **Chlorose,** la **Gastralgie,** les **Laryngites** et les **Granulations de la Gorge,** etc.

Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux à trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

MARIANI, ph^ien, 41, B^rd Haussmann, et t^tes ph^ies.

50

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VERITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon concentré de viande de bœuf

SANS GRAISSE NI GÉLATINE

Les plus hautes distinctions aux grandes expositions internationales depuis 1867.

HORS CONCOURS DEPUIS 1885.

Précieux pour ménages, malades, usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur Bon Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

10

SIROP D'AUBERGIER

AU LACTUCARIUM

TOUX, RHUMES, GRIPPE, BRONCHITES

Approbation de l'Académie de médecine.

Contre les affections des **Poumons** et des **Bronches,** calme la **Toux** et supprime **l'Insomnie.**

DANS TOUTES LES PHARMACIES

23

SIROP DE LABÉLONYE

DE **DIGITALE** — **excellent sédatif puissant diurétique.**

SUCCÈS CONSTANT DEPUIS PLUS DE 40 ANS contre MALADIES DU CŒUR

Hydropisies, Bronchites nerveuses, etc.

Dans toutes les pharmacies.

63

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE: Un petit verre après les principaux repas.

DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies.— Vente en gros chez tous les droguistes.

47

BROMURE DE CAMPHRE DU Dr CLIN

Lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « au **Bromure de Camphre,** sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut pro- « duire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique* et un « *hypnotique* des plus efficaces. » (*Gaz. des Hôpitaux.*)

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd.* »

Chaque Capsule du Dr Clin renf^me 0,20 } Bromure de
Chaque Dragée du Dr Clin renf^me 0,10 } Camphre pur

GROS : **Clin & Cie**, 20, r. des Fossés-St-Jacques, PARIS. — DÉTAIL : *Dans les bonnes Pharmacies.*

29

ÉLIXIR ET DRAGÉES **FERRO-ERGOTÉS MANNET**

Chloro-anémie, Métrorrhagies, Métrite, Incontinence d'urine.— 2, pl. Vendôme, Paris.

45

LIQUEUR CONCENTRÉE

BALSAMIQUE, ANTISEPTIQUE



Deux cuillerées par litre donnent instantanément une *excellente eau de goudron,* que l'on boit aux repas au lieu d'eau ordinaire, contre :

MALADIES DE LA PEAU

VOIES RESPIRATOIRES

VOIES URINAIRES

Diathèse furonculeuse

MALADIES ÉPIDÉMIQUES

Couper de 1 ou 2 parties d'eau pour *lotions, pulvérisations.*

Le flacon : **1 fr. 50**

Rue de Rennes, 105, Paris, et dans les pharmacies.

44

VIN NOURRY IODOTANÉ

EXACTEMENT TITRÉ

Une cuillerée à bouche contient :

0^gr,05 d'Iode
et 0^gr,10 de Tanin,

exempt de tout iodure alcalin.

Par son assimilation et sa tolérance parfaites, le **VIN NOURRY** est le curatif par excellence des affections qui ont l'Iode ou les Iodures pour base de traitement, telles que : **Lymphatisme, Scrofule, Anémie, Menstruations difficiles,** etc.....

DOSES. — Enfants : 1 cuillerée à café;
Adultes : 1 cuillerée à soupe,

avant les deux principaux repas.

Paris, 28, rue Saint-Claude, et Pharmacies.

24

DRAGEES ET CACHETS DE

PHÉNÉDINE-PELISSE

Paraacétphénétidine

fabriqués par la Soc. des mat. color. de St-Denis.

DOSAGE : *0g25 de Phénédine p^r dragée et p^r cachet.*

Deux dragées ou deux cachets suffisent pour supprimer la **migraine** et calmer les **douleurs névralgiques.** — Ils n'occasionnent ni troubles gastriques ni vertiges.

Dépôt à Paris : Ph^ie PENNÈS. 49, r. des Écoles.

DÉTAIL DANS TOUTES LES PHARMACIES

66

VIN DE PEPTONE CATILLON

30 gr. viande et 0,40 phosphates p^r verre à madère.

Rétablit les forces, l'appétit, les digestions.

Très utile à tous les malades affaiblis, à ceux qui ne peuvent digérer ou qu'on veut suralimenter.

43

VIN DE VIAL

au quina, suc de viande et lacto-phosphate de chaux

ALIMENT PHYSIOLOGIQUE COMPLET

Le **VIN de VIAL** contient tous les principes actifs du **phosphate de chaux,** du **quina** et de la **viande crue.** Ces trois substances constituent par leur réunion le plus rationnel et le plus complet des toniques.

A la dose d'un verre à liqueur avant chaque repas, il complète la nutrition insuffisante des malades et des convalescents.

VIAL, ph^ien, ex-préparat^r à l'Ecole de médecine et de pharmacie, RUE VICTOR-HUGO, 14, LYON.

33

DESNOIX 17, RUE VIEILLE-DU-TEMPLE PARIS

MARQUE DE FABRIQUE

PANSEMENTS ANTISEPTIQUES

TOILE VESICANTE

TOILE VÉSICANTE ROSE à la cantharidine

THAPSIA, SPARADRAP des **HOPITAUX** et tous les sparadraps.

PLUMASSEAUX-EPONGES remplaçant les éponges naturelles.

PINCEAUX MOLLETONNÉS

p^r enlever les fausses membranes d^s l'angine couenneuse.

34

MALADIES DE POITRINE

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX

DU Dr CHURCHILL

Sous l'influence des hypophosphites, la toux diminue, l'appétit augmente, les forces reviennent, les sueurs nocturnes cessent et le malade jouit d'un bien-être inaccoutumé.

Prix : 4 fr. le flacon.

Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

77

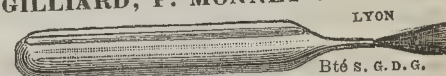
CHLORURE D'ÉTHYLE PUR

Anesthésique local du Prof.-Docteur REDARD.

PRÉPARÉ PAR

GILLIARD, P. MONNET & CARTIER

LYON



Bté S. G. D. G.

(Tube réduit au 5e de la grandeur naturelle.)

Innocuité absolue.— Anesthésie parfaite. Guérison des névralgies, sciatiques, etc.

DÉPÔT DANS TOUTES LES PHARMACIES

Prix : **9 fr.** *la boîte de 10 tubes.*

54

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de **50** et **100^g**.

Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.

31, rue des Petites-Écuries, Paris

17

CHARBON NAPHTOLÉ FRAUDIN

CACHET DE GARANTIE

PHARMACIEN, BOULOGNE-PARIS

20

VIN DE SECRETAN

au Quinquina, à l'Extrait fluide de Malt et aux Écorces d'Oranges amères.

Le **seul vin** de **Quinquina ne constipant pas** et **n'irritant pas les voies intestinales.**

Dépôt central : SECRETAN, 52, r. Decamps, Paris.

22

LE VRAI **FER QUEVENNE** seul approuvé par *l'Acad. de médec.*, guérit la **chloro-anémie** sans avoir les inconvénients des sels de fer. **Fl. f^o, 14, r. Beaux-Arts, Paris.**

55

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

50

NOUVEAU TRAITEMENT
BLENNORRHAGIE
CATARRHE de la VESSIE

COPAHIVATE DE SOUDE RAQUIN

AVANTAGES



Efficacité certaine des **CAPSULES RAQUIN** au **Copahivate de soude** contre la **blennorrhagie**, le **catarrhe** de la vessie, etc., à des *doses trois fois plus petites* que celles des autres médicaments; **action extrêmement rapide; absence complète** *d'éructations* ou *d'irritation* des voies digestives; **aucune odeur** communiquée à l'haleine, à la sueur ou aux urines.

Doses : 6 à 12 capsules seulement contre la *blennorrhagie*, à prescrire dès le début; 1 à 3 capsules contre le *catarrhe de la vessie*.

L'INJECTION RAQUIN a la même efficacité que les Capsules contre la **blennorrhagie**; elle est absolument indolore et ne tache pas le linge.

Prix : **5** fr. le flacon de capsules; **5** fr. le flacon d'injection avec la seringue.

Dépôt central : **Fumouze-Albespeyres**, 78, faubourg Saint-Denis, **Paris**.

70

GRANULES FERRO-SULFUREUX
J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. Thomas, 48, avenue d'Italie.

46

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Viande crue, Alcool, Écorces d'oranges amères, **Phtisie, Anémie, Convalescence.**
Paris, 20, place des Voges.

72

PILULES RHÉO-FERRÉES VIGIER

contre la constipation. — 1 à 2 au diner.

67

LIQUIDES BROWN-SÉQUARD

Prospectus et renseignements franco.
BOUTY, *119, r. d'Aboukir, Paris.*

INSOMNIE

EXTRAIT D'UN ARTICLE PUBLIÉ DANS LE
"MEDICAL PRESS AND CIRCULAR"
de Londres

PAR

LE Dr WARREN-BEY
M.D., C.M., LL.D.,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Il n'est point nécessaire de prouver l'efficacité du BROMIDIA à ceux qui ont l'habitude de le prescrire. Le BROMIDIA, en effet, s'impose de lui-même par son action sûre, certaine et inoffensive. Le malade et le médecin en sont tous deux émerveillés et enchantés. Le corps médical, de son côté, a, au moins, la certitude d'avoir sous la main un médicament presque infaillible et pouvant être considéré comme doué de propriétés spéciales.

UNE BROCHURE ET ÉCHANTILLON
DE
BROMIDIA
seront envoyés franco sur demande
aux Médecins.

DÉPOT GÉNÉRAL
Pour la France et ses Colonies :

ROBERTS & Co,
PHARMACIENS-DROGUISTES
5, RUE DE LA PAIX, 5
PARIS

Prix au public : 5 francs.

90

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Dépôt : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie Brunschwik.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

99

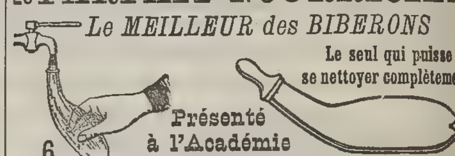
DRAGÉES CARBONEL
AU PERCHLORURE DE FER PUR
EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE
Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

Prix du flacon : **4** francs.
Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

69

Le PARFAIT NOURRICIER
Le MEILLEUR des BIBERONS

Le seul qui puisse se nettoyer complètement



Présenté à l'Académie de Médecine. — *Immédiatement adopté par les Hôpitaux et les Crèches.*
6 Cité Trévise PARIS

39

Méd. aux Exp.: Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney.

INHALATIONS D'OXYGÈNE
APPAREIL DE LIMOUSIN

Inhalateur, location, 3 francs par semaine. Gaz, 2 f. 50 le ballon de 30 litres.— Appareil complet pour fabriquer et respirer, avec boîte, **130** fr.
Phie Limousin ✠, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

52

VICHY, SOURCES DE L'ÉTAT

CÉLESTINS
GRANDE-GRILLE
HOPITAL

Avoir soin de désigner la source.

PASTILLES AUX SELS NATURELS

SAISON DES BAINS
DU **15** MAI AU **30** SEPTEMBRE

40

SOLUTION PELISSE
AU BENZOATE DE SOUDE DU BENJOIN

Recommandée dans les **Affections aiguës et chroniques** de la **GORGE** et des **VOIES RESPIRATOIRES.**

Dosage : Une cuillerée à soupe représente 75 centigrammes.
Phie Pelisse, 4, rue de la Sobonne, Paris.

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.
Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

N° 46. — JEUDI 20 AVRIL 1893 66e ANNÉE. JEUDI 20 AVRIL 1893. — N° 46.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : **20 c.** — **Avec Supplément : 30 c.**

Paris, le 19 avril 1893.

Nous recevons, des internes en médecine de l'Hôtel-Dieu la protestation suivante, que nous considérons comme un devoir d'insérer :

Monsieur le Directeur,

Nous tenons à faire connaître au public médical la façon dont se comporte le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, vis-à-vis des élèves des hôpitaux. Le fait suivant montrera comment ce conseil comprend ses devoirs et abuse de ses droits.

Un de nos camarades, externe du service de M. Bucquoy, contracta le typhus en soignant les malades de son service. Dès le début de la maladie, il avait été isolé, dans une chambre spéciale, avec un personnel à lui seul affecté. Huit jours après, sur un ordre de l'Administration centrale, sans même prévenir le docteur Bucquoy, ou, à son défaut, l'interne du service, au risque de hâter un dénouement fatal, on a eu la cruauté de transporter ce malheureux, victime de son devoir, dans un état des plus alarmants, à l'annexe de l'Hôtel-Dieu, au milieu des personnes qui l'avaient contagionné. Voici les faits tels qu'ils se sont passés, nous serons aussi brefs que possible de commentaires.

Il est d'abord un premier point qui nous semble inadmissible et contre lequel nous protestons avec indignation : c'est l'assimilation de Lallemand aux vulgaires coquins qui peuplent le Dépôt et qui forment, en ce moment, la presque totalité des individus atteints de typhus. Il est déjà assez pénible de tomber malade, seul, loin des siens, privé des mille petits soins qui vous font prendre en patience les maux que l'on endure ; aussi cherchions-nous, à l'hôpital, à lui masquer ce vide, à lui donner les soins les plus dévoués, tout en prenant les mesures d'hygiène prophylactique nécessaires en la circonstance. On nous objectera, sans doute, que c'est en vue de l'intérêt général que l'on a pris la décision. Nous ferons remarquer que l'isolement était aussi parfait qu'il pouvait l'être, et qu'en tout cas, ce n'était pas une raison pour jeter brutalement notre pauvre ami dans une salle commune et l'assimiler, en un mot, à ce ramassis de gens sans aveu qui peuplent actuellement la salle.

Voyons maintenant comment s'est fait cet isolement.

La maladie était déclarée et nettement diagnostiquée depuis huit jours et l'administration avertie. A cette époque, le transport du malade était possible et nullement dangereux. Le Conseil de surveillance n'a pris aucune mesure à ce moment. Ce n'est que huit jours après qu'est venu l'ordre d'isoler à l'Hôtel-Dieu annexe tous les malades atteints de typhus Y COMPRIS L'EXTERNE LALLEMAND. Inutile de dire que le Conseil de surveillance n'a nullement demandé l'avis du chef de service au sujet de l'*utilité* de ce transport ; elle ne lui a pas même demandé s'il était possible et non dangereux. C'est ainsi qu'on est venu à l'insu de tout le monde enlever notre ami, en proie à ce moment à un délire ataxo-adynamique des plus accentués et présentant une température d'environ 40 degrés. L'interne du service, M. Touchard, arrive par hasard au moment où le malade était déjà sur le brancard. Malgré ses remontrances et ses supplications, le malade fut emporté. On obéissait, a-t-on dit, à un ordre supérieur.

Sur qui repose la responsabilité de cet acte barbare ? Nous ne voulons accuser personne, mais nous ferons remarquer que la veille de la décision du Conseil de surveillance, Lallemand a reçu la visite d'un des membres de ce Conseil, M. Dubrisay.

Très probablement, ce médecin se sera illusionné sur l'état de notre malade, il n'aura pas regardé la feuille de température qui était au pied du lit et qui portait 40 degrés, il n'aura pas remarqué l'état ataxo-adynamique, sans quoi, loin de proposer un transport dans de telles conditions, il s'y serait opposé de toutes ses forces.

Notre ami est mort quelques jours après. L'aurions-nous sauvé, si nous l'avions gardé avec nous ? Nous n'osons le croire. Nous laissons au public médical le soin d'apprécier la part de responsabilité qu'a encourue l'Administration dans cette mort.

LES INTERNES EN MÉDECINE DE L'HÔTEL-DIEU.

Nous ne pouvons que nous associer à cette légitime protestation, et nous doutons que, si l'un des membres du haut personnel administratif de l'hôpital avait contracté le typhus, dans l'exercice de ses fonctions, on l'eût jeté ainsi à la salle commune.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le conflit qui existe actuellement entre l'administration supérieure et les médecins lillois, relativement à l'épidémie de typhus exanthématique, est bien fait pour montrer la nécessité d'une bonne loi sanitaire. Il est quelque peu difficile de s'y reconnaître et de savoir à qui l'on doit reprocher de n'avoir pas fait son devoir. Les médecins de Lille, se trouvant en présence de cas de typhus, préviennent immédiatement l'administration supérieure, c'est-à-dire le ministre. Vous auriez dû, leur dit-on, saisir le Comité consultatif d'hygiène. L'administration, de son côté, par l'organe de M. Monod, déclare avoir donné, aussitôt prévenue, toutes les instructions nécessaires. Malheureusement elle

reconnaît elle-même que la législation ne lui donne que des pouvoirs insuffisants ou même nuls. De l'aveu même de M. Brouardel, le mal vient surtout du désir qu'ont toujours, en pareil cas, les autorités locales de cacher l'existence de maladies épidémiques dans leurs localités. C'est cette conspiration du silence qui fait que l'épidémie actuelle règne depuis trois mois en France, sans que personne, sauf ceux qui ont cru de leur intérêt de la cacher, n'en ait jamais rien su. Il n'y a qu'un seul remède à cet état de choses : une bonne loi sanitaire.

Dans cette séance, entièrement consacrée au typhus, on ne s'est pas seulement occupé de questions administratives. Nous devons signaler deux communications d'ordre scientifique, l'une de MM. Dubief et Bruhl sur le diplocoque qu'ils ont découvert dans le sang périphérique, dans la rate et surtout dans les voies respiratoires des typhiques, et auquel ils donnent le nom de diplococcus exanthematicus; l'autre de M. Kelsch qui, s'appuyant sur l'épidémie de typhus qu'il a observée en Algérie, en 1867, 1868 et 1869, s'applique à démontrer que le typhus ne vient pas toujours par importation et qu'il peut se développer sur place.

Un incident a marqué la fin de la séance. La parole avait été donnée à M. Napias pour une lecture. Cette lecture était le rapport adressé par M. Napias au ministre, sur l'origine et la marche de l'épidémie actuelle de typhus. MM. Alphonse Guérin et Larrey rappelèrent alors l'Académie au règlement qui s'oppose à ce qu'un membre étranger prenne la parole sur une question en discussion et M. Napias a dû descendre de la tribune.

L'Académie s'est adjoint deux membres correspondants nationaux dans la troisième division : MM. Galtier (de Lyon) et Baillet (de Bordeaux); puis elle a déclaré une vacance dans la section de thérapeutique, à la place de M. Desnos.

LES NÉVRALGIES FACIALES REBELLES

DEVANT LE CONGRÈS DE CHIRURGIE

Lorsque les névralgies faciales ont résisté à tout l'arsenal de la thérapeutique médicale, le malade va trouver le chirurgien qui pratique une opération sur le nerf douloureux : élongation, simple section, ou résection d'une étendue plus ou moins longue. L'élongation et la section simple n'ont donné que des résultats très passagers, et on est aujourd'hui d'accord sur ce point que la résection d'une large portion du nerf permet seule d'espérer une guérison durable. Mais même dans ces cas, la récidive n'a été que trop fréquente.

Examinons les cas présentés devant le Congrès :

M. Février (de Nancy) a pratiqué la résection du nerf maxillaire supérieur et du ganglion de Meckel dans la fosse ptérygo-maxillaire, pour une névralgie rebelle datant de vingt-deux ans.

Le malade avait déjà subi, sans succès, la résection des nerfs sus et sous-orbitaire.

Le procédé employé a été celui de Lossen-Braun, modifié par Segond. Incision horizontale sur l'arcade zygomatique, se reportant sur le malaire pour gagner son tubercule. Section du malaire et renversement en bas du lambeau ainsi constitué en fracturant le col de l'apophyse. Détachement, avec la sonde et le doigt, du muscle temporal de la fosse; mise à nu de la fente ptérygo-maxillaire. Le nerf est saisi au fond de la fosse avec un crochet à strabisme, puis saisi avec de longues pinces, sectionné et arraché. Hémorragie très abondante, maîtrisée par la compression.

La résection du nerf sous-orbitaire, faite il y a dix-huit mois, a empêché d'enlever le tronçon terminal du nerf en avant du point réséqué. Guérison en neuf jours.

Depuis l'opération le malade n'a plus ressenti la moindre douleur. Il a eu seulement une légère parésie de l'orbiculaire droit qui disparaît actuellement et qui est évidemment due à la section, par la branche inférieure de l'incision, des filets du facial qui se rendent à l'orbiculaire.

Tout en se montrant très réservé sur le succès définitif de son intervention, M. Février pense que l'opération de Lossen-Braun, essentiellement pratique, devrait être exécutée d'emblée, de préférence à la résection du nerf sous-orbitaire dans le cas de névralgie rebelle de la deuxième branche du trijumeau.

M. Chalot (de Toulouse) a pratiqué trois fois cette opération : dans l'un de ces cas, la guérison s'est maintenue depuis quinze mois; dans les deux autres cas, la récidive s'est montrée dans la zone innervée par le nerf maxillaire inférieur. M. Temoin (de Bourges) a fait une opération semblable; malgré une accalmie première, le succès ne s'est pas maintenu. Le malade souffre autant qu'auparavant et le résultat de l'opération a été nul.

Il n'est pas encore permis de se prononcer sur les résultats définitifs de l'opération de M. Février, mais les faits de MM. Chalot et Temoin semblent démontrer, qu'actuellement encore, la récidive est très fréquente. Aussi, devons-nous nous étonner des succès absolument constants de M. Doyen (de Reims) : « Nous avons, dit-il, opéré huit cas de tics douloureux incurables, compliqués, chez une malade, de convulsions des muscles qui président à la déglutition; chez deux autres, d'impossibilité presque complète de la mastication. Tous nos malades sont guéris et demeurent guéris depuis plusieurs années. »

Il faut avouer que ce sont là des résultats faits pour surprendre un peu ceux qui connaissent les choses de la chirurgie, d'autant qu'une des malades de M. Doyen a récidivé, puisqu'il a été obligé de lui faire l'opération complémentaire que nous décrirons plus loin. C'est donc une véritable chance, si les sept autres opérés sont définitivement guéris. Voici la technique indiquée par l'auteur :

S'agit-il d'une névralgie du maxillaire supérieur, la plus fréquente, nous pratiquons l'arrachement par torsion du nerf maxillaire supérieur, saisi par une pince à forcipressure au ras du trou grand rond. Nous incisons au niveau du rebord inférieur de l'orbite et nous effondrons le sinus maxillaire, à l'aide d'une pince-gouge, nous découvrons le ganglion de Meckel, puis le trou grand rond que l'on reconnaît aisément au fond de la fente spheno-maxillaire, en suivant le tronc nerveux jusqu'à son point d'émergence. L'axe du trou grand rond est exactement antéro-postérieur et son diamètre supérieur à celui du trou vidien également antéro-postérieur, mais situé à quelques millimètres plus bas et en dedans, à la base de l'apophyse ptérygoïde. Le nerf est saisi dans une forte pince à forcipressure, au ras de l'orifice osseux, et arraché par une torsion méthodique. On obtient presque toujours à l'extrémité de la pince la portion intra-cranienne du nerf, arrachée directement du ganglion de Gasser. Loin d'enlever méthodiquement le ganglion de Meckel, nous avons tenté, dans nos dernières opérations, de le ménager, persuadé qu'il serait inoffensif après la destruction de sa racine sensitive.

Devons-nous croire que la technique employée par l'opé-

rateur de Reims soit la cause de ces succès presque constants, et que les résultats soient bien plus durables, suivant que le nerf maxillaire inférieur a été arraché par un procédé ou par un autre? La chose est bien peu vraisemblable; et, à notre avis, M. Doyen s'est trouvé en face d'une série exceptionnellement heureuse.

L'une de ses malades, incomplètement guérie, s'est soumise à l'opération suivante :

1° Incision verticale de 5 centimètres au milieu de l'espace qui sépare le conduit auditif du rebord externe de l'orbite. L'incision ne doit dépasser en bas que de 15 millimètres l'arcade zygomatique et l'on doit ménager les rameaux du facial supérieur;

2° Résection de l'arcade zygomatique, de l'apophyse coronoïde et dénudation de la suture sphéno-temporale, au niveau de laquelle sera appliqué le trépan. La portion horizontale de la grande aile du sphénoïde est alors dénudée à l'aide d'une rugine, en avant de la racine transverse de l'arcade zygomatique, jusqu'au trou ovale. Ce dernier est situé à 20 ou 25 millimètres de la ligne rugueuse qui prolonge en avant la racine transverse de l'arcade zygomatique et sépare la fosse temporale de la fosse ptérygo-maxillaire. Cette ligne est un point de repère certain. On peut aussi reconnaître, dans la profondeur, le bord postérieur tranchant de l'aile externe de l'apophyse ptérygoïde, en dehors et en arrière duquel se trouve l'orifice cherché. Le trou petit rond est à 1 et 2 millimètres en dehors et en arrière;

3° Nous saisissons entre les mors d'une pince le dentaire inférieur et le lingual, à 3 ou 4 centimètres du trou ovale, et nous sectionnons leur bout périphérique. Il nous suffit alors de trépaner avec soin la fosse temporale, en se rappelant que l'on agit précisément au niveau de l'artère méningée moyenne, dont on a exagéré l'importance. Nous avons lié cette dernière à l'orifice inférieur du trou petit rond, afin de pouvoir faciliter, en l'écartant, la découverte du ganglion intra-cranien. L'orifice osseux obtenu à l'aide du trépan est agrandi avec une pince-gouge en empiétant également sur l'aile du sphénoïde et l'écaille du temporal; nous attaquons enfin la base du crâne, après avoir dépassé en bas la ligne rugueuse que nous avons signalée et, nous guidant sur les deux troncs nerveux, que notre aide maintient légèrement tendus, nous entamons les dernières parcelles osseuses. Le trou ovale largement ouvert, nous décollons prudemment la dure-mère jusque sur le côté de la selle turcique, en séparant les deux feuillets fibreux qui revêtent le ganglion de Gasser. Nous avons atteint ainsi à sec, et après avoir cheminé entre la carotide, le sinus pétreux supérieur et le sinus caverneux, le bord supérieur du rocher, au niveau duquel nous avons sectionné le tronc même du trijumeau, en amont du ganglion de Gasser, que nous avons le plaisir de présenter au Congrès, presque intact, avec 15 millimètres des branches ophtalmique et maxillaire supérieures, et 35 à 40 millimètres des nerfs dentaire inférieur et lingual. La malade guérit sans la moindre réaction, malgré sa corpulence et son mauvais état général. Les douleurs ont disparu dès l'opération. Nous n'avons pas observé de troubles oculaires appréciables, contrairement à l'opinion des physiologistes. Nous avions d'ailleurs prévu cette particularité, la perte de l'œil chez les animaux après la section du trijumeau étant habituellement de cause traumatique. Le sympathique seul préside donc à la nutrition du globe oculaire. Nous n'avons pas besoin de dire que, chez notre opérée, la cornée est insensible, bien que la vision soit normale.

Cette opération avait déjà été faite par Rose, mais d'une façon incomplète et fort mal réglée; Krause vient de présenter, à la Société médicale de Hambourg, un cas d'ablation du ganglion de Gasser; c'est la troisième fois qu'il pratique cette opération. Dans les deux premiers cas, l'opération fut moins complète et le résultat moins satisfaisant. La dernière observation publiée est à peu près identique à celle de M. Doyen, comme technique et comme résultats.

Il serait prématuré de conclure que l'extirpation du ganglion de Gasser soit une opération absolument bénigne et complètement efficace. Des faits nouveaux sont indispensables. Mais il reste de ces tentatives un fait qui ne doit pas être sans troubler les physiologistes; c'est qu'à la suite de cette extirpation, il ne se soit produit aucun trouble trophique, aucune ulcération, tant de la peau que des muqueuses, c'est que la cornée, devenue insensible, reste intacte. Tout ceci bouleverse quelque peu les connaissances acquises et nécessite de nouvelles expériences de la part des physiologistes.

CONTRIBUTION

A LA CURE OPÉRATOIRE DES LUXATIONS CONGÉNITALES DE LA HANCHE

Par M. le docteur Lejars,

Professeur agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien des hôpitaux.

La cure opératoire des luxations congénitales de la hanche est une question actuellement pendante, et les nombreux faits publiés à l'étranger, ceux de MM. Vincent et Mollière (de Lyon), qui datent déjà de plusieurs années, l'observation récente de M. Denucé (de Bordeaux), d'autres encore qui sont inédites, ont mis en relief les différents aspects du problème, dont on ne saurait fournir encore de solution définitive.

En fait, depuis les sections musculaires sous-cutanées de J. Guérin, les tentatives opératoires, si nombreuses soient-elles, se rapportent à deux méthodes, la *décapitation de la tête fémorale*, telle que l'ont pratiquée Rose, Reyher, Margary (de Turin), Schünler, Vincent et Mollière, et tant d'autres; la *réduction de la tête fémorale* dans la cavité cotyloïde, agrandie et restaurée, après la section des *muscles péri-trochantériens* (Hoffa), ou des *muscles longs de la cuisse et des adducteurs* (Lorenz).

Or, les résultats très divers, obtenus par ces procédés, semblent en rapport avec la diversité, très grande aussi, des lésions anatomiques. Avec l'âge et par le fait de la marche et des mouvements, la tête et le cotyle se déforment de plus en plus, la gaine péri-articulaire, musculo-fibreuse, se rétracte et s'indure, et l'intervention doit se modifier aussi.

Le fait de luxation congénitale de la hanche que voici se rapporte à un de ces sujets relativement âgés : il s'agissait d'un garçon de seize ans et demi, entré à l'hôpital de la Pitié, en septembre 1891. Il boitait depuis sa première enfance; deux de ses sœurs sont aussi boiteuses. La claudication fut tolérable jusqu'à treize ans et demi; après une longue marche, il ressentit alors de violentes douleurs dans la hanche (c'était la hanche gauche) et dut s'aliter un mois : depuis ce moment, la situation ne fit que s'aggraver.

En septembre 1891, le raccourcissement mesurait 15 centimètres, la claudication était extrême et la marche presque impossible; l'incurvation du tronc était telle, quand le pied gauche portait sur le sol, et la douleur était si vive, que le malade n'avançait plus qu'en sautillant, à cloche-pied, sur le membre sain.

Je l'opérai, le 2 octobre 1891. Une longue incision pratiquée dans le sillon ischio-trochantérien me conduisit, après avoir relevé et entamé le grand fessier, sur les muscles pelvi-trochantériens : je détachai tous leurs tendons, par un trait en demi-couronne, de la surface du grand trochanter et je les décollai soigneusement à la rugine courbe. J'avais

devant moi le foyer de la luxation. La tête fémorale, appliquée sur la face externe de l'ilium, dans une dépression peu profonde, était aplatie sur son pôle inférieur, noirâtre et dépolie au même niveau, ramollie et dépressible. Le col, un peu surbaissé était d'une longueur presque normale. Quant à la cavité cotyloïde, elle était en grande partie comblée, et le rebord cotyloïdien transformé en un talus épais, arrondi, incapable de servir de point d'arrêt à une tête réduite. De la capsule, il ne restait qu'une mince lamelle en arrière, et des languettes un peu plus épaisses en haut et en bas. Le ligament rond était détruit.

J'excisai la tête fémorale et j'arrondis le col, qui devait figurer une nouvelle extrémité articulaire; avec la gouge et le maillet, j'excavai le cotyle à une profondeur notable, et je créai sur sa marge supérieure un rebord saillant et abrupt. Je réduisis sans trop de peine la pseudo-tête fémorale dans ce cotyle restauré, et je l'y enclavai. Par-dessus et tout autour, je pratiquai, au gros catgut, quatre étages de sutures profondes; suture des débris capsulaires, suture des tendons péri-trochantériens au périoste du grand trochanter, suture des fessiers, des aponévroses superficielles, et je m'efforçai de reconstituer un plan de soutien musculo-fibreux, épais et résistant, à la face postéro-supérieure de l'article. Sutures cutanées, sans drain; pansement salolé; application immédiate de l'extension continue.

Il n'y eut aucune espèce de réaction; le vingtième jour, au premier pansement, la réunion était complète. Je laissai l'extension continue pendant un mois et demi. Dès lors, j'imprimai à la hanche des mouvements méthodiques, et, au bout de deux semaines, le malade se levait et commençait peu à peu à marcher. On pratique des séances de massage et d'électrisation journalières.

Au bout de deux mois, la marche était très satisfaisante, le raccourcissement mesurait environ 5 centimètres; la pseudo-tête était restée à sa place, les mouvements de flexion et d'abduction de la cuisse, très étendus, n'étaient nullement douloureux. L'opéré retourna dans son pays.

A plusieurs reprises, j'ai eu de ses nouvelles et la situation n'a cessé de s'améliorer encore. J'ai prié M. le docteur Verneuil, de Saint-Amand, où demeure notre malade, de bien vouloir l'examiner, et voici ce que m'écrit, à la date d'hier, notre confrère :

La tête (la pseudo-tête) est bien dans la cavité cotyloïde; le raccourcissement n'est toujours que de 5 centimètres. L'opéré marche très bien sans gêne, sans aucune douleur; et peut marcher durant plusieurs heures avec ou sans canne; sans canne, il peut faire jusqu'à 2 kilomètres, avec une canne, 4 kilomètres. Il se tient parfaitement sur le membre gauche, sans éprouver de douleurs; les mouvements sont tous très libres. De plus, le membre, qui était jadis très atrophié, est aujourd'hui d'un volume peu inférieur à celui du membre sain.

Permettez-moi d'insister sur ce fait, à savoir que l'opération date de seize mois, et que, par suite, il s'agit ici de résultats éloignés et définitifs.

Ainsi, dans les luxations congénitales même relativement anciennes, chez les sujets qui ont dépassé seize ans, l'intervention sanglante est susceptible de fournir d'excellents résultats fonctionnels; mais le mode opératoire, à cet âge, ne saurait être le même que dans l'enfance, car l'état anatomique s'est modifié, et les lésions se sont aggravées. L'arthrotomie suivie d'un essai de réduction, l'opération de Hoffa, par exemple, ne s'applique plus à une tête déformée, ramollie, friable, à un cotyle comblé, à une capsule usée, etc.

Il faut traiter ces *luxations congénitales anciennes* comme des luxations traumatiques anciennes, et, ici encore, le procédé qui semble préférable est la *résection modelante*, opération économique qui abat la tête fémorale et arrondit le col, creuse le cotyle, réduit et reconstitue, par la suture en étage, une gaine musculo-fibreuse autour de l'articulation : opération, en somme, qui s'efforce de créer une bonne néarthrose dans le foyer de l'articulation normale. Quant au traitement ultérieur, il est inutile d'en faire ressortir l'importance.

THÉRAPEUTIQUE

Les silicates alcalins et les eaux minérales silicatées alcalines : Sail-les-Bains.

Par le docteur L. Greffier, ancien interne des hôpitaux de Paris.

I. Parmi les recherches les plus intéressantes faites depuis un siècle dans les sciences médicales, on doit compter celles qui ont trait aux « diathèses », recherches qui ont eu sur la thérapeutique un heureux retentissement. Un des résultats les plus précieux de ces travaux a été la constitution de la *diathèse arthritique* (appelée *herpétique* par Lancereaux). Le mot arthritisme (ou herpétisme) n'est plus un banal synonyme de goutte ou de rhumatisme; on comprend maintenant, sous ce nom, toute une série d'affections reliées entre elles par leur coexistence ou leur succession, et encore plus par leur cause qui est la « prédominance de l'acide urique dans le sang », au moins d'après bon nombre d'auteurs.

La goutte, la gravelle, le rhumatisme chronique, l'obésité, et peut-être la lithiase biliaire et certains diabètes (Lancereaux, communication orale) sont autant de manifestations diverses de cette diathèse. Toutes ces affections constituent, en somme, une même entité morbide et doivent être, par conséquent, justiciables d'un traitement unique, s'adressant à une cause unique.

Parmi les médications innombrables qui ont été dirigées contre cette « uricémie », les « alcalins » tiennent certainement le premier rôle. Les succès obtenus au moyen des bicarbonates alcalins, justifient amplement la vogue des eaux minérales bicarbonatées alcalines. Néanmoins, ces succès n'ont pas empêché les médecins de chercher mieux encore, et de fait, la médication bicarbonatée alcaline n'est pas sans présenter de nombreux et graves inconvénients. Trousseau a décrit sous le nom de « cachexie alcaline » l'état de consomption, de dépérissement que peut produire à la longue l'abus d'un pareil traitement.

Il n'était donc pas sans intérêt de trouver un médicament qui, avec les mêmes propriétés, ne présentât pas ce danger. Ce desideratum se trouve réalisé par les « silicates alcalins » qui agissent comme les bicarbonates, mais à « doses infiniment moindres » [Bonjean (de Chambéry), Petrequin et Socquet].

Les préparations de silicates alcalins n'existent pas en pharmacie; mais nous en trouvons dans la nature une excellente : ce sont les « eaux minérales silicatées alcalines ». Ce petit groupe, déterminé par les frères Byasson, ne comprend guère que deux stations : *Sail-les-Bains* (Loire) et Cauterets (source Mauhourat). Mais cette dernière est moins riche que celle de Sail en silicates et contient, en outre, une quantité assez notable de sulfure de sodium, ce qui peut en changer les indications.

Par ces divers motifs, nous avons conclu dans une étude publiée récemment : « que les eaux de Sail sont le spécifique *de la goutte et de l'arthritisme*, ou, en un mot, de l'uricémie. » Si l'on fait rentrer le *diabète* parmi les manifestations de l'arthritisme, il faut l'ajouter ici. M. le docteur Jays en a obtenu deux guérisons pendant la saison de 1891.

II. A côté de ces affections, où l'action des silicates alcalins se

comprend d'elle-même, il est toute une classe de maladies dans lesquelles les observations cliniques ont démontré l'effet merveilleux des eaux de Sail, sans que nous en ayons une explication physiologique suffisante, ce sont les *maladies de la peau*.

Les cas guéris à Sail depuis des années surabondent, puisque les statistiques dressées de 1877 à 1880 ont pu signaler notamment 350 guérisons et 281 améliorations d'« eczémas » contre 63 insuccès et dans l'« impétigo » 23 guérisons et 28 améliorations contre 4 insuccès seulement. M. le docteur Hugues rapporte deux cas de « lupus » de la face traités vainement par tous les moyens et guéris à Sail en moins de vingt jours. Ici encore évidemment les silicates agissent comme « dépuratifs » du sang, mais sur quel élément agissent-ils?

Nous l'ignorons, puisque la cause intime de ces affections ne nous est pas connue. Mais le résultat thérapeutique n'est pas douteux.

III. Mais, en outre de leur pouvoir dissolvant de l'acide urique, les silicates alcalins et, d'après l'École homéopathique, leur principe la « silice » possèdent une action marquée sur les « suppurations ». Cette propriété des silicates alcalins a été affirmée à la tribune de l'Académie des sciences (décembre 1873) par MM. Rabuteau et Papillon, dans les termes suivants :

« Le silicate de soude détruit en temps variable les globules de pus, les parasites microscopiques, les particules et les corpuscules organisés qui provoquent les corruptions de toutes sortes et cette action s'exerce à des doses très faibles. Nous pensons qu'il mériterait d'être spécialement expérimenté dans certaines maladies de peau. »

M. Picot, vers la même époque, fit également, à l'Académie des sciences, une communication où il est dit : « Le silicate de soude arrête d'une manière certaine et même à petites doses la fermentation putride. Il retarde également les autres fermentations. Il s'oppose à la fermentation du glycose dans la matière glycogène du foie ; il est par conséquent très utile dans les maladies de cet organe, ainsi que dans le *diabète*. Il est encore d'une grande efficacité dans le traitement des écoulements génitaux chez les malades des deux sexes. »

Cette action des silicates sur « les suppurations » s'est fréquemment révélée aux eaux de Sail-les-Bains. C'est ainsi qu'on a observé des guérisons remarquables des « catarrhes des diverses muqueuses » : vessie, vagin, matrice, urèthre. D'anciennes « blennorragies » traitées sans succès, même par les instillations de nitrate d'argent; des « métrites invétérées » ont trouvé à Sail une guérison ou une amélioration inespérée. Les « ulcères variqueux » de vieille date se cicatrisent aussi très rapidement.

L'action de la silice sur les suppurations explique encore l'influence de ces eaux sur les manifestations de la *scrofule et du rachitisme*, particulièrement les suppurations osseuses.

IV. Enfin, nous devons signaler une dernière propriété des eaux de Sail-les-Bains, c'est leur « pouvoir sédatif ». Celui-ci n'est peut-être pas dû aux silicates alcalins, mais à l'azote et à la silice gélatineuse qui se trouvent en dissolution dans ces eaux. Il en résulte qu'elles peuvent être avec le plus grand avantage appliquées au traitement des *maladies nerveuses* (hystérie, neurasthénie, insomnie nerveuse).

Enfin, il est certains cas où l'on s'explique difficilement des résultats qui ne peuvent cependant être mis en doute. C'est ainsi que Hugues signale des succès dans le « mal de Bright » et dans un cas de « cachexie pachydermique ».

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 avril 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

DISCUSSION SUR LE TYPHUS

M. BERGERON, contrairement à ce qu'il a dit par erreur dans la dernière séance, déclare que le Comité d'hygiène a été prévenu, le 27 février, que des cas de typhus s'étaient montrés dans les prisons de Lille. Il est vrai que l'on parlait, non de typhus exanthématique, mais de typhus-fever. C'est pour cela, sans doute, que l'attention du Comité n'a pas été éveillée sur l'apparition de l'épidémie. Depuis le 27 février, date de la première communication, il n'y a pas eu de nouvelles communications.

Si le Comité consultatif d'hygiène ne s'est pas occupé des mesures à prendre contre l'épidémie commençante, par contre, le Comité de direction, prévenu dès le 27, avait pris à ce moment des mesures préventives pour arrêter le fléau.

M. H. MONOD rend compte des instructions que le ministère de l'intérieur s'est empressé de donner, à la demande de son administration, dès que celle-ci fut informée de l'existence du typhus exanthématique sur divers points de la France et notamment à Lille. Malheureusement la législation ne donne actuellement que des pouvoirs insuffisants, pour ne pas dire nuls, à l'administration en pareil cas ; il est urgent de voter la loi qui est soumise au Parlement et qui remédiera à un tel état de choses.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture d'une lettre de M. Wannebroucq, médecin de l'hospice Saint-Sauveur (de Lille).

Dès le 15 février, M. Wannebroucq constata des cas de typhus exanthématique provenant des prisons de Lille et soignés dans les hôpitaux; une enquête rétrospective lui permit de constater qu'on y reçut, le 8 janvier, un nommé C. Jean, âgé de dix-neuf ans, vagabond venu on ne sait d'où, et qui était assurément atteint de la même maladie.

Jusqu'ici il y a eu à Lille 40 cas, dont la mortalité s'est élevée au tiers.

Aussitôt que l'existence du typhus fut reconnue, le médecin de la prison fut prévenu, le Conseil d'hygiène du Nord réuni, l'administration supérieure informée et des mesures sanitaires prises à la prison. Dans les hôpitaux on s'efforça de pratiquer l'isolement; malheureusement il a été et est encore très illusoire.

Fallait-il aviser le Comité d'hygiène de Paris ou saisir la presse de l'état de choses? Il n'est pas d'usage que les médecins s'adressent au Comité consultatif d'hygiène en passant par un acte d'injuste méfiance par-dessus la tête des autorités administratives et, d'un autre côté, il n'eût peut-être pas été sage de répandre la panique dans les populations avant qu'il fût démontré que l'épidémie ne pouvait être circonscrite dans son foyer primitif. D'ailleurs, cette manière de procéder eût-elle pu empêcher le typhus d'être transporté de Lille à Paris ou dans d'autres agglomérations urbaines? Ce qu'il faut regretter, ce sont les nombreuses lacunes que présente la direction de l'hygiène publique en France, c'est le mauvais état de beaucoup de nos établissements pénitentiaires, c'est l'indifférence et l'inertie de bien des commissions administratives des hospices en ce qui concerne le bien-être et le salut des malades.

M. BROUARDEL demande que l'Académie invite tous ses membres correspondants à lui faire connaître, en temps d'épidémie, les observations qu'ils pourraient rencontrer dans leur pratique et qui se rapportent à l'épidémie régnante.

M. LE PRÉSIDENT rappelle qu'il a fait, dans la dernière séance, la même observation relativement aux membres correspondants.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait connaître les résultats des recherches de MM. Dubief et Bruhl qui ont découvert dans le sang périphérique et dans la rate des malades atteints de typhus un diplocoque auquel ils donnent le nom de diplococcus exanthematicus. Ce microbe est rare dans le sang et dans la pulpe splénique ; aussi est-il très difficile d'obtenir des cultures en partant de ces milieux. Il n'en est plus de même si l'on part des organes respiratoires qui sont précisément le siège des lésions fondamentales du typhus exanthématique. Dans toutes leurs autopsies, ces auteurs ont pu constater la présence du même micro-organisme, souvent en extrême abondance, dans le mucus des fosses nasales, du pharynx, du larynx, et dans ces foyers spéciaux de pneumonie qui ne manquent jamais chez les typhiques. En partant de ces

différents organes, on réussit facilement à isoler et à cultiver le microbe à l'état de pureté. Cet habitat du microbe explique la plupart des phénomènes cliniques du typhus, l'intensité des phénomènes respiratoires et l'extrême contagiosité de la maladie, puisqu'on le trouve en très grande abondance dans l'expectoration.

M. KELSCH lit un travail dans lequel, s'appuyant sur les épidémies de typhus qu'il a observées en Algérie pendant les années 1867, 1868 et 1869, il cherche à établir que le typhus ne naît pas toujours par importation, mais qu'il peut aussi se développer sur place.

L'encombrement momentané, l'accroissement de la misère sont sans doute les causes les plus apparentes de ces reviviscences des germes. Outre ces moteurs pathogènes si puissants, le méphitisme humain et la famine, les germes sont encore actionnés par des influences générales d'ordre cosmique ou cosmo-tellurique, qui abaissent ou élèvent alternativement leur virulence.

Il est fort possible que le typhus actuel nous ait été apporté du Nord, mais il n'est pas improbable non plus qu'il soit né à Paris, comme il est né à Lille ou à Amiens, c'est-à-dire sur place.

M. Kelsch soutient que non seulement les vagabonds donnent le typhus quand ils l'ont, mais encore ils sont capables de le communiquer quand ils ne l'ont pas.

Il est, en effet, des groupes nomades qui sont dangereux pour les populations, sans l'être pour eux-mêmes; ils n'ont pas le typhus, mais ils en fomentent et en portent la cause en eux.

Le germe de cette maladie nous est encore inconnu, toutefois il est permis de supposer qu'il habite nos cavités naturelles à l'état de parasite inoffensif. Absolument silencieux dans les conditions normales, ce germe est susceptible de passer à l'activité pathogène lorsque le terrain qui le porte subit de profondes détériorations, par suite de la misère, de l'encombrement et des états morbides qui en résultent. Mais l'agent typhogène, devenu virulent, n'a vraisemblablement pas de prise sur les organismes parvenus au dernier degré de la résistance vitale, ou il n'y réalise que des effets imparfaits, frustes; par contre, si cette graine vient à être semée dans des groupes moins réfractaires, elle y détermine les plus grands ravages. En un mot, les nomades joueraient à l'égard du typhus le même rôle que les individus atteints de diarrhée prémonitoire vis-à-vis du choléra.

M. LELOIR déclare que, depuis sa dernière communication, l'épidémie de typhus qui, d'après les rapports de l'administration, aurait disparu de la prison de Lille, a créé un nouveau foyer dans une ou plusieurs maisons d'un des quartiers les plus populeux de la ville. Du 7 avril au 14 avril inclus, il est entré à l'hôpital Saint-Sauveur 6 typhiques.

« Tous ces malades avaient couché dans les logements infects servant d'asile aux indigents. Ces logements, d'où depuis 1884 M. Leloir a vu sortir de nombreux cas de gale, de phtiriase, etc., et actuellement de typhus, constituent de véritables foyers d'infection, où moyennant quelques sous, voire même gratuitement, les malheureux sans domicile vont contracter ou apporter le germe de maladies contagieuses, qu'ils vont ensuite répandre en ville ou ailleurs. Il importerait que les mesures les plus sévères fussent prises à l'égard de ces foyers d'infection.

Enfin, on peut se demander s'il était bien prudent de lâcher, sur Lille et ailleurs, environ 200 détenus, sortant d'un foyer typhique (voir le rapport de M. le préfet du Nord au Conseil général du Nord, dans la séance du 14 avril 1893), au lieu de les placer en surveillance dans un autre local vaste et aéré.

M. Leloir pense que l'une des morales de cette épidémie doit être qu'il faut recommander à l'Administration des prisons de ne pas dire à ses prisonniers : « Allez typhyser ailleurs. »

Ainsi que M. Leloir l'a dit dans la dernière séance, le ministre de l'Intérieur a été averti officiellement de l'existence d'une épidémie de typhus exanthématique à la prison de Lille, dès le début de cette épidémie, c'est-à-dire en février, comme le prouvent les faits suivants :

1° Dès le début de l'épidémie, M. Wannebroucq, dans le service duquel on a amené les premiers cas de typhus, a signalé le danger au Comité d'hygiène de Lille, présidé par le préfet du Nord ;

2° Peu de temps après, l'inspecteur des prisons était envoyé à Lille, pour voir où en était l'épidémie de typhus de la prison de Lille ;

3° Tous les journaux du Nord avaient en même temps signalé à l'administration le danger de cette épidémie résultant de l'encombrement de la prison ;

4° Les communications que viennent de nous faire MM. Bergeron et Monod reconnaissent que le Comité consultatif a été avisé le 27 février. Comment se fait-il alors (ce qui nous a tous stupéfaits dans le Nord) que le Comité consultatif d'hygiène n'ait pas été averti suffisamment par le ministère dont il dépend? Mais ce qui est sûr, c'est que les médecins lillois ont rempli leur devoir; ils ne pouvaient faire davantage.

Cette épidémie doit nous servir de leçon (car il ne s'agit pas ici de questions de personnes ni de luttes oratoires), en nous montrant que quelque chose doit être perfectionné dans notre législation sanitaire et que l'on doit arriver à nous donner des lois sérieuses réglant l'hygiène publique. Il faut une législation sanitaire. »

M. BROUARDEL, d'accord avec M. Leloir, insiste sur la nécessité absolue d'une loi sanitaire. Actuellement, dit-il, nous n'avons pas de loi sanitaire et nous sommes entièrement à la merci des autorités locales qui, s'il se déclare la moindre épidémie, le moindre cas d'affection contagieuse dans leur localité, s'empressent de faire la conspiration du silence. Il n'y a donc que l'autorité gouvernementale qui puisse mettre un terme à ces cachotteries des autorités locales qui, en cachant la vérité, vont à l'inverse du but qu'elles se proposent. Il faut donc une loi sanitaire qui permette enfin de sauvegarder l'intérêt général contre ce qu'on croit être des intérêts particuliers. Voilà trois mois qu'il existe des cas de typhus en France, et nous n'en savons rien. Quand il y aura une loi sanitaire, on sera prévenu d'une épidémie dès l'apparition du premier cas et l'on pourra alors agir efficacement.

M. LABORDE demande qu'il soit voté sur la proposition de M. Brouardel.

M. LE FORT rappelle que l'Académie a déjà voté pareille proposition, il y a deux ans, à propos de la discussion sur la revaccination.

La séance est levée.

Par arrêté ministériel, en date du 17 avril 1893, la chaire d'anatomie descriptive de la Faculté de médecine de Nancy est déclarée vacante.

— Le ministre de la Guerre, dans une circulaire aux directeurs du service de santé, prescrit aux médecins militaires de prêter leur concours gratuit aux médecins civils en cas d'épidémie. Il leur prescrit, en outre, de ne plus faire concurrence aux médecins civils, en faisant de la clientèle civile.

— On demande, pour une place vacante de médecin-adjoint dans une maison de santé des environs de Paris, un docteur en médecine muni de références sérieuses, s'occupant des maladies mentales et nerveuses. — On est défrayé de tout. Appointements au début : 4000 francs, avec perspective d'augmentation. — S'adresser à M. Bertin, 252, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : **20 c.** — Avec Supplément : **30 c.**

Paris, le 21 avril 1893.

LES TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS

DEVANT LE CONGRÈS DE CHIRURGIE

On dirait que, pour nombre de chirurgiens, l'acte opératoire est tout, et les indications thérapeutiques, rien ou presque rien. Cette tendance de l'esprit chirurgical a été des plus manifestes dans la discussion de la première question mise à l'ordre du jour par les membres du VIIe Congrès. Si la question avait été intitulée : Comment doit-on opérer les fibromes ? elle n'eût pas été autrement résolue. Deux ou trois orateurs à peine ont cherché à poser des indications, et ont déclaré qu'il y avait des fibromes qu'il fallait respecter, d'autres qui ressortissaient à la thérapeutique médicale, d'autres, enfin, qu'il convenait d'opérer.

L'auditeur qui, sans parti pris, assistait aux séances du Congrès, aurait pu croire que nombre de chirurgiens paraissaient n'avoir pour but que de vanter l'excellence de leur pratique. J'ai pratiqué tant de laparotomies, disait l'un, et moi, tant d'hystérectomies, disait l'autre, et l'auditeur sortait émerveillé de l'habileté de nos chirurgiens, mais bien peu renseigné sur la thérapeutique générale des fibromes. Aussi le seul point intéressant qui s'est dégagé de cette longue discussion qui a rempli deux séances est presque tout entier du domaine opératoire.

I

Convient-il d'opérer tous les fibromes ? et de ce fait qu'un fibrome est constaté, de ce fait seul, l'indication opératoire est-elle posée ? Oui, répond M. Péan, et il décrit ainsi le tableau lamentable des différents accidents qui peuvent compliquer l'évolution des fibromes utérins :

Les auteurs classiques s'accordent à déclarer que les fibromes de l'utérus sont des tumeurs bénignes, qui amènent rarement des complications fâcheuses et qui tendent à s'atrophier spontanément à l'âge de la ménopause. J'ai été frappé, au cours de mes études chirurgicales, de l'unanimité avec laquelle les chirurgiens de l'époque insistaient sur cette bénignité. Aussi ai-je été désagréablement surpris, quand, à mon tour, entré dans la pratique, je vis combien peu cette opinion s'accordait avec les faits. En peu d'années, je recueillis plus de mille observations de fibromes utérins, ce qui avait été d'autant plus facile, que les malades qui les portaient étaient abandonnées de tous mes collègues. Quelques-unes, malgré le grand volume de la tumeur, avaient des souffrances et des troubles fonctionnels encore tolérables ; mais l'immense majorité de ces malades souffraient depuis longtemps et menaient une existence pénible ; bon nombre d'entre elles ne tardèrent pas à succomber à des complications de toutes sortes.

Parmi les complications fâcheuses qui sont la conséquence des fibromes du corps de l'utérus, nous devons signaler encore celles qui ont trait à la fécondation, à la parturition, à l'accouchement et à ses suites. Les fibromes sont fréquents chez les vierges, ce qui prouve que la grossesse n'est pas nécessaire pour en favoriser la manifestation. Mais, chez un grand nombre de nos opérées, nous avons constaté qu'ils peuvent occasionner de nombreux désordres du côté de l'appareil génital ; chez plusieurs le vulvo-vaginisme qui, depuis six à dix ans, rendait tout rapprochement impossible ; d'autres eurent des fausses-couches, des enfants mort-nés ; une autre enfin une grossesse tubaire avec putréfaction du fœtus et du placenta.

Les maladies générales concomitantes que nous avons eu à noter chez nos opérées sont les suivantes : la syphilis (1 cas avec exostose cranienne) ; la scrofule, la tuberculose, le lymphatisme très accentué dans l'enfance (2 cas) ; le mal de Pott (1 cas) ; les affections cardiaques, endocardite et péricardite rhumatismales (1 cas) ; l'obésité (8 cas) ; les affections chroniques des bronches avec catarrhe ou emphysème datant de six à vingt ans (9 cas) ; les affections rénales, rein mobile (1 cas), albuminurie, anurie, dysurie, pollakiurie (3 cas), coliques néphrétiques (4 cas datant de un à douze ans) ; le paludisme (1 cas datant de dix ans) ; les maladies du foie, hypertrophie (1 cas) ; coliques hépatiques (3 cas datant de six mois à vingt ans) ; le rhumatisme articulaire et l'herpétisme (4 cas datant de quinze mois à quatre ans, l'un d'eux compliqué d'obésité, un autre d'affection cardiaque) ; les varices des membres inférieurs et de la vulve (3 cas). Il est à noter que plusieurs de ces affections, telles que les maladies du cœur et du rein, accompagnent assez souvent les grands fibromes de l'utérus pour que MM. Potain et Lancereaux n'aient pas craint d'affirmer que les fibromes eux-mêmes peuvent en favoriser la manifestation : notre expérience vient à l'appui de cette opinion.

Il est d'ailleurs d'autres états morbides, comme les hémorroïdes, les maladies nerveuses et mentales, qui ont parfois précédé la manifestation des fibromes, mais qui peuvent aussi en être la conséquence ou en subir tellement l'influence qu'ils sont alors considérés comme des complications réelles de l'affection qui nous occupe. C'est ainsi que, chez 3 malades, nous avons trouvé la toux, l'éternuement et la dyspepsie utérine ; que, chez 20 autres, nous avons eu à combattre le nervosisme datant de un à quatre ans ; chez 10 autres l'hystérie datant de six à douze ans ; chez 6, l'hypocondrie datant de trois à quinze ans ; chez 2, la folie ; chez 6,

le suicide ou la tentative même de suicide provoqués par des souffrances datant de un à dix ans; le noctambulisme (1 cas), chez une morphinomane ayant eu plusieurs mois de manie aiguë; l'éclampsie chez 2 malades qui avaient été déclarées incurables; chez 2 autres, la paraplégie datant l'une de deux ans, l'autre de dix ans; chez 2, la sénilité précoce à la suite d'attaques d'hystérie ou de manie aiguë; chez 20, le péritonisme; chez une qui était épuisée par les métrorragies, l'éthéromanie qui datait de vingt années et qui disparut cependant à la suite de l'opération; chez 2, la morphinomanie depuis deux à dix ans; chez 6 enfin, l'alcoolisme datant de six à dix-huit années.

Certaines complications, heureusement plus rares, méritent cependant d'être décrites, puisque nous avons eu occasion de les constater chez plusieurs malades. Ce sont : l'obstruction intestinale; la rétention d'urine provenant de la compression du rectum ou de la vessie; la phlébite des membres inférieurs due à la propagation de l'inflammation des veines de l'utérus à celles de l'hypogastrique et à la saphène interne, ce qui est fréquent, parfois même à la veine iliaque externe, comme nous l'avons vu chez une malade, dont nous amputâmes avec succès la jambe gauche qui avait été frappée de gangrène humide.

Telles sont encore les embolies, qui succèdent habituellement aux phlébites et qui peuvent enlever les malades avant ou après l'opération. Telles sont enfin l'angioleucite des membres inférieurs ou supérieurs qui s'observe plus souvent après qu'avant l'opération et la crétification des artères utérines ou artériosclérose, que nous avons vue généralisée à toutes les artères de l'utérus et des annexes chez une de nos opérées.

Les complications les plus communes sont : les névralgies, les métrorragies, la leucorrée fétide; les inflammations de l'utérus, les inflammations, les suppurations et les kystes des trompes, des ovaires, des ligaments larges; le péritonisme ou les péritonites, l'hématocèle; la fièvre; les abcès, les vomissements; l'anémie, l'inanition, les syncopes, le séjour au lit. Ces manifestations sont tellement communes qu'elles constituent les véritables symptômes des fibromes du corps de l'utérus; aussi regrettons-nous de ne pouvoir les décrire aussi longuement qu'il convient.

Les névralgies sont presque toujours iléo-lombaires, plus rarement elles sont sciatiques, intercostales, hépatiques, gastriques. Sur 250 opérées, plus de 20 fois elles dataient de six mois à vingt-deux ans; chez le plus grand nombre, elles dataient de deux à dix ans.

Les métrorragies ne sont pas moins fréquentes chez la plupart des malades : elles dataient de un à sept ans; chez d'autres, elles dataient de neuf à onze mois; chez plusieurs, elles remontaient à dix et vingt ans.

La leucorrée fétide apparaît habituellement dans l'intervalle des métrorragies; chez plusieurs malades, elle avait fait croire que les tumeurs étaient cancéreuses.

L'utérus lui-même est souvent altéré par les fibromes; presque toujours, il est déplacé, ce qui explique pourquoi, en pareil cas, plusieurs de nos malades avaient une dysménorrée intense et se tordaient de douleurs au moment des époques. Chez d'autres, il était couvert de fausses membranes ou relié par des adhérences péritonitiques aux organes voisins, si bien qu'il fallut redoubler de précaution pour le détacher. Chez une malade, qu'un confrère avait vainement essayé d'opérer par la voie vaginale, nous trouvâmes le fond de l'utérus inversé. Chez quatre autres, nous découvrîmes des hématomètres, dues, chez l'une, à un rétrécissement cicatriciel produit par des cautérisations intempestives, chez l'autre, à un rétrécissement consécutif à l'excision du col faite sans précaution; enfin, chez les deux autres, à l'oblitération produite mécaniquement par un fibrome.

Chez presque toutes nos opérées, les tuniques muqueuse et musculeuse étaient hypertrophiées, friables et remplies de pus; chez plusieurs, elles étaient détruites par la suppuration sur une grande étendue.

En même temps que l'utérus, les ovaires, les trompes et les ligaments larges étaient le siège de désordres réellement incroyables. Chez un bon nombre, ces organes étaient très enflammés; chez d'autres, ils présentaient des productions néoplasiques avec lesquelles il nous fallut compter. Sur nos 300 opérées, nous avons trouvé : chez 30, dans les ovaires, des kystes séreux, uniloculaires ou multi-lobulaires, du volume d'un œuf de poule à celui d'une tête d'adulte. Chez un nombre à peu près égal de malades, nous trouvâmes, dans les annexes de l'un ou des deux côtés, des kystes hématiques. Chez un nombre un peu moins considérable, les trompes, du volume d'un œuf de poule, étaient remplies de sang ou de sérosité. Chez 70 autres, les trompes ou les ovaires d'un côté, ou des deux côtés, avaient suppuré; chez 10 autres, les ligaments larges étaient également infiltrés de pus. Une fois, la trompe renfermait 3 litres de liquide chargé de cholestérine; une autre fois, elle contenait un fœtus de cinq mois en pleine putréfaction; trois fois, nous avons trouvé des fibromes et deux fois des sarcomes concomitants qui avaient pris naissance dans les ligaments larges.

Chez la plupart de ces opérées, ces désordres étaient accompagnés de péritonisme, de tympanisme ou de pelvi-péritonite. Chez 15 d'entre elles, la péritonite était aiguë, récente et datait de six à douze mois; chez 80 autres, elle était subaiguë et limitée au péritoine pelvien. Parfois alors elle s'était manifestée sous forme de poussées qui avaient mis, à plusieurs reprises, la vie en danger. L'une de nos opérées avait eu, depuis vingt ans, plus de soixante poussées survenues à intervalles variables. D'autres avaient eu, dans un laps de temps analogue, des crises violentes, à intervalles réguliers datant, chacun, de plusieurs années.

Chez la plupart des malades qui avaient eu des péritonites récentes, celles-ci étaient généralisées; chez les autres, au contraire, la péritonite était limitée au péritoine pelvien et celui-ci contenait alors : dans la moitié des cas, du liquide séreux enkysté; chez les autres, du sang, de la cholestérine ou du pus. Plusieurs fois, nous trouvâmes des gaz collectés dans le péritoine; ils provenaient de portions d'utérus ou de fibromes sphacélés ou de perforations intestinales.

Toutes ces collections, séreuses, hématiques, purulentes de l'utérus, des ovaires, des trompes, des ligaments larges, du péritoine, exerçaient une compression fâcheuse sur les organes voisins et tendaient à se faire jour du côté de la vessie, de l'S iliaque, du rectum ou du vagin.

Ces 30 malades, ces perforations se produisirent spontanément de deux mois à un an, après que l'abcès eut été reconnu; chez d'autres, l'ouverture se fit plus tardivement, parfois même à plusieurs reprises, en l'espace de un à huit ans.

Les vomissements sont une des complications les plus fréquentes chez les malades atteintes de fibromes utérins. Chez 50 malades, ils étaient accompagnés de gastralgie et avaient produit un amaigrissement considérable. En peu de temps, certaines malades avaient perdu 20 kilogrammes.

L'inanition poussée au point que les malades ne pouvaient plus tolérer ni les aliments, ni les boissons; l'anémie, tellement avancée que les malades étaient hémophiliques, avaient de l'œdème des extrémités ou une décoloration générale des tissus, étaient la conséquence de tous ces désordres; c'est ce qui explique pourquoi une soixantaine de malades étaient obligées de garder le lit lorsque nous les avons opérées. Un tiers d'entre elles étaient alitées depuis un mois à un an; les autres depuis deux années; plusieurs depuis quatre à sept ans et même l'une d'elles depuis vingt ans.

On conçoit que ces malades n'aient pu supporter de pareilles secousses, sans que les fonctions des principaux organes aient été profondément altérées ou même sans que l'existence ait été sérieusement compromise. Aussi toutes n'auraient pas tardé à succomber si nous n'avions pas eu recours à l'hystérectomie qui, seule, pouvait les sauver. C'est ce qui explique pourquoi, malgré tous nos efforts, nous n'avons pu empêcher six de nos opérées de mourir, une de faiblesse, une de phlegmon iliaque, une de broncho-pneumonie, une de folie par peur opératoire, une de maladie cardiaque, la dernière d'embolie.

Telles sont les principales complications que nous avons rencontrées chez les malades que nous avons opérées par la voie vaginale, c'est-à-dire chez celles dont les tumeurs étaient de petit et de moyen volume. Sans nul doute, le danger était encore plus grand chez celles, au nombre de plus de 200, qui portaient des fibromes plus volumineux et que nous dûmes opérer par la voie abdominale.

Pour tous ces motifs, nous n'hésitons pas à conclure aujourd'hui, comme nous l'avons fait depuis longues années : *que les fibromes du corps de l'utérus, lors même qu'ils ne sont pas très volumineux, sont des tumeurs dangereuses qui donnent si souvent lieu à des complications graves, qu'il faut les opérer dès qu'ils sont reconnus.*

Ainsi, voilà qui est entendu, tout fibrome, dès qu'il est reconnu, doit être immédiatement et sans appel expulsé chirurgicalement du domaine génital.

C'est aussi l'avis du docteur Doyen (de Reims) : pour lui, le fibrome est un ennemi qui ne pardonne pas, dès que le diagnostic est posé il faut opérer. C'est également l'avis de M. Reynier.

Heureusement que ces opinions intransigeantes n'ont pas trouvé d'écho. Il n'est pas de médecin, de chirurgien qui n'ait dans sa pratique nombre de malades atteintes de fibromes, peu ou pas gênants. Il n'est pas de praticien qui n'ait à soigner de ces malades, et si les tumeurs ne disparaissent pas, elles restent suffisamment silencieuses, pour être tolérées et passer inaperçues. J'engage les opérateurs à outrance à faire une visite à l'hospice de la Salpêtrière et à constater le nombre assez respectable de fibromes qu'ils pourront trouver sur ces vieilles pensionnées de l'Assistance, ayant, malgré leur tumeur, vécu jusqu'à un âge fort avancé. Sans doute, le nombre des complications est grand et leur variété infinie, puisqu'elles peuvent aller depuis « l'éternuement » jusqu'à l'occlusion intestinale. Mais les chirurgiens sont mal venus pour juger à eux seuls la question. C'est qu'en effet vers eux ne viennent que les fibromes compliqués, douloureux, métrorragiques, les fibromes dont on souffre. Mais les fibromes ignorés, les fibromes latents, ceux dont on ne souffre pas, ceux pour lesquels on ne consulte pas, ceux-là sont légion et doivent entrer en ligne de compte. Il s'ensuit que, lorsqu'un chirurgien rencontre, au hasard d'un examen, un fibrome de l'utérus, il a grand tort de sortir immédiatement son scalpel. Cette pratique l'entraînerait à des excès opératoires, d'autant plus regrettables que, d'après Bayle, un cinquième des femmes adultes seraient atteintes de fibrome, et même, d'après un autre auteur, Klob (1), il y aurait 40 p. 100 de fibromes chez des femmes ayant dépassé cinquante ans ! Voilà, certes, des chiffres qui donnent à réfléchir, et avec l'opération quand même, le bistouri chirurgical n'est pas près de prendre du repos.

Résumons-nous en disant : *le fibrome de l'utérus, tumeur de structure essentiellement bénigne, devient dangereux par certaines de ses complications.* LE TRAITEMENT DOIT DONC ÊTRE UNIQUEMENT DIRIGÉ CONTRE CES COMPLICATIONS.

Telle est l'indication première qu'il convient de poser.

II

Il est donc certains fibromes qu'il faut respecter, d'autres qu'il convient de traiter médicalement, d'autres, enfin, qu'il est nécessaire d'opérer.

Le départ entre ces trois catégories de fibromes est difficile à établir nettement, et il est impossible de trouver une formule thérapeutique invariable.

M. Kœberlé nous paraît dans la vérité quand il dit : les tumeurs fibreuses, bénignes par leur structure, deviennent dangereuses sous l'influence de causes variées, dont les principales sont :

« Volume très considérable de la tumeur; fréquence et abondance des hémorragies et des pertes blanches qu'elles provoquent; accroissement rapide de leur volume ; douleurs violentes; enclavement de la tumeur dans le bassin.

Les opérations que l'on peut pratiquer sur ces tumeurs sont relativement peu graves, lorsqu'elles ne sont en aucune façon compliquées; par contre, ces opérations sont graves lorsque certaines complications se sont produites. En d'autres termes, l'intervention est d'autant plus grave qu'elle est plus légitime, d'autant moins grave que l'opération se justifie moins.

Mais certaines de ces complications disparaissent d'ailleurs d'elles-mêmes, sans que le chirurgien ou le médecin ait à intervenir. Aussi, faut-il s'abstenir quand la tumeur, déjà ancienne, est stationnaire, qu'elle n'est pas gênante, pas douloureuse, qu'elle ne met pas la vie en danger. »

Lorsque les complications apparaissent, il faut les étudier et ne pas recourir d'emblée et toujours à l'extirpation radicale. Voici ce que dit M. Bouilly :

On n'a encore parlé que d'opérations radicales, d'ablation de l'utérus ou tout au moins de suppression partielle de cet organe; je crois que c'est là un excès. Ce qu'il ne faut pas hésiter à affirmer, c'est que, quand ces opérations radicales sont faites pour des cas très graves, elles ne sont pas sans grands dangers, et je suis persuadé que si, dans les statistiques, on séparait les cas légers des cas graves, les chiffres de succès fournis par ces derniers seraient infiniment moins favorables que les résultats de statistiques en masse. L'hystérectomie pour petits fibromes est une opération facile, mais je la crois au moins inutile dans ces cas; c'est pourquoi je veux insister brièvement sur des moyens moins radicaux, qui peuvent donner des résultats très satisfaisants, et, en particulier, sur la castration tubo-ovarienne.

Les hémorrhagies et les douleurs sont par excellence les indications du traitement des fibromes utérins de petit et de moyen volume (même de ceux qui arrivent à effleurer l'ombilic), par la castration tubo-ovarienne. Les hémorragies doivent être des ménorragies; les douleurs, le plus souvent, sont dues à une lésion des annexes. Dans ces conditions, la castration tubo-ovarienne, sur le manuel opératoire de laquelle je n'ai pas à insiter ici, donne des résultats satisfaisants que mettent bien en lumière les opérations que j'ai faites moi-même.

J'ai traité vingt-six fibromes utérins par la castration tubo-ovarienne. Vingt fois j'ai opéré pour arrêter des ménorragies inquiétantes, ayant amené un état extrême d'anémie et, dans quelques cas, un état véritable de cachexie anémique ; deux fois pour des ménorragies et des douleurs simultanées, une fois pour des douleurs sans pertes sanguines, une fois pour entraver le développement énorme d'un fibrome; deux fois j'ai enlevé les annexes, ne pouvant enlever par l'hystérectomie de gros fibromes enclavés dans le bassin. Deux fois, dans des cas difficiles, je n'ai pu trouver les annexes que d'un seul côté; dans ces deux derniers, la castration tubo-ovarienne n'était pas indiquée; elle a été une opération de nécessité et non de choix.

Dans la plupart de ces cas, le fibrome arrivait presque au niveau de l'ombilic; dans quelques-uns, il n'avait que le volume du poing.

Sur ces vingt-six interventions, je ne compte que trois décès, peu imputables à l'opération elle-même. Deux de ces malades étaient extrêmement anémiées et épuisées; elles succombèrent vers le huitième jour; la troisième portait un fibrome énorme;

(1) KLOB. *Wien. Med. Wochens.*, 1863, n° 35.

au cours de l'opération il y eut une hémorragie abondante, due à la blessure d'une veine.

Dans tous les autres cas, la guérison opératoire fut obtenue avec la même simplicité que dans les laparotomies simples.

Les résultats thérapeutiques se répartissent de la façon suivante : trois fois les hémorragies se reproduisirent par évolution ultérieure du fibrome, s'avançant dans la cavité utérine, ou par la production d'un autre fibrome que celui pour lequel l'opération avait été pratiquée. Dans trois autres cas, l'amélioration fut notable, mais non complète; une fois le fibrome fut éliminé spontanément peu après l'opération; enfin, j'ai eu un insuccès presque complet.

Dans les dix-huit autres cas, le résultat cherché a été obtenu; les ménorragies ont complètement disparu, d'emblée chez quelques malades, sans aucun retour des règles, plus lentement chez d'autres, après des règles très irrégulières et peu abondantes au cours de la première année. Chez toutes celles qui souffraient, les douleurs ont cessé dès les premiers jours qui suivirent l'opération; chez toutes également le fibrome a diminué dans des proportions considérables. Dans les cas où l'utérus fibromateux n'était guère plus volumineux que le poing, l'organe est revenu à son volume normal. Quand la tumeur remontait jusqu'à l'ombilic, en deux ou trois ans elle a diminué de plus de moitié et les phénomènes dus à la compression ont totalement disparu.

En résumé, dans le traitement des fibromes par l'ablation des annexes : suppression dee ménorragies, suppression des douleurs, diminution considérable des grosses tumeurs, disparition des petites, tels sont les résultats obtenus. Peut-on demander mieux à une intervention simple et facile, dont la mortalité est nulle, si l'indication est bien saisie et exécutée en temps utile, et dont les insuccès ne sont dus qu'à une application intempestive de la méthode? Non, assurément; son innocuité doit la faire préférer aux opérations radicales, toutes les fois qu'on pourra la faire dans de bonnes conditions.

M. Routier vient aussi discuter les indications thérapeutiques :

La formule absolue du traitement des fibromes de l'utérus est encore à donner. Dans quel cas doit-on temporiser? dans quel autre doit-on agir? et comment doit-on agir? Autant de questions qui se posent et que chaque chirurgien résout un peu d'après des règles générales, et beaucoup d'après ses tendances personnelles.

Rien n'est plus varié, en effet, que la forme, la marche, l'évolution de cette variété de tumeurs. Tel fibrome ne manifestera sa présence que par l'énormité de son volume et la gêne qu'il cause à la malade, par son poids et la compression qu'il exerce.

Tel autre, au contraire, provoque des métrorragies constantes, met les jours de la malade en danger. Il semble qu'entre ces deux extrêmes, et d'après les accidents dont ils s'accompagnent, on peut diviser les fibromes ainsi :

1° Ceux qui se manifestent par les hémorragies, depuis les règles trop abondantes jusqu'aux pertes incessantes;

2° Ceux qui agissent par leur volume et qui peuvent simplement gêner la malade ou rendre la station debout et le décubitus presque impossibles;

3° Ceux qui exercent une compression sur les organes voisins, vessie, intestin, vaisseaux et nerfs;

4° Ceux qui sont surtout douloureux, et nous savons que presque toujours ce sont des fibromes plus ou moins pédiculés sur la matrice et qui sont mobiles dans le ventre.

Dans tous ces cas, le chirurgien, appelé à prendre un parti, doit peser la valeur de chaque symptôme et agir en conséquence.

Le plus difficile quelquefois est de faire accepter aux malades un traitement expectant; j'appelle ainsi les bains salés, la potion d'ergotine, etc.

J'ai eu ainsi de beaux succès; j'ai pu conduire jusqu'à leur ménopause notamment 4 malades, dont deux avaient des fibromes remontant à plusieurs travers de doigt au-dessus de l'ombilic, et dont la matrice a repris aujourd'hui des proportions à peu près normales.

Quand j'ai eu affaire à des fibromes surtout hémorragiques, avec des cavités utérines profondes, j'ai volontiers eu recours à la castration tubo-ovarienne; c'est une opération qui a toujours été bénigne entre mes mains et qui m'a donné de bons résultats thérapeutiques. J'ai opéré 21 malades, j'ai eu 21 guérisons.

Tous ces cas n'étaient cependant pas simples; parmi mes observations, je relève un cas de fibrome montant jusqu'à l'épigastre, chez une albuminurique, probablement par compression; après bien des péripéties, cette femme, opérée il y a sept ans, se porte à merveille et a un utérus normal.

Dans 3 cas, j'ai fait suivre la castration ovarienne de l'ablation de fibromes sous-péritonéaux pédiculés et douloureux.

Dans 2 cas, j'ai enlevé consécutivement, et par les voies naturelles, des fibromes devenus intra-utérins depuis la castration et qui donnaient lieu à un écoulement fétide.

Enfin, dans un cas compliqué de grossesse de cinq mois, reconnue, j'ai pu enlever un gros fibrome largement pédiculé sur l'utérus gravide, et la malade a, plus tard, accouché dans le service de M. Budin.

Quand le fibrome est surtout pelvien, surtout dans les cas où j'ai cru pouvoir en même temps diagnostiquer des salpingites interstitielles, j'ai employé l'hystérectomie vaginale; mon premier cas remonte à 1888.

Mais c'est depuis les vacances de 1891 que j'ai, sur ce point, modifié ma pratique, mettant à profit le procédé de Muller. J'ai depuis réglé ce procédé et m'en trouve très bien; je commence par ouvrir le cul-de-sac postérieur pour compléter ou confirmer mon diagnostic par le toucher direct, puis j'ouvre le cul-de-sac antérieur et, sectionnant l'utérus sur son milieu, je luxe chaque moitié; j'assure l'hémostase par l'application de pinces. J'ai opéré 6 malades pour fibrome par l'hystérectomie vaginale, j'ai eu 6 guérisons.

Sur 16 hystérectomies abdominales avec pédicule externe, j'ai eu 3 morts.

Six fois j'ai pratiqué l'hystérectomie totale, combinant l'hystérectomie abdominale avec l'ablation vaginale du pédicule. Ici, mes résultats sont moins heureux; j'ai eu 3 guérisons et 3 morts.

En somme, pas de règle absolue; il faut savoir choisir entre les procédés ou les méthodes ce qui convient au cas à traiter.

La plupart des autres communications, comme nous allons le voir, n'ont plus trait qu'à des procédés différents d'opération. Seul, M. Verneuil est venu défendre la thérapeutique conservatrice :

Veuillez excuser un vieux chirurgien de prendre la parole devant vous, dans un sens que peut-être vous allez trouver un peu réactionnaire.

Il y a bien longtemps que la question du traitement des corps fibreux de l'utérus est à l'ordre du jour, car ce sont des tumeurs très communes et du domaine du vulgaire; nos hôpitaux en sont toujours pleins, et les chirurgiens de mon âge ont eu à s'en occuper toute leur vie; leur opinion, dès lors, a bien quelque valeur.

Eh bien! j'ai entendu ici, à la séance d'hier, des développements très intéressants sur ces corps fibreux, et l'on a discuté les divers procédés pour les attaquer par en haut, par en bas; de tous ces procédés qui ont été, cela va sans dire, plus ou moins perfectionnés, je n'ai rien à dire; mais il m'a semblé résulter de toute cette discussion que le traitement opératoire est le seul applicable à tous les corps fibreux. Je ne crois calomnier ici personne en vous rappelant que, hier encore, un chirurgien déclarait que les accidents imputables aux corps fibreux sont plus graves qu'on ne le pense, que ces accidents sont inéluctables, de telle sorte que, tout corps de cette nature étant bien et dûment constaté, l'indication opératoire se pose; elle doit se discuter et, en quelque sorte, elle s'impose.

Voilà une proposition contre laquelle je tiens à m'élever de toute la vigueur de ma conviction; je n'accepterai jamais que l'indication opératoire périlleuse, difficile, s'impose dans les cas qui ne provoquent aucune espèce d'accidents.

Les corps fibreux, je vous l'ai dit, sont extrêmement communs. C'est à ce point que, quand on fait l'autopsie des vieilles femmes qui meurent à la Salpêtrière, dans les deux tiers des cas on rencontre dans leur utérus des corps fibreux dont elles ne se sont jamais plaintes à aucune époque de leur vie. Lorsqu'il s'agit de corps fibreux utérin, nous sommes tous gynécologistes, et, en ce qui me concerne en particulier, j'ai dû faire pendant cinq ans de la gynécologie à Lourcine; j'ai eu là l'occasion d'examiner une énorme quantité de femmes, le nombre de celles qui avaient des fibromes était considérable et, chez quelques-unes, la tumeur était volumineuse. Or, presque aucune de ces femmes ne se plaignait de son fibrome, aucune n'a été opérée, et elles ne s'en sont pas portées plus mal. Aussi, lorsque j'ai entendu dire ici que l'on devait enlever un corps fibreux, n'eût-il pas un volume plus gros qu'une châtaigne, j'avoue que je ne puis accepter cela.

Les fibromes utérins peuvent se diviser en trois catégories : les fibromes qui ne déterminent aucun accident, les plus nombreux; ceux qui déterminent des accidents légers facilement dominés par la thérapeutique, et, enfin, les corps fibreux qui, souvent par impéritie ou par négligence des malades, deviennent très graves. Pour ces derniers, j'admets très bien l'intervention, comme je l'admets dans tous les cas graves en général, en vertu du principe : « Aux grands maux, les grands remèdes. » Pour les autres, je suis d'une opinion diamétralement opposée.

Nos confrères, d'ailleurs, ne sont pas si éloignés qu'on paraît le supposer de cette manière de voir.

Il y a un grand nombre de corps fibreux chez les femmes de médecins; j'en connais, pour ma part, des douzaines; or, je ne sache pas que ces confrères songent à faire faire l'opération. Je connais même une femme de médecin qui avait un kyste ovarique et un fibrome. On lui a ouvert le ventre pour enlever son kyste, mais l'on n'a pas le moins du monde songé à profiter de la circonstance pour enlever son fibrome. Et les faits de ce genre, soyez-en bien persuadés, sont plus fréquents qu'on ne le pense. Chez ces malades, on fait des injections d'ergotine, de l'électricité, on ordonne le repos, l'immobilité du ventre, mais on ne va pas au delà. On a d'autant plus raison que, pour ma part, j'ai vu des corps fibreux, gros comme ma tête, qui, par ces méthodes, ont disparu, ou tout au moins ont notablement diminué de volume, sans que les femmes aient eu, à un seul moment, besoin d'interrompre leurs occupations.

Cette abstention opératoire est d'autant plus rationnelle que si, rejetant ces moyens anodins, on ouvre le ventre, que ce soit par en haut ou par en bas, que le chirurgien soit M. X... ou M. Y..., tous vous diront en toute sincérité qu'ils ont perdu des malades. On citera tout à l'heure un chirurgien qui compte parmi les meilleurs opérateurs que nous ayons, M. Terrier, mais sa mortalité est formidable! Et comme cette mortalité est certainement celle de tout chirurgien sincère, je crois qu'il y a là un document qui doit singulièrement donner à réfléchir à un opérateur, quel qu'il soit.

D'ailleurs, en ce qui me concerne, je n'ai jamais vu que deux fois des femmes mourir des conséquences de leur fibrome; il s'agissait d'une phlébite et d'une embolie.

Les morts par hémorragies, en particulier, sont très rares, car, très certainement, les moyens dont nous disposons contre ces complications, qu'il s'agisse des injections chaudes recommandées par Pinard, qu'il s'agisse d'électricité, ces moyens ont été très efficaces. L'électricité, en particulier, n'est certainement pas la selle à tout cheval qu'on nous a présentée, mais c'est un moyen très sérieux, veuillez me croire sur parole.

Je ne pense pas avoir jamais — mes élèves pourront en faire foi — abandonné un malade et l'avoir laissé mourir faute de soins chirurgicaux, quelle que soit l'énergie chirurgicale qu'il ait fallu développer; je fais et j'approuve toutes les opérations, mais en ce qui concerne le cas particulier des corps fibreux, je tiens absolument aux réserves que je viens d'indiquer.

Un dernier exemple en faveur de la thèse que je soutiens, et j'en aurai fini. Il y a quelque temps, j'avais reçu une femme devenue pour ainsi dire exsangue après des métrorragies dues à des corps fibreux. Je la soignai deux mois, et les accidents s'amendèrent suffisamment pour qu'elle pût quitter l'hôpital; elle revenait cependant de temps à autre pour que nous lui continuions nos soins. Sur ces entrefaites, je quittai le service pendant deux à trois mois. A mon retour, ne voyant pas revenir la malade, je m'informai de la cause de cette absence. J'appris alors que, ennuyée de ne pas me voir, elle était allée dans un autre service, que là on lui avait proposé une opération, que cette dernière fut exécutée, mais que trois jours après elle était morte!

De tous ces faits, l'enseignement que je veux tirer est bien simple : je voudrais que, dans le traitement des corps fibreux, on ne tournât pas le dos à une thérapeutique inoffensive; je voudrais que l'on eût plus de tendance que l'on n'en a à perfectionner les moyens médicaux applicables à ces néoplasmes et que l'on tendît de plus en plus à accroître le champ de la thérapeutique aux dépens du champ de la médecine opératoire.

Cet appel à la chirurgie conservatrice sera peut-être entendu, mais dans le Congrès actuel, sauf une apparition de quelques fidèles de l'électricité, la discussion s'est maintenue sur le choix à faire entre les différents procédés opératoires.

III

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LES CORPS FIBREUX DE L'UTÉRUS

Quatre modes principaux d'intervention sont dirigés contre les fibromes :

1° La castration utéro-ovarienne ou opération de Battey;

2° L'extirpation du fibrome par la laparotomie avec pédicule externe ou pédicule interne;

3° L'extirpation totale du fibrome et de l'utérus par la laparotomie;

4° L'extirpation totale du fibrome et de l'utérus par la voie vaginale.

M. Péan, et nombre de chirurgiens, réservent la laparotomie pour les tumeurs volumineuses dépassant l'ombilic et attaquent toutes les tumeurs petites ou moyennes par la voie vaginale. Voici d'ailleurs la statistique, publiée au Congrès, par le chirurgien honoraire de l'hôpital Saint-Louis :

Sur 200 tumeurs kystiques et fibro-kystiques du corps de l'utérus ayant nécessité, de 1868 à janvier 1893, l'hystérectomie abdominale, en raison de leur immense volume, nous avons obtenu 170 succès et 30 insuccès.

Pendant cette longue période, la proportion des guérisons s'est accrue à mesure que le manuel s'est perfectionné, puisque, de 1868 à 1886, la mortalité était de 20 p. 100, tandis que, depuis cette époque, elle est descendue à 10 p. 100.

Sur 50 fibromes, non moins volumineux, qui ont été opérés par la voie abdominale et par la voie vaginale combinées, la mortalité s'est abaissée à 2 p. 100.

Sur plus de 300 fibromes interstitiels et sous-péritonéaux du corps de l'utérus, types mixtes, compliqués, presque tous multiples, opérés par la voie vaginale seule, de 1882 à janvier 1893, nous avons eu 2 p. 100 de mortalité. Ces résultats favorables sont dus, sans contredit, au pincement des ligaments larges et au morcellement des tumeurs.

M. Doyen préconise un procédé spécial d'extirpation des fibromes par la voie vaginale. C'est un procédé de morcel-

lement, sans hémostase préventive, avec incision médiane de l'utérus.

M. Doyen a également adopté une technique particulière pour l'extirpation des fibromes volumineux, accessibles seulement par la voie abdominale. Ces procédés ont déjà été publiés au Congrès de Bruxelles et dans les *Archives provinciales de chirurgie*. M. Doyen se montre un adversaire acharné de l'hémostase préventive qui ne serait plus qu'une méthode d'exception applicable à des cas assez rares.

M. Pozzi a peu à peu abandonné la castration tubo-ovarienne comme traitement des complications hémorragiques et douloureuses des fibromes, depuis que le morcellement a permis d'énucléer, presque sans danger, les tumeurs fibreuses par la voie abdominale.

La castration ne remédie pas, en effet, aux phénomènes de compression du côté du rectum ou du côté des uretères. M. Pozzi conserve l'ablation des annexes dans les cas de tumeurs volumineuses et enclavées, chez des malades d'une débilité extrême.

M. Richelot relègue également, au second plan, la castration tubo-ovarienne. Il a pratiqué 34 hystérectomies avec morcellement et n'a eu qu'une mort.

Lorsqu'il a recours à l'extirpation par la voie abdominale, il cautérise au thermocautère la surface cruentée du pédicule, fait la ligature à la soie et il ramène le péritoine pardessus la ligature, de manière à ce que le pédicule devienne extra-péritonéal. Ce procédé est applicable aux plus gros fibromes et améliore singulièrement le pronostic de l'hystérectomie abdominale.

M. Richelot a pratiqué ainsi 21 hystérectomies abdominales avec 2 décès : l'un chez une femme atteinte en même temps de fibrome et de péritonite tuberculeuse; la seconde malade est morte de septicémie ; dans ce dernier cas, c'est la plaie abdominale qui a suppuré, alors que le pédicule est resté intact.

Sur les 19 malades qui ont guéri, il n'a observé qu'une seule fois la suppuration, dans un cas où il n'avait pu pratiquer la cautérisation du pédicule.

M. Reynier présente sa statistique qui s'est améliorée d'année en année, aussi devient-il interventionniste à outrance : pour lui, le premier devoir thérapeutique, en cas de fibro-myomes, est de les enlever. La formule est, nous l'avons dit, d'une simplicité par trop radicale.

De la communication de M. Bœckel, se dégagent ces conclusions : L'hystérectomie vaginale pour les tumeurs de petit et de moyen volume est d'une innocuité presque absolue.

Les tumeurs volumineuses à court pédicule sont traitées par la laparotomie avec pédicule intra-péritonéal, lié à la soie, si le pédicule est mince, avec un tube élastique, si la surface de section est volumineuse.

L'hystérectomie abdomino-vaginale est une opération incontestablement plus compliquée et plus grave.

Si le pédicule est long et peut être amené et fixé au dehors, l'opérateur a, dans cette méthode, une sécurité presque absolue.

M. Jacobs (de Bruxelles) se range parmi les interventionnistes, il considère la castration ovarienne comme un pis-aller et réserve toutes ses faveurs pour l'hystérectomie vaginale. Toutefois, si le fibrome est volumineux, il a recours à une opération mixte.

M. Condamin, élève de M. Laroyenne de Lyon, conseille l'emploi des crayons au chlorure de zinc dans les fibromes ménorragiques. Cette pratique est surtout applicable aux approches de la ménopause, ou lorsque les malades sont trop épuisées pour supporter une opération qui n'est jamais inoffensive. Elle donne d'excellents résultats et jamais il n'a été donné d'observer consécutivement une sténose du col. Cela tient peut-être aux précautions qui sont prises pour appliquer le caustique. Le col utérin est dilaté, la cavité utérine désinfectée, et dans son intérieur est introduit un crayon mitigé au chlorure de zinc. Le col est tamponné, et la malade reste couchée plusieurs heures sur le ventre. Le dixième ou le douzième jour, l'escharre tombe, on replace un deuxième crayon plus petit et avec les mêmes précautions.

Quelquefois il survient une petite poussée fébrile, légère et fugace. La douleur est peu intense. Les résultats sont excellents et l'efficacité du procédé est presque constante.

M. Queirel (de Marseille) a fait 5 hystérectomies abdominales avec pédicule perdu, et a eu 4 succès; ses préférences sont donc pour la réduction intra-péritonéale du pédicule.

M. Delagenière (du Mans) s'exprime ainsi :

J'avais d'abord considéré l'hystérectomie abdominale pour les gros fibromes de l'utérus, comme étant la ressource ultime à laquelle on pût recourir, et je pratiquais autant que possible l'opération d'Hégar et l'énucléation par morcellement. La première de ces opérations m'a donné 80 p. 100 de succès définitifs, et l'énucléation environ 70 p. 100 seulement; chiffres équivalents au résultat de l'hystérectomie qui est de 75 p. 100. J'ai donc cru devoir adopter les conclusions suivantes : 1° l'hystérectomie abdominale est l'opération de choix pour toutes les tumeurs fibreuses qui atteignent l'ombilic; 2° la castration ou opération d'Hégar est l'opération de choix pour les petites tumeurs, chez les femmes encore jeunes, quand le symptôme dominant est l'hémorragie; 3° l'énucléation par morcellement est indiquée dans les cas de petites tumeurs sous-muqueuses; elle devra se compléter de l'hystérectomie vaginale, si la cavité est anfractueuse et difficile à drainer; 4° tous les cas qui ne rentrent pas dans ces catégories très nettes, seront susceptibles de l'hystérectomie abdominale. L'hystérectomie abdominale redevient donc l'opération de choix; or, la fixation extérieure du pédicule, la réduction du pédicule ne donnent que des résultats très médiocres, et, en outre, ne peuvent être appliquées aux cas de tumeurs enclavées. C'est donc à l'*hystérectomie abdominale totale* qu'il convient d'avoir recours; car elle est d'une exécution aussi facile et elle présente l'avantage de ne pas faire courir le risque d'infection ou d'hémorragie par le pédicule. C'est l'opération de l'avenir. Quant à l'électrisation des gros corps fibreux, non seulement nous la considérons comme inutile, mais encore comme nuisible.

M. Hue (de Rouen) est, lui aussi, un partisan fervent de l'hystérectomie abdominale totale.

M. Duret, dans sa communication, ne s'occupe que des gros fibromes, ces tumeurs énormes qui occupent tout l'abdomen, soulèvent les côtes, et pèsent 10, 15, 20, 30 kilogrammes, qui paraissent, à beaucoup, au-dessus des ressources de l'art. Ces tumeurs, par les accidents auxquels elles donnent lieu, et par les difficultés opératoires qu'elles présentent, méritent une étude spéciale. La seule méthode opératoire qui lui convienne est l'hystérectomie abdominale avec pédicule externe.

A l'appui de son opinion, M. Duret rapporte trois succès d'hystérectomie pour tumeurs énormes.

M. Rouffart (de Bruxelles), après avoir expérimenté toutes les méthodes de traitement chirurgical des fibromes, se

déclare partisan convaincu de l'hystérectomie vaginale par morcellement toutes les fois que cela est possible.

M. Le Bec n'aime pas laisser de pédicule dans la cavité abdominale. C'est ce qui résulte de sa communication :

Sous le nom d'hystérectomie laparo-vaginale, nous désignons l'ablation de la tumeur par la laparotomie et du pédicule par le vagin. Elle a pour but de tourner les inconvénients des autres méthodes d'hystérectomie. Le pédicule rentré expose aux hémorragies par glissement du lien constricteur, à la gangrène septique du moignon, à l'infection péritonéale par les microbes du moignon; enfin, à l'élimination suppurative du lien et du pédicule. Le procédé extra-péritonéal est lent, souvent douloureux et expose aux éventrations.

Tous ces inconvénients ont conduit à rechercher l'extirpation du pédicule, pour les fibromes volumineux tout au moins.

Cette hystérectomie laparo-vaginale offre quelques difficultés provenant des vaisseaux des ligaments larges.

Voici un moyen facile de les lier :

Les vaisseaux des ligaments larges forment deux groupes. L'externe contient les vaisseaux utéro-ovariens, l'interne est accolé à l'utérus.

Entre ces deux groupes, il existe toujours un espace celluleux large de 2 à 3 centimètres. Par là, on peut passer un fil qui étreint les vaisseaux du groupe externe. Le groupe interne est difficile à séparer de l'utérus et est compris dans le pédicule. Si on ne lie pas bien les vaisseaux externes, voici ce qui se passe :

Le lien constricteur plisse le ligament large; si on le pince ainsi replié, quand on veut détacher le pédicule par le vagin, le ligament se détend et la partie élevée, qui contient les vaisseaux, s'échappe de la pince.

Quand le lien constricteur est mis sur le pédicule, on détache la tumeur. Il est bon alors de mettre une pince de Museux sur l'ouverture de l'utérus, car la muqueuse pourrait infecter le péritoine. Le col est enlevé, comme dans l'hystérectomie vaginale ordinaire.

M. Chaput emploie un procédé qui consiste à faire l'hémostase par ligature directe des vaisseaux du pédicule :

L'opération s'exécute de la façon suivante : l'amputation supra-vaginale étant faite et un caoutchouc réalisant l'hémostase provisoire du pédicule, j'applique, sur la circonférence du moignon utérin, une couronne complète de pinces en cœur munies de griffes. On peut alors desserer le caoutchouc sans avoir à craindre d'hémorragie grave, car tous les vaisseaux importants siègent à la périphérie du pédicule. On enlève alors chaque pince une à une; si l'ablation de l'instrument détermine un jet de sang, on fait aussitôt la ligature de la région saignante.

Pour que cette ligature ne glisse pas sur le tissu utérin, qui est dur et élastique, je conseille de donner un coup de ciseaux de chaque côté de la pince pour pédiculiser la région pincée. Il est alors facile de jeter une ligature au-dessous de la pince.

On fait successivement l'hémostase de toute la circonférence.

On rencontre parfois, vers le centre du pédicule, quelques vaisseaux qui saignent; pour les lier, le chirurgien trace autour du vaisseau, avec un bistouri, une incision quadrilatère profonde d'un centimètre environ. Le prisme de tissu utérin, ainsi isolé, est saisi avec une pince en cœur au-dessous de laquelle on jette une ligature en masse.

Le dernier temps de l'opération consiste à fixer le pédicule derrière la paroi abdominale, au moyen d'un fil qui les traverse tous deux. Une mèche de gaze iodoformée, allant jusqu'au moignon, tient lieu de drain.

Cette méthode évite l'hémorragie et le sphacèle du pédicule; elle réduit au minimum les chances de septicémie; elle est plus rapide que l'extirpation totale de l'utérus.

MM. Bergonié et Boursier (de Bordeaux) font connaître les résultats qu'ils ont obtenus à la clinique électrothérapique de Bordeaux. Leur travail se recommande par la modération de leur appréciation qui diffère du ton par trop enthousiaste de certains électriciens. On peut ainsi résumer leur communication :

Les observations ont été recueillies depuis le mois de novembre 1885 jusqu'à l'époque actuelle. Le nombre des cas observés a été de plus de 200. A peu près 100 d'entre elles ont dû être éliminées comme incomplètes ou pour d'autres raisons.

Le traitement a été seulement appliqué à tous les utérus myomateux et aux tumeurs fibreuses utérines. Ne sont pas compris dans ces observations les cysto-fibromes, les polypes fibreux et les fibromes sous-péritonéaux à pédicule mince ou libres dans l'abdomen.

Technique. — Méthode monopolaire positive; hystéromètre en charbon, réuni au pôle positif de la batterie, introduit dans l'utérus ; large électrode indifférente abdominale réunie au pôle négatif. Les intensités utilisées ont varié de 25 mA à 150 mA ; la durée moyenne des séances a été de dix minutes. Antisepsie au moyen de la solution de sublimé à 1/2 p. 1000.

Analyse des résultats : ceux-ci sont basés sur 100 observations entièrement comparables et comme diagnostic et comme technique suivie. Sur ces 100 cas, 64 sont des fibromes volumineux sur lesquels on a observé 7 fois une diminution manifeste du volume de la tumeur, soit 10 p. 100 environ ; 90 sont des cas de fibromes avec hémorragies, sur lesquels 81 fois ce symptôme a disparu ou s'est amendé sous l'influence du traitement, soit 90 p. 100 ; 41 sont des cas accompagnés de douleurs, sur lesquels 22 ont éprouvé une amélioration ou une disparition de ce symptôme, soit 50 p. 100 environ. Enfin, dans 63, le mauvais état général des malades a été amélioré, soit 79 p. 100.

Conclusions. — Ces faits démontrent : 1° que le traitement électrique, d'après la méthode employée, est surtout un palliatif efficace dans les cas de fibromes hémorragiques (90 p. 100) ; 2° qu'il agit favorablement aussi sur l'état général (79 p. 100); 3° que les douleurs accompagnant cette affection s'amendent souvent sous son influence (50 p. 100) ; 4° enfin que son action, au point de vue de la diminution du volume de la tumeur, n'est que rarement efficace (10 p. 100).

Des observations de M. Regnier, il résulte que le traitement électrique judicieusement appliqué convient dans trois ordres de cas :

1° Tumeurs de petit volume, suffisantes cependant pour provoquer la gêne de la marche, les troubles de la miction, des douleurs, des pesanteurs ;

2° Dans les cas de tumeurs très volumineuses et multiples, si les annexes sont en bon état ou non suppurées ;

3° Contre les hémorragies, le traitement réussit dans la plupart des cas, sauf deux variétés : celle où la cavité utérine est démesurément agrandie ; celle de fibromes volumineux interstitiels dans lesquels les vaisseaux sanguins dilatés et indurés s'ouvrent largement sur une muqueuse atrophiée et dégénérée. Il y a contre-indication formelle au traitement électrique : 1° lorsque le fibrome est compliqué de collections purulentes, hématiques ou kystiques des annexes ; 2° lorsqu'il est accompagné d'hydrorrée.

Que faut-il conclure de ces nombreuses communications ? Comme nous l'avons dit, rien au point de vue des indications et de la nature du traitement purement médical. Dès qu'il faut intervenir à cause des complications si fréquentes, à quelle thérapeutique faut-il avoir recours ? Il est incontestable, à notre avis, que le traitement électrique est trop négligé par les chirurgiens et sans accepter, à la lettre, certains chiffres fournis par les électriciens de profession, on ne peut nier que nombre de fibromes, surtout les fibromes hémorra-

giques, sont très heureusement influencés par les applications électriques.

Il n'en est peut-être pas de même des fibromes douloureux, chez lesquels le traitement électrique a une efficacité moindre. Quant aux fibromes, avec accidents de compression, ils ne nous paraissent pas justiciables de l'électricité, peut-être même plus dangereuse qu'utile.

Lorsque le traitement médical ou électrique des fibromes a échoué, il faut intervenir. Quelle méthode chirurgicale devra-t-on choisir? La tâche nous est facilitée par l'accord presque unanime des chirurgiens. La castration utéro-ovarienne est à peu près abandonnée, comme méthode de choix, par presque tous les opérateurs, c'est un pis-aller réservé aux fibromes inopérables, ou dont l'extirpation présente trop de dangers, elle n'est, de plus, indiquée que chez les femmes jeunes encore. On ne la pratiquera donc que lorsque les autres procédés seront ou impossibles ou dangereux. On peut dire, à ce propos, que c'est une véritable révolution dans les idées chirurgicales qui, il y a quelques années à peine, étaient très favorables à l'opération de Battey.

L'extirpation des fibromes est aujourd'hui reconnue comme le procédé de choix. Mais, ici, se présente une première question : Par quelle voie doit-on extirper les fibromes utérins?

Si le fibrome est petit ou moyen, s'il n'atteint pas l'ombilic, l'extirpation par la voie vaginale, à l'aide de l'hystérectomie et du morcellement, est l'opération qui par sa bénignité a réuni tous les suffrages. C'est donc à elle qu'il faut avoir recours.

Si le fibrome est volumineux, s'il dépasse l'ombilic, il faudra opérer par la voie abdominale.

Mais les procédés employés sont différents. Dans quels cas réduira-t-on le pédicule? Dans quel cas le laissera-t-on au dehors? Dans quel cas pratiquera-t-on l'extirpation totale de l'utérus?

Ici, la science n'est pas encore absolument fixée. Toutefois, l'hystérectomie abdominale avec pédicule rentré n'a pas trouvé de nombreux partisans; elle est certainement moins bénigne que l'hystérectomie avec pédicule externe qui donne d'excellents résultats.

Quant à l'extirpation totale de l'utérus et du fibrome, soit par la voie abdominale seule, soit combinée à la voie vaginale, c'est une opération plus compliquée, plus délicate dans son exécution que l'opération précédente; mais sa technique se perfectionne de jour en jour; les cas opérés deviennent de plus en plus nombreux; et si, jusqu'ici, elle était réservée à certains cas spéciaux, en particulier à ceux où le pédicule trop court ne pouvait être fixé entre les lèvres de la plaie abdominale, on peut dire que c'est une opération d'avenir dont l'usage se développera rapidement.

IV

CORPS FIBREUX ET GROSSESSE

Nous avons déjà cité plus haut un cas de fibrome extirpé par M. Routier au cours d'une grossesse, sans que celle-ci eût interrompu son cours. L'observation suivante de M. Guinard est intéressante à ce point de vue :

Une malade, âgée de trente-trois ans, est vue au troisième mois de sa cinquième grossesse. Trois de ses grossesses se sont passées normalement. Les accouchements ont eu lieu à terme; les trois enfants sont vivants. La quatrième a nécessité l'emploi du forceps : l'enfant était mort. Avant la suspension de ses dernières règles, cette malade avait des ménorragies très abondantes et un peu de leucorrée.

A son entrée à l'hôpital Saint-Louis, elle se plaint de douleurs de ventre très vives. L'examen montre deux tumeurs qui semblent distinctes; l'une, qui occupe la fosse iliaque gauche, remonte au-dessus de l'ombilic et rappelle, par sa rénitence, un utérus gravide; l'autre, qui remplit le petit bassin du côté droit, est dure, lisse et beaucoup moins mobile.

On porte le diagnostic de corps fibreux tenant au bord droit d'un utérus gravide et, comme il est aisé par le toucher vaginal de s'assurer que l'accouchement par les voies naturelles sera impossible, on décide une opération.

On fait une longue incision sus-pubienne et on trouve un corps fibreux du volume d'une tête de fœtus à terme, inclus dans le ligament large droit. Après avoir incisé ce ligament large, j'énuclée la tumeur et je place une solide ligature en chaîne, à la soie, sur un pédicule peu volumineux. Suture du ligament large. Pas de drainage.

Les suites de cette myomectomie ont été très simples et, quand la malade sortit de l'hôpital, un mois après l'opération, l'utérus gravide avait repris sa position sur la ligne médiane. Elle a accouché sans accident aucun, à sept mois et demi. Cette observation nous montre qu'on peut, sans compromettre une grossesse en cours, pratiquer des opérations abdominales, même pour les tumeurs du petit bassin attenant à l'utérus, pourvu, bien entendu, qu'elles soient pratiquées dans des conditions d'asepsie parfaite. On peut, comme on l'a conseillé en pareil cas, attendre le terme de la grossesse et faire une opération césarienne, mais l'intervention est moins radicale, puisque la malade garde sa tumeur. A mon sens, on ne doit pratiquer l'opération césarienne, en cas de fibrome de l'utérus, que si la tumeur siège dans le segment inférieur et occupe l'excavation pelvienne, comme chez une malade que M. Picqué a récemment opérée.

Si, au contraire, le fibrome siège sur une région de l'utérus accessible, soit par la voie abdominale, soit par la voie vaginale, et à plus forte raison, si la tumeur, comme chez ma malade, n'est pas accolée à l'utérus et reste incluse dans le ligament large, il ne faut pas hésiter à en pratiquer l'ablation au cours de la grossesse.

Il est certain que la question de siège du fibrome est d'une importance capitale pour le choix du genre d'intervention. Ainsi, dans le cas de M. Picqué, il était impossible d'enlever le myome sans interrompre la grossesse, et, sur l'avis même de M. Tarnier, le chirurgien a dû attendre le terme et pratiquer l'opération césarienne.

M. Vautrin (de Nancy), qui est intervenu dans trois cas de grossesse compliquée de fibrome, pense qu'il y a intérêt à opérer de bonne heure, à quelque procédé qu'on soit obligé d'avoir recours. Attendre le moment de l'accouchement, c'est s'exposer à de graves dangers.

PATHOGÉNIE DU LYMPHADÉNOME

Par M. le professeur Verneuil.

Il y a des maladies graves dont l'étiologie et la pathogénie sont encore entourées du plus profond mystère. Si l'on connaît bien les adénopathies *symptomatiques* d'affections locales ou générales, il est certaines lésions ganglionnaires, *idiopathiques*, tout au moins en apparence, dont la nature est absolument inconnue.

Savons-nous ce que sont l'adénie, le lymphadénome, le lympho-sarcome? Au point de vue clinique, nous ne savons presque rien, la thérapeutique est restée dans le vague, et le pronostic est impossible à poser.

Différents cas, observés par M. Verneuil, tendraient à faire croire que le lymphadénome est une production « hybride »,

développée sur un terrain à la fois entaché de scrofule et d'arthritisme.

Le premier fait, qui mit M. Verneuil sur la voie, est un cas observé avec le docteur Leroux. Le père du malade était rhumatisant, la mère était tuberculeuse.

Le deuxième fait a été observé par M. Verneuil et par Villemin : il s'agit d'un homme politique fort connu, qui succomba asphyxié par un lymphadénome de l'amygdale. C'était un arthritique avéré, mais qui, depuis son enfance, portait des cicatrices de lésions tuberculeuses.

Un troisième fait est celui d'un charpentier, atteint, lui aussi, d'un lymphadénome de l'amygdale. C'était un rhumatisant, ayant eu plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu ; mais qui, dans son enfance, avait eu longtemps un volumineux chapelet ganglionnaire. Une de ses sœurs était morte tuberculeuse.

M. Verneuil, sans oser conclure, attire l'attention des chirurgiens sur ce point d'étiologie, et leur demande de l'aider à éclairer cette pathogénie si peu connue du lymphadénome.

Quant au traitement, l'arsenic et le phosphore, pris à l'intérieur, ont donné des améliorations et même des guérisons.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Thérapeutique physiologique du cœur, par M. G. Sée.

Ce volume, le huitième de la série publiée par MM. G. Sée et Labadie-Lagrave sous le titre général de Médecine clinique, est en même temps le tome II du « Traité des maladies du cœur ».

Son titre est tout à fait significatif, il indique nettement la tendance générale qui a présidé à sa conception; cette tendance domine tout entière, du reste, l'œuvre thérapeutique de M. G. Sée. Elle est des plus logiques.

Quoi de plus naturel que de procéder en médecine de la façon suivante ? Après avoir déterminé le mécanisme physiologique des symptômes de la maladie, on recherche quelles sont les propriétés physiologiques des médicaments. Lorsque la science sera suffisamment avancée, il suffira ainsi, en quelque sorte, de poser une équation entre les données de la physiologie pathologique et celles de la pharmacologie physiologique pour avoir dans tous les cas la formule du traitement.

Malheureusement, procéder ainsi suppose la possession d'une science étendue et très pénétrante. Il a donc fallu courir au plus pressé, chercher à soulager tout de suite ceux qui souffraient et qui n'avaient pas le temps d'attendre que les laboratoires et la clinique se fussent mis d'accord : de cette nécessité est née la thérapeutique empirique. M. Sée est de ceux qui pensent que le moment est venu d'emprunter à l'expérimentation des données susceptibles de contrôler et, au besoin, de réformer cette thérapeutique traditionnelle, et nous serions peu étonné si nous apprenions qu'il considère le traitement des maladies du cœur comme le meilleur des champs d'expérience pour la thérapeutique physiologique.

Son livre se trouve donc divisé en trois parties : la physiologie pathologique du cœur, la pharmacologie expérimentale des médicaments et des médications cardiaques et le traitement des symptômes et des maladies cardiaques. La marche est logique, nous l'avons dit; après avoir recherché comment se produisent les manifestations cardiopathiques, on étudie comment agissent les médicaments sur le cœur et la circulation. Sachant ce que produisent ces médicaments, on cherche, dans une troisième partie, comment ils peuvent s'opposer à l'apparition des accidents morbides ou rétablir suffisamment l'équilibre pour que la souffrance disparaisse et que la vie se maintienne.

Dans la première partie consacrée à la physiologie, il est plusieurs points sur lesquels l'auteur insiste particulièrement : l'autonomie régulatrice du myocarde dont le rythme s'établirait en dehors de toute innervation ganglionnaire par la qualité même de la fibre musculaire ; la nutrition des cardiaques, les desiderata de leur alimentation. La nutrition et l'alimentation dans les maladies, ce sont là des éléments trop communément négligés : les auteurs ont, il est vrai, une excuse d'une certaine valeur, l'obscurité et la complexité de ces questions. Qui oserait prétendre, toutefois, que poser ces questions n'est pas déjà un progrès ?

Dans la seconde partie — c'est celle qui tient le plus de place dans cet ouvrage — c'est surtout de pharmacologie qu'il est question.

L'étude de l'action physiologique des médicaments à l'état normal et pathologique est souvent trop négligée, sinon dédaignée, par les auteurs français. Ils objectent, il est vrai, que le lien est encore mal établi entre la théorie et la pratique : malgré cela, il faut reconnaître, de toute nécessité, que là, dans la pharmacologie, se trouve la clef de la thérapeutique de l'avenir. Il faut donc avoir pour cette science toute la considération qu'elle mérite.

Voici la classification des médicaments du cœur que donne M. G. Sée ; ces médicaments sont, il le dit fort justement, des médicaments régulateurs. Il s'agit moins en effet de guérir la maladie que de la faire tolérer aussi longtemps que possible, en régularisant la circulation.

Les régulateurs se divisent en trois groupes, en tête de chacun desquels on peut placer, comme chef de file, un médicament type : on a ainsi le groupe des iodures, médicaments vasculo-cardiaques ; les digitaliques, médicaments cardiaques (myo-cardiaques serait plus juste encore), et la caféine, type diurétique. En d'autres termes, les médicaments susceptibles d'agir dans les maladies du cœur peuvent donc agir sur les vaisseaux et les vasomoteurs comme les iodures, sur le cœur lui-même comme la digitale, ou sur le rein, à titre de diurétique direct, comme la caféine.

Ce sont là les médicaments principaux ; M. G. Sée y ajoute une longue liste de médicaments et de médications auxiliaires, qu'il divise en auxiliaires respiratoires, calmants, fortifiants, évacuants et dépresseurs.

Voilà, on l'avouera, une conception d'ensemble qui a le mérite de la clarté et de la netteté.

La troisième partie est consacrée au traitement des symptômes cardiaques ; enfin la quatrième est attribuée au traitement des lésions et des maladies cardiaques et vasculaires. Dirons-nous que nous préférons, dans cet ouvrage, ces deux parties, précisément parce qu'elles sont l'application à la pratique des notions exposées dans les deux parties précédentes ? Nous en sommes bien tenté, mais nous paraîtrions peut-être n'avoir pour la pharmacologie qu'une passion bien platonique.

M. G. Sée est loin d'être un nouveau venu en médecine ; chacun connaît sa tournure d'esprit, ses tendances générales, la vigueur et la vivacité si souvent heureuse de sa façon de dire ; nous n'avons pas à le présenter à nos lecteurs. Cela nous rend facile de caractériser, d'un seul mot, le livre dont il vient d'être question : il porte, au plus haut point, empreinte personnelle de l'auteur dans la conception d'ensemble, les tendances générales et la facture. Cela nous dispensera également d'en faire un éloge toujours un peu banal dans une analyse bibliographique.

Les altérations de la personnalité (1), par M. Alfred Binet.

Il y a déjà quelques mois que ce volume a paru. Mais il est encore de toute actualité ; car on s'occupe aujourd'hui plus que

(1) In-8°. Prix : 10 francs. — Paris, Battaille et Cie.

(1) In-8°. Bibl. scientif. internat. Prix : 6 francs. — Paris, F. Alcan.

jamais de psychologie pathologique, dont les relations avec la médecine neurologique et mentale tendent à devenir de plus en plus étroites.

Bien que M. Binet relate le résumé de nombreuses observations personnelles, desquelles il tire souvent des idées générales qui lui appartiennent bien en propre, il déclare dans la préface de son livre qu'il a voulu surtout faire œuvre d'éclectisme et essayer de condenser les principaux travaux qui ont eu lieu simultanément en France et à l'étranger, sur ce point spécial de psychologie. Car c'est une chose assez curieuse que cette coïncidence de recherches analogues aboutissant à des conclusions presque identiques.

La personnalité n'apparaît plus aux psychologues actuels comme une. Pour eux, elle est susceptible de se diviser, de se fragmenter en personnalités plus ou moins nombreuses, c'est-à-dire en groupes d'états de conscience différents, ayant entre eux des relations de nature variable. M. Binet étudie d'abord les *personnalités successives* dans les somnambulismes spontanés et provoqués, où les divers *moi* d'une seule personne apparaissent l'un après l'autre, chacun formant une conscience distincte. Après ces phénomènes psychologiques, l'auteur s'occupe des *personnalités coexistantes* chez les hystériques et dans la distraction. Ce chapitre est des plus intéressants pour le médecin. Il contient l'exposé des idées de M. Binet, semblables à celles de M. Janet qui, tous deux, essayent de prouver que la plupart des troubles hystériques sont des altérations de la personnalité. L'anesthésie, étudiée dans cette névrose, ne serait, pour M. Binet, que la manifestation de personnalités coexistantes. Le sujet ne serait pas privé de sensibilité; mais les sensations de certaines parties de son corps ne seraient pas perceptibles pour la conscience principale et partant ignorées. M. Binet rapporte, pour établir ces propositions, une foule d'expériences très ingénieuses.

Enfin une troisième partie est consacrée à l'étude des altérations de la personnalité dans les phénomènes de suggestion. Elle comprend des paragraphes écrits avec soin sur l'anesthésie systématique et le spiritisme.

M. Binet est un des philosophes les plus versés dans les sciences médicales. Ses collaborations fréquentes avec des médecins et ses habitudes hospitalières lui donnent la compétence nécessaire pour ces études de psychologie physiologique, qui intéressent la médecine autant que la philosophie. Mais il semble percer dans son dernier ouvrage un certain désir de rester désormais sur un terrain purement psychologique, désir dont on ne comprend pas trop les motifs.

E. T.

La thérapeutique suggestive (1), par le docteur Cullerre.

Le docteur Cullerre a fait là une œuvre de haute vulgarisation. Il s'est servi de matériaux épars dans diverses publications récentes et dans des Revues spéciales, telles que la « Revue de l'hypnotisme », pour élaborer cette étude d'ensemble sur la suggestion et ses applications thérapeutiques. Éclectique en fait d'opinions, il essaye de concilier les théories de la Salpêtrière avec celles de l'École de Nancy. Il se contente, d'ailleurs, d'exposer les faits publiés ici et là, assez sobre d'explications théoriques inutiles.

Une large place est consacrée à l'hystérie. M. Cullerre expose les diverses tentatives thérapeutiques entreprises, à l'aide de la suggestion, contre les principaux accidents de cette névrose, les attaques convulsives, les troubles de la motilité et de la sensibilité. Le chapitre suivant contient la psychothérapie de diverses maladies nerveuses, parmi lesquelles la neurasthénie, les névralgies, l'épilepsie, la chorée, l'incontinence d'urine. Mais la suggestion a aussi été employée contre les maladies organiques du système nerveux, contre des hémiplégies de nature centrale, contre des affections médullaires, l'ataxie par exemple. Ces essais thérapeutiques sont examinés à leur tour.

Enfin, le docteur Cullerre aborde le traitement de l'aliénation mentale par la suggestion. C'est une partie où il est compétent plus qu'ailleurs. D'autant qu'il apporte sur ce point spécial une expérience personnelle et quelques expérimentations récentes. M. Cullerre fait remarquer tout d'abord les difficultés des manœuvres hypnotiques chez la plupart des aliénés, dont il est difficile de fixer l'attention pendant quelques instants. De l'ensemble des cas analysés il conclut ensuite que la suggestion n'a jusqu'ici guère réussi qu'à amender certains symptômes spéciaux, tels que les obsessions et impulsions de nature dégénérative, ou le refus des aliments de quelques mélancoliques. M. Cullerre fait ressortir que les aliénés atteints de tare hystérique sont de beaucoup plus sensibles que les autres à la suggestion.

Toutefois, cette question du traitement des aliénés par la suggestion est encore bien obscure. Les observations personnelles de M. Cullerre ne sont pas assez nombreuses pour dissiper les ténèbres qui l'enveloppent. Mais avant que des expérimentateurs patients et plus heureux arrivent à éclairer plus complètement ce sujet, les livres comme celui-là sont des plus utiles. Exposant ce qui est fait et indiquant les desiderata à satisfaire, ils donnent le goût de recherches nécessaires et stimulent l'activité des chercheurs.

E. T.

(1) In-16. Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 18 avril 1893, ont été nommés dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Portel, médecin de deuxième classe de la marine; M. Gaudemard, médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine; M. Favre, docteur en médecine.

— Un concours s'ouvrira, le 7 novembre 1893, devant la Faculté de médecine de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'École de médecine de Limoges.

— Un concours s'ouvrira, le 7 novembre 1893, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École de médecine de Rouen.

— Un concours s'ouvrira, le 27 novembre 1893, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École de médecine de Tours.

— M. le docteur A.-J. Martin donnera sa prochaine conférence pratique du cours d'hygiène sociale, le dimanche 23 avril 1893, à la verrerie de MM. Appert à Clichy. Départ : gare Saint-Lazare à neuf heures vingt pour la station de Clichy-Levallois.

Asepsie et antisepsie chirurgicales (*Bibliothèque de thérapeutique médicale et chirurgicale*), publiée sous la direction de MM. Dujardin-Beaumetz et Terrillon, par MM. Terrillon, professeur agrégé à la Faculté de médecine, et H. Chaput, chirurgien des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-18 jésus de 200 pages, relié. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 48. — MARDI 25 AVRIL 1893. 66e ANNÉE. MARDI 25 AVRIL 1893. — N° 48.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : **20 c.** — Avec Supplément : **30 c.**

Paris, le 24 avril 1893.

Presque toute la séance de la Société médicale des hôpitaux, du 21 avril, a encore été consacrée au typhus exanthématique. Plusieurs médecins, MM. Le Gendre, Hanot, Richardière et Thibierge ont rapporté des observations qui pourront servir à établir l'histoire clinique de cette curieuse épidémie de 1893.

La communication la plus intéressante est due à M. Netter, que sa situation d'hygiéniste officiel a mis en mesure de connaître mieux que tout autre la marche de l'épidémie actuelle.

Cette épidémie est beaucoup plus vieille qu'on ne le croit communément; elle remonterait au mois de décembre dernier. Elle a été propagée de département en département par des vagabonds et des ambulants de divers ordres, voyageant à pied ou en roulotte, gîtant çà et là dans les chambres de sûreté ou les taudis des différentes localités. Eux seuls ont le privilège du typhus, eux seuls le colportent, et il n'y a guère que les personnes ayant eu commerce avec eux, que les médecins, les sœurs et les infirmiers qui les ont soignés qui, en dehors d'eux, aient été atteints par cette maladie redoutable et très contagieuse. M. Netter estime qu'à l'heure actuelle, la maladie s'est montrée sur une étendue considérable, le cinquième au moins du territoire français. Il est persuadé qu'il en existe et a existé des foyers méconnus. Le diagnostic est en effet des plus difficiles au début, et l'on ne pense guère, si l'on n'est prévenu d'une façon particulière, à une maladie inconnue en France depuis 1814 et 1815. Le typhus avait été alors rapporté de Russie, par les soldats de Napoléon. Il importe donc que les médecins soient avertis, qu'ils ne méconnaissent pas la maladie; c'est la condition la meilleure pour qu'on puisse enrayer son extension. Il est peu douteux que, l'attention étant éveillée sur ce point, on ne découvre des centres nouveaux de typhus, dans des pays éloignés des foyers actuellement connus : avis aux médecins!

Quelles sont donc les particularités qui permettent d'établir le diagnostic. Tout d'abord le typhus ne s'attaque guère qu'aux vagabonds, aux nomades de divers ordres et à ceux qui ont eu contact avec eux. Comme la maladie est très contagieuse, les médecins, les sœurs hospitalières et les infirmiers servent en quelque sorte de réactif, et ils sont très souvent victimes de la contagion. La maladie est de durée beaucoup plus courte que la fièvre typhoïde, qu'elle se termine par la guérison ou par la mort. La proportion des décès est beaucoup plus forte qu'avec la fièvre typhoïde, elle atteint environ 30 p. 100.

Au point de vue des symptômes, il faut noter l'élévation rapide de la température, l'absence de phénomènes abdominaux, contrairement à ce qu'on observe dans la fièvre typhoïde; l'apparition d'une éruption assez semblable à celle de la rougeole, avec ou sans pétéchies. La ressemblance avec la rougeole est d'autant plus grande qu'il y a de la conjonctivite et du larmoiement.

Le diagnostic présente au début une grande difficulté; on hésite, le plus souvent, entre la fièvre typhoïde, la rougeole, la grippe grave. De là l'utilité qu'il y aurait à avoir dans les hôpitaux d'isolement des salles, ou mieux des chambres de suspects, dans lesquelles séjourneraient les malades jusqu'à ce que l'établissement du diagnostic permît de décider de leur sort en connaissance de cause. Ces chambres d'isolement préalable, de triage, sont depuis longtemps réclamées par le corps médical sans aucun succès.

Il n'est pas difficile de tracer un plan de campagne prophylactique contre le typhus exanthématique. Il faut surveiller particulièrement les nomades, les vagabonds, les baigner, désinfecter leurs vêtements, les isoler avec soin à la moindre apparence de maladie suspecte. Cet idéal est difficilement réalisable, parce que nous n'avons pas de loi sanitaire qui rende obligatoires des mesures de cet ordre. Le besoin d'une semblable loi est tout à fait impérieux; malheureusement, il est difficile de provoquer une émotion publique qui force la main du législateur : nous sommes encore des barbares à ce point de vue.

Des réflexions échangées à propos du traitement entre MM. Le Gendre, Comby, Richardière, il résulte que le sulfate de quinine n'a guère de prise sur la maladie, et que, si l'on veut obtenir quelque chose de la balnéation, il faut employer non des bains tièdes, mais des bains froids d'emblée, comme dans la méthode de Brand. Le résultat obtenu paraît être cependant, dans ces conditions, beaucoup moins satisfaisant que pour la fièvre typhoïde.

Dans la même séance, M. Catrin a fait une intéressante

communication sur un cas de fièvre typhoïde compliqué d'angine et de bronchite diphtéritiques, et devenu rapidement mortel. Il n'y avait point eu de contagion diphtéritique appréciable. M. Catrin se demande si le bacille typhique ne serait pas susceptible d'exalter la virulence du bacille pseudo-diphtéritique, identique au bacille diphtéritique vrai pour quelques auteurs, qu'un certain nombre de personnes portent à l'état normal dans leurs cavités bucco-pharyngées.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Jaccoud.

L'urémie dyspnéique et son traitement.

Dernièrement, on apportait dans le service une jeune femme de vingt-quatre ans, dont l'histoire clinique offre un double intérêt. Les accidents qu'elle présentait étaient d'une gravité extrême; le moindre retard dans le traitement qui fut suivi aurait sans doute entraîné la mort; d'autre part, l'interprétation pathogénique des accidents n'était pas sans difficulté.

Au moment où on l'apporta dans la salle, la malade était asphyxiante, cyanosée, mourante. Le pouls était filiforme, incomptable, la voix absolument éteinte. En présence de cette urgence extrême, M. Pineau, qui la vit, fit de suite des injections sous-cutanées d'éther et fit pratiquer des inhalations d'oxygène. Ce n'est qu'après ces premiers soins, que, pratiquant un examen rapide, il constata l'absence de signes stéthoscopiques anormaux du côté des poumons, des plèvres, du cœur, du péricarde. Sans doute, la respiration était saccadée, fréquente; les battements du cœur étaient sourds, précipités, mais il n'y avait ni souffles, ni râles. En présence d'une dyspnée aussi intense, sans lésion de l'appareil cardio-pulmonaire, il est une cause à laquelle on devait de suite songer, l'urémie.

M. Pineau put recueillir un peu d'urine. L'acide nitrique y produisait un précipité abondant d'emblée, grisâtre, floconneux, tombant vite au fond du verre. L'albuminurie était donc évidente, et ces caractères indiquaient une albuminurie déjà ancienne. Mais, alors même que cet examen ne pourrait être pratiqué, que vous ne pourriez vous procurer d'urine, c'est l'urémie qu'il faudrait diagnostiquer, c'est au traitement de la dyspnée urémique qu'il faudrait avoir recours.

Le traitement est puissamment efficace. Dans la dyspnée urémique, la saignée générale donne de merveilleux résultats. Rien ne peut la remplacer; les ventouses, les sangsues n'agissent pas assez vite dans ce péril imminent. Il faut la faire, quel que soit l'âge. Dernièrement, dans le service, nous avons sauvé par ce moyen un enfant de six ans et demi, atteint d'une dyspnée des plus graves. Il faut surtout la faire sans délai. Le moindre retard peut compromettre le succès. Chez notre malade, le début de la dyspnée remontait à trente-six heures. Mais s'il est des cas à marche moins rapide, il en est d'autres à marche beaucoup plus aiguë. Les accidents débutent d'emblée dans toute leur violence. L'agonie commence en même temps que les premiers accidents d'asphyxie.

M. Pineau fit de suite une saignée du bras. Le sang, comme le fait est fréquent, coula mal. On ne put tirer que 200 grammes de sang. Néanmoins, cette première déplétion sanguine suffit à conjurer le péril immédiat. Presque aussitôt, les accidents dyspnéiques s'atténuèrent. Cette action rapide de la saignée se retrouve dans les autres formes d'urémie, mais elle n'a jamais le même degré de rapidité que dans l'urémie dyspnéique.

Malgré ce premier résultat, on continua les inhalations d'oxygène; on dut même faire de nouvelles injections d'éther. Afin d'établir une dérivation intestinale et de continuer la spoliation sanguine par la spoliation séreuse, on donna, dans du café, un mélange de 20 grammes d'eau-de-vie allemande et de 20 grammes de sirop de nerprun.

Le lendemain matin, à la visite, l'état, bien que les inhalations d'oxygène eussent été continuées dans la nuit, bien qu'on eût couvert la malade de ventouses sèches, était peu rassurant. La dyspnée avait reparu très vite; la malade était forcée de rester assise. Sans avoir l'intensité de la veille, les étouffements étaient pénibles. La saignée n'avait donc donné qu'un soulagement d'une durée un peu courte. C'était, dans le pronostic, un premier point sombre. Un point beaucoup plus alarmant était l'état du cœur; la défaillance du cœur était lamentable, ses battements étaient rapides et faibles; le pouls était filiforme, imperceptible; le nombre des pulsations était de 148 par minute. Il y avait, de plus, de l'hypothermie. La température, le matin, n'avait été que de 36 degrés; la veille au soir, elle n'était que de 36°4. Cette défaillance cardiaque était non seulement dangereuse en elle-même, elle était grave en nous empêchant de combattre, comme nous l'aurions voulu, la dyspnée par une nouvelle saignée.

Pour relever le cœur, on fit deux injections de caféine, de 25 centigrammes chacune. Pour soulager la dyspnée, on institua des inhalations presque permanentes d'oxygène. La dose moyenne consommée fut de trois ballons de 60 litres chacun, dans les vingt-quatre heures. Un jour même, la malade en usa quatre, soit 240 litres. Ces quantités énormes sont nécessaires pour obtenir un résultat réel dans l'urémie. L'oxygène, en pareil cas, agit non seulement contre la dyspnée, mais pour détruire, en les oxydant, les toxines du sang. Dans les autres affections, les doses moyennes ne sont que de 30 à 60 litres.

La saignée étant impossible, on insista sur la spoliation séreuse obtenue par les purgatifs drastiques. Dès que la diarrhée semblait s'arrêter, on donnait à nouveau le mélange déjà prescrit une première fois. Fort heureusement, l'intestin répondait bien à l'action du médicament; les effets étaient intenses et surtout prolongés, produisant une déplétion des plus utiles. L'état du pouls restait si misérable qu'on n'osa renouveler la saignée générale. Mais, à deux reprises, on appliqua sur la région lombaire six ventouses scarifiées. Chacune de ces applications donnait une spoliation sanguine de 120 grammes environ. Il va sans dire que le lait fut donné en abondance, et fut donné exclusivement pendant toute la durée du traitement.

Malgré cette thérapeutique active, ce ne fut qu'au bout de six jours qu'on obtint une détente réelle. La malade put enfin se coucher au lieu d'être condamnée à rester nuit et jour assise. Elle retrouva un peu de sommeil. Mais l'hypothermie persistait toujours. Le pouls était plus fort, mais il battait encore 140 fois par minute. Cette tachycardie était, comme la suite de l'observation nous l'a montré, un accident surajouté. Aujourd'hui encore, ce nombre des pulsations s'est maintenu. Dès ce moment d'ailleurs, la dyspnée ayant cessé, cette tachycardie devenait inexplicable par l'urémie seule. L'intoxication urémique sans dyspnée ra-

lentit, au lieu de les accélérer, les battements cardiaques.

Aujourd'hui donc, il nous reste, comme élément défavorable du pronostic, la persistance de la tachycardie. Il nous reste, de plus, la persistance de la néphrite et de l'albuminurie. Mais l'urémie a disparu. La dyspnée de cette malade a cessé, et elle n'a jamais offert aucun des accidents convulsifs ou gastro-intestinaux que peut provoquer l'urémie.

Mais il semble certain que, sans le traitement institué et surtout sans la saignée immédiate faite à l'entrée, la malade aurait succombé. La spoliation sanguine devait être ici d'autant plus utile qu'il s'agissait bien de la forme toxique de l'urémie, où tous les accidents sont dus à l'accumulation des toxines dans le sang. Dans la forme mécanique, au contraire, les accidents sont dus aux variations de pression artérielle, à l'œdème ou à l'anémie cérébrale. Mais, dans ce cas, l'analyse chimique a montré l'insuffisance de l'excrétion urinaire, l'accumulation de l'urée dans le sang. La quantité totale de l'urine n'ayant pu être connue par suite de la diarrhée, l'analyse quantitative de cette urine n'a donné que des résultats de simple présomption. Pourtant, comme il est certain que la malade urinait peu, que son urine, bien que trouble et opaline, ne renfermait que 10 grammes d'urée par litre, on peut admettre une diminution de l'excrétion de l'urée par l'urine. L'analyse du sang, faite par MM. Pineau et Achalme, a démontré complètement une proportion très anormale d'urée, 62 centigrammes par litre au lieu de 18 centigrammes, proportion normale. Chez le petit garçon de six ans et demi, qui guérit également par la saignée, la proportion avait été plus forte encore et s'était élevée à 75 centigrammes. La théorie, comme la pratique, s'accordent donc à vous démontrer la très grande utilité de la saignée.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(VIIe SESSION)

Communications diverses.

AUTO-INOCULATION CANCÉREUSE

Par le docteur COURTIN (de Bordeaux).

Aujourd'hui que la nature microbienne et parasitaire du cancer est discutée et acceptée par quelques pathologistes, l'observation rapportée par M. Courtin présente quelque intérêt :

Il s'agit d'une malade atteinte d'une tumeur cancéreuse du mésentère avec ascite, sans lésions de la paroi abdominale, chez laquelle il dut faire quatre ponctions. Sur le trajet des ponctions se développèrent des noyaux indurés qui s'étalèrent sous la peau, se rejoignant les uns les autres et constituant une tumeur dure, bosselée, de la grandeur de la main. La peau devint rouge, adhérente, parsemée de veines dilatées absolument semblables aux plaques squirrheuses développées au niveau de la région mammaire. A un moment donné, la peau s'ulcéra et laissa échapper un ichor abondant et fétide.

L'auteur fait observer, en terminant, que le point de départ de quelques récidives sur place pourraient bien être dues à des ablations incomplètes de fragments ou à des sucs cancéreux abandonnés dans le champ opératoire. Aussi recommande-t-il la cautérisation ignée pour détruire les vestiges des éléments cancéreux.

NOTE SUR LA CHIRURGIE DE L'OREILLE MOYENNE

Par le docteur HAMON DU FOUGERAY (du Mans).

L'auteur, après avoir signalé les progrès accomplis depuis le commencement de ce siècle, se propose de passer en revue les diverses indications opératoires qui se rencontrent dans les maladies de la caisse du tympan. Cette question est neuve et n'a pas encore été traitée comme elle le mérite. Plusieurs causes ont contribué à ce fait. D'abord la grande question du diagnostic, qui a besoin d'être perfectionné; mais surtout la véritable cause réside en ce que les chirurgiens ne possèdent pas les connaissances spéciales nécessaires, et que, de plus, beaucoup des spécialistes ne sont pas suffisamment chirurgiens. Le manque d'organisation complet de l'enseignement de l'otologie en France est profondément regrettable et contribue à laisser subsister des idées fausses.

Les actes opératoires que l'on peut pratiquer sur l'oreille moyenne sont nombreux. L'auteur présente sa classification (la première qui ait été publiée), basée sur les dispositions anatomiques de la région. Cette classification ne comprend pas moins de vingt opérations dissemblables, et si l'on veut bien concevoir que, suivant les cas, elles peuvent se combiner entre elles et se pratiquer en même temps que les autres opérations intra-craniennes (trépanation, etc.), on voit aisément toute l'importance de la chirurgie auriculaire complète.

L'auteur aborde ensuite la question des indications opératoires et du choix de ces opérations dans les diverses maladies de la caisse. Celles-ci se subdivisent en maladies aiguës et chroniques.

Maladies aiguës de la caisse. — L'auteur considère toute otite moyenne aiguë comme le résultat d'une infection microbienne, que l'exsudat soit séreux, muqueux ou purulent. Ce fait est d'ailleurs prouvé par les travaux de Netter, Gradenigo, Kuhn, etc. Partant de ce principe, il établit comme règle générale que la paracentèse « hâtive », large, du tympan doit être préférée au traitement classique. Dans nombre de cas, elle évite les complications cérébrales ou mastoïdiennes. L'auteur y joint le lavage antiseptique pratiqué méthodiquement.

Maladies chroniques. — En clinique, elles se divisent en trois classes :

1° Affections sans exsudat. Sclérose;

2° Affections avec exsudat simple. Catarrhe chronique;

3° Affection avec exsudat purulent. Otite moyenne purulente chronique.

Dans la sclérose, il faut intervenir plus tôt qu'on ne le fait généralement. Il ne faut pas attendre que l'étrier soit ankylosé. Au lieu de pratiquer l'opération de Hessel, si l'étrier est mobile, l'auteur préconise la désarticulation incudo-stapédienne avec ou sans résection du tympan, suivant l'état pathologique. Quand l'étrier est immobile, il faut l'extraire et faire la stapédectomie par le procédé de Blak. Les sections tendineuses sont parfois indiquées, mais trop souvent insuffisantes à elles seules pour rétablir l'audition.

Dans le catarrhe chronique, il faut vider la caisse et y joindre le lavage méthodique toutes les fois que cela est possible. Dans la forme plastique, quand il existe des synéchies variables par leur siège et leur importance, diverses opérations peuvent être pratiquées, mais toutes doivent tendre à libérer la chaîne des osselets ou tout au moins l'étrier.

Dans ces deux classes d'affections de l'oreille, toute opération ne doit être faite que si elle est reconnue nécessaire par un diagnostic complet. L'opération doit avoir pour effet d'améliorer l'audition et de supprimer les bruits subjectifs qui, par leur intensité, peuvent être à eux seuls une indication opératoire.

Dans l'otite moyenne chronique purulente, la situation est bien différente. Rendre l'audition au malade, bien que ce ne soit pas une quantité négligeable, tant s'en faut, est cependant un résultat qui ne vient qu'en seconde ligne. Ce qu'il faut, c'est sauver la vie du malade. Toute suppuration aiguë ou chronique de l'oreille est une menace incessante de complications qui peuvent amener la mort. Tant que la caisse est un milieu de culture pour les microbes, le malade est en danger. Si donc les moyens simples par les pansements antiseptiques *bien faits* ne donnent pas de résultats, il y a lieu de penser à des complications intra-tympaniques et par suite il y a indication opératoire. Deux ordres d'opérations peuvent être pratiqués. D'abord l'ablation des osselets malades avec ablation des granulations, grattage de la caisse, etc., comme le font Schwartze et Lenton. Dans nombre de cas, la guérison est obtenue ainsi. Mais si l'espace supérieur de la caisse est plus spécialement atteint, si les désordres pathologiques s'étendent à toute la caisse, y compris l'attique, il est préférable de se servir du procédé de Stacké (d'Erfurth), c'est-à-dire d'ouvrir largement la caisse après décollement du pavillon et du conduit auditif membraneux ; on peut ainsi inspecter toutes les parties malades et pratiquer une opération *véritablement radicale* qui, en désinfectant complètement la caisse, supprimera l'otorrhée.

L'auteur aborde ensuite la question si importante des complications cérébrales. Il donne un tableau complet des cas d'abcès cérébraux publiés jusqu'à ce jour. Sur 55 interventions, il y a eu 32 guérisons, soit 40 p. 100 de mortalité. Il donne le résumé d'une observation personnelle ayant trait à un enfant de sept ans qui, chaque fois que l'écoulement s'arrêtait, présentait un phénomène assez rare, une aphonie complète avec toux rauque, disparaissant avec le retour de l'écoulement. Cet enfant, opéré presque *in extremis*, n'est mort que le lendemain, après une légère amélioration. Il est certain que s'il eût été opéré plus tôt, il ne serait pas mort.

A la suite des interventions sur le cerveau suivies de guérison, l'auteur insiste tout particulièrement sur la nécessité absolue de traiter la caisse et d'arrêter l'écoulement purulent ; sans cela, la guérison définitive n'existe pas.

C'est là où il faut être chirurgien et spécialiste et en même temps que l'on trépane, il faut pratiquer l'opération de Stacké.

Cette question de la chirurgie de l'oreille ne doit pas être négligée; les affections de l'organe de l'ouïe sont plus nombreuses que celles de l'œil. Plus de 25 p. 100 des enfants dans les écoles n'entendent pas normalement, plus du quart des réformés à l'armée le sont pour maladies de l'oreille.

Il ne faut pas oublier que toutes les affections de la gorge, du nez, etc., qui coexistent et causent souvent les affections de l'oreille, doivent naturellement être traitées et guéries.

Enfin aucune opération ne doit être faite, à moins d'indications spéciales, sans avoir au préalable reconnu l'impuissance des moyens ordinaires de traitement.

GREFFES AUTOPLASTIQUES

Le docteur Levrat (de Lyon) a fait, devant le Congrès, une intéressante communication sur des greffes cutanées, pratiquées d'après la méthode italienne. Nous verrons plus tard ce même procédé, que M. Berger a contribué à remettre en honneur, être utilisé par ce chirurgien pour la rétraction de l'aponévrose palmaire. Ici, il s'agit d'une vaste brûlure du bras, de l'avant-bras et de la main. La rétraction cicatricielle avait amené des flexions permanentes avec impotence absolue du membre. La brûlure datait de quatre ans; l'enfant était âgé de quatorze ans au moment de l'intervention. Sous l'anesthésie chloroformique, les brides cicatricielles furent incisées et les cicatrices libérées jusqu'à ce que les mouvements extrêmes d'extension fussent possibles au niveau du coude. Il en résulta une vaste perte de substance losangique que M. Levrat recouvrit avec un très large lambeau cutané emprunté au thorax. Ce lambeau fut suturé par ses bords aux bords de la perte de substance. Le membre fut enfermé avec le thorax dans un pansement ouaté et maintenu par un appareil plâtré. Le pédicule du lambeau fut coupé au niveau du thorax, un mois après.

Deux mois plus tard, M. Levrat incisa la rétraction cicatricielle qui maintenait la main fléchie. Un lambeau fut pris sur la fesse et, comme précédemment, le lambeau ne fut coupé qu'au bout d'un mois.

Le résultat définitif fut excellent. Le jeune blessé reprit presque absolument l'usage d'un membre qui, depuis quatre ans, était impotent. Les lambeaux transplantés sont vivaces, mobiles, et permettent les mouvements des articulations sous-jacentes.

Nous avons tenu à faire connaître cette communication de M. Levrat, pour bien rappeler ce que peut la chirurgie dans ces difformités cicatricielles des membres. Les succès ne se comptent plus actuellement, grâce à l'emploi de la méthode italienne et M. Defontaine (du Creusot) en publiait récemment un fort bel exemple dans les « Archives provinciales de chirurgie ».

En terminant sa communication, M. Levrat a rappelé que, dans trois cas, il avait essayé de greffer de la peau de grenouille et qu'il n'avait réussi qu'une seule fois. Dans un autre cas il put, avec la peau d'un prépuce fraîchement circoncis, faire une transplantation durable.

Il nous paraît incontestable que la transplantation cutanée totale doit actuellement donner des succès bien plus nombreux qu'autrefois. Grâce à l'asepsie, la vitalité du lambeau transplanté n'est pas altérée par la suppuration et la mortification est souvent évitée. Mais ces transplantations ne peuvent porter que sur de petites surfaces, et seront également insuffisantes lorsqu'il faudra reproduire un tégument mobile et résistant. Aussi, pour les cas graves et étendus, toutes les fois qu'elle est praticable, la méthode italienne est le procédé de choix.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 avril 1893. — Présidence de M. Perier.

COMMUNICATIONS

Polypes naso-pharyngiens. — **M. PICQUÉ**, répondant aux argumentations qui lui ont été faites dans la dernière séance (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 433), déclare que, chaque fois

qu'on peut avoir recours à la cure lente des polypes naso-pharyngiens vantée par M. Verneuil, il ne faut pas hésiter à y recourir de préférence à l'intervention sanglante. Mais, dans le cas qu'il a rapporté, le malade présentait déjà des troubles réflexes graves qui demandaient une intervention urgente et une exérèse rapide.

Quant à la trachéotomie préventive, elle lui paraît inutile dans les cas d'intervention sur le maxillaire supérieur ou sur la langue; mais elle est fort utile dans les cas où l'on intervient sur le pharynx. Elle permet, en effet, le tamponnement du pharynx nasal, qui est un excellent moyen de parer aux hémorragies souvent redoutables qui ont lieu dans ces sortes d'intervention.

M. REYNIER estime que, lorsqu'on doit enlever la langue en totalité ou lorsqu'on a recours à la voie sous-hyoïdenne, la trachéotomie préventive est fort utile. Il cite un cas où il a été obligé de la faire au cours de l'opération. Il vaut donc beaucoup mieux la faire avant.

M. DELORME, à propos de la discussion des polypes naso-pharyngiens et sur l'emploi de la trachéotomie préventive, demande à faire deux courtes remarques :

Dans les deux seules opérations qu'il lui ait été donné de pratiquer jusqu'ici, il n'a pas cru devoir faire de trachéotomie préventive.

La position de la tête inclinée en bas, si favorable d'un autre côté pour prévenir la syncope, permet d'éponger rapidement le sang accumulé dans la cavité pharyngée et quand celui-ci tombe dans le larynx et provoque des efforts de toux, l'opéré, replacé vivement dans la position assise, s'en débarrasse par expuition.

Il partagerait donc, jusqu'à plus ample informé, l'opinion de MM. Berger et Lucas-Championnière sur le peu d'utilité de la trachéotomie préventive.

Sans avoir la prétention d'opposer une pratique très limitée à l'expérience si étendue en pareille matière de son maître, M. Verneuil, et de généraliser une appréciation qui ne porte que sur deux faits, il ne peut cependant manquer d'en tirer une conclusion différente de la sienne, relativement à la substitution des opérations partielles aux opérations totales.

Sur son premier malade, porteur d'un polype naso-pharyngien volumineux, implanté sur l'apophyse basiliaire avec prolongements maxillaires, nasaux, orbitaires, il fit d'abord une résection partielle de la voûte palatine alvéolaire. Il ne put enlever qu'une partie de la tumeur, des cautérisations répétées furent insuffisantes et quand, six mois plus tard, il se décida à compléter la résection du maxillaire, pour assurer une ablation totale et facile de la portion pharyngée de la tumeur à travers l'apophyse basilaire perforée, la première phalange de son index s'engagea dans la masse molle d'un prolongement sous-dure-mérien.

Cet opéré succomba rapidement, laissant à M. Delorme le regret de n'avoir pas fait une ablation radicale par une brèche maxillaire suffisante. Il s'agissait d'un fibro-sarcome.

Sur son deuxième malade, le polype, implanté sur l'apophyse basilaire, remplissait le pharynx, se prolongeait dans les deux narines, le sinus maxillaire, la fosse ptérygoïde, et adhérait solidement aux muqueuses avec lesquelles il était en rapport; il eut de la peine à détruire ces adhérences, malgré la brèche d'une résection totale; la segmentation nécessaire du polype fut longue et il n'eût pu l'extraire en totalité s'il s'était borné à faire une résection partielle. Or, au point de vue de la sûreté absolue de la guérison, il est difficile d'opposer l'extirpation partielle à l'extirpation totale.

D'un autre côté, grâce aux appareils de Martin, il est facile, quand la chose est nécessaire, de faire disparaître la difformité du visage que laisse l'extirpation totale. Sur son opéré, cette difformité, sans appareil, se réduit à une légère dépression jugale et à une cicatrice un peu déprimée à la partie supérieure de l'incision.

M. VERNEUIL n'est pas systématiquement hostile à la trachéotomie préventive; il y a vingt ans, il a fait faire, sur ce sujet, une thèse à M. Reddon. Il comprend qu'on la pratique quand il s'agit d'opérer sur le pharynx. Pour les opérations se pratiquant sur le maxillaire supérieur, il préfère la ligature préalable de la carotide externe. Quant aux tumeurs de la langue, comme elles s'accompagnent presque toujours d'adénites sous-maxillaires, il commence toujours par ouvrir cette région sous-maxillaire, il enlève la glande sous-maxillaire et les ganglions, puis il fait la ligature préliminaire des deux linguales ou d'une linguale, suivant l'étendue de l'intervention qui doit être pratiquée sur la langue.

M. SCHWARTZ a pratiqué sept fois la résection du maxillaire supérieur pour des sarcomes vasculaires. Il n'a pas eu recours à la trachéotomie préventive. Cinq fois, il a fait la ligature de la carotide externe; il s'en est bien trouvé. Chaque fois qu'il a eu à enlever la langue en totalité, il a fait la ligature préalable des deux linguales. Grâce à ces ligatures préliminaires, M. Schwartz n'a jamais eu recours à la trachéotomie préventive.

M. DESPRÉS estime que la trachéotomie préventive est inutile, dans les ablations de la langue, quand on emploie l'écraseur linéaire. Quand on a recours au thermocautère, comme on est généralement obligé de la faire après, autant vaut la faire avant. Quand on pratique l'ablation totale de la langue il est bon de faire la ligature des deux linguales.

Quant au traitement chirurgical des polypes naso-pharyngiens par les méthodes lentes, Nélaton y avait renoncé à la fin de sa vie. Il faut, dans ces cas, faire la résection du maxillaire supérieur. Il ne faut pas oublier que les polypes naso-pharyngiens récidivent, au moins jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans, et la résection du maxillaire supérieur est l'opération de choix. C'est à elle que M. Després a eu recours chez un nommé M... qui avait un énorme polype naso-pharyngien avec deux prolongements. M... a perdu beaucoup de sang; mais M. Després pense qu'un chirurgien ne doit pas avoir peur du sang. Il y a eu, chez ce malade, trois récidives; la dernière a été traitée par une application de chlorure de zinc et M..., ayant atteint l'âge de vingt-cinq ans, n'a plus vu son polype récidiver; malgré l'absence de son maxillaire supérieur, il n'est pas aussi laid, ni aussi défiguré qu'on pourrait le croire. Cela tient surtout à ce qu'on a pu conserver le plancher de l'orbite. En résumé, lorsqu'il s'agit de jeunes sujets atteints de polypes naso-pharyngiens, il faut enlever le maxillaire supérieur, puisque c'est par cette voie qu'il sera le plus facile d'attaquer les récidives inévitables jusqu'à un certain âge.

RAPPORT

Traitement chirurgical des luxations anciennes du coude. — M. TILLAUX fait un rapport sur une observation adressée par M. Lejars. Il s'agit d'un ouvrier qui, à la suite d'une chute, se fait une luxation complète du coude en arrière. Celle-ci est méconnue. Quatre mois après, ce malade vient trouver M. Lejars qui constate que le bras droit est ankylosé en position rectiligne. M. Lejars ne s'attarde pas à faire des tentatives de réduction, le plus léger mouvement étant impossible. Il fait d'emblée l'arthrotomie par deux incisions latérales, l'une épitrochléenne, l'autre épicondylienne; il constate une soudure complète entre l'olécrane et la partie inférieure de l'humérus, il essaie, en vain, de dégager l'olécrane; il fait alors une incision transversale réunissant ses deux incisions latérales, coupe le triceps et, en essayant la flexion, brise l'olécrane à sa base; il trouve des ostéophytes qu'il détache, pratique la résection de l'olécrane et de la partie supérieure du radius, fait une suture de soutènement, arrive à reconstituer l'articulation et immobilise le membre à angle droit dans un appareil plâtré. Ce malade a bien guéri; il jouit aujourd'hui des mouvements de flexion et d'extension et travaille comme auparavant.

M. Tillaux approuve M. Lejars de n'avoir pas fait de tentative de réduction. Il rappelle un cas de M. Nélaton et de M. Peyrot dans lequel la malade a perdu ses mouvements. Quand il y a soudure des surfaces articulaires, il faut pratiquer la résection. M. Lejars a fait deux incisions latérales. M. Tillaux préfère une seule

incision verticale médiane. Cette seule incision suffit pour faire une opération très complète. M. Lejars a fait une hémi-résection portant sur les deux os de l'avant-bras. Si l'on a le choix, M. Tillaux préfère réséquer la partie supérieure de l'humérus et conserver le crochet cubital.

M. QUÉNU est d'accord avec M. Tillaux sur l'inutilité des tentatives de réduction tardive dans les luxations anciennes du coude. Il cite un cas où il pratiqua cette réduction tardive avec M. Farabeuf; le résultat fut mauvais. Dans deux autres cas, il fit l'arthrotomie avec la résection de l'olécrane et du cubitus. Dans un de ces cas, le résultat fut bon; il fut mauvais dans l'autre. Il y a donc des cas où l'articulation a été enflammée et où, quoi qu'on fasse, le résultat n'est pas bon.

M. CHAMPIONNIÈRE estime qu'en matière de luxations du coude, les résections sanglantes s'imposent dès que la réduction n'est plus facile. On doit faire l'arthrotomie avec l'idée préconçue de la résection. Celle-ci, en effet, donne aujourd'hui d'excellents résultats. M. Championnière pense que, si l'on doit épargner certaines parties plutôt que d'autres, ce sont le cubitus et le radius qu'il faut surtout ménager. Le plus difficile, en effet, c'est d'obtenir des mouvements de pronation et de supination; or, pour conserver ces mouvements, il est important de ménager la tête du radius.

Comme M. Tillaux, M. Championnière trouve parfaitement suffisante l'incision unique postérieure. Il ajoute que, pour lui, l'avenir d'une résection dépend surtout de la mobilisation précoce, c'est là un point de départ capital.

M. ROUTIER a fait une résection du coude chez une jeune fille de seize ans pour une luxation ancienne du coude. Il y avait une véritable fusion osseuse. L'incision longitudinale postérieure a parfaitement suffi. M. Routier a fait une réunion totale avec drainage. Le membre a été mobilisé de très bonne heure. Aujourd'hui cette femme porte son enfant sur son bras opéré.

M. BERGER se demande si, dans le cas de M. Lejars, il s'agissait bien d'une luxation ancienne du coude.

La suite de la discussion est remise à la prochaine séance.

PRÉSENTATIONS

Corps étrangers de l'œsophage. — **M. BERGER** présente une pièce de 5 francs qu'il a extraite de l'œsophage par l'œsophagotomie externe.

Tumeur fibreuse intra-abdominale. — **M. MONOD** montre une tumeur fibreuse de la paroi abdominale à développement intra-abdominal.

Fibrome utérin. — **M. REYNIER** présente un énorme fibrome utérin.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Hypnotisme et suggestion (1), par WUNDT, professeur à l'Université de Leipzig.

Dans la foule des publications qui se font en ce moment sur l'hypnotisme, le livre du célèbre psychologue allemand a une allure spéciale. Il étudie les phénomènes hypnotiques au point de vue psychologique et physiologique, et essaye, après une critique sévère des opinions formulées, une théorie personnelle. Il ne pense pas que la suggestion soit une matière très fertile en expérimentations pour les psychologues, et il donne les raisons de cette opinion, qui surprendra quelque peu en France, où la plupart des philosophes se sont emparés de l'hypnotisme presque comme d'une méthode exclusive de recherches. A ce point de vue, ce livre est intéressant à lire, parce qu'il contient des idées peu banales, et qui nous changent des enthousiasmes faciles que l'hypnotisme a soulevés autour de nous. Vraies ou fausses — et il serait trop long de les discuter ici — elles sortent de l'ornière courante et ont de la saveur.

(1) In-18. Bibl. de Philos. contemp. Prix : 2 fr. 50. — Paris, F. Alcan.

Recherches bactériologiques sur la fièvre typhoïde (1), par E. MALVOZ.

M. Malvoz a fait de nombreuses recherches sur le bacille de la fièvre typhoïde; or, il arrive à des conclusions contraires à celles de MM. Chantemesse et Widal, analogues à celles de l'École de Lyon. Pour lui, il n'y a pas deux bacilles, le coli-bacille, microbe vulgaire qui habite normalement le gros intestin, et le bacille de la fièvre typhoïde ou bacille de Gafky, mais un seul et même bacille. Le bacille de la fièvre typhoïde ne serait que le bacille commun du côlon modifié. Par des cultures faites dans les milieux légèrement phéniqués, M. Malvoz serait parvenu à ramener le bacille de Gafky à l'état de simple coli-bacille. Voici donc encore une fois la question de la spécificité de la fièvre typhoïde mise en question.

Recherches expérimentales et cliniques sur le traitement de la tuberculose par la créosote (2), par Albert ALLEN.

L'auteur reconnaît à la créosote une influence heureuse sur les tuberculeux, mais il résulte de ses expériences que cette influence ne se traduit par aucune modification appréciable du processus anatomique, ni par une modification constatable du nombre ou de la vitalité des bacilles de l'expectoration. La créosote agirait pour les uns en diminuant la sécrétion pulmonaire, pour les autres en excitant les fonctions stomacales.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par application des dispositions de l'article 37 de la loi du 13 mars 1875, M. le médecin-inspecteur Baudoin, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris, membre des comités techniques de l'intendance et de santé, est placé, à dater du 22 avril 1893, dans la deuxième section (réserve) du cadre des médecins-inspecteurs.

— Dans la visite faite par le Congrès à l'hôpital Necker, la nouvelle installation des services de clinique chirurgicale a été particulièrement remarquée par la perfection apportée à son exécution, et les innovations pratiques de création nouvelle. Ces travaux ont été exécutés sous la direction de M. Belouet, architecte de l'administration de l'Assistance publique.

— *Congrès international de médecine à Rome* (septembre 1893). — Contrairement à ce que l'on a pu dire, il n'a jamais été question de remettre le Congrès à une date ultérieure. L'état sanitaire de l'Italie est excellent et rien ne fait craindre une épidémie cholérique ou autre.

— *Hôpital Laënnec* (Cours de médecine pratique). — M. le docteur Landouzy, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Laënnec, y commencera, le jeudi 27 avril, un cours de médecine pratique.

Le jeudi : M. le docteur Landouzy, dix heures, leçon à l'amphithéâtre (clinique).

Le vendredi : M. le docteur Queyrat, dix heures, leçon à l'amphithéâtre (microbiologie clinique).

Le samedi : M. le docteur Paul Claisse, dix heures, leçon à l'amphithéâtre (séméiotique).

Le lundi : M. le docteur Queyrat, dix heures, leçon à l'amphithéâtre (microbiologie clinique).

(1) In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin; Liége, Nierstrasz.
(2) *Berl. klin. Wochens.*, 1892, n° 51.

Le mardi, dix heures, consultation; le mercredi, neuf heures un quart, examen des malades.

Le lundi et le vendredi : M. le docteur Queyrat, deux heures, exercices pratiques de bactérioscopie appliquée au diagnostic des maladies communes (diphtérie, tuberculose, fièvre typhoïde, pneumonie, charbon, tétanos, etc., etc.).

Le cours complet durera deux mois; pour les exercices pratiques de microbiologie au laboratoire, les places étant limitées, s'inscrire d'avance, au laboratoire, le matin, de neuf heures à dix heures.

— M. le docteur Castex reprendra son cours à sa clinique, 52, rue Jacob, le mardi 2 mai, à trois heures, et le continuera les mardis, jeudis et samedis à la même heure. Examen des malades et opérations à partir de trois heures et demie.

On s'inscrit, 52, rue Jacob, les mêmes jours, de trois heures à cinq heures.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en leur recommandant le Lait stérilisé et en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Vals Précieuse — *Foie. Calculs. Gravelle. Diabète. Goutte.*

Pilules Mercier (*Podophyllin, Cascara* et *Savon médicinal*) réussissent touj. c[tre] la constipation, 1 ou 2 au coucher ou au repas du soir.

Constipation — *Poudre laxative de Vichy.*

Vin Durand diastasé — *Affections de l'estomac.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 49. — JEUDI 27 AVRIL 1893. 66e ANNÉE. JEUDI 27 AVRIL 1893. — N° 49.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : **20 c.** — Avec Supplément : **30 c.**

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'épidémie de typhus exanthématique, grâce aux mesures énergiques, mais malheureusement un peu tardives, qui ont été prises, paraît toucher à sa fin. Cette question si souvent posée : « Doit-on le dire ? » en cas d'épidémie semble bien résolue aujourd'hui dans le sens de l'affirmative. En effet, que s'est-il passé pour le typhus ? Tant qu'on n'a rien dit ou qu'on n'a rien voulu entendre, les cas se sont multipliés. Du jour où l'Académie a été saisie, le grand retentissement qu'ont aujourd'hui toutes ses discussions a aussitôt donné l'éveil à l'Administration, qui a fait alors ce qu'elle aurait dû faire deux mois plus tôt. Le résultat est que les mesures hygiéniques qui ont été prises semblent avoir eu déjà raison de l'épidémie actuelle. Il faut donc remercier le Comité d'hygiène et, en particulier, M. Dujardin-Beaumetz, d'avoir porté avec franchise la question du typhus à la tribune de l'Académie.

D'après le rapport dont M. Proust a communiqué hier les grandes lignes, et qu'il a fait avec le concours de MM. Napias, Netter et Thoinot, le typhus exanthématique a été signalé dans les départements du Nord, de la Seine, de Seine-et-Oise, de l'Eure et de la Somme. Ce sont des nomades et des vagabonds de toutes sortes qui, par leurs pérégrinations, ont aidé à la diffusion de la maladie. Sur 340 cas signalés, il y a eu 115 décès, ce qui fait une mortalité considérable de plus de 30 p. 100. Enfin, depuis les mesures prises dans la prison de Lille, il n'y a plus eu dans cette ville un seul cas de typhus, et on ne signale plus à Paris qu'un très petit nombre de cas.

Voilà exactement, d'après les documents officiels, où en est l'épidémie de typhus que nous traversons et dont, on le voit, il n'y a pas lieu de s'inquiéter outre mesure.

Plusieurs communications intéressantes ont été faites à l'Académie. M. Constantin Paul a lu un travail sur le traitement de la neurasthénie par la transfusion nerveuse. On trouvera plus loin les conclusions de ce travail. Nous ne voulons ici en retenir que ce fait que, sur 53 malades, 7 seulement n'ont pas été guéris de leur neurasthénie par cette méthode. Les faits avancés par M. Constantin Paul sont bien de nature à encourager les praticiens à le suivre dans cette voie.

L'Académie a repris la discussion sur le retour rapide de la sensibilité après la suture des nerfs. M. Le Fort, contrairement à M. Laborde, admet que l'influx nerveux passe de nouveau dans le nerf suturé, et il repousse les conclusions tirées de l'expérimentation sur les animaux. Ces expériences, suivant lui, ne peuvent être comparées aux constatations faites chez l'homme. Nous sommes bien convaincus que M. Laborde ne laissera pas ces assertions sans réponse. Il a d'ailleurs annoncé déjà qu'il répondrait. M. Le Dentu a porté la question sur un point qui a bien son intérêt, celui de l'influence curative de la suture nerveuse sur les troubles trophiques.

Enfin, nous signalerons la présentation, faite par M. Le Bec, de deux malades atteints de cancer de l'estomac, auxquels il a pratiqué une gastro-entérostomie. Cette opération, chez ces deux malades, a eu pour résultat la cessation immédiate des vomissements et des douleurs. Ces malades se nourrissent et engraissent. Bien que momentanés seulement, ces résultats n'en sont pas moins appréciables.

La présentation de M. Le Bec a soulevé un petit incident, sur lequel il y a lieu d'insister : M. Le Fort a exprimé le regret que les règlements académiques ne permettent pas aux membres de prendre la parole au sujet de présentations de ce genre. Il est, en effet, regrettable, peut-être, que nous n'ayons pu connaître l'opinion de M. Le Fort sur les faits présentés par M. Le Bec. Mais du jour où, par suite de modifications réglementaires, M. Le Fort ou tout autre aura le droit de dire son opinion sur telle ou telle présentation, nous demanderons que le présentateur ait, à son tour, le droit de réponse immédiate. Ceci nous remet en mémoire un incident qui s'est passé à l'Académie, il y a plus de vingt ans, et dans lequel le professeur Depaul a violé tous les règlements pour injurier un présentateur qui, d'après ces mêmes règlements, ne pouvait se défendre.

LA CHIRURGIE DU THORAX

DEVANT LE CONGRÈS DE CHIRURGIE

Nous avons seulement à noter deux communications. La première appartient à M. Severeanu (de Bucharest). Il s'agit de trois cas de plaie du diaphragme, tous trois terminés par

la mort. Les plaies du diaphragme sont toujours compliquées de lésions de la plèvre et du péritoine, et presque toujours de lésions du poumon ou d'un organe abdominal, l'estomac, l'intestin, etc.

La difficulté du diagnostic immédiat, l'impossibilité fréquente d'opérer de bonne heure, la gravité même de l'acte opératoire, expliquent cette mortalité. Il résulte, en effet, de la dernière observation de M. Severeanu, que, en intervenant de bonne heure, et en sachant ouvrir une voie thoracique large, on a quelques chances de sauver son malade.

Cette communication contribue encore à donner plus d'intérêt, s'il est possible, au travail lu par M. Delorme, le distingué professeur du Val-de-Grâce. Nous sommes heureux de pouvoir donner ce travail à peu près *in extenso*. Il est intitulé : « Contribution à la chirurgie de la poitrine »; l'auteur y fait l'exposé d'un mode d'intervention nouveau destiné, dans certains cas, à remplacer l'opération d'Estlander et à servir de temps préliminaire pour d'autres interventions intra-thoraciques.

L'opération consiste dans la formation d'un large volet thoracique, comprenant à la fois des parties molles et des portions étendues de côtes. Ce volet largement ouvert, le chirurgien a libre accès dans la cavité correspondante; l'opération terminée, le volet est refermé, soudé au reste de la paroi à laquelle il se réunit par première intention, et l'opéré guérit bientôt de ses sections costales comme il le ferait de fractures de côtes multiples.

De la troisième côte, inclusivement, à la sixième, inclusivement (il semble inutile de remonter plus haut et de descendre plus bas), le chirurgien trace un lambeau à base postéro-supérieure adhérente, par une incision représentant les trois côtés d'un rectangle, lambeau à direction oblique de haut en bas, suivant celle des côtes. Il s'étend de deux travers de doigt en dehors du bord du sternum, à la saillie du bord axillaire de l'omoplate. Sa forme et son étendue peuvent varier d'ailleurs, suivant le but à atteindre. Le lambeau cutané est coupé au ras des côtes, comme dans l'opération d'Estlander; puis, à ses limites antérieures, on sectionne chaque côte avec l'espace intercostal. A mesure que les intercostales sont coupées, deux pinces hémostatiques sont appliquées sur chacun des bouts de l'artère; en arrière, les côtes sont sectionnées longitudinalement ou réséquées dans une faible étendue, avec conservation des muscles intercostaux, des vaisseaux et des nerfs. Cela fait, au ras des bords supérieurs des côtes limites, on libère le volet en haut et en bas, jusqu'au niveau de sa base; puis on lui fait faire bascule et on l'ouvre en dehors, et l'intérieur de la cavité thoracique est largement découvert.

I. Après cette description sommaire de l'acte opératoire, voyons quels services ce mode opératoire paraît susceptible de rendre :

Je l'imaginai l'année dernière (mai 1892), à propos d'un malade vigoureux de mon service qui présentait un abcès volumineux de la paroi thoracique gauche de nature tuberculeuse, avec un diverticule intra-thoracique aussi étendu que la poche extérieure. L'excision de la poche externe et le curage attentif du diverticule profond, après résection des deux côtes limites, s'étant montrés insuffisants, je circonscrivis un volet thoracique de 8 centimètres de long sur 12 centimètres de large, c'est-à-dire des dimensions de la poche interne relevées à la sonde cannelée, et, le volet rabattu, je pus assez aisément disséquer, au bistouri et avec des ciseaux, et la paroi épaisse de plus de 1 centimètre répondant à la plèvre pariétale et la paroi de la poche qui, non moins épaisse, inextensible et fongueuse, recouvrait le poumon gauche et médiatement le péricarde dans une assez grande étendue.

II. La facilité relative avec laquelle j'avais, dans ce cas, libéré le poumon de sa fausse membrane, m'engagea à appliquer le même procédé pour l'oblitération des vastes cavités intra-thoraciques que laissent parfois, après elles, les opérations d'empyème et pour laquelle on s'est contenté jusqu'ici de pratiquer des opérations d'Estlander. Il me paraît préférable de chercher à libérer le poumon de sa fausse membrane continue, rigide, inextensible, plutôt que de rapprocher la paroi thoracique de la paroi pulmonaire, mode opératoire qui, dans les cas où il réussit, ne fait que combler la cavité sans rétablir le fonctionnement du poumon.

Le fait suivant (je regrette de n'en avoir pu trouver d'autres) m'a montré la possibilité d'atteindre ce résultat.

Un malade atteint depuis six mois d'une pleurésie tuberculeuse gauche totale, avec rétraction considérable du poumon, me fut envoyé du service de M. le professeur agrégé Antony. Cet homme avait, environ pendant six mois, subi plusieurs ponctions qui avaient donné issue à une grande quantité de liquide séro-purulent; après chaque ponction, le liquide s'était chaque fois rapidement reproduit. Le cœur était fortement dévié, la respiration difficile; mon collègue me pria de pratiquer une opération d'empyème. L'incision thoracique, suivie d'une résection costale, me fit pénétrer dans une poche étendue à la presque totalité de la hauteur de la plèvre gauche, avec rétraction du poumon de 8 centimètres en profondeur. Par l'ouverture laissée par la résection costale et l'incision de deux espaces, il me fut facile de constater, *de visu* et au doigt, que le poumon recouvert par une membrane continue, élastique, épaisse, ne pourrait jamais revenir au contact de la paroi thoracique. Comme, d'un autre côté, la plèvre viscérale était épaisse de plus de 1 centimètre, il était non moins évident qu'une opération simple d'Estlander, que même ce mode opératoire combiné avec une incision de la paroi, serait aussi insuffisant pour combler la poche. Après ces constatations, je comptais, chez ce malade, libérer la paroi viscérale et pariétale de son épaisse fausse membrane, dès que son état, alors très précaire, m'eût permis de faire cette opération; malheureusement il succomba rapidement à une complication intercurrente, mais son autopsie fut presque aussi démonstrative pour la valeur du procédé que je voulais employer, que l'eût été l'acte chirurgical même.

Je libérai un volet thoracique tel que je l'eus pratiqué sur le vivant, puis, la cavité étant largement ouverte, je cherchai à disséquer, à abraser la fausse membrane pulmonaire au bistouri, aux ciseaux. Je ne tardai pas à remarquer que cette dissection, longue, difficile, que la crainte incessante de blesser le poumon rendait encore insuffisante, eût été inappliquable sur le vivant.

J'eusse abandonné mon idée, si, dans un point où la fausse membrane avait été linéairement incisée, introduisant sous elle une sonde cannelée, je n'avais constaté que la séparation en était facile et rapide; qu'elle l'était davantage encore lorsque je m'aidais de l'extrémité mousse de ciseaux courbes et, avec l'index, glissé entre elle et le poumon, *elle se décollait si bien, que, en quelques minutes, on pouvait en libérer complètement la surface de ce poumon*. J'abrasai la fausse membrane aux limites de sa dénudation et, au-dessous d'elle, je trouvai un poumon sain, crépitant, extensible. Or cette membrane, dont la séparation avait été si facile, présentait une résistance telle que ni moi, ni plusieurs collègues ne pûmes la rompre ou la déchirer : *elle avait la résistance du cuir*. Il n'est pas douteux que si ce malade eût survécu, elle eût à jamais emprisonné le poumon.

Il me serait impossible de dire, manquant d'observations

et d'autopsies dirigées dans ce sens, dans quelles conditions cette séparation de la membrane viscérale est possible et fructueuse. Jusqu'à plus ample informé, je croirai qu'elle est à tenter dans les grands empyèmes déjà anciens, avec rétraction du poumon de plus de 5 centimètres, c'est-à-dire dans les cas où l'opération d'Estlander se montre le plus souvent insuffisante. Je la croirais d'autant plus rationnelle dans ces conditions que, si elle se montrait alors impossible, le volet thoracique, désossé ou non, pourrait mieux servir à l'effondrement pariétal que la paroi simplement désossée et peu dépressible que laisse l'opération d'Estlander et que, de plus, en cas de réussite, on aurait l'avantage de combler la cavité en permettant au poumon de reprendre sa place. Or, restituer à un malade la moitié de son champ respiratoire, n'est-ce pas un but bien digne d'être poursuivi ?

III. Certaines opérations sur le poumon qui nécessitent une brèche pariétale qu'on n'a obtenue, jusqu'ici, que par la résection de plusieurs côtes, me semblent pouvoir être faites après renversement d'un volet thoracique; celui-ci, après la soudure des côtes, conserve mieux l'intégrité fonctionnelle de la paroi; quant au pneumothorax accidentel, qu'on peut produire pendant l'opération, on le limiterait à son gré, on en atténuerait les conséquences en réunissant, comme je l'ai fait séance tenante, le poumon à la paroi, par des anses de catgut, véritables adhérences chirurgicales. On aurait soin seulement de laisser ces anses assez lâches pour ne pas empêcher le mouvement vertical du poumon.

IV. Je passe rapidement sur ces indications, désirant m'arrêter davantage au traitement des deux principales complications des plaies pénétrantes de poitrine : l'hémorragie, le pneumothorax.

Dans le courant de l'année dernière, 1er juillet 1892, un officier désespéré se porte dans la région du cœur quatre coups vigoureux et pénétrants d'un couteau à amputation à double tranchant qu'il avait acheté au quartier Latin. Il est relevé exsangue et transporté, de l'établissement de bains où la tentative de suicide avait eu lieu, à l'hôpital du Val-de-Grâce dans le service de mon collègue M. le professeur Robert. Il se relève lentement, difficilement, de son anémie traumatique. Mon collègue, suivant les indications classiques, pratique chez lui l'occlusion de la poitrine et l'antisepsie de la plaie. Le lendemain, ce pansement et le lit sont souillés par du sang rutilant, une nouvelle hémorragie extérieure peu abondante s'est produite. Le surlendemain, nouvelle hémorragie légère dans la journée. Mon collègue me demande conseil, au besoin mon assistance. Je lui propose d'ouvrir sur l'heure un volet thoracique, d'aller à la recherche du ou des vaisseaux qui donnent et d'assurer une hémostase directe, et je fais remarquer que la rétraction du poumon par l'air qui s'échappait avec force des plaies ou que sa compression par le sang épanché ne pouvaient faire craindre les dangers peut-être exagérés du pneumothorax total. Moins confiant que je ne l'étais dans ce procédé nouveau que je lui préconisais, il continue l'occlusion. Le soir, à six heures, nouvelle hémorragie plus abondante, le pouls est filiforme, la respiration rapide, large, bruyante; le blessé est exsangue, et en imminence de syncope; l'intervention est urgente. Appelé sur-le-champ, mon collègue fend largement l'espace intercostal correspondant à la plaie la plus étendue, constate que l'hémorragie est intra-thoracique, et malgré la longueur de l'incision, moins heureux que certains, il voit, pendant les efforts d'expiration, sans pouvoir la saisir et l'oblitérer, une plaie par laquelle s'échappent avec bruit une colonne d'air et du sang. Une bronche et les vaisseaux satellites ont donc été atteints. Séance tenante, en quelques minutes, nous ouvrons un large volet thoracique, trois plaies pulmonaires saignantes sont saisies avec des pinces hémostatiques; l'une d'elles est ligaturée par une soie double passée à travers le parenchyme. Le sang et l'air cessent de s'échapper par cette plaie, mais le sang remplit toujours le sinus profond limité par le poumon, son hile et la face supérieure du cœur. Cette cavité est étanchée, j'y enfonce ma main droite allongée et repliée en gouttière et je la glisse au niveau du hile ; la gouttière ne se remplit pas de sang. Les vaisseaux du hile semblent donc intacts; quelques instants après nous en constaterons *de visu* l'intégrité.

Le sang qui continuait à remplir le sinus cardio-pulmonaire, ne pouvant venir que du cœur ou du péricarde, nous examinons la surface accessible de ces derniers; dans la plaie, à la lueur presque insuffisante d'une lampe, nous distinguons une plaie antérieure de 1 centimètre d'étendue par laquelle s'écoule du sang. Une pince hémostatique est appliquée sur elle, c'est-à-dire sur le péricarde dont un vaisseau était ouvert. Le sang continua à s'écouler quelques instants encore dans le sinus cardio-pulmonaire puis cessa. Gaze iodoformée dans ce sinus, suture du volet, pansement, etc.

Malheureusement, l'anémie dans laquelle était plongé le blessé était si profonde qu'il succomba un quart d'heure après l'opération, ne nous laissant plus que le souvenir d'un acte hardi, original, mais aussi l'assurance que ce mode d'intervention directe appliqué plus rapidement aurait peut-être assuré la guérison du blessé en mettant un terme à une hémorragie grave que tous nos autres moyens sont si impuissants à arrêter.

Son autopsie nous montra que toutes les plaies étaient oblitérées. Le cœur droit avait été très superficiellement éraflé, le péricarde était ouvert en arrière, et c'était par son ouverture que le sang, provenant de la plaie péricardique antérieure et de la paroi viscérale, s'échappait dans le sinus cardio-pulmonaire.

Ce procédé pourrait servir de temps préliminaire pour l'oblitération du poumon et l'arrêt des hémorragies par la ligature ou le tamponnement avec de la gaze iodoformée ; il peut, grâce à la suture ou au tamponnement iodoformé, mettre un terme à l'issue de l'air par la plaie pulmonaire ; enfin il peut faciliter l'occlusion des plaies du cœur, peut-être moins difficile qu'on ne le croit généralement.

Telles sont, rapidement esquissées, les indications d'un mode opératoire facile, rapide et sûr, qui ne demande qu'à faire ses preuves.

Traitement des abcès froids.

M. Calot (de Berck-sur-Mer) résume ainsi le traitement qu'il préconise pour la cure des abcès froids.

La cure radicale des abcès froids les plus anciens et les plus volumineux — pourvu qu'ils soient accessibles — peut être obtenue en huit jours, à l'aide d'une intervention sanglante qui, après avoir supprimé la totalité des tissus malades, recherchera la réunion immédiate.

Ne pas la rechercher, c'est courir au-devant d'une récidive presque certaine ou d'une fistule interminable.

La réunion immédiate ne s'obtiendra qu'aux trois conditions suivantes :

La première, c'est que les tissus affrontés aient une vitalité suffisante.

Il ne suffit donc pas dans tous les cas d'enlever la paroi de l'abcès froid.

Il sera parfois nécessaire d'aller plus profondément, de tailler jusque dans les chairs afin d'obtenir sur tous les points une surface saignante et bien vivace.

La deuxième condition du succès, c'est de supprimer tout drainage. Le drain rend presque fatale la réinoculation des tissus; il laisse même, lorsqu'il est aseptique, des fistules indéfiniment durables.

Enfin, la troisième condition à remplir c'est d'assurer bien exactement l'affrontement des tissus par des sutures profondes et des sutures superficielles qui ne laissent pas entre les parois accolées la plus petite lacune, et par une compression énergique et méthodique.

L'ancienneté et l'étendue de la collection sont plutôt des indications de cette méthode de traitement. Nous avons guéri ainsi en huit jours un abcès froid d'une contenance de plus de trois litres que nous traitions inutilement depuis près de deux ans par tous les autres moyens.

Ce traitement ne s'adresse pas seulement aux abcès froids idiopathiques.

Un très grand nombre d'abcès par congestion, sinon le plus grand nombre, sont justiciables de cette thérapeutique.

Nous avouons ne pas admettre les conclusions de notre confrère. Il est connu, depuis longtemps, que l'extirpation des abcès froids peut donner des résultats immédiats et rapides. Mais il s'en faut que cette extirpation soit fréquemment possible. Les abcès profonds, volumineux, à prolongements multiples, nécessiteraient pour leur ablation des désordres opératoires que nous trouvons trop considérables pour un tuberculeux. Aussi, l'acte chirurgical n'est en réalité facile, bénin et absolument efficace que pour l'abcès froid superficiel et de petit volume. Or, dans ces cas, les injections iodoformées, lorsqu'elles sont bien pratiquées, sont trop souvent efficaces pour qu'on n'en recommande pas l'emploi.

De plus, il faut savoir que nombre d'abcès froids, en apparence superficiels, ont une origine profonde souvent osseuse et que, dans ces conditions, enlever la poche accessible et laisser le point d'origine, c'est se condamner à la récidive. Car nous considérons comme une erreur absolue la deuxième conclusion de l'auteur. Si le drain, même aseptique, rend presque fatale la réinoculation des tissus, c'est qu'il restait quelque part de la matière inoculable, c'est que l'extirpation n'était pas totale. Dans ces conditions, une occlusion complète, sans drainage, ferme la plaie superficiellement, masque la récidive profonde, mais ne saurait l'empêcher.

En résumé, l'extirpation des abcès froids est certainement un bon procédé de traitement chirurgical; mais il faut en restreindre les indications aux abcès de moyen volume, facilement accessibles et ayant résisté à une thérapeutique plus douce.

THÈSES DE LYON

Des rétrécissements syphilitiques du rectum; leur traitement par l'extirpation, par M. le docteur J. Gauron, médecin stagiaire au Val-de-Grâce. — Dans ce travail, sorti de la Clinique et du laboratoire de M. le professeur Poncet, l'auteur donne un bon résumé de nos connaissances actuelles sur les rétrécissements syphilitiques du rectum et s'attache surtout à décrire et à discuter les plus récentes méthodes opératoires.

Après avoir brièvement passé en revue les diverses théories pathogéniques auxquelles on a eu successivement recours pour expliquer la production des sténoses rectales syphilitiques, il se rattache (avec une légère réserve pour les syphilides ulcéreuses tertiaires) à l'opinion de M. Fournier, qui considère le rétrécissement comme « dérivant d'une hyperplasie interstitielle des parois rectales, sans ulcération primitive », comme conséquence en un mot du « syphilome ano-rectal ». Cette adhésion est justifiée par l'étude microscopique des lésions du début. Dans son examen anatomique très complet, l'auteur a pu constater à la partie la plus interne du rectum la présence d'une couche épaisse qui en entoure complètement la lumière et qui est constituée par quelques fibres musculaires perdues dans une grande quantité de tissu conjonctif. Au milieu de ce tissu, on trouve une vaste infiltration de cellules embryonnaires qui sont plus particulièrement groupées en amas arrondis donnant l'impression de petites gommes. Cette abondante prolifération de cellules embryonnaires, tantôt disséminées, tantôt groupées en nodules et développées dans un milieu abondamment vascularisé, est l'indice d'une inflammation de nature particulière, qu'on peut rattacher à la syphilis avec une certitude presque absolue. On conçoit comment ces nappes embryonnaires vont peu à peu s'organiser en tissu fibreux, rétractile et inextensible et constituer le rétrécissement.

Nous laissons de côté l'étude consciencieuse des lésions macroscopiques et des symptômes, pour arriver plus vite à la partie originale de ce travail, à ce qui concerne le traitement de l'affection.

L'auteur reconnaît l'utilité du traitement médical, lorsque les lésions sont à une époque jeune encore de leur évolution, mais il ne peut qu'être impuissant en face d'un tissu conjonctif dense, qui n'a plus rien de spécifique.

La dilatation lente est un procédé qui joint à ses dangers, à sa lenteur, l'inconvénient d'une simple opération palliative, au moins lorsqu'il s'agit de rétrécissements confirmés et épais. La dilatation brusque est une méthode aveugle et dangereuse, fréquemment suivie d'abcès péri-rectaux ou de péritonite mortelle.

La rectotomie interne, opération également aveugle, a le grave inconvénient, en respectant le sphincter anal, de laisser un obstacle dont la résistance spasmodique maintient les matières au contact de la plaie opératoire, ce qui favorise singulièrement l'infection. La rectotomie externe, ingénieusement modifiée par M. Panas, M. Verneuil, échappe complètement à ce reproche, mais elle cesse d'être applicable aux rétrécissements qui dépassent une certaine hauteur; enfin elle ne constitue qu'une méthode palliative qui ne saurait mettre à l'abri de la récidive. La rectotomie externe autoplastique de M. Péan est aussi une opération incomplète, en ce sens qu'elle laisse subsister sur presque toute la périphérie du rectum le tissu fibreux qui constituait le rétrécissement; elle ne peut, en outre, s'appliquer qu'à un certain nombre de cas. En somme, le seul moyen d'obtenir une guérison définitive est de pratiquer, comme le veulent MM. Quénu et Poncet, l'ablation complète de la masse pathologique et de faire ensuite une autoplastie totale, par abaissement de la portion supérieure saine de l'intestin.

L'extirpation étant donc le meilleur traitement, le choix du procédé employé va dépendre des caractères et surtout du siège du rétrécissement. A ce point de vue, l'auteur divise les rétrécissements en trois catégories : dans la première, il range ceux qui siègent à plus de 3 centimètres au-dessus de l'anus; ils relèvent de la méthode de Kraske. Dans la seconde, ceux qui sont situés à 3 centimètres de l'orifice anal ou au-dessous, mais qui laissent le sphincter intact; ils sont justiciables de l'opération de M. Segond. Dans la troisième, il place les rétrécissements qui atteignent à la fois l'anus et le rectum. Pour ces derniers, il propose d'appliquer un procédé nouveau, mis en pratique par MM. Poncet et Jaboulay.

La méthode de Kraske et les points les plus importants du manuel opératoire, la conduite à tenir vis-à-vis du cul-de-sac péritonéal, la suture des deux bouts de l'intestin, etc. sont l'objet d'une description minutieuse.

L'auteur aborde ensuite le procédé encore inédit de M. Segond dont voici le résumé : Dilatation modérée du sphincter avec le doigt; incision circulaire à la jonction de la muqueuse anale et de la peau. Cela fait, on saisit avec des pinces ou avec les doigts la muqueuse anale ; on la décolle de la face interne du sphincter avec les ongles ou un instrument mousse. Une fois le bord supérieur du sphincter dépassé, en s'aidant simplement des doigts, on dégaine, par simple traction, tout le segment rectal à réséquer. On procède ensuite à la section circulaire de l'intestin à petits coups de ciseaux et chaque coup de ciseaux est immédiatement

suivi d'un point de suture unissant à la peau la partie correspondante du bout supérieur.

Le procédé de MM. Poncet et Jaboulay permet d'aborder des rétrécissements qui ont envahi l'anus tout en remontant plus ou moins haut dans le rectum. On commence par une incision en raquette, dont la boucle circonscrit l'anus à 6 millimètres environ en dehors de la muqueuse et dont la queue se prolonge en arrière, suivant la ligne médiane postérieure ano-coccygienne, plus ou moins haut vers le coccyx suivant les besoins. L'incision est faite au bistouri, sur la peau et profondément. L'anus est alors saisi avec les doigts de la main gauche ou avec une pince de Museux. Puis, avec un instrument mousse ou mieux avec l'index droit, on déchire les connexions de l'anus et du rectum, en avant, en arrière, par côté; pendant ce temps, on tire l'intestin en arrière, vers le coccyx. On continue de la sorte l'isolement par étages successifs, jusqu'à ce que le rectum soit dénudé dans la hauteur voulue; puis on attire fortement l'intestin en bas jusqu'à ce que toute la portion malade soit au dehors. Les connexions de l'organe étant rompues, il descend facilement. La section au-dessus de la partie malade est faite à petits coups successifs et, au fur et à mesure, on suture le bord supérieur de l'intestin sectionné à la peau de la marge anale. On termine par un pansement ouvert à la gaze iodoformée. Lorsqu'il est nécessaire de remonter très haut, on peut prolonger l'incision postérieure sur les flancs du coccyx et même du sacrum. On peut aussi réséquer le coccyx et une partie du sacrum lorsqu'on veut avoir beaucoup de jour.

L'auteur fait suivre son travail de neuf observations de rétrécissements du rectum traités par l'extirpation, dont deux par le procédé que nous venons de décrire. Les résultats fonctionnels sont excellents. L'incontinence absolue des matières n'a été que transitoire et une des malades opérées par M. Poncet peut résister dix minutes environ au besoin d'aller à la selle. L'autre n'a de l'incontinence que lorsque les selles sont diarrhéiques. Notons que ces deux malades ont été suivies déjà, la première, pendant treize mois, la seconde, pendant dix-huit, et que l'amputation du rectum a été faite à 11 et 12 centimètres au-dessus de l'anus.

En présence de ces résultats favorables, on ne peut que conclure avec l'auteur que, dans la plupart des cas (exception faite pour le début des lésions, encore peut-être justiciables du traitement spécifique, et pour les cas où il s'agit d'une simple bride aisément dilatable), l'extirpation s'impose, non seulement comme une méthode de choix, mais comme une méthode de nécessité.

L'ablation du rétrécissement est seule capable d'assurer la guérison. L'extirpation du sphincter n'entraîne pas l'incontinence, ainsi que le démontrent les observations des malades opérées par MM. Poncet et Jaboulay et qui ont été suivies depuis plus d'un an. COLLET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 avril 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les lettres de MM. Debove, Laveran, Hallopeau et Blanchard qui se portent candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique.

COMMUNICATION

Typhus exanthématique. — **M. PROUST** fait connaître, dans ses grandes lignes, le rapport officiel sur l'épidémie du typhus exanthématique.

L'enquête faite par MM. Napias, Netter et Thoinot a permis d'établir que le premier typhique entré au Dépôt de Paris était un nommé Ghys, venant de Lille.

Le temps écoulé entre son départ de Lille et le début de la maladie à Paris (vingt et un jours) est trop long pour que l'on puisse accepter que Ghys ait contracté sa maladie à Lille. Il semble plus probable d'admettre qu'il a été contagionné dans une de ses étapes ultérieures, à Amiens, par exemple. M. Netter a pu donner cette démonstration après qu'il eût retrouvé à la consultation de l'hôpital Beaujon le premier malade de l'hôpital de Lille. Il s'agissait d'un nommé Cods Juns qui avait été frappé de typhus à Lille, le 4 janvier. Or, cet individu avait couché le 23 décembre à l'asile de l'abbé Chabot, à Amiens, où se trouvaient déjà des malades venant de localités situées à l'ouest de cette ville. Il est donc probable que le typhus viendrait de l'ouest et peut-être de ces départements bretons où la maladie est endémique.

Cette hypothèse se trouve confirmée par les résultats de l'enquête qui se poursuit en ce moment dans le département de l'Eure. MM. Netter et Thoinot ont établi que, déjà à la fin de décembre, le typhus existait à Etrépagny et aux environs. Dans cette ville et dans les localités voisines, on relève, de la fin de décembre au 3 mars, 19 typhiques, dont 3 cas intérieurs.

Des nomades ayant passé par Étrépagny ont été reçus à l'hôpital de Gisors, qui renferma du 9 janvier au 11 mars 8 typhiques, dont 2 cas intérieurs. Quelques malades venus de la même direction ont été observés à Pontoise et à Beauvais, puis à Amiens (93 cas, 35 décès). Cette ville, à son tour, infecta Lille et Paris, qui, jusqu'ici, a eu 91 cas, dont 38 suivis de décès.

Grâce aux mesures qui ont été prises, il n'y a plus à la prison de Lille un seul cas de typhus; depuis le 20 mars, à Paris, il y a eu encore dans ces derniers jours quelques cas nouveaux, mais aucun nouveau foyer n'a été signalé.

DISCUSSION SUR LA SUTURE NERVEUSE

M. LE FORT rappelle que M. Laborde a exposé sa manière de voir relativement au retour rapide de la sensibilité à la suite de la suture des nerfs (voir *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 337); les propositions qu'il a émises n'ont pas satisfait M. Le Fort.

Les expériences sur les animaux ne peuvent, en effet, dit-il, dans le cas qui nous occupe, être comparées aux constatations faites sur l'homme. Pour s'assurer qu'un animal sent, il faut aller jusqu'à produire de la douleur et en observer les manifestations. Une sensibilité atténuée n'est pas constatable. Or, sur l'homme, les finesses sont appréciées, ce qui permet de constater un degré de la sensibilité qui passerait inaperçu dans une expérience.

On a dit — c'est la théorie qui a été émise par Laugier — qu'après la suture des nerfs, l'influx nerveux passait de nouveau, comme le courant électrique, dans un conducteur dont la continuité a été rétablie. Je ne prétends pas que la comparaison soit absolument exacte; mais sous la réserve qu'il y a analogie et non pas identité, j'accepte cette théorie et j'espère en démontrer le bien fondé.

A l'appui de ma manière de voir je résumerai une observation qui a toute la valeur d'une expérience faite sur l'homme :

Un jeune homme avait eu le nerf cubital coupé. Au bout d'un an, insensibilité complète de toute la zone innervée par ce nerf, atrophie des muscles de la main qu'il anime et lésion trophique ulcéreuse de l'auriculaire. Je fais la suture après avivement des deux bouts du nerf au niveau de la cicatrice. Au sortir de l'anesthésie chloroformique, la sensibilité a reparu, atténuée, il est vrai, mais certaine. Les jours suivants, cette sensibilité persiste et l'ulcération trophique tend à guérir. Mais au bout de quinze jours, la sensibilité diminue, puis bientôt elle disparaît et le malade quitte l'hôpital, uniquement débarrassé de son ulcération, sans aucun autre avantage.

Un an plus tard, cet homme vint me revoir; il était dans le même état que lors de sa première entrée; même insensibilité, même atrophie musculaire. Sur sa demande formelle, je tentai une seconde fois la suture du nerf. J'observai les mêmes symptômes que lors de la première suture : au réveil, retour de la sensibilité; mais plus heureux que la première fois, ce retour fut définitif. La sensibilité devint rapidement plus exquise, l'atrophie

disparut peu à peu et le malade est radicalement guéri depuis plus d'un an.

Ce qui avait empêché le premier retour de la sensibilité d'être définitif, c'était l'interposition, entre les deux bouts du nerf suturé, d'une bande de tissu fibreux : la contiguité parfaite des deux bouts n'existait pas.

Or, dans ces cas, il ne peut être question ni de la sensibilité récurrente, qui serait restée latente pendant un an, pour reparaître de nouveau, ni de choc traumatique, qui a existé dans les deux opérations et aurait dû produire deux fois les mêmes effets. Je ne parlerai même pas des anastomoses nerveuses; il ne serait pas sérieux de dire que la suture les a mises en action.

Il me faut donc absolument accepter la théorie de Laugier; si celle-ci n'est pas prouvée expérimentalement, elle a du moins l'avantage de rendre compte des cas cliniques.

M. LABORDE répondra à toutes les critiques quand elles auront été exprimées.

M. LE DENTU constate qu'on a parlé de l'influence de la suture sur le retour rapide de la sensibilité, mais qu'on n'a encore rien dit de l'influence curative tout aussi remarquable qu'elle peut exercer sur les troubles trophiques. Il en cite deux exemples :

1° Entorse du poignet avec névrite consécutive du médian. Troubles trophiques très marqués de l'index et du médius. Élongation du cubital et guérison rapide de ces troubles trophiques ;

2° Section du médian; troubles trophiques du médius allant jusqu'à la nécrose de la phalangette. Suture du nerf après avivement; tendance rapide des troubles trophiques à guérir et disparition définitive de ces troubles.

Ces faits montrent bien que la suture des nerfs amène presque aussitôt un retour fonctionnel. Cependant, ni les explications de M. Laborde, ni la théorie de Laugier ne satisfont complètement M. Le Dentu. Il serait plutôt porté à admettre une influence dynamogénique; mais celle-ci non plus n'est pas démontrée.

Jusqu'ici, le retour rapide des fonctions nerveuses dans les nerfs suturés n'est pas expliqué ; cette question reste à l'étude.

RAPPORT

Réparation d'une perte de substance de la voûte cranienne par la greffe osseuse immédiate. — M. POLAILLON donne lecture d'un rapport sur une observation adressée par M. Ricard. (Sera publié.)

LECTURE

Traitement de la neurasthénie par la transfusion nerveuse. — M. C. PAUL lit un travail sur ce sujet dont voici les conclusions :

La neurasthénie est un épuisement nerveux.

Elle peut être physiologique à la fin de la vie, lorsque la mort survient dans un grand âge, sans maladie ; c'est la fin naturelle, malheureusement trop rare.

La neurasthénie morbide est produite par un épuisement des forces nerveuses ne permettant plus au système nerveux de se recharger des forces nouvelles suffisantes pour les dépenses journalières de la vie.

La transfusion nerveuse, faite avec une dilution de la substance grise du cerveau et habituellement du cerveau de mouton, provoque la production de nouvelles forces nerveuses. C'est un tonique nerveux par excellence. Le premier bénéfice de cette transfusion est de donner un peu de sommeil, condition nécessaire pour la transformation des forces alimentaires en forces physiologiques.

Ces forces reviennent le plus souvent dans le même ordre. D'abord, l'émotivité diminue, les sens se réveillent, l'intelligence se développe. Puis l'appétit revient, les forces physiques augmentent; alors la thérapeutique ordinaire redevient active quand elle n'agissait pas auparavant. Une chose à remarquer, c'est l'heureuse influence de la transfusion nerveuse sur la force du cœur. Enfin, quand l'organisme a repris son équilibre, la virilité reparaît comme complément de la guérison.

PRÉSENTATIONS

Gastro-entérostomie dans le cancer de l'estomac. — M. LE BEC présente deux malades atteints de rétrécissement pylorique et sur lesquels il a pratiqué, il y a un mois, la gastro-entérostomie. (Sera publié.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 22 avril 1893, M. le médecin principal de première classe Kelsch, sous-directeur de l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires, médecin chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, membre du Comité technique de santé, a été nommé directeur de l'École du service de santé militaire, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Vallin, appelé à d'autres fonctions. M. Kelsch est maintenu dans ses fonctions de membre du Comité technique de santé.

— Par décision ministérielle, en date du 22 avril 1893, M. le médecin inspecteur Vallin, remplacé, par décret du même jour, dans ses fonctions de directeur de l'École de service de santé militaire, est nommé directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris et membre des Comités techniques de l'intendance et de santé, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Baudouin, placé dans la section de réserve.

— Par décision ministérielle, en date du 22 avril 1893, M. le médecin-inspecteur Vallin est désigné pour procéder, en 1893, à l'inspection générale du III[e] arrondissement du service de santé (4[e] et 5[e] corps d'armée; divisions d'infanterie des 3[e], 4[e] et 5[e] corps d'armée stationnés dans le gouvernement militaire de Paris; 3[e] brigade d'artillerie; École d'application de l'artillerie et du génie ; prytanée militaire).

— Par arrêté ministériel, en date du 22 avril 1893, M. le docteur Chantemesse (André), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, est nommé inspecteur général adjoint des services sanitaires.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Devilliers, membre de l'Académie de médecine.

— M. le docteur du Castel reprendra ses conférences cliniques à l'hôpital Saint-Louis, le mercredi 3 mai, à dix heures, et les continuera le mercredi de chaque semaine à la même heure (salle des conférences). Lundi, traitement chirurgical des maladies de la peau. Jeudi, consultation externe. Vendredi, examen et discussion des malades nouveaux.

— M. le docteur A.-J. Martin donnera sa prochaine conférence pratique du cours d'hygiène sociale, le dimanche 30 avril 1893, à l'Observatoire de la Tour Saint-Jacques, rue de Rivoli, à neuf heures et demie très précises du matin.

L'hérédité normale et pathologique, par André SANSON, professeur de zoologie et zootechnie à l'École nationale de Grignon et à l'Institut national agronomique. 1 beau vol. in-8°. — Prix : 8 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Manuel de la sage-femme et de la garde-malade, par le docteur TOUVENAINT. 1 vol. in-18, avec figures, reliure souple cuir fauve, tête dorée. — Prix : 3 francs. — Paris, L. Battaille et C[ie], 23, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur-gérant : D[r] E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 50. — SAMEDI 29 AVRIL 1893. 66e ANNÉE. SAMEDI 29 AVRIL 1893. — N° 50.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 28 avril 1893.

LES AFFECTIONS DES MEMBRES

DEVANT LE CONGRÈS DE CHIRURGIE

I

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES TUBERCULOSES DU PIED

C'est l'École lyonnaise qui, sous la conduite de M. Ollier, est venue apporter au Congrès le plus grand nombre de faits et de documents.

MM. Audry et Mondan (de Lyon) ont examiné 167 pièces de tuberculoses du pied. Sur ces pièces, il en est 25 dont le point de départ, synovial ou osseux, de la tuberculose n'a pu être précisé; il s'agissait de lésions carieuses diffuses, étendues à la fois au squelette et aux parties molles.

Dans 29 cas, l'origine était manifestement synoviale; enfin, dans les 113 autres, la lésion avait un début franchement osseux.

Les os atteints étaient 40 fois le calcanéum, dont la tuberculose était centrale 28 fois sur ces 40 faits; 29 fois l'astragale, 21 se répartissent entre les différentes pièces de la mortaise tibio-tarsienne; le reste appartient aux autres os du tarse et du métatarse.

Dans la tuberculose du pied, les lésions sont le plus habituellement centrales et séquestrales. La forme la plus fréquente est l'infiltration liée à la présence de séquestres. Les types de cette tuberculose peuvent se réduire à quatre :

1° Lésions primitives des métatarsiens et des phalanges qui n'intéressent le pied que jusqu'à l'interligne de Lisfranc; ce sont les plus fréquentes;

2° Lésions du tarse antérieur; elles s'étendent plus souvent aux métatarsiens qu'aux os postérieurs;

3° Lésions du calcanéum. Elles présentent une grande tendance à la localisation; dans les cas où elles s'étendent, c'est vers l'astragale;

4° Lésions tibio-tarsiennes. Elles peuvent avoir deux origines : les os de la jambe et surtout l'astragale.

La conclusion de cette intéressante communication, c'est que, parmi les lésions tuberculeuses du tarse, ce sont les lésions du calcanéum qui sont les plus fréquentes, et que, lorsqu'il s'agit d'une lésion de l'articulation tibio-tarsienne, c'est sur l'astragale que porte le maximum des lésions.

Ces notions anatomiques acquises, il s'en déduisait une ligne de conduite chirurgicale que M. Ollier est venu exposer avec son talent habituel.

M. Ollier ne veut aujourd'hui s'occuper que des lésions tuberculeuses de l'astragale et des articulations astragaliennes, ainsi que des opérations conservatrices qui leur sont applicables. Avant 1878, lorsqu'il se trouvait en face de tuberculose du pied, il commençait par faire la résection plus ou moins étendue des malléoles et il attaquait ensuite, par l'évidement, l'astragale.

Il a reconnu plus tard que cette manière d'agir ne lui permettait pas d'explorer complètement toutes les parties malades, et que, pour y arriver, il fallait d'abord commencer par enlever l'astragale. Depuis 1882, il a donc changé sa manière de faire et, depuis cette époque, il a pratiqué 86 astragalectomies pour lésions tuberculeuses.

Cette opération qui, par elle-même, est dénuée de toute mortalité et donne d'excellents résultats, lui parut légitimée par les considérations suivantes : premièrement, il a noté que, 29 fois sur 86 malades, l'astragale a été le point de départ de la tuberculose et que, dans 22 autres cas, les synoviales astragaliennes ont été les premières atteintes; donc, en pareille circonstance, on ne devait pas hésiter à enlever l'astragale.

Chez plusieurs de ses malades, l'affection avait débuté par le tibia et le péroné; or, dans ces cas, il faut encore faire l'astragalectomie, car elle permet de pratiquer une abrasion complète de toutes les surfaces osseuses et articulaires malades. C'est ainsi qu'il a agi sur deux sujets porteurs d'un foyer tibial, qui avait envahi l'articulation tibio-tarsienne. Facilité de nettoyage complet, telle est la deuxième raison en faveur de l'ablation de l'astragale. Enfin, comme il a remarqué, chez d'anciens opérés par la résection des malléoles, que l'articulation restait ballante, ce qui n'existe pas si, avec l'astragalectomie, on peut conserver une mortaise, il estime que c'est encore un autre motif de ne pas épargner l'astragale.

Certains de ses confrères lui ont observé que leurs résultats, à la suite de l'ablation de cet os, n'avaient pas toujours été des meilleurs; lui-même, il en a eu, au début, quelques-uns de défectueux. Pour arriver à un véritable succès, il est nécessaire que l'opération soit faite lentement et aussi minutieusement que possible, que toutes les parties ma-

lades soient soigneusement enlevées, et, cela fait, on aura soin de pratiquer une cautérisation profonde au fer rouge. Lorsqu'on isole l'astragale, il est important de bien désinsérer sa partie postérieure sans laisser dans la plaie aucune lamelle osseuse, qui entretiendrait la suppuration ; c'est un petit point opératoire qui a une certaine importance.

Cette opération peut être exécutée sur des malades de différents âges, sans qu'on puisse fixer de limite absolue; son application dépend de l'étendue des lésions, de la résistance de l'individu et de la forme de la tuberculose, ce qui n'est pas toujours facile à spécifier.

Par suite de la réparation des tissus et de l'ascension du calcanéum, qui tend à remonter et à combler la cavité, la région n'offre pas à l'avenir de difformité, et pour ce qui est du raccourcissement et, chez l'enfant, des arrêts de développement, il n'y a pas à s'en préoccuper, car ils sont insignifiants. M. Ollier ajoute que, avec l'ablation de l'astragale, il ne peut se produire de la laxité des articulations, comme il l'a noté chez quelques anciens opérés à la suite d'une résection tibio-astragalienne.

Pour les lésions des articulations astragaliennes, il a également abandonné les résections économiques, et il obtient aujourd'hui de meilleurs résultats par l'astragalectomie. Quoique cette opération soit fréquemment indiquée, il est des cas où les lésions sont tellement étendues qu'une désarticulation s'impose; mais, dans ces cas, il insiste sur un point, c'est de conserver les téguments du talon, quelque fistuleux qu'ils soient, car ils sont d'une utilité incontestable pour l'avenir.

Nous sommes complètement de l'avis de M. Poncet sur la nécessité de traiter de suite, et le plus hâtivement possible, les altérations tuberculeuses du pied dès qu'elles sont soumises à notre diagnostic. Il fait justice des petits moyens qui n'aboutissent qu'à faire perdre du temps et laissent la tuberculose s'aggraver et s'étendre.

Dans les altérations tuberculeuses de la charpente du pied, il faut intervenir précocement, le plus hâtivement possible, par une opération. Je repousse complètement la révulsion locale avec des vésicatoires, des cautérisations seules avec le fer rouge, etc., les frictions, le massage, l'immobilisation, etc. Tous ces moyens laissent la lésion se développer lentement. En les employant, on perd un temps précieux, l'état général, la lésion locale s'aggravent et, plus tard, l'opération ne sera plus une operation économique.

Dès que le diagnostic est posé, on devra intervenir chirurgicalement.

Au point de vue de l'efficacité du traitement chirurgical et de l'emploi de tel ou tel procédé opératoire, il faut tabler avec l'étendue, l'ancienneté des lésions, avec l'existence ou non d'autres tuberculoses, tout particulièrement les tuberculoses viscérales.

A tout âge, même chez les vieillards, si la lésion est récente, surtout si elle est exclusivement osseuse, l'opération pourra être économique : abrasion, évidement du foyer pathologique, cautérisation profonde avec le fer rouge à travers une incision des parties molles permettant de voir où l'on va, ce que l'on fait.

La tuberculose est-elle ancienne, diffuse ? Je crois qu'à partir de quarante ans environ, il faut donner la préférence d'emblée à l'amputation partielle ou totale du pied, sur la tarsectomie.

Chez trois réséqués de l'astragale, âgés de trente-cinq à quarante-cinq ans, j'ai dû plus tard, par suite de réinoculation tuberculeuse, pratiquer l'amputation de la jambe.

Entre trente et quarante ans, lorsque plusieurs os du tronc sont atteints, lorsque plusieurs articulations sont envahies, l'amputation du pied, parfois de la jambe, sera souvent l'opération de choix, surtout s'il existe des menaces de tuberculose viscérale.

Dans les premières années de la vie, jusqu'à l'âge de quinze à seize ans, mais surtout jusque vers la douzième année, l'amputation doit être, dans la très grande majorité des cas, systématiquement rejetée.

Pour le calcanéum, l'astragale, en un mot pour le massif postérieur du tarse, la résection reprend tous ses droits.

Si le tarse antérieur avec les têtes des métatarsiens est seul envahi, les évidements, le curetage, qu'il faut bien se garder de pousser trop loin, donneront d'excellents résultats, surtout si, par des cautérisations profondes avec le fer rouge, par des tumélisations multiples faites *largâ manu*, on modifie les fongosités restantes, les tissus en imminence de récidive.

M. Gangolphe (de Lyon) a eu l'occasion d'opérer une cinquantaine de cas de tuberculose du pied.

Chez l'enfant, il a eu de bons résultats par l'arthrectomie ignée, le curage, l'évidement des foyers fongueux. De dix à trente ans, c'est à la résection typique qu'il faut avoir recours.

M. Adenot (de Lyon) attire l'attention sur certaines ulcérations lupoïdes de la peau du pied, coexistant avec des ostéopathies tuberculeuses. Si quelques-unes de ces ulcérations cutanées sont primitives, presque toutes aboutissent par un petit trajet fistuleux à une lésion osseuse. Ce foyer osseux devra être recherché avec soin, car c'est de sa guérison que dépend la disparition de la lésion cutanée.

M. Loyson est encore un chirurgien lyonnais qui se montre partisan convaincu des astragalectomies. Il laisse, avec raison, l'amputation comme un pis-aller ne pouvant s'adresser qu'aux cas désespérés soit comme état local, soit comme état général.

Depuis dix-huit mois, il a pratiqué 22 astragalectomies pour lésions tuberculeuses, il n'a eu aucun décès à déplorer, et ses résultats thérapeutiques sont excellents, la plupart de ses opérés ont conservé des mouvements de flexion et d'extension. Quelques-uns ont pu faire plus de 25 kilomètres par jour.

Jusqu'ici nous nous associons à la manière de voir de notre confrère lyonnais ; mais nous cessons d'être d'accord avec lui, lorsqu'il dit que le résultat est d'autant plus favorable que la suppuration a duré plus longtemps et que les plaies sont restées béantes le plus longtemps possible. Il y a quelques années, certains chirurgiens avaient pensé que les cicatrices après suppuration étaient plus solides et plus résistantes que les cicatrices obtenues par première intention. Les faits eurent rapidement raison de cette doctrine. Dans les cas de tuberculose du pied, si la suppuration doit durer longtemps, c'est que l'opération a été incomplète. Dans le cas contraire, nous ne comprenons pas comment cette suppuration est nécessaire, surtout si, comme le dit l'orateur, le pus qui s'écoule des plaies est absolument stérile et sans bacille de Koch. Au point de vue général, comme au point de vue local, cette persistance de la suppuration nous paraît regrettable.

M. Pollosson (de Lyon) pense qu'il faut avoir soin de distinguer si c'est le massif externe des os du tarse qui est pris ou bien si c'est le massif interne, lorsque les lésions sont limitées au tarse antérieur.

Lorsque la lésion est externe et atteint le cuboïde et les métatarsiens correspondants, la tarsectomie externe peut être suffisante; mais si la lésion est interne, il faut faire porter la tarsectomie sur presque toute l'étendue du tarse.

Les tarsectomies étendues sont également défendues par M. Villar. Mais, comme M. Phocas (de Lille), le chirurgien de Bordeaux trouve qu'il est bien difficile de se prononcer d'une façon catégorique sur le meilleur mode de traitement des tuberculoses du pied.

J'ai eu l'occasion, dit-il, d'intervenir dans un cas où les lésions semblaient nécessiter une amputation de jambe : or, une tarso-métatarsectomie très étendue nous a permis de conserver le pied.

Il s'agissait d'une jeune fille de vingt-neuf ans, ayant des antécédents tuberculeux personnels (pleurésie il y a trois ans, abcès froid de la région costo-iliaque, il y a deux ans), entrée dans le service de M. le professeur Demons, que j'avais l'honneur de suppléer.

Voici quel était son état lors de son arrivée à l'hôpital : le pied est gonflé, très volumineux et on y constate l'existence de cinq orifices fistuleux répartis sur les faces dorsale et plantaire, sur les bords interne et externe.

J'aurais volontiers conseillé une amputation de jambe, étant donné l'étendue des lésions, mais la malade ne voulait à aucun prix entendre parler d'amputation; d'ailleurs, M. Demons m'avait conseillé de me contenter d'extirper les parties malades, quitte à recourir plus tard à une opération radicale.

J'attaquai donc directement les lésions par trois incisions : externe, interne et médiane dorsale, qui me permirent d'extirper l'astragale, le scaphoïde, le cuboïde, les trois cunéiformes, une portion du calcanéum et les cinq métatarsiens.

Les suites de l'intervention furent des plus simples : deux mois après l'opération, la malade quittait l'hôpital ; les plaies étaient cicatrisées; l'opérée commençait à mettre le pied par terre; elle s'essayait à la marche; le pied était devenu solide.

Ce résultat est très intéressant; l'avenir nous apprendra s'il se maintient.

Nous pouvons, nous appuyant sur ce fait et sur les travaux de M. le professeur Ollier, de son élève M. Audry, de M. le professeur Gros, etc., conclure que les tarsectomies étendues donnent quelquefois des résultats très encourageants, que des lésions relativement considérables du pied ne sont pas toujours justiciables de l'amputation et que l'on peut, sans gêner complètement les fonctions du pied, enlever une grande partie du squelette tarso-métatarsien.

M. Phocas (de Lille) s'exprime ainsi :

Un fait me paraît dominer la thérapeutique chirurgicale des tuberculoses du pied, c'est le peu de gravité de ces affections. Sur vingt cas, je n'ai vu que deux morts, dus à la généralisation tuberculeuse.

Une autre considération, que la discussion présente a contribué à mettre en relief, c'est qu'il n'existe pas de traitement unique pour ces affections.

Dans la clientèle hospitalière, j'ai eu souvent recours à des moyens complémentaires de l'immobilisation. Telles sont les injections d'huile iodoformée et la méthode sclérogène de M. Lannelongue. Dans quatre cas, cette dernière méthode m'a donné trois succès complets et un résultat moyen.

Sur les enfants plus âgés, je préfère les résections totales, faites régulièrement, qui m'ont donné de beaux succès.

J'arrive aux tarsectomies postérieures dont j'ai à vous montrer deux résultats éloignés. L'un date de dix mois. L'enfant avait quatorze ans. L'astragale, le calcanéum et 5 centimètres de tibia furent enlevés. A l'heure actuelle, les os se sont reproduits et le malade marche sans difficulté. L'autre date de trois ans. Tous les os du tarse furent enlevés, sauf les cunéiformes. La mortaise tibio-péronière fut réséquée. A l'heure actuelle, l'enfant jouit de tous les mouvements de son pied, sur lequel il peut marcher sans aucun appareil et sauter avec la plus grande facilité.

M. Campenon donne quelques indications thérapeutiques. Quand la tuberculose ne se traduit encore que par des fongosités simples, sans suppuration, sans fistules, l'immobilisation et la compression donnent de bons résultats. C'est pour ces cas que M. Verneuil recommande le chauffage articulaire. Dès qu'il y a suppuration et fistule, il faut, suivant l'étendue des lésions, intervenir chirurgicalement par le grattage et l'évidement, une résection typique et enfin l'amputation. Ces trois ordres d'interventions, de gravité différente, s'adressent à des degrés différents du mal.

M. Le Dentu rappelle qu'il répare les évidements osseux par des implantations d'os décalcifiés (1). Il signale l'observation d'un jeune homme chez lequel il remplaça 7 centimètres de tibia par un os de veau décalcifié ; il se produisit un os nouveau et solide qui permettait à l'opéré de marcher au bout de trois mois.

Chez une jeune fille de vingt et un ans, dont le pied présentait des lésions telles qu'il fallait songer à l'amputation, M. Le Dentu pratiqua l'ablation du calcanéum, de l'astragale, du cuboïde, du scaphoïde et des cunéiformes. Il bourra la large brèche obtenue avec des fragments d'os décalcifiés, de façon à essayer de reconstituer un véritable talon. Quatre mois plus tard, la plaie était tarie et la malade marchait avec un appareil silicaté. Le résultat définitif est très favorable et aujourd'hui, vingt-deux mois après l'opération, le fonctionnement de l'articulation tibio-tarsienne est satisfaisant.

Lorsque la tuberculose est trop avancée dans sa marche, il faut recourir à l'amputation.

M. Moty communique l'observation de deux tuberculoses du pied, l'une sur un homme de trente-trois ans, l'autre sur un militaire de cinquante-sept ans.

Le premier était atteint de tuberculose des deux premiers métatarsiens et a dû subir l'amputation de Lisfranc avec un petit lambeau dorsal de nécessité et un large lambeau plantaire ; il marche très bien aujourd'hui, six mois après l'opération et son état général s'est considérablement amélioré.

Le deuxième fait remonte à quatre mois ; une tuberculose tarsienne grave du pied droit, s'accompagnant d'ankylose des os du tarse et de trajets fistuleux multiples dans la région malade, l'état général, une arthrite sèche ancienne du genou du même côté, rendent l'amputation de la cuisse au tiers inférieur nécessaire (28 octobre). Actuellement, ce malade est parfaitement guéri et marche bien avec un appareil.

Chez l'adulte et chez le vieillard, il ne faut pas espérer la guérison naturelle et les opérations simples et radicales sont les meilleures.

Comme M. Verneuil, M. Moty insiste sur la nécessité du traitement pré et post-opératoire.

M. Ollier recommande, quand elle est possible, la désarticulation du pied par le procédé de Syme. Son premier opéré (1864) vit encore et a un moignon excellent. C'est également ce procédé que recommande M. Potherat (de Paris), procédé qui lui a donné, dans un cas, un bon résultat.

Le malade était un jeune homme de dix-neuf ans, atteint depuis deux ans d'une arthrite tuberculeuse de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil ; l'affection avait gagné de proche en proche, et, quand je le vis pour la première fois, il avait un pied volumineux, tuméfié, percé de nombreux orifices par lesquels s'échappaient du pus, de la sanie puriforme ou de la

(1) Buscarlet. La greffe d'os morts, *Gaz. des hôpit.*, 1891, p. 1361.

sérosité; toutes les articulations étaient atteintes à un degré variable, sauf celles du calcanéum, qui paraissaient encore saines malgré le mauvais état des parties molles circonvoisines.

L'état général était resté relativement bon et les principaux viscères m'avaient paru indemnes de tuberculose. Rien ne s'opposait donc à l'ablation de cette tuberculose locale, mais cette ablation ne pouvait être suffisante sans une exérèse totale du pied.

L'état des parties molles me mettait dans l'obligation de renoncer à tout procédé à lambeau dorsal ou plantaire, ou même à la fois dorsal et plantaire, et il me sembla que, seul, un lambeau talonnier me permettrait d'opérer dans des tissus suffisamment sains. Je pensai donc que le procédé applicable était celui de Syme, qu'on a accusé toutefois d'être d'une exécution assez difficile et d'exposer à la section de l'artère tibiale postérieure avant la naissance des artères plantaires, ce qui peut avoir comme conséquence la gangrène du lambeau.

Je me décidai à appliquer ce procédé chez mon malade et j'eus lieu de m'en féliciter. Un mois plus tard, mon opéré marchait sur son moignon, c'est-à-dire sur la peau même du talon, bien coussinée par la graisse sus et rétro-calcanéenne et les parties fibreuses péri-calcanéennes conservées avec soin. Aujourd'hui, il marche facilement, sans canne, presque sans claudication, grâce à un soulier spécial.

Au sujet du procédé de Syme, j'ajouterai qu'on peut, avec une certaine attention, ménager l'artère tibiale postérieure et la couper au delà de la naissance des deux plantaires. Ce procédé, qui permet une désarticulation tibio-tarsienne avec minimum des parties molles du pied, contrairement aux autres procédés, qui donne des résultats fonctionnels au moins égaux aux procédés à lambeau plantaire ou dorsal et bien supérieurs à ceux de l'amputation sus-malléolaire, me paraît mériter l'estime des chirurgiens et devoir occuper une place importante dans la chirurgie du pied.

Nous serons plus exigeant que M. Potherat et nous dirons que non seulement on peut, mais qu'on *doit* ménager l'artère tibiale postérieure. L'opération de Syme est bonne à la condition de suivre de très près les os, au bistouri, et même à la rugine. On obtient alors un moignon vivace et bien matelassé qui peut servir à la marche.

La méthode conservatrice n'a pas été oubliée et à la demande des membres du Congrès, M. Lannelongue avait réunis à la Faculté un grand nombre d'enfants traités par la méthode sclérogène et chez lesquels il avait obtenu des résultats vraiment merveilleux. Voici en quels termes il a présenté sa méthode :

De toutes les communications qui vous ont été faites, il ressort que les opérations pratiquées sur des pieds tuberculeux donnent souvent des résultats remarquables et faisant grand honneur aux opérateurs; on vous en a rapporté maints exemples. Mais la méthode opératoire n'est pas tout, et, dans bien des cas, le chirurgien, avant d'intervenir d'une manière sanglante, a quelque chose à faire.

Assurément, lorsque nous nous trouvons en présence de graves lésions osseuses, de la destruction d'une partie du squelette du pied, de vastes suppurations des articulations, les résections, plus ou moins économiques, trouvent leurs indications et il s'agit alors, en sacrifiant une partie du squelette, de produire le moins de difformité possible et d'altérer au minimum les fonctions du pied. A une période plus avancée encore, avec des lésions plus vastes et plus profondes, il nous faudra amputer. Dans ces cas graves, en effet, il peut arriver que l'indication vitale domine l'indication fonctionnelle et qu'il faille faire le sacrifice de la partie atteinte pour sauver la vie du malade.

C'est de ces cas qu'il a été presque exclusivement question dans cette discussion; tout, à ce sujet, a été dit et bien dit.

Mais, avant d'arriver à ces états graves, la tuberculose a traversé une période de début. Pendant cette période, des lésions commençantes n'ont pas produit de désordres profonds et l'on peut rendre aux malades des services énormes, sans leur faire subir de mutilations. Voici, en quelques mots, ce que je fais, ce que je conseille de faire, en pareil cas :

Dès qu'on soupçonne l'existence d'une tuberculose du pied, il faut tenir le malade au repos absolu. Ce repos, cette immobilité sont une nécessité inéluctable; eux seuls peuvent mettre le membre malade dans des conditions favorables pour résister à l'envahissement bacillaire. En effet, quand la région atteinte n'est pas immobilisée, l'irritation des parties est augmentée par les mouvements et le bacille y trouve un milieu bien plus favorable à son développement, j'ajouterai que cette immobilisation des segments où se développe une tuberculose osseuse ou articulaire n'a rien de spécial au pied ; elle est nécessaire, au même titre, dans le mal de Pott et dans les tuberculoses du membre supérieur. Donc, première règle, immobilisation absolue de toute région dans laquelle on soupçonne un début de tuberculose.

Cependant, il est fort rare que l'immobilisation suffise pour arrêter l'évolution du mal et que la guérison puisse se faire par les seules forces de l'organisme; le mal s'aggrave. A cette nouvelle période, il devient urgent d'avoir recours à une intervention plus active.

Peut-on espérer de bons résultats de la révulsion cutanée : vésicatoires, teinture d'iode, etc.? Je l'ignore. Je dirai cependant que ce procédé est logique, qu'il cherche à s'attaquer directement au bacille et que le seul doute qu'il m'inspire, c'est de savoir si on parvient à surchauffer assez la région malade.

C'est également pour attaquer le bacille que j'ai conseillé et que je recommande de plus en plus la méthode sclérogène.

Je ne veux revenir aujourd'hui ni sur la technique, ni sur la théorie des injections profondes de chlorure de zinc, je vous dirai seulement que, depuis plus de deux ans que j'emploie cette méthode, je ne compte plus les résultats heureux. La tuberculose du pied m'a fourni bien des sujets et je déclare que, dans la grande majorité des cas, quand les lésions n'avaient pas été trop destructives, j'ai obtenu, avec la conservation intégrale du membre, des guérisons qui paraissent de plus en plus définitives.

Je ne m'étendrai pas davantage sur ce sujet; je me résume d'une phrase : au début de la tuberculose du pied, immobilisation absolue. En même temps, injections de chlorure de zinc. Enfin, si ces moyens ont échoué, résections plus ou moins étendues et, comme dernière ressource, amputation du membre qui, dans certains cas, pourra seule sauver la vie du malade.

M. Coudray, élève de M. Lannelongue, est aussi partisan des injections de chlorure de zinc :

J'ai appliqué la méthode sclérogène de Lannelongue à 16 cas de tuberculose du pied.

Sur 7 cas d'ostéo-arthrite du cou-de-pied, 1 relatif à une femme de trente-cinq ans, atteinte d'ostéo-arthrite non suppurée, s'est terminé par sclérose; les piqûres de chlorure de zinc ont été faites le 29 février 1892. Au bout de trois mois, la malade a marché; la guérison est confirmée depuis dix mois.

Les 6 autres faits sont relatifs à des cas anciens et suppurés, 3 sans fistule, 3 avec fistule.

Dans 1 cas, il s'agissait d'un homme de trente-six ans, antérieurement traité par des chirurgiens compétents; depuis trois ans, la possibilité d'une amputation avait été indiquée au malade; il y avait une fistule à la partie externe de l'articulation, et des fongosités synoviales. Les piqûres faites donnèrent naissance, en quelques jours, à des foyers fluctuants qui permirent de guider l'intervention; je fis un évidement de la malléole externe et de l'interne, un drainage rétro-malléolaire externe. Les plaies furent guéries en deux mois environ, et le malade est actuellement guéri depuis quatorze mois.

Les 5 autres cas ont été observés chez des malades de deux à

six ans. Quatre fois sur ces 5 cas, je fus conduit à extirper l'astragale raréfié, carié.

Tous ces malades sont guéris depuis plus d'un an et marchent très bien.

Dans le cinquième cas, je fis cette extirpation de l'astragale, et consécutivement, au bout de quelques mois, je dus pratiquer un grattage et évidement du calcanéum, qui était également atteint; ce dernier malade est guéri depuis peu de temps.

Sept cas de tuberculose du tarse et du métatarse étaient anciens.

L'un, relatif à une femme de vingt-deux ans, atteinte depuis deux ans d'une ostéite de la deuxième rangée du tarse et de l'extrémité postérieure des métatarsiens, s'est terminé par sclérose à la suite d'une seule injection pratiquée le 29 septembre 1890. La malade a marché au bout de trois mois. La guérison est confirmée depuis plus d'un an.

Un second cas est celui d'un homme de quarante et un ans, traité depuis 1876. Vu le 8 août 1891, ce malade présentait une fistule tarsienne externe; les piqûres faites, on pratiqua, au bout de trois semaines, l'opération complémentaire, qui consista dans l'évidement du cuboïde, de l'extrémité postérieure du quatrième métatarsien et le grattage des fongosités dans la gaine du long péronier latéral. La plaie fut cicatrisée en deux mois. La guérison est confirmée depuis un an et demi.

Les 5 autres cas ont été observés chez des enfants de deux à quatorze ans : l'un est encore en traitement et les autres sont guéris depuis trop peu de temps pour que je me croie autorisé à citer les observations qui les concernent.

Deux cas de tuberculose des phalangettes existaient chez des fillettes de dix à douze ans. Il y avait suppuration et en même temps fongosités de la gaine des fléchisseurs. Dans ces conditions, j'ai cru bon d'amputer les orteils quelque temps après les piqûres; la guérison, d'ailleurs, a été parfaite.

De tous ces faits, je crois pouvoir tirer les deux conclusions suivantes :

1° La tuberculose du pied, comme celle des autres régions, sera utilement combattue par la méthode sclérogène.

On trouvera bénéfice à l'employer, soit qu'on se trouve en face d'une tuberculose au début. et alors la guérison par sclérose pourra être obtenue; soit qu'on ait affaire à une tuberculose à évolution plus avancée. Dans ce cas, la méthode sclérogène révélera le siège et l'étendue des lésions, et permettra ainsi une intervention prompte et sûre;

2° Cette intervention ne s'adresse qu'aux seules parties malades; aussi les opérés conservent-ils un membre non mutilé et par suite fort utile. A ce point de vue, la méthode sclérogène permet de porter la conservation à ses extrêmes limites.

Les résultats obtenus par la thérapeutique conservatrice sont-ils durables? L'École lyonnaise répond par l'affirmative et M. Audry, qui a retrouvé 120 malades opérés à Lyon pendant une période de deux à trente ans, formule cette loi, analogue à la loi de Volkmann, pour la récidive des néoplasmes malins. Lorsque la première et la deuxième année après l'opération ont été franchies sans récidive, les chances de guérison définitive augmentent progressivement.

Nous sommes heureux de voir l'École lyonnaise nous apporter ses résultats encourageants; car, ce que nous avions pu constater par notre pratique et par celle de nos collègues et de nos maîtres, était loin d'être favorable aux opérations partielles, fréquemment et même presque toujours suivies de récidives, et nécessitant ultérieurement des opérations complémentaires, graves et étendues. Les résultats obtenus par l'École de Lyon sont bien faits pour réhabiliter les opérations partielles, mais à la condition que le chirurgien suive la technique indiquée, qu'il fasse un évidement large, que son opération ne soit pas trop parcimonieuse, sans quoi la récidive suit de bien près l'acte opératoire.

Les larges tarsectomies ont donc reçu au Congrès de chirurgie une nouvelle consécration, et ont ainsi contribué à reculer les limites de la chirurgie conservatrice. Les amputations sont réservées aux cas extrêmes, dont les désordres locaux sont irréparables, et au malade dont l'organisme usé et débilité ne pourrait pas faire les frais du long traitement nécessité par les opérations partielles.

Les malades présentés par M. Lannelongue encouragent à tenter la méthode sclérogène, qui donne de brillants résultats, surtout chez l'enfant. Les tentatives faites chez l'adulte, surtout lorsqu'il y a déjà suppuration et fistule, ne sont pas aussi encourageantes. Actuellement, on peut dire que la méthode sclérogène est surtout efficace dans les tuberculoses au début, dont les fongosités ne sont pas encore ramollies.

II

TRAITEMENT DES LUXATIONS ANCIENNES DE L'ÉPAULE

C'est avec plaisir que nous avons entendu les communications faites au Congrès, sur le traitement des luxations anciennes et irréductibles de l'épaule. Dans la thèse d'un de nos élèves, le docteur Perdriat, nous avions déjà soutenu, avec faits à l'appui, la nécessité d'intervenir chirurgicalement et au plus vite, dès que l'irréductibilité d'une luxation de l'épaule était constatée.

Le professeur William Mac Cormac (de Londres) a eu l'occasion d'intervenir dans un cas de luxation ancienne de l'épaule, compliquée de fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus. La luxation ne fut reconnue que quinze jours après et dans la tentative de redressement qu'on fit alors, on ne réussit qu'à rompre le cal. M. Mac Cormac ne vit le malade que trois mois plus tard, constata la persistance de la luxation et fit pour la réduire l'incision classique, dans le sillon pectoro-deltoïdien. La tête fut facilement découverte et libérée de ses attaches fibreuses, normales et accidentelles. On reconnut alors une fracture de la grosse tubérosité humérale, une fracture du tiers antérieur de la cavité glénoïde, dont les deux tiers postérieurs étaient comblés par un tissu conjonctif dense et résistant. Tous ces tissus étant enlevés, la réduction se fit facilement. Mais la plaie suppura tellement que le chirurgien anglais fut obligé de désunir sa plaie et de faire la résection de la tête humérale.

A la suite de cette intervention, les douleurs et la fièvre disparurent et l'amélioration s'accentue chaque jour.

M. Mac Cormac se demande si, dans les cas de fracture humérale, compliquée de luxation, il ne vaut pas mieux d'emblée recourir à la résection de la tête, plutôt qu'à l'arthrotomie, et il cite deux cas de résection immédiate pratiquée par M. Croft et M. Clutton à l'hôpital Saint-Thomas, dans lesquels un des résultats fut favorable et l'autre assez satisfaisant.

Nous pensons que le professeur de Londres est dans l'erreur; il n'y a aucune raison pour réséquer une tête humérale qui est déplacée, mais non altérée, et ce qui démontre que l'arthrotomie avec réduction est préférable à la résection, c'est que, si la réduction est obtenue par des manœuvres extérieures ou par des appareils, on la considère comme le meilleur des résultats possible. La résection ne doit avoir pour but, dans les cas de luxation, que d'enlever une extrémité osseuse qui ne peut pas rentrer. Mais la prati-

quer d'emblée est aller à l'encontre du but que le chirurgien doit se proposer, à savoir la restitution de l'articulation. Si le malade, opéré par M. Mac Cormac, a souffert après l'arthrotomie, et a été soulagé après la résection, c'est qu'il avait été infecté, et suppurait après la première intervention, et que la résection, en ouvrant largement l'articulation, a drainé les produits suppurés, et s'est adressée à l'infection articulaire et non pas à la luxation qui était réduite. D'ailleurs, les autres faits communiqués au Congrès plaident suffisamment en faveur de notre manière de voir.

M. Severeanu (de Bucarest) eut à soigner un malade qui, quatre mois auparavant, s'était luxé l'épaule en tombant de cheval. Des tractions portées, sous le chloroforme, jusqu'à 200 kilogrammes, ne donnèrent aucun résultat. Le chirurgien roumain pratiqua une incision transversale au niveau des insertions acromiales du deltoïde et une autre verticale dans le sillon pectoro-deltoïdien, et obtint ainsi un large lambeau triangulaire qu'il rabattit en arrière. La tête humérale fut libérée et des tractions portées jusqu'à 170 kilogrammes restèrent sans effet; mais la tête se réduisit facilement sous l'impulsion d'une gouge, placée derrière elle et agissant comme un levier. La capsule fut lavée et suturée. Trente jours après, le malade portait la main à sa bouche.

M. Pollosson (de Lyon) donne le résumé de cinq observations où, grâce à l'arthrotomie, le chirurgien parvint à réduire des luxations anciennes de l'épaule.

Dans le premier cas, la luxation datait de six mois; d'emblée M. Pollosson pratiqua l'arthrotomie par l'incision d'Ollier, suivant l'interstice du grand pectoral et du deltoïde. La capsule fut incisée, la cavité articulaire était saine et sous les tractions modérées d'un aide, la réduction se fit facilement. La plaie opératoire fut complètement fermée, sans drainage; la réunion fut obtenue par première intention. Trois semaines après, le malade avait déjà la presque totalité de ses mouvements.

Dans le deuxième cas, la luxation ne datait que de six semaines. La réduction fut aussi aisée que dans le cas précédent; toutefois il fut nécessaire de désinsérer la capsule en arrière.

La troisième opération appartient au frère de M. Pollosson; même intervention, même succès.

Dans l'un des deux autres cas, l'opérateur fut obligé de recourir à l'incision transversale pour obtenir le jour nécessaire, mais dans tous ces cas, la réduction fut obtenue et les mouvements de l'épaule récupérés en totalité.

Nous pouvons donc conclure que, contrairement à l'opinion de M. Mac Cormac, l'arthrotomie simple est l'opération de choix dans le traitement des luxations anciennes de l'épaule et non pas la résection, dont les résultats éloignés ne sont jamais absolument satisfaisants.

Nous nous associons également aux conclusions formulées par M. Pollosson, quand ce chirurgien préconise l'arthrotomie hâtive plutôt que les tentatives réitérées violentes de traction, si souvent inefficaces et dangereuses.

III

AFFECTIONS CHIRURGICALES DE LA HANCHE

Luxation congénitale de la hanche.

La luxation congénitale de la hanche, dont le traitement relevait jusqu'alors presque exclusivement de la prothèse, devient de plus en plus du domaine chirurgical actif. Nous avons déjà publié l'observation si intéressante du docteur Lejars (1), nous n'avons donc pas à y revenir. Disons cependant, pour fixer l'opinion, que ces opérations fort ingénieuses, et analogues à celle que M. Ricard a appliquée avec tant de succès aux luxations traumatiques anciennes, ne sont indiquées que lorsqu'il y a une claudication par trop exagérée, lorsque la marche est gênée, presque impossible ou douloureuse. Car, il ne faut pas s'illusionner, les résultats obtenus après l'opération donnent, pour les cas les meilleurs, une hanche plus solide, mais aussi plus raide, et le membre conserve son raccourcissement à peu près total. La marche devient plus sûre, peut être davantage prolongée, mais n'est jamais parfaite. C'est dire que l'intervention sanglante est contre-indiquée dans les cas légers, car elle ne saurait donner mieux que ce qui existe.

Parmi les petits malades traités par les injections profondes de chlorure de zinc, présentés par M. Lannelongue au Congrès, il en était un atteint de luxation congénitale de la hanche. Le cas était encore trop récent pour qu'il fût permis d'en tirer des conclusions quelconques en faveur de l'efficacité ou de l'inefficacité du traitement. M. Coudray, qui a déjà quelques cas anciens, fait une communication en faveur de la méthode sclérogène appliquée à la cure des luxations congénitales de la hanche.

Dans un travail où, l'an dernier, j'ai donné les résultats généraux de ma pratique relative à la méthode sclérogène, j'avais indiqué le résultat, datant d'un mois, d'un cas de luxation congénitale de la hanche traitée par cette méthode. Depuis un an aujourd'hui, l'enfant marche parfaitement, et vous allez d'ailleurs en juger.

Il s'agit d'une fillette de quatre ans et demi, atteinte d'une luxation iliaque postéro-supérieure. La tête remontait à 3 centimètres et demi au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser, dans le mouvement d'adduction et de rotation interne. La claudication s'accentuait beaucoup depuis quelques mois et était devenue disgracieusement caractéristique. Le 30 novembre 1891, l'enfant étant soumise au chloroforme, j'abaissai la tête du fémur par les manœuvres de Paci, d'une façon à peu près complète, et, séance tenante, je pratiquai sur le squelette péri-articulaire, fémur et surtout os iliaque, une injection de XV gouttes de la solution de chlorure de zinc à 1/15, en six piqûres. Trois semaines plus tard, je fis une injection beaucoup plus forte : XXX gouttes de la solution à 1/10; cette fois, j'injectai volontairement quelques gouttes du liquide dans le cul-de-sac supérieur de la synoviale, dans le but de l'oblitérer. Il y eut une arthrite notable, bien que III ou IV gouttes seulement eussent été injectées.

L'enfant resta dans l'extension continue pendant cinq mois; elle marche depuis lors. Ainsi qu'on le voit de suite, la marche est très satisfaisante, le déhanchement spécial a disparu; de plus, le champ où se meut la tête est très limité. Tous les mouvements sont conservés.

Au moins chez les jeunes enfants, la méthode sclérogène me semble la méthode de choix. Je suis disposé à l'appliquer chez des enfants plus âgés. Ce n'est qu'en cas d'échec que j'aurai recours à la méthode sanglante, qui a l'inconvénient de présenter quelque importance en tant qu'opération.

Il est bon de dire que M. Broca n'est pas aussi enthousiaste que M. Coudray sur les bienfaits de la méthode sclérogène; comme lui, il considère les manœuvres de Paci comme amenant l'abaissement et non la réduction. Il ne croit pas, en effet, que, sauf dans des cas tout à fait excep-

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 439.

tionnels, il soit possible de réduire par manœuvres externes une luxation congénitale de la hanche et il émet cette assertion d'après les constatations anatomiques qu'il a faites au cours de huit réductions par la méthode sanglante ; toujours il a trouvé une disproportion évidente entre la tête, qu'il lui a fallu parfois diminuer de volume, et le cotyle, qu'il a toujours dû évider. De ce qu'il vient de dire, il résulte qu'il est partisan de la réduction par la méthode sanglante : il croit même avoir été le premier, en France, à l'appliquer, en août 1891. Sans doute, il est loin de contester la valeur du fait de M. Coudray, et n'est nullement opposé à l'idée d'élever autour de la tête, à l'aide de la méthode sclérogène, un rempart ostéo-fibreux ; mais il croit qu'avant tout, au moins pour les cas sérieux, il vaut mieux commencer par la réduction. Il ne peut, en ce moment, parler de résultats éloignés ; pour cela, il faut des années. Mais ce qu'il affirme, c'est qu'anatomiquement, la réduction est possible. On doit donc la pratiquer, et il ajoute qu'on doit la pratiquer de bonne heure, de deux à quatre ans. Son expérience, en effet, lui apprend que, plus on attend, et plus elle est difficile. Il a opéré plusieurs enfants de deux à trois ans et elle a été facile ; il a opéré, ce matin même, une fillette de quatre ans, et elle a été laborieuse ; il a opéré, il y a quinze jours, une fille de treize ans et l'intervention a été extrêmement laborieuse.

Cette opinion est fort logique et nous l'acceptons, sous la réserve de n'appliquer l'intervention sanglante qu'aux cas graves.

Traitement de la coxalgie.

La coxalgie n'a pas été oubliée au Congrès et les deux chirurgiens de Berck-sur-Mer ont tenu à en parler. L'un, M. Calot, nous a parlé des cas ordinaires, M. Ménard, des cas très graves.

M. Calot fait le procès de l'extension continue appliquée au traitement de la coxalgie. Pour lui, c'est une méthode absolument inefficace. Voici d'ailleurs les conclusions de son travail :

Pourquoi la coxalgie « guérie » laisse-t-elle après elle, plus souvent que les autres tumeurs blanches, des attitudes vicieuses et des subluxations ?

Pourquoi, d'autre part, le traitement local de la coxalgie n'est-il pas celui des autres tumeurs blanches ?

Cette différence dans la thérapeutique n'explique-t-elle pas cette différence dans les résultats ?

Bornez-vous à l'extension continue dans le traitement de la tumeur blanche du genou, vous aurez aussi souvent qu'à la hanche des déplacements et des attitudes vicieuses, car l'extension continue est impuissante à corriger les attitudes vicieuses.

Lorsque ces attitudes sont corrigées par une séance de redressement, elle est impuissante à maintenir la correction. Elle ne produit pas l'écartement des surfaces articulaires. Est-ce à dire qu'elle soit sans aucun effet utile ?

Malheureusement non ; nous disons malheureusement, parce que les quelques avantages très réels qu'elle présente ont entretenu ses partisans dans une sécurité trompeuse qui leur a fait méconnaître l'insuffisance de la méthode à assurer la bonne position de la jointure.

Le poids rivé au membre inférieur est un impedimentum qui procure une immobilisation relative, et, de ce fait, présente quelques avantages, particulièrement contre la douleur, qu'elle supprime du reste moins sûrement que l'immobilisation absolue.

Il est grand temps de revenir à la méthode de traitement préconisée par Bonnet, à savoir l'immobilisation très exacte de la jointure malade en bonne position.

Pourquoi cette méthode thérapeutique acceptée pour le traitement des autres tumeurs blanches a-t-elle été délaissée par la coxalgie ?

Parce qu'elle est d'une application très difficile ici. M. Bonnet n'a pas résolu le problème avec sa gouttière, qui n'assure pas, comme le remarque M. Lannelongue, une contention suffisante et ne prévient pas les déplacements.

Cette constatation, qui aurait dû faire rejeter simplement la gouttière, a fait rejeter la méthode.

L'appareil plâtré très serré, embrassant le thorax, l'abdomen et la totalité du membre inférieur malade, et appliqué sous le chloroforme, permet d'atteindre le but. Ce mode de traitement, qui ne mérite pas les divers reproches qu'on lui a adressés et qui remplit les autres indications que soulève la thérapeutique de la coxalgie, mène à un excellent résultat orthopédique, tandis que le défaut de contention de la jointure ne saurait prévenir les attitudes vicieuses ni les subluxations.

Nous ne partageons pas l'avis de M. Calot et l'extension continue nous a donné de trop beaux résultats pour que nous l'abandonnions. Son application est des plus faciles. Son ablation se fait avec la même rapidité, et l'on peut ainsi aisément changer l'enfant, le laver et le nettoyer. Dès que le poids est placé, la douleur est supprimée et si, au début, il y a une attitude vicieuse, elle se corrige peu à peu. C'est à tort que M. Calot conteste le fait et qu'il écrit que l'immobilisation de la jointure malade est insuffisante, lorsque ce membre est maintenu par la seule extension. Nous pouvons, d'après l'expérience, affirmer que la méthode bien appliquée, avec le lit de M. Lannelongue, procure toute l'immobilisation désirable. De plus, l'application de l'appareil plâtré, pour peu qu'il existe une attitude vicieuse même légère, doit être faite sous le chloroforme. Enfin, la longue durée du traitement nécessite le remplacement fréquent de l'appareil : remplacement facile s'il s'agit de l'extension, toujours plus long et plus délicat, s'il s'agit d'un appareil plâtré. Pour toutes ces raisons nous accorderons nos préférences à l'extension continue comme traitement des coxalgies.

M. Ménard (de Berk-sur-Mer) résume ainsi sa communication :

Le but de cette opération est de préserver la vie des malades à une période où il est démontré que la résection n'a donné aucun résultat favorable : chez les enfants que j'ai opérés, la hanche suppurait abondamment depuis plusieurs années, malgré plusieurs interventions : le fémur était atteint d'ostéomyélite sur une grande longueur, les urines étaient albumineuses et la mort paraissait inévitable. — A la suite de la désarticulation qui a été bien supportée, la suppuration a été rapidement réduite à une fistulette se rendant au cotyle ; l'état général n'a pas tardé à s'améliorer. La guérison locale est assurée ; il reste à savoir si l'albuminurie est curable.

C'est là une éventualité à laquelle le chirurgien doit bien rarement avoir recours. M. Ménard le reconnaît lui-même. Nous sommes peu tenté d'accueillir cette intervention, retour d'Allemagne. Évidemment, comme le fait remarquer le présentateur, ce n'est qu'aux cas exceptionnellement graves que s'applique cette désarticulation de tout le membre inférieur. Or, dans les cas graves, il y a deux contre-indications fréquentes à cette intervention essentiellement grave par elle-même : la première tirée de l'état général de ces malades épuisés par la tuberculose et par la suppuration ; la deuxième tirée de l'état local. En effet, dans ces coxalgies, suppurant depuis de longues années, le fémur n'est pas seul pris, mais la cavité cotyloïde, la face externe

de l'os des îles, sa face interne même, les ganglions iliaques, tout cela est envahi et dégénéré, et la désarticulation de la hanche, si radicale qu'elle paraisse, est encore une opération incomplète, laissant dans la profondeur des parties profondément tuberculeuses. Les deux cas, encore récents, de M. Ménard ont été heureux; il est à craindre qu'une série plus longue ne nous donne plus le même pourcentage de bénignité.

IV

TRAITEMENT DU PIED-BOT PARALYTIQUE

M. Piéchaud (de Bordeaux) fait une courte communication sur le pied valgus paralytique. L'attitude vicieuse de cette variété de pied-bot est presque toujours due à la paralysie du jambier antérieur et du triceps sural; aussi, avant d'en venir à une opération sanglante, convient-il d'avoir recours avec persévérance au traitement électrique.

Chez un enfant de quatorze ans, M. Piéchaud a reconnu que, par l'électrisation, le pied pouvait être ramené à son état normal; en trois mois de séances électriques, méthodiquement suivies, le pied valgus était complètement guéri. C'est un résultat certainement encourageant; mais il faut considérer que, dans la plupart des cas, les muscles sont trop profondément dégénérés pour être influencés par les courants électriques. Il faut alors recourir à une intervention chirurgicale.

M. Piéchaud adopte les opinions actuelles. Les ténotomies sur un pied paralysé et déjà trop mobile, sont un contre-sens dont on a trop longtemps abusé. A ces pieds paralytiques, l'arthrodèse, c'est-à-dire la fixation des surfaces articulaires, est l'opération de choix. Cette arthrodèse devra porter presque toujours sur l'articulation médio-tarsienne de Chopard.

V

DES DÉVIATIONS DU PIED CONSÉCUTIVES AUX RÉSECTIONS DU PREMIER MÉTATARSIEN

M. Ménard (de Berck-sur-Mer) attire l'attention des membres du Congrès sur les résultats éloignés de la résection du premier métatarsien. Il s'exprime ainsi :

J'ai eu l'occasion de soigner 11 malades pour des lésions tuberculeuses du premier métatarsien et de ses articulations : 5 ont guéri sans résection; chez les autres, j'ai pu suivre les déformations du pied qui se produisent après la résection de l'extrémité postérieure de ce métatarsien (2 cas), après celle de son extrémité antérieure (2 cas), après l'amputation du gros orteil seul (1 cas) et enfin après l'amputation du gros orteil avec son métatarsien et le premier cunéiforme (1 cas).

Lorsqu'on résèque l'extrémité postérieure du premier métatarsien, son extrémité antérieure s'incline vers la plante du pied, la tête presse sur le sol pendant la station et la marche, et le talon antérieur est conservé.

Après la résection de la partie antérieure du même os, celui-ci conserve ses connexions en arrière et l'inclinaison précédente ne se produit pas, de sorte que, au point de vue de la marche et de la station, le malade n'appuie plus sur son métatarsien; chez un de mes malades, il s'est produit une déviation du pied en valgus.

Après l'amputation du gros orteil seul, le malade n'appuie plus sur la tête de son métatarsien, et le résultat est analogue au précédent, au point de vue des fonctions du talon antérieur. Il en est de même après l'amputation du gros orteil avec son métatarsien et le premier cunéiforme; dans ce cas, j'ai eu un véritable valgus total.

De ces faits résulte la démonstration de l'utilité qu'il y a, quand cela est possible, à conserver la partie antérieure du premier métatarsien, et à préférer la résection de son extrémité postérieure à l'amputation totale.

Nous ne pouvons apprécier les faits énoncés par M. Ménard. Il est possible, toutefois, que ce chirurgien, qui opère principalement sur des enfants, ait exagéré la fréquence des déviations du pied après l'ablation totale du premier métatarsien. Aussi, ne sommes-nous pas surpris de voir M. Delorme, chirurgien militaire, n'opérant que sur des adultes, s'inscrire en faux contre les conclusions du chirurgien de Berck. D'après lui, si, dans les résections, on a soin de ne pas trop intéresser les parties molles et de respecter les insertions musculaires, on évite la moindre déviation du pied.

VI

PANARIS GRAVES

Les deux faits signalés par M. Huguet (de Saint-Cyr) sont intéressants au point de vue de la pratique usuelle. Il s'agit de deux cas graves de tourniole, dont l'un a déterminé la mort et dont l'autre a nécessité l'amputation.

Le premier est le fait d'un cavalier de vingt-deux ans, qui souffrait d'une tourniole consécutive à une piqûre. Le traitement classique fut employé; malgré cela, la température s'éleva à 40 degrés; l'état général s'altéra et le malade mourut de septicémie dix jours après sa piqûre.

Le deuxième fait est également instructif. A la suite d'une tourniole du médius, survinrent trois abcès de la racine du doigt et, peu après, la moitié antérieure du doigt devint noire et se gangréna. L'amputation fut pratiquée, et le malade guérit.

La conclusion à tirer de ces faits est banale à force d'être vraie. Dans les septicémies, la largeur de la porte d'entrée n'est qu'un facteur secondaire, l'élément essentiel est la qualité du produit introduit; or, il est probable que la piqûre de ces deux cavaliers fit pénétrer la septicémie gangreneuse sous les téguments inoculés. Dans le deuxième cas, la lésion resta locale; dans le premier, le poison s'était diffusé, et le malade mourut. La conclusion à en tirer, c'est qu'il faut toujours prendre garde à ces petites écorchures en apparence insignifiantes, surtout chez les gens que leur profession expose à des contacts malpropres.

VII

LE GENU VALGUM CHEZ L'ENFANT

M. Redard expose les diverses indications du traitement suivant l'âge, suivant la forme du *genu valgum*.

Se basant sur sa statistique et ses observations, il démontre l'efficacité des moyens simples, non chirurgicaux, dans un grand nombre de cas. Il fait voir les résultats satisfaisants obtenus chez les jeunes enfants par le redressement brusque au moyen d'un appareil spécial, et l'immobilisation consécutive sous le plâtre. Il insiste sur les abus des interventions sanglantes, sur la supériorité, pour les cas de difformités prononcées et chez des enfants d'un certain âge, de l'ostéoclasie instrumentale avec l'appareil de Robin sur l'ostéoclasie manuelle et l'ostéotomie.

En réalité, cette communication de M. Redard ne présente pas un intérêt très grand. Si nous l'avons citée, c'est moins pour reproduire les conclusions personnelles de l'auteur

que pour rappeler qu'elles sont celles acceptées par tout le monde.

L'ostéotomie n'a que de très rares indications chez l'enfant, c'est l'avis de tous les chirurgiens. Aussi M. Redard a-t-il tort « d'insister sur les abus des interventions sanglantes ». Tous les chirurgiens s'adressent aux moyens simples, lorsqu'ils sont appelés près d'un jeune enfant : appareils ou redressement forcé, et ils ne mettent en parallèle l'ostéoclasie instrumentale et l'ostéotomie que lorsqu'il s'agit des adultes. Là, il faut l'avouer, chaque chirurgien s'inspire surtout de ses tendances personnelles; les deux méthodes sont également bonnes. Mais, nous le répétons, pour l'enfant les méthodes non sanglantes ont toujours eu la préférence.

REVUE DE LA PRESSE

Variole et tuberculose. — M. Richardière résume ainsi dans l' « Union médicale » ses recherches sur ce sujet :

« La tuberculose pulmonaire aggrave considérablement le pronostic de la variole, sur quatre tuberculeux atteints de variole, trois ont succombé. Deux tuberculeux ont succombé à la transformation hémorragique de la variole pendant la période de suppuration. Le troisième est mort de variole confluente. Sur les quatre tuberculeux observés, les trois qui sont morts de la variole étaient atteints de lésions tuberculeuses à la deuxième période. Le quatrième, qui a survécu, avait une tuberculose avancée au troisième degré. La gravité du pronostic de la variole chez les tuberculeux ne paraît donc pas sous la dépendance immédiate de l'intensité des lésions pulmonaires. Il paraît plutôt en rapport avec l'abondance de l'éruption. Chez les tuberculeux qui ont survécu à la variole, il y a eu arrêt de la fièvre tuberculeuse pendant l'élévation de la variole. La courbe thermique a été, jusqu'a la convalescence, la courbe thermique d'une variole régulière, survenant chez un individu indemne de toute maladie antérieure. »

Cure radicale de la hernie épigastrique. — M. le docteur Joseph Riou résume ainsi ses recherches sur les indications et le manuel opératoire de la cure radicale de la hernie épigastrique :

« Toute hernie épigastrique est justiciable de la cure radicale.

Cette cure radicale n'est formellement contre-indiquée que chez les cachectiques.

On doit choisir comme procédé opératoire celui qui éloigne toute chance de récidive. Le procédé de M. Championnière nous paraît être à la fois le plus complet et le plus efficace.

Si l'on observe parfois une récidive apparente de hernie épigastrique traitée par la cure radicale, il faut l'attribuer soit à une faute commise pendant l'opération, soit à la formation d'une nouvelle hernie à côté de la précédente qui est restée guérie et, dans ce cas, il n'y a pas à proprement parler récidive. »

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La pratique de l'analyse des urines et de la bactériologie urinaire (1), par E. Delefosse.

Cet ouvrage en est à sa cinquième édition; inutile donc d'en faire l'éloge. L'auteur l'a mis au courant de la technique moderne. C'est un guide très pratique et très simple, destiné avant tout au médecin praticien.

(1) In-18. Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

La pratique de l'antisepsie dans les maladies des voies urinaires (1), par E. Delefosse.

L'auteur est déjà connu par l'ouvrage précédent, « la Pratique de l'analyse des urines et de la bactériologie urinaire ». Pour faire ce travail, qu'il publie aujourd'hui, il s'est aidé de ses expériences personnelles et des travaux du laboratoire de l'école de Necker.

Après avoir étudié la cause de la suppuration et de l'intoxication urinaires, l'auteur fait un exposé succinct des moyens à employer pour la rechercher.

Il étudie ensuite les différents procédés utilisés pour stériliser les instruments métalliques et surtout les instruments en gomme et en caoutchouc, spécialement employés dans la chirurgie urinaire.

Le dernier chapitre comprend l'asepsie et l'antisepsie dans chaque opération en particulier.

Étude sur les aortites (2), par M. Bureau.

Dans sa thèse, M. Bureau a exposé la doctrine de son maître M. Potain, qui attribue aux aortites une place importante en pathologie. On lira son travail avec intérêt et profit parce que cette conception des aortites diffère notablement de la conception classique, qui ne comprend guère que l'athérome de la crosse de l'aorte, ou, comme on l'appelle aussi volontiers, la maladie de Hogdson

Les aortites telles que les comprend M. Potain sont souvent méconnues; les symptômes qui en dérivent sont attribués à des maladies diverses : à la bronchite, à l'insuffisance aortique, à l'artériosclérose, à l'anémie, à la tuberculose latente, etc. Il y a d'autant plus d'intérêt à savoir reconnaître cette lésion que le régime et le traitement, surtout le traitement par l'iodure, peuvent assez souvent en amener la guérison. Il y a en tout cas, à bien des points de vue, un intérêt majeur à savoir en établir le diagnostic.

Les oreillons (3), par J. Comby.

La question des oreillons est loin d'être banale et nous sommes de l'avis de M. J. Comby, lorsqu'il écrit en tête de sa préface : « Les oreillons constituent une des maladies les plus curieuses de la pathologie humaine. » C'est une maladie contagieuse, souvent épidémique, qui sévit surtout sur les agglomérations de jeunes sujets, et présente des allures assez semblables à celles des fièvres éruptives. La localisation de la détermination morbide sur le système des glandes salivaires est bien singulière; les complications possibles, l'orchite, la mammite, l'ovarite, etc., ne le sont pas moins. N'est-il pas étrange qu'habituellement si bénigne, cette maladie prenne quelquefois des allures véritablement malignes?

Pour quiconque veut y réfléchir, l'histoire des oreillons prête ample matière à la méditation. On comprend donc qu'on ait donné place dans cette collection aux oreillons, et que M. Comby ait écrit cette monographie, fort intéressante, avec un évident intérêt. Beaucoup croient connaître les oreillons qui liront son travail avec fruit.

Le lait (4), par J. Rouvier.

Sous ce titre, M. le docteur J. Rouvier a écrit une monographie du lait, dans laquelle il a réuni tout ce qui peut intéresser les médecins. Son ouvrage est divisé en trois parties : dans la première, sont étudiés la composition physiologique et pathologique du lait, ses caractères physiques et chimiques, ses falsifications, les variations de composition que produisent les diverses

(1) In-18. Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.
(3) In-16. Bibl. Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.
(4) In-18, 350 pages, avec fig. Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

influences physiologiques ou pathologiques. Dans la seconde, il est question des modifications du lait au contact de l'atmosphère, des germes qui peuvent s'y déposer, des micro-organismes qui peuvent s'y développer, des fermentations utiles ou nuisibles du lait, des laits nuisibles et des accidents qu'ils produisent. La troisième partie a pour titre : Prophylaxie des accidents dus aux laits altérés ; elle comprend deux chapitres intitulés : Surveillance et organisation des vacheries et laiteries ; Conservation et stérilisation du lait.

Ce manuel du lait, à l'usage des médecins, renferme donc un grand nombre de renseignements de première utilité au point de vue de l'hygiène de l'allaitement, de l'alimentation des adultes et de la thérapeutique des maladies justiciables du régime lacté.

Évolution cellulaire et parasitisme dans l'épithélioma (1), par A. Borrel.

L'auteur ne nie ni l'existence des coccidies, ni leur rôle possible dans la pathogénie de l'épithélioma ; mais il ne considère pas encore la question comme résolue. Le présent travail a pour but de montrer que si certains corps, d'origine cellulaire, ont été décrits comme des parasites, l'origine cellulaire d'autres corpuscules est beaucoup moins certaine.

Le bacterium coli dans l'infection urinaire (2), par J. Renault.

Voici la conclusion principale de ce travail intéressant : Le bacterium pyogenes n'existe pas en tant que bactérie spéciale.

Les bacilles « non liquéfiants » urinaires font partie d'un même groupe du *bacterium coli* : ni l'aspect morphologique, ni les cultures sur les milieux usuels, ni les propriétés pathogènes ne permettent de les distinguer les uns des autres, non plus que du bacterium coli commune.

Le coli-bacille, rendu responsable déjà de tant de méfaits pathogéniques, serait donc aussi coupable de la suppuration ascendante des voies urinaires attribuée par MM. Clado et Albarran à un bacille pyogène particulier ; c'est le bacille à tout faire de l'économie.

Dermatologie. Pathologie générale cutanée (3), par L. Brocq et L. Jacquet.

Ce volume constitue la première partie du manuel de dermatologie que les auteurs doivent publier dans la collection des aide-mémoire ; il est dû à M. Brocq. C'est, sous une forme sommaire, la profession de foi du jeune et très distingué dermatologiste ; elle n'est pas banale. C'est un intéressant chapitre de pathologie et de thérapeutique générales. On y verra, avec intérêt, la façon dont les idées modernes de graine, de terrain, d'infection et d'intoxication ont modifié la conception d'ensemble qu'un bon esprit, exempt de toute chaîne scolastique, peut se faire de la dermatologie ; les idées émises par M. Brocq, aussi justes qu'ingénieuses, pourront paraître hardies à quelques-uns : ils en verront bien d'autres ! Nous croyons qu'il fera bon vivre d'ici dix ou quinze ans, à ceux qui s'intéressent à l'évolution de la pathologie cutanée.

Physiologie normale et pathologique du foie (4), par H. Roger.

C'est un résumé très clair des données acquises et des problèmes actuellement soulevés de la physiologie du foie. Cet exposé est fait par un auteur particulièrement compétent pour tout ce qui regarde le foie. Chemin faisant, sont signalées les applications nombreuses et variées de la physiologie à la pathologie. Or, on sait quel rôle considérable on a attribué dans ces derniers temps à cet organe dans la nutrition à l'état normal et pathologique, dans les intoxications, les infections et les diathèses. Les médecins, désireux de se mettre au courant de ces hautes questions de biologie, seront heureux de lire l'exposé si clair que M. Roger a fait à leur usage.

(1) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, G. Masson ; Montpellier, C. Coulet.
(2) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.
(3, 4) Petit in-8° (Encycl. scient. des aide-mémoire). Prix : broché, 2 fr. 50 ; relié, 3 francs. — Paris, Gauthier-Villars et G. Masson.

Manuel pratique de dentisterie opératoire (1), par L. Nux.

On trouve dans ce manuel un résumé de toutes les connaissances actuelles relatives à la dentisterie opératoire. L'auteur s'est longuement étendu sur la technique des extractions et sur le choix des instruments ; son ouvrage comprend :

1° Quelques notions sur l'anatomie des mâchoires et des dents ;

2° L'étude de la carie : ses causes, ses microbes, ses divers degrés, son traitement ;

3° Les extractions ;

4° Les accidents consécutifs aux extractions, et les précautions à prendre pour les éviter ;

5° L'hygiène de la bouche — bactériologie — formulaire de dentifrices, de poudres et de solutions antiseptiques.

Les médecins trouveront donc facilement dans ce manuel des indications précises sur l'hygiène et la thérapeutique dentaires, et des notions indispensables pour arriver, avec un peu d'habileté, à faire la plupart des extractions.

Beitrag zur Klinik der Aktinomykose (2), par Alberto Illich.

Étude d'ensemble intéressante sur l'actinomycose à laquelle s'ajoutent plusieurs faits personnels.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpital Necker (Clinique des voies urinaires : service de M. le professeur Guyon). — MM. les docteurs Legueu, Hallé et Chabrié commenceront le 5 juin, à cinq heures et demie, un cours complémentaire sur la clinique, la médecine opératoire, la bactériologie, l'histologie normale et pathologique et la chimie des voies urinaires.

Le nombre des élèves étant limité, on est prié de se faire inscrire d'avance à la clinique de Necker, pour l'un ou l'autre de ces cours.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort prématurée de M. le docteur Auguste Kœhler, chef de clinique à la Faculté de Nancy, décédé dans sa vingt-sixième année après quelques jours de maladie, succombant aux complications de l'épidémie grippale qui sévit assez fortement dans cette région.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveaux éléments de physiologie, par Paul Langlois, chef du laboratoire de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, et Henry de Varigny, docteur ès sciences. 1 vol. in-18 cartonné diamant de 945 pages, avec 153 figures dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

Annuaire de thérapeutique (5e année, 1892), précédé d'une introduction sur les progrès de la thérapeutique en 1892, par le docteur Dujardin-Beaumetz. 1 vol. in-18 cartonné, de 367 p. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

(1) In-12. Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.
(2) Wien, Verlag von J. Safar.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 51. — MARDI 2 MAI 1893. 66e ANNÉE. MARDI 2 MAI 1893. — N° 51.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 1er mai 1893.

On sait que le malheureux externe Lallemand, atteint de typhus exanthématique, a été transporté dans la salle commune et qu'il y est mort au bout de peu de temps. M. Bucquoy, qui était son chef de service, vient rappeler à la Société médicale des hôpitaux (28 avril) dans quelles conditions défectueuses s'est fait cet isolement. Il demande que l'Assistance prenne les mesures nécessaires pour assurer à ceux de ses élèves, qui seront atteints d'une maladie contagieuse, le traitement et l'isolement dans des conditions honorables.

Une lettre du directeur de l'Assistance, lue par M. Millard, assure que les élèves de l'Assistance atteints de maladies non contagieuses sont soignés gratuitement à la maison Dubois, et que ceux qui seront atteints de maladies contagieuses seront admis dans les chambres payantes de l'hôpital d'Aubervilliers. Deux chambres de l'Hôtel-Dieu annexe sont préparées pour recevoir, au besoin, ceux qui pourraient avoir le malheur de contracter le typhus exanthématique.

Il faut donner à l'Administration acte de cette déclaration et espérer que, dans l'avenir, les élèves de l'Assistance seront mieux traités qu'ils ne l'ont été autrefois. A l'hôpital Trousseau, les élèves qui avaient pris la diphtérie étaient soignés dans une chambre comprise dans le logement des internes. Ailleurs, à l'hôpital Broussais, par exemple, on a installé des élèves atteints de scarlatine dans la chambre d'un brancardier qu'on avait préalablement expulsé.

En réalité, jusqu'à l'heure actuelle, on n'avait nullement prévu la nécessité possible de loger des élèves atteints de maladies contagieuses, et c'était au dernier moment, tant bien que mal, qu'on improvisait une installation et un isolement quelconques. Il est d'autant plus nécessaire de combler cette lacune que la mise en action de la nouvelle loi, sur la déclaration des maladies contagieuses, menace de jeter sur le pavé tous les étudiants en médecine logés dans un hôtel — et ils sont nombreux — lorsqu'ils seront les victimes d'une maladie de cet ordre. Du reste, il sera nécessaire aussi de prévoir que beaucoup de personnes étrangères à la ville pourront se trouver dans le même cas, et il faudra installer à leur usage un nombre suffisant de *locaux d'isolement payants*. Il existe, du reste, dès maintenant, des chambres *ad hoc* à l'hôpital d'Aubervilliers.

M. Gérin-Roze signale, avec beaucoup de raison et une juste indignation, l'encombrement des hôpitaux. Il y a, actuellement, 1100 brancards dans les hôpitaux de Paris, c'est-à-dire que les salles renferment 1100 malades de plus que le nombre qu'elles en devraient recevoir. Des salles faites pour contenir vingt-deux lits comptent plus de quarante malades, comme une salle de l'hôpital Tenon que nous connaissons bien. Cela est préjudiciable à l'hygiène et au traitement. Un médecin ne peut pas bien connaître et soigner convenablement plus de soixante-dix à quatre-vingts malades. Le remède serait de placer tous les chroniques dans des hôpitaux extérieurs. Cela demanderait de l'argent, mais il y a là une question d'humanité tout à fait impérieuse, et, après tout, la meilleure économie est encore celle qui épargne la vie et la souffrance humaines.

Cette discussion a laissé peu de place à la partie scientifique de la séance. Cependant, M. Hanot a lu une intéressante observation de fièvre hystérique. Une jeune fille, soignée dans son service, a présenté cette forme continue de fièvre hystérique qui appelle le diagnostic erroné de fièvre typhoïde. Cependant certaines irrégularités de la marche de cette prétendue fièvre typhoïde, l'apparition, pour la première fois, de crises d'hystérie convulsive en pleine fièvre, amenèrent M. Hanot à admettre l'existence d'une fièvre hystérique. Depuis, du reste, les accidents névropathiques se sont accentués, et c'est de la sorte que les choses se passent habituellement. Momentanément on put penser à de la tuberculose aiguë, à cause des oscillations de la température et d'une poussée de râles sibilants, dus sans doute, eux aussi, à une congestion névropathique.

Nos lecteurs trouveront la question de la fièvre hystérique bien exposée dans une Revue générale de M. Boulay (*Gazette des hôpitaux*, 27 décembre 1890). Il y est fait allusion à des cas semblables à celui qui a provoqué la communication de M. Hanot.

LA CURE OPÉRATOIRE DES HERNIES

DEVANT LE CONGRÈS DE CHIRURGIE

On se souvient des longues discussions qui ont accueilli la cure des hernies par l'acte chirurgical. Les chirurgiens réfractaires ont cédé peu à peu, et aujourd'hui l'excision du sac herniaire est devenu une opération courante et sans danger. Aussi les indications qui, il y a quelques années encore, n'étaient acceptées qu'avec réserve, se sont-elles élargies et, sauf certaines contre-indications d'âge, d'état général, de volume de la hernie, il n'est presque plus de cas où la chirurgie refuse au malade le bénéfice de la cure dite radicale. Mais cette cure opératoire est-elle bien radicale? Aujourd'hui que les faits sont observés par centaines, on peut répondre par l'affirmative dans la plupart des cas. Oui, la cure chirurgicale des hernies est presque toujours une cure vraiment radicale. Dans certains cas, cependant, la hernie se reproduit.

Quels sont ces cas?

Ces cas sont de deux ordres. Ou bien ils tiennent à la nature et à la variété de la hernie. Ou bien ils sont imputables au chirurgien. Il est, en effet, certains opérateurs, soucieux d'extirper rapidement, qui « escamotent », en quelque sorte, l'opération. Vite les couches superficielles sont incisées, le sac découvert, disséqué et excisé, et de suite on procède à quelques sutures rapides. Une opération, faite ainsi, ne peut pas donner de résultats durables. La façon minutieuse dont il faut disséquer le sac, très haut, très loin dans le péritoine; le soin qu'il faut apporter à la reconstitution de la paroi du canal inguinal, à la réfection des piliers, font de la cure radicale des hernies une opération méthodique, délicate, souvent un peu longue, et dont aucun détail ne doit être négligé. Aussi tel chirurgien observera-t-il plus de récidives que tel autre. Toutefois il est certaines hernies sujettes à la récidive post-opératoire, quelle qu'ait été l'habileté de l'opérateur, ce sont les hernies volumineuses, passant par des anneaux larges, à travers des parois musculaires flasques et sans résistance. Pour ces hernies, il faut chercher certaines méthodes opératoires.

M. Zancarol (d'Alexandrie) pense que les dangers de la cure radicale de la hernie sont de beaucoup moindres que ceux que donnent les hernies laissées sans opération. Il croit qu'en faisant choix d'un bon procédé opératoire, on peut se mettre à l'abri de toute réapparition de la hernie pour laquelle on a fait une cure radicale. Pour sa part, sur 30 cas opérés, il n'a eu qu'une seule récidive, d'ailleurs insignifiante; son premier opéré date de sept ans et son dernier de quatre mois.

Dix de ses malades ont été opérés par le procédé de Lucas-Championnière. Parmi ces 10, est le cas qui a récidivé; 8 ont été opérés par un procédé anglais, modification du procédé Lucas-Championnière, qui consiste en ce que, après avoir ouvert le sac et décollé aussi haut que possible son collet, on le suture et on le réintroduit dans le péritoine. Alors on passe deux gros fils de soie, en forme de croix ou de X, qu'on transfixe en les faisant passer par le canal inguinal, en respectant, bien entendu, le cordon. On passe alors trois ou quatre autres fils profonds dans la direction perpendiculaire à l'incision, qu'on unit séparément. Après les avoir noués, on suture la peau par surjet, et alors seulement on noue les deux fils profonds qu'on a passés en croix au commencement.

Douze malades ont été opérés par le procédé de Bessi qui est le procédé anatomique par excellence, car il a l'avantage qu'on opère à ciel ouvert. Cette manière d'opérer la hernie consiste à ouvrir le canal inguinal sur toute sa longueur, pour le reconstituer plus solide de la façon suivante : la paroi inférieure est faite par la suture de la couche à trois plans, formée par les muscles petit oblique et transverse et le fascia transversalis de Cooper, suturée au bord postérieur du ligament de Poupart. Sur cette paroi est couché le cordon spermatique qui sort de l'ouverture abdominale supérieure. D'une paroi supérieure qui est faite par la suture de l'aponévrose du grand oblique et de l'ouverture externe et sous-cutanée qui est rétrécie par le tiraillement que la suture a fait subir aux piliers. Ainsi vous avez un canal étroit, laissant passage au cordon seulement. Le résultat a été excellent. Le dernier malade opéré était un enfant de trois ans, qui avait une hernie congénitale et un épispadias antérieur et postérieur, par conséquent avec ouverture de la vessie et incontinence d'urine. Bien que l'urine baignât continuellement la plaie, j'ai pu obtenir une cicatrice très solide et par première intention.

M. Thiriar (de Bruxelles) a imaginé un procédé nouveau. Une fois le sac réséqué et le moignon rentré dans le ventre, il interpose une lame d'os décalcifié entre le moignon et la paroi abdominale. La grandeur de cette lame est très variable, suivant les dimensions de l'orifice lui-même. On le fixe par du catgut.

Chez 20 malades, atteints de hernies volumineuses et opérées de la sorte, M. Thiriar a pu constater que, au bout d'un certain temps, la lame osseuse se résorbait et était remplacée par un tissu de cicatrice dur et résistant. Jamais cette plaque cicatricielle n'a cédé, et chez aucun des malades la récidive n'est survenue.

M. Schwartz n'a pas recours à un transplant osseux, mais à une sorte de myoplastie.

Voici d'ailleurs son procédé, tel qu'il le décrit :

Dans les cas de larges orifices et de très grosses hernies, il est absolument utile de consolider la région herniaire, on s'est servi dans ce but de peau, de tampon, de catgut, de plaques d'os oui ou non décalcifié, etc., etc.

Nous avons eu à proposer et à faire, il y a quatre mois, une opération pour une énorme hernie crurale, la plus volumineuse certes que nous ayons pu observer. Nous ne dirons de l'observation que quelques mots. Il s'agissait d'une hernie présentant le volume d'une tête de fœtus à terme, chez un charretier de cinquante-six ans, occupant toute la moitié de la cuisse, sortant par un anneau défoncé qui laissait passer largement deux travers de doigt, impossible à contenir quoique facilement réductible.

Voici le procédé que j'imaginai après avoir pratiqué l'opération, d'après ce cas qui est usuel. Pour fermer la large brèche crurale, je disséquai un lambeau emprunté au moyen adducteur, je le renversai de bas en haut sur l'anneau ouvert et la suturai à la soie à tout son pourtour; la fosse laissée vide fut comblée autant que possible par les tissus cellulo-graisseux et fibreux. L'opération date de quatre mois et notre opéré, quoique n'ayant pas porté le bandage de soutien que je lui avais prescrit, présente au niveau de l'anneau une paroi souple et résistante qui n'a pas bougé depuis le jour de sa sortie. Cette résistance contraste avec la faiblesse de sa paroi immédiatement et dehors au niveau de la gaine des vaisseaux fémoraux.

Ce procédé a été adapté par nous à la cure de la hernie inguinale. Celle-ci pratiquée comme d'ordinaire, après avoir fendu, suivant les besoins, le trajet ou l'anneau herniaire, nous ouvrons le long de son bord externe la gaine du grand droit antérieur de l'abdomen, nous détachons de ce muscle un large lambeau à

pédicule inférieur, comprenant la moitié ou le tiers de son épaisseur et nous le rabattons en dehors en le faisant passer derrière le pilier interne de l'anneau. Il est suturé sur le trajet ou l'orifice, laissant passer le cordon au-dessous de son bord inférieur, les piliers sont réunis à la soie et unis au muscle inséré sous eux; on referme la gaine du droit, puis l'opération se termine comme habituellement.

La plus ancienne de nos opérations ne date que de deux mois, il nous est impossible de vous donner des résultats ayant quelque valeur définitive.

L'avenir nous apprendra ce qu'il faut penser de ces autoplasties osseuses ou musculaires. La tentative est rationnelle et mérite d'être encouragée.

Chirurgie du rachis.

Bien que l'observation communiquée par M. Villar ne nous montre pas son intervention couronnée par un succès complet, nous pensons qu'il y a grand intérêt à faire connaître ces tentatives légitimes et hardies de la chirurgie moderne :

Observation. — X..., Jean, âgé de vingt-trois ans, cultivateur, entre le 13 septembre 1892, à l'hôpital Saint-André (de Bordeaux), dans le service de M. le professeur Demons, que j'avais l'honneur de suppléer.

La veille, à trois heures de l'après-midi, le malade se trouvant assis dans un cuvier, en train de manger, la tête penchée en avant, reçoit sur le dos la presse d'un pressoir dont le poids est évalué à 700 kilos. Le blessé éprouve, cela va sans dire, une douleur extrêmement violente; deux hommes parviennent à le retirer après avoir soulevé la presse.

Le malade ne peut se lever ni même remuer ses jambes.

Transporté chez lui, il reçoit les soins du médecin de sa localité, qui applique huit sangsues sur la région traumatisée. Nuit très mauvaise. Le malade reste constamment couché sur le côté droit.

Le lendemain, il entre à l'hôpital Saint-André; les douleurs persistent aussi violentes.

Je vois le blessé pour la première fois le 14 septembre, à la visite du matin. Toujours couché sur le côté droit, il se plaint de douleurs atroces ayant leur siège dans la région dorso-lombaire; ces douleurs, qui sont continues, s'accompagnent de temps à à autre de crises très violentes. Il sent aussi dans les membres inférieurs des fourmillements qui ont paru dès le jour même de l'accident.

L'examen de la colonne vertébrale me permet de constater tout d'abord, à la simple inspection, des ecchymoses et quelques éraillures des téguments; il me montre, en outre, l'existence, sur les confins des régions dorsale et lombaire, d'une dépression à laquelle fait suite une saillie très appréciable.

Par la palpation, je me rends mieux compte de l'existence de cette dépression et de cette saillie; la pression détermine une douleur très vive, à foyer maximum entre la onzième vertèbre dorsale et la première lombaire. Il semble que la lésion siège sur la douzième vertèbre dorsale. Les deux membres inférieurs sont complètement paralysés; le malade ne peut leur faire exécuter le moindre mouvement. L'anesthésie s'étend des deux côtés, depuis le pied jusqu'au creux poplité.

Les réflexes rotuliens sont conservés; pas de réflexe plantaire ni testiculaire.

Il n'y a eu ni fièvre, ni érection.

La rétention d'urine est complète; le malade est resté vingt-quatre heures sans uriner, depuis le jour de l'accident jusqu'au moment où il a été transporté à l'hôpital; il a alors été sondé par l'interne du service. Cette rétention persiste au moment de l'examen.

Il y a aussi de la constipation, car le malade n'est pas allé à la selle depuis deux jours.

Je prescris une potion calmante et je recommande d'appliquer sur la région dorso-lombaire une épaisse couche d'ouate maintenue par un bandage de corps.

On doit sonder le malade plusieurs fois dans la journée et dans la nuit.

Le 15 septembre : même état. La rétention d'urine et la constipation persistent; les douleurs sont toujours très violentes.

Le 16 septembre, je pratique la trépanation du rachis. Après avoir fait endormir le malade et m'étant entouré de toutes les précautions antiseptiques connues, je trace au bistouri une incision verticale de 14 centimètres environ, parallèle à la crête épineuse, mais située un peu à droite de cette crête (incision para-épineuse). Cette incision s'étend de la partie inférieure de la dixième vertèbre dorsale à la partie correspondante de la première vertèbre lombaire. Je pratique une deuxième incision perpendiculaire à la première, abordant celle-ci un peu au-dessous de sa partie moyenne et dirigée à gauche. J'obtiens ainsi une incision en ⫤ avec deux lambeaux triangulaires qui me donnent un jour très suffisant.

Je reconnais aussitôt le foyer de la fracture; mais, pour agir plus librement, je détache les masses musculaires de leur gouttière vertébrale; ceci fait, et après avoir épongé le champ opératoire, je constate que le canal rachidien est ouvert en arrière; la moelle se présente à nous par sa partie postérieure, mais dans une petite étendue.

J'ai voulu me rendre compte du mécanisme de la fracture et de la disposition des fragments. Je n'ai pu avoir des notions précises sur ces points. En effet, j'avais sous les yeux la moelle limitée sur les côtés par une portion des lames, par des tronçons de lames, mais il m'a été impossible de trouver l'autre fragment des lames et l'apophyse épineuse; je dois donc supposer qu'il y a eu un véritable écrasement accompagné de torsion.

Quoi qu'il en soit, il fallait s'assurer que la moelle était en bon état et qu'il ne restait plus aucun agent capable de déterminer de la compression; or, en examinant avec le doigt le foyer de la fracture et la moelle, je reconnus que celle-ci était serrée, comprimée au-dessus et au-dessous de la portion que j'avais sous les yeux; m'aidant des cisailles, du ciseau et du maillet, je fis sauter les parties restantes des lames de la vertèbre fracturée, et m'étant ainsi donné un plus large accès dans le canal rachidien, j'attaquai les portions osseuses supérieures et inférieures qui déterminaient la compression; je ne m'arrêtai qu'après m'être assuré que la moelle était bien libérée.

Ces différents temps ne furent pas pratiqués sans déterminer un certain écoulement sanguin; on sait, en effet, que la trépanation du rachis s'accompagne, en général, d'une hémorragie assez abondante, quelquefois même considérable. Dans le cas particulier, cependant, cette hémorragie ne fut pas très appréciable.

Pour terminer l'opération, je suturai au crin de Florence toute l'incision verticale et une partie de l'incision transversale; par la partie non suturée de cette incision sortait une mèche de gaze iodoformée qui bourrait le fond du champ opératoire.

Pansement avec poudre d'iodoforme et gaze iodoformée; énorme couche d'ouate et bandage de corps.

Le malade est transporté dans son lit et couché sur le ventre; la journée est bonne; le malade souffre peu. Pas de fièvre. Cathétérisme.

Le 17 septembre. Le malade souffre à peine.

Le 18 septembre. Les douleurs, qui étaient si violentes avant l'opération, ont disparu, mais les fourmillements des jambes persistent. Cathétérisme.

Le 19 septembre. Le malade est en très bon état. Il n'est pas allé à la selle depuis le jour de l'accident. Je prescris une purgation qui donne un résultat très satisfaisant. Depuis, le malade va spontanément à la selle tous les jours.

Le 20 septembre. Un peu de motilité dans le membre inférieur

droit; le malade commence à remuer son membre; la sensibilité est toujours dans le même état.

Premier pansement; la plaie est en très bonne voie.

Rien de particulier à signaler les deux jours suivants.

Le 23 septembre. Le malade urine spontanément.

Le 25 septembre. Deuxième pansement. Je retire les fils.

Trois semaines après l'opération la plaie était complètement cicatrisée. Le malade mangeait et dormait bien; il pouvait s'asseoir dans son lit sans la moindre fatigue et avait même engraissé.

L'anesthésie a diminué d'étendue; mais à peine.

Le membre inférieur droit est devenu chaque jour plus puissant.

Vers la fin du mois d'octobre, on a pu voir apparaître un certain degré de mobilité du membre inférieur gauche.

Au mois de décembre, les pieds ont commencé à s'étendre sur la jambe en équinisme, en même temps que les orteils se fléchissaient légèrement.

Enfin, ajoutons que, peu de temps après l'opération, le malade a eu une érection normale et qu'il en a eu depuis de temps en temps. Pas de pollutions nocturnes.

L'examen électrique des muscles a été pratiqué le 24 février, par M. le professeur Bergonié, à sa clinique électro-thérapique de l'hôpital Saint-André.

M. Bergonié a bien voulu nous communiquer les détails suivants : La plaque indifférente de 300 centimètres carrés de surface est appliquée au niveau de la nuque, le malade étant étendu et reposant sur elle.

Courants faradiques : Bobine à gros fils. Excitabilité abolie pour tous les muscles des deux membres inférieurs, excepté pour les triceps sural et crural droits.

Courants galvaniques : Excitabilité abolie pour tous les muscles précédents : triceps crural et sural droits, sans réaction de dégénérescence (Ka SZ > An SZ).

Intensité : $i = 12$ millimètres.

Excitabilité galvanique abolie aussi bien au pôle + qu'au pôle — que pour tous les autres muscles.

Voici quel est l'état du malade relevé au mois de mars 1893 :

1° *Motilité.* — Le malade lève le membre inférieur droit, fléchit même la jambe sur la cuisse, la croise sur celle du côté opposé; mais ne peut ni fléchir la cuisse sur le bassin, ni porter le membre dans l'abduction.

En outre, ce membre inférieur droit a acquis de la force; si on le presse de bas en haut en repoussant la plante du pied avec la main droite, on sent que le membre résiste d'une façon énergique.

Le membre inférieur gauche ne peut être détaché du lit; cependant le malade y détermine quelques mouvements.

2° *Sensibilité.* — Elle est normale dans tout le membre inférieur, sauf dans les pieds et sur les faces postéro-externes des deux jambes; les cuisses, les faces internes des jambes, les cous-de-pied sont sensibles.

On constate de l'anesthésie sur le scrotum et la verge, jusqu'à un point situé à deux centimètres de l'orifice externe du canal inguinal.

Pas de réflexe plantaire; les réflexes rotuliens manquent aussi.

Il n'y a pas d'atrophie apparente; les pieds sont un peu étendus sur les jambes et les orteils tendent à se fléchir sur le pied.

Au-dessus du pli fessier existe une petite eschare.

Sur la région opératoire, on constate une légère dépression, puis une saillie formée par la vertèbre sous-jacente. La cicatrice n'est pas douloureuse.

Le malade urine sans le secours d'une sonde et ses urines sont claires.

Il va à la selle tous les jours, dit qu'il sent très nettement le besoin d'aller, mais ne peut ni retenir ni forcer pour aider au besoin; les matières tombent pour ainsi dire pressées seulement par la contraction intestinale.

Le toucher rectal permet de constater que le sphincter est solide; le malade sent d'ailleurs le doigt qui pénètre.

Enfin, l'état général est excellent; le malade mange et dort bien; il n'éprouve aucune douleur.

THÉRAPEUTIQUE

Effets physiologiques et thérapeutiques d'un liquide extrait de la glande sexuelle mâle.

Par MM. Brown-Séquard et d'Arsonval.

(Note lue à l'Académie des sciences, dans la séance du 24 avril 1893.)

Nous avons l'honneur de communiquer, à l'Académie, l'exposé des principaux résultats obtenus par plus de douze cents médecins auxquels nous avons fourni du liquide orchitique (1). Les effets physiologiques et thérapeutiques si remarquables qui ont été obtenus à l'aide d'injections sous-cutanées de ce liquide, de 1889 à 1892, et que l'un de nous a fait connaître à l'Académie l'an dernier (2), méritaient, pensions-nous, d'être soumis à des vérifications multipliées. Nous avons, en conséquence, fait appel à une sorte de suffrage universel intelligent, et nous avons annoncé que nous étions prêts à donner du liquide à tous les médecins de France ou de l'Étranger qui nous en feraient la demande, à la condition qu'ils nous adresseraient en même temps l'histoire clinique des malades sur lesquels ils désiraient essayer ce mode de traitement, et en nous promettant aussi de nous fournir les détails relatifs aux effets du liquide, au fur et à mesure de son emploi.

Nous devons dire que les résultats ont dépassé de beaucoup les espérances que les faits connus, il y a un an, nous donnaient le droit d'avoir. Non seulement les maladies qui avaient été signalées comme cédant souvent à l'influence physiologique exercée par le liquide y ont cédé plus fréquemment et plus rapidement qu'avant le mois de mai dernier, mais nombre d'autres maladies, que nous ne pouvions guère supposer capables de s'améliorer ou de disparaître sous cette influence, ont été aussi l'objet des plus favorables changements.

Les maladies qui ont été traitées avec succès par le liquide orchitique ne l'auraient peut-être jamais été sans la foi des malades qui, ayant appris les résultats obtenus par cet agent physiologiquement thérapeutique, ont insisté énergiquement auprès de médecins incrédules pour qu'on leur fît des injections de ce liquide. Nous mentionnons ce fait pour montrer que les médecins auxquels nous avons eu affaire ont été des témoins de faits qu'ils ne tenaient guère à constater et que leurs assertions à l'égard des améliorations produites sont plutôt au-dessous qu'au-dessus de la vérité.

Voici maintenant la liste des faits, en commençant par les maladies qui ont été le plus fréquemment traitées.

L'affection qui nous fournit à la fois et le plus de cas et la plus grande proportion de guérisons est l'ataxie locomotrice, qui dépend, comme on le sait, d'une sclérose de certaines parties des cordons postérieurs de la moelle épinière. Nous proposant d'en parler spécialement dans une communication subséquente, nous nous bornerons à dire aujourd'hui qu'en ne prenant, sur les 405 cas qui nous ont été fournis, que les 342 qui ne peuvent laisser aucun doute, quant au diagnostic, nous trouvons que, plus de 314 ont été considérablement améliorés ou complètement guéris, ce qui donne une proportion de 91 à 92 p. 100. Même la maladie de Friedreich, ataxie locomotrice héréditaire, s'améliore considérablement, comme le montrent les deux seuls cas traités jusqu'ici.

Les autres cas de sclérose de la moelle épinière : sclérose en plaques, sclérose des cordons latéraux ou des antérieurs, sclérose diffuse de la moelle, sur les 117 cas, dont le diagnostic est cer-

(1) Du mot grec ὄρχις, mot latin orchis, qui veut dire testicule, glande sexuelle mâle, dont est retiré le liquide dont nous avons fait usage.

(2) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 645 et 672.

tain, ont donné aussi une proportion de 8 à 9 pour 10 de guérison ou d'amélioration notable.

Le nombre de cas de tuberculose pulmonaire n'a pas dépassé 67, dans les quatre cinquièmes desquels, ainsi que nous le montrerons ailleurs, des améliorations considérables ont été obtenues comme dans les faits observés par MM. Cornil, Dumontpallier, Variot, Lemoine et Hénocque. Les sueurs nocturnes, la toux, la faiblesse, les troubles digestifs, l'insomnie, la fièvre ont cessé. Ces résultats montrent combien il serait important que des recherches sérieuses, et sur une grande échelle, fussent faites à cet égard.

Dans une communication faite à l'Académie par l'un de nous (1), il a montré combien peut être heureuse l'influence du liquide orchitique sur les cancéreux. L'espoir que la connaissance de ce fait a créé chez un nombre très considérable de malades a conduit près de cent médecins à faire l'essai de ce mode de traitement. Dans une séance subséquente, nous montrerons que, sur 103 malades atteints de cancer superficiel et dont le diagnostic ne pouvait, conséquemment, donner lieu à aucun doute, les améliorations suivantes ont été presque toujours observées : disparition de la teinte jaune-paille et de l'état cachectique, augmentation des forces, cessation des douleurs, des ulcères et des hémorragies chez les malades qui en avaient, c'est-à-dire un retour à l'état normal, dans la plupart des cas, à part l'existence des tumeurs qui persistent, mais n'étant plus que ce que serait un simple corps étranger chez un individu sain. Nous ne croyons pas avoir besoin de dire que, quelquefois, malgré presque toutes ces améliorations, des malades qui allaient mourir ou qui avaient des lésions organiques devant inévitablement causer la mort, sont morts, mais après une lutte plus prolongée qu'on ne l'avait cru.

Parmi les affections organiques fréquentes qui ont encore donné des preuves de l'influence heureuse du liquide orchitique, nous indiquerons les maladies diverses du cœur, du cerveau, du rein et la myélite.

Une maladie presque incurable et dont le siège organique n'est certes pas établi, la paralysie agitante, a fourni des résultats vraiment étonnants. Sur 27 cas, 25 ont été considérablement améliorés et, l'amélioration continuant, il est probable que quelques-uns au moins de ces malades seront bientôt guéris. Jusqu'ici, cependant, un seul cas de guérison parfaite a été obtenu : il s'agit d'un avocat traité à Toulon par le docteur Manoel. Cette terrible maladie, qui faisait le désespoir des médecins et de leurs clients qui en étaient atteints, devient donc une affection guérissable ou tout au moins susceptible d'être arrêtée et de recevoir une grande amélioration.

Les diverses formes de diabète sucré ou de simple polyurie rentrant dans le groupe des affections que M. Bouchard a justement considérées comme liées à un trouble de nutrition reçoivent, comme les anémies et les asthénies, l'influence la plus heureuse des injections de liquide orchitique, même le diabète maigre, celui qui est lié à une affection ou à la destruction du pancréas, s'améliore aussi sous l'influence de ce liquide, employé seul ou avec de l'extrait liquide de pancréas.

L'artério-sclérose, la sclérose du cœur, les albuminuries liées ou non à la sclérose du rein, les contractures et les paralysies de causes organiques diverses (maladies du cerveau, du bulbe, de la moelle, des nerfs), les paralysies réflexes, les névrites, les maladies des poumons autres que la tuberculose, y compris même la gangrène (ce que montrent deux cas), la maladie d'Addison, le goître exophtalmique, les maladies organiques du foie, de l'estomac, de l'intestin, de l'utérus (y compris les tumeurs fibreuses de cet organe), les atrophies et nombre d'autres états morbides organiques se sont améliorés, le plus souvent d'une manière inespérée. Il en est de même de la névrite optique, liée ou non à l'ataxie locomotrice, ainsi que le savent maintenant les oculistes de Paris et de Londres.

(1) Voir *C. R. de l'Acad. des sc.*, 1892, p. 375.

Nous n'avons peut-être pas besoin de dire que, dans un très grand nombre de cas, la débilité due à l'âge ou à des maladies diverses, et spécialement à l'influenza, s'est très notablement améliorée ou a même disparu complètement sous l'influence des injections de liquide orchitique.

L'hystérie, la chorée, les névralgies, la migraine, certaines formes de rhumatisme, la goutte, les fièvres paludéennes ont aussi bénéficié de ces injections. D'autres affections encore sont dans le même cas : je ne nommerai que l'agoraphobie et la paralysie pseudo-hypertrophique.

A notre grande surprise, une affection à la mode (et qui, si elle n'existe pas aussi souvent qu'on le croit, est néanmoins très fréquente), la neurasthénie, dont plus de quatre-vingts cas ont été traités par notre procédé, n'a pas donné, à beaucoup près, autant de cas de guérison ou d'amélioration notable que des cas d'affection organique tels que les diverses scléroses de la moelle. En effet, la proportion des cas décidément heureux de traitement de la neurasthénie, n'a été que de 50 à 60 p. 100.

Ainsi que le montrent les faits mentionnés dans ce travail, il n'est guère de maladie dont les effets n'aient été combattus avec un succès plus ou moins grand à l'aide des injections dont nous nous occupons. Ainsi que nous l'avons déjà dit, c'est à l'action tonifiante énergique que produit le liquide orchitique sur les centres nerveux qu'est surtout due l'influence de ce liquide.

Ceux qui savent que le système nerveux peut produire les altérations les plus variées dans l'état dynamique et dans l'état organique des différents tissus comprendront aisément que la puissance des centres nerveux, étant augmentée, devienne capable de faire l'inverse et de ramener graduellement et même rapidement à son type normal l'état dynamique des divers tissus. Quant à l'état organique de ces tissus, nous avons de très nombreuses preuves des modifications heureuses qu'il peut présenter. Ainsi, par exemple, les tumeurs fibreuses de l'utérus, les ulcères de la lèpre ou du cancer peuvent disparaître sous l'influence du liquide orchitique agissant sur les centres nerveux, après absorption. Il n'y a pourtant guère lieu de croire à la possibilité d'une action locale directe du liquide orchitique qui, étant délayé dans la masse du sang, ne peut passer qu'en quantité excessivement minime dans les vaisseaux des parties lésées et surtout dans les tissus ulcérés. Mais l'idée d'une action locale directe est contredite par une expérience que nous avons souvent faite : nous avons lavé, huit ou dix fois par jour, des plaies faites sur des cobayes, avec du liquide orchitique extrêmement dilué et nous n'avons pas vu la cicatrisation s'y faire plus rapidement que sur des plaies, absolument semblables, qui n'avaient pas été soumises à l'action du liquide.

Nous avons essayé de démontrer ailleurs que le liquide orchitique donne à l'organisme autre chose que l'influence tonifiante qu'il exerce sur la moelle. Nous nous bornerons à dire ici que nous croyons avoir bien établi ailleurs que ce liquide fournit au sang des éléments formateurs de nouvelles cellules. L'action rénovatrice de ce liquide, dans les cas d'affection organique, ne semble être due à la fois à l'entrée de ces éléments dans le sang et à l'augmentation d'énergie des puissances des centres nerveux. Des faits expérimentaux, qu'il nous faut étudier encore, viennent tout à fait à l'appui des arguments qui conduisent à admettre les deux modes distincts d'action du liquide orchitique, à savoir l'introduction dans le sang d'éléments organiques rénovateurs et une influence tonifiante spéciale.

Nous croyons que ceux-là perdraient leur temps qui chercheraient à trouver dans le liquide orchitique un ou plusieurs principes chimiques capables de produire les deux actions que nous venons de désigner. Il en serait de cette recherche comme de celle que l'on pourrait tenter aussi de faire en essayant de découvrir dans le spermatozoïde ou dans l'ovule le principe chimique qui doit former le foie ou celui qui doit former le cerveau, la rate, le rein ou un organe quelconque.

Conclusions. — 1° Bien que le liquide orchitique ne possède aucune influence curative directe sur les divers états morbides

de l'organisme, il peut, après injection sous la peau, guérir ou améliorer considérablement les affections, organiques ou non, les plus variées, ou tout au moins en faire disparaître les effets.

2° Ces actions du liquide orchitique sont dues à deux espèces d'influences : par l'une, le système nerveux, gagnant en force, devient capable d'améliorer l'état dynamique ou organique des parties malades ; par l'autre, qui dépend de l'entrée dans le sang de matériaux nouveaux, ce liquide contribue à la guérison d'états morbides par la formation de nouvelles cellules ou d'autres éléments anatomiques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 avril 1893. — Présidence de M. Perier.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES LUXATIONS ANCIENNES DU COUDE

M. SCHWARTZ, à propos du rapport lu dans la dernière séance par M. Tillaux, rapporte les deux faits suivants :

Dans le premier cas, il s'agit d'un enfant atteint d'une luxation complète en arrière, datant de deux mois. Après avoir en vain tenté la réduction, M. Schwartz fait l'incision médiane postérieure et constate que l'obstacle à la réduction était principalement dû à la présence d'adhérences fibreuses développées entre l'olécrane et l'humérus. Celles-ci rompues, il a encore fallu faire la résection de la tête du radius et d'une portion de la trochlée pour obtenir la réduction, qui a été maintenue à l'aide de la suture osseuse.

Les résultats immédiats ont été assez satisfaisants et, après quatre mois, la flexion et l'extension existaient dans une notable étendue; mais, dans la suite, on a négligé de forcer ces mouvements et, actuellement, il sont peu prononcés.

Dans le second cas, il s'agissait d'un jeune homme atteint d'une luxation datant de trois mois. L'irréductibilité était due à des insertions fibreuses dépendant du brachial antérieur. M. Schwartz dut sectionner l'olécrane, l'apophyse coronoïde et une partie de la tête du radius; l'opération a été suivie du retour des mouvements de flexion et d'extension.

Dans ces deux cas, M. Schwartz a tout d'abord tenté la réduction avant d'intervenir; c'est ce qui doit toujours être fait. Chez ces deux malades, une hémi-résection, portant sur les os de l'avant-bras, lui a semblé l'opération la mieux indiquée.

M. KIRMISSON rappelle avoir présenté, en 1891, un enfant chez lequel il avait fait une résection deux ans auparavant; celle-ci avait porté sur l'extrémité inférieure de l'humérus seulement. La guérison a été parfaite, avec retour complet des mouvements.

Ces jours derniers, il a vu un autre enfant, également atteint de luxation ancienne du coude, qu'il a traitée de la même façon, et il espère que le résultat sera aussi bon que dans le premier cas.

M. Kirmisson estime que dans ces opérations économiques on a ordinairement de beaux succès; aussi lui paraît-il inutile de faire de plus larges résections. Il n'a recours à ces dernières que lorsqu'il se trouve en présence d'ankyloses consécutives à une arthrite ou à uue tumeur blanche. Une fois, il a dérogé à cette règle en ne réséquant que partiellement le coude; la suite, en faisant reparaître l'ankylose, a montré qu'on avait eu tort d'agir économiquement.

M. BERGER croit que M. Lejars a eu affaire à un cas particulier d'ankylose, qui se voit rarement à la suite des luxations. Ce que l'on constate ordinairement, ce sont des raideurs plus ou moins accentuées qui s'opposent aux mouvements, mais non pas de véritables ankyloses. Quand celles-ci existent, c'est que la luxation s'est compliquée d'une fracture. M. Berger a vu un cas chez un jeune garçon pour lequel il n'avait songé qu'à une ancienne luxation. Or, lorsque l'articulation a été ouverte, il a constaté qu'il y avait eu une fracture du condyle huméral; son intervention a consisté à pratiquer une résection totale et a été suivie de succès.

M. CHAMPIONNIÈRE croit que, dans ces cas, il ne faut pas être économe; le mieux, pour éviter toute ankylose, est de faire une large intervention.

M. TILLAUX ne peut partager cette opinion et, suivant lui, toutes les fois que, par les moyens non sanglants, on n'est pas parvenu à obtenir la réduction, il y a lieu de réséquer, mais de réséquer seulement ce qui est nécessaire pour atteindre la réduction. Celle-ci effectuée, il ne voit pas de raisons pour qu'une ankylose se produise. Quant à nier la possibilité de cette dernière à la suite d'une luxation non réduite, comme l'a fait M. Berger, il ne peut l'accepter, car il en en a vu des cas incontestables.

DISCUSSION SUR LES TUMEURS DE LA CAVITÉ NASO-PHARYNGIENNE

M. QUÉNU fait, sur ce sujet, une communication dont voici les conclusions :

1° Les opérations préliminaires, ligature ou trachéotomie, sont inutiles dans la résection du maxillaire supérieur ou dans l'hémisection du maxillaire inférieur ;

2° La ligature des deux carotides externes semble une opération rationnelle avant l'ablation de certains polypes naso-pharyngiens, dont on a reconnu la vascularité; cela au point de vue de l'hémostase ;

3° La trachéotomie préventive paraît indiquée dans certains cas de tumeurs naso-pharyngiennes ou de certaines tumeurs du voile du palais s'accompagnant de troubles respiratoires pendant le sommeil ;

4° La trachéotomie préventive est très recommandable associée à la ligature de la carotide externe dans les opérations pour cancers étendus de la langue et du plancher de la bouche, non afin de sauvegarder la respiration pendant l'acte opératoire, mais pour isoler les voies pulmonaires d'un foyer de contamination.

PRÉSENTATIONS

Polypes naso-pharyngiens. — M. VERNEUIL présente les deux malades dont il a parlé dans une séance précédente, à l'occasion de la discussion sur le traitement des polypes naso-pharyngiens.

Fracture du coude. — M. TUFFIER présente un jeune homme chez lequel il a traité une fracture comminutive du coude par l'enchevillement.

Rhinoplastie. — M. CHAPUT présente une malade à laquelle il a fait cette opération.

Kyste sanguin du grand épiploon. — M. SEGOND montre un kyste sanguin qui siégeait dans l'épaisseur du grand épiploon.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 26 avril 1893, les médailles d'honneur ci-après ont été décernées pour récompenser des actes de dévouement accomplis à l'occasion d'épidémies qui ont atteint l'armée :

Médaille d'argent. — Mme Thérèse Debrieux, en religion sœur Thérèse, de l'ordre de Saint-Vincent-de-Paul, attachée aux salles militaires de l'hospice mixte de Melun.

Médailles de bronze. — MM. Lucius, soldat de deuxième classe au 31e d'infanterie; Desfoux, soldat à la 10e section d'infirmiers militaires; Vernet, soldat de première classe au détachement de la 20e section d'infirmiers militaires, employé à l'hôpital militaire de Sidi-bel-Abbès; Gellé, caporal de visite à la 21e section d'infirmiers militaires, détaché à l'hôpital militaire de Gabès; Masson, cavalier de deuxième classe au 2e régiment de hussards, infirmier

au service de l'infirmerie régimentaire; Vincent, soldat de deuxième classe au détachement de la 6e section d'infirmiers militaires; Le Yoncour, soldat à la 10e section d'infirmiers militaires.

— Par décision ministérielle, en date du 27 avril 1893, M. Belhomme, médecin-major de deuxième classe, est affecté au 23e dragons; M. Giraud, médecin aide-major de deuxième classe, est affecté à l'hôpital militaire du camp de Châlons.

— *Hôpital Cochin.*— M. le docteur Dujardin-Beaumetz consacrera ses leçons de clinique thérapeutique du mercredi (dix heures), à l'étude de l'hygiène alimentaire.

Les lundis, M. Dubief traitera du typhus exanthématique. Les vendredis, conférences de séméiologie par les internes du service.

Vals Précieuse — *Foie. Calculs. Gravelle. Diabète. Goutte.*
Constipation — *Poudre laxative de Vichy.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 52. — JEUDI 4 MAI 1893. 66e ANNÉE. JEUDI 4 MAI 1893. — N° 52.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : **20 c.** — Avec Supplément : **30 c.**

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Voilà une nouvelle discussion engagée, entre les physiologistes et les chirurgiens, sur les résultats de la suture nerveuse. Il était aisé de prévoir que M. Laborde ne laisserait pas sans réponse les attaques dirigées par M. Le Fort contre la physiologie expérimentale. M. Le Fort, en effet, ne veut tenir aucun compte des déductions tirées des faits expérimentaux; il ne veut s'en rapporter qu'à ce que lui montre la clinique. M. Laborde, au contraire, tout en prenant pour base de ses raisonnements et de son argumentation les faits tirés de l'expérimentation, les rapproche des faits cliniques, compare ces faits entre eux et s'applique à leur trouver une explication commune. Il est bien difficile, dans ces conditions, que M. Le Fort et M. Laborde puissent jamais s'entendre, puisque le premier repousse d'avance les arguments sur lesquels s'appuie le second. Quoi qu'il en soit, il est un point sur lequel l'entente existe entre la physiologie et la chirurgie, c'est celui de l'utilité incontestable de la suture d'un nerf divisé. Cet accord a bien son importance aux yeux des praticiens.

M. Bucquoy, à propos du typhus exanthématique, a rapporté un fait dont il a été témoin alors qu'il était élève à l'École de médecine d'Amiens. Ce fait est fort intéressant au point de vue de la contagiosité du typhus et plaide en faveur d'un isolement rigoureux.

Enfin, M. Hervieux a lu un travail dans lequel il développe une théorie fort ingénieuse de l'immunité vaccinale. On trouvera plus loin les conclusions de ce travail.

LES MALADIES DE L'ESTOMAC

DEVANT LE CONGRÈS DE CHIRURGIE

Ce sont surtout les procédés opératoires, plutôt que les indications thérapeutiques, qui ont préoccupé les deux orateurs qui ont pris la parole au Congrès sur la chirurgie de l'estomac.

M. Roux (de Lausanne) est un opérateur habile, qui n'en est plus à faire ses preuves. Il est venu nous rendre compte des résultats qu'il a obtenus, des bons comme des mauvais, plus heureux « de faire profiter autrui de ses expériences malheureuses que de relater les succès qu'il a obtenus ».

M. Roux ne partage pas l'enthousiasme de certains néophytes pour la gastro-entérostomie. C'est, dit-il, une opération grave, dont la mortalité atteint, entre les mains des meilleurs chirurgiens, près de 50 p. 100. Cette mortalité considérable n'est guère compensée par les maigres résultats obtenus, à peine quelques mois d'une survie dont les premières semaines seules ont pu donner aux malades quelques illusions trop éphémères.

Ces résultats tiennent peut-être à l'époque tardive où le malade vient consulter le chirurgien. Quinze fois le chirurgien de Lausanne fut obligé de refermer le ventre après l'avoir ouvert. Ces 15 malades ne sont pas morts, et M. Roux se demande, avec une franchise dont on ne saurait trop le féliciter, si ces 15 malades, pour lesquels l'acte chirurgical a été purement négatif, n'ont pas eu une survie au moins égale à celle obtenue chez les opérés après la gastro-entérostomie : « Il n'a pas voulu, dit-il, faire le calcul, dans la crainte de perdre l'illusion d'avoir été utile, quand même, en donnant à ceux qui ont survécu l'illusion de se croire guéris. »

Cet aveu est utile à enregistrer, et il entraîne, presque à lui seul, la conviction. Après la communication de M. Roux, peut-être quelques chirurgiens entreprenants continueront-ils à pratiquer la gastro-entérostomie, mais la plupart d'entre eux renverront sans opération les pauvres cancéreux qui seront venus les consulter. Il est bien entendu, en effet, que la communication de M. Roux a seulement trait au traitement des lésions cancéreuses de l'estomac.

Sur 14 gastro-entérostomies pour cancer, M. Roux a enregistré 7 morts immédiates et 7 succès opératoires.

Dans un cas, sur les conseils de Rockwitz, imitant la conduite de Lucke, M. Roux prit dans l'abdomen une anse intestinale qu'il fixa à la paroi antérieure de l'estomac, après avoir déterminé le sens du péristaltisme par l'épreuve du grain de sel. Or il se trouva que l'anse fixée siégeait à 40 centimètres de la valvule iléo-cæcale et se trouvait cousue à contre-sens. C'est donc une mauvaise pratique qu'il faut abandonner.

Dans deux cas, en accolant la face antérieure de l'estomac à la face correspondante du duodénum, la bile refluait par la bouche artificielle créée dans l'estomac.

La nécessité de nourrir vite les malades a conduit le chi-

rurgien de Lausanne à faire son ouverture stomacale sur la paroi postérieure. Cette ouverture est, en effet, mieux placée pour bien fonctionner pendant les premiers jours qui suivent l'opération; le malade étant obligé de garder le décubitus dorsal.

M. Roux a présenté les dessins et les pièces de quelques-uns de ses opérés. Trois succès sont inespérés. Dans l'un, il s'agissait d'une volumineuse tumeur de la petite courbure de l'estomac avec propagation au pancréas. La difficulté opératoire fut si grande que l'on fut sur le point de tout abandonner. Cependant, pour se conformer aux principes de la chirurgie opératoire, l'opération fut achevée tant bien que mal, et la malade, que chaque jour l'on croyait voir mourir, sortit de l'hôpital cinq semaines après, emportant l'illusion d'une guérison définitive.

Dans un second cas, dont M. Roux a montré les pièces aux membres du Congrès, il s'agissait d'une femme âgée, atteinte d'un cancer de la partie supérieure de la paroi postérieure de l'estomac. La masse adhérait au côlon transverse qui dut être réséqué en totalité. La portion droite du côlon ascendant fut implantée dans le côlon descendant. La plaie stomacale fut obturée et, chose curieuse, la malade, le septième jour, était au régime « du beefsteack aux pommes de terre » et, depuis onze mois, sa santé ne s'est pas démentie.

Le troisième succès inespéré se rapporte également à une volumineuse tumeur cancéreuse, chez une malade fort cachectique, et à qui l'on dut faire, avant l'opération, des injections de sérum artificiel pour lui donner la force de supporter l'acte opératoire. Dès le lendemain, la malade se livrait à une véritable « débauche de champagne et de vin blanc ». En quelques jours, elle augmentait de 9 kilogrammes.

M. Roux fait ensuite un choix parmi les différents procédés opératoires.

La difficulté de bien plier la région pylorique pour faire un bon affrontement du duodénum lui fait rejeter, dans la plupart des cas, la gastro-duodénostomie, telle que la pratique M. Jaboulay. M. Roux n'aime pas non plus la duodéno-jéjunostomie, que le même chirurgien lyonnais recommande pour éviter l'accumulation de la bile dans la portion duodénale sous-jacente à la bouche stomacale artificielle. C'est une opération compliquée et, suivant l'expression imagée de notre collègue de Lausanne, « cette opération exige une certaine éducation des aliments pour retrouver leur chemin dans ce dédale, sans poteau indicateur ».

Malgré la rapidité du procédé des plaques osseuses de Senn, l'orateur n'y accorde qu'une confiance médiocre. Ce n'est pas, en effet, un accolement « moral » qui convient dans les anastomoses gastro-intestinales, mais un affrontement serré et absolument hermétique.

Pour M. Roux, l'opération de choix, celle dont la statistique est la meilleure, celle qui permet une alimentation rapide, une suture solide, consiste dans l'implantation du jéjunum dans une boutonnière faite à la partie postérieure de l'estomac. Le jéjunum est sectionné, son bout duodénal est implanté plus bas, latéralement dans la portion gauche du jéjunum; l'autre bout sectionné du jéjunum est implanté dans l'estomac. Cette double implantation duodéno-jéjunale et jéjuno-gastrique ne demande pas plus d'une heure pour être menée à bien.

Voici la statistique de M. Roux portant sur 14 cas :

6 implantations : 2 morts, 4 guérisons ;

8 opérations par accolement latéral : 5 morts, 3 guérisons ;

6 gastro-entérostomies antérieures : 5 morts, 1 guérison;

8 gastro-entérostomies postérieures : 2 morts, 6 guérisons.

En résumé, il résulte de la communication de M. Roux que, dans les cas où la gastro-entérostomie est indiquée, il faut recourir à l'implantation jéjuno-stomacale postérieure.

Contrairement à son collègue de Lausanne, M. Doyen (de Reims) vise surtout, dans sa communication, les affections non cancéreuses de l'estomac.

La chirurgie du pylore a eu tout d'abord pour objet les rétrécissements cancéreux; puis on opéra les sténoses cicatricielles. Nous aurons particulièrement en vue le traitement des affections non cancéreuses de l'estomac, les seules où l'on puisse obtenir une guérison durable. Lorsque nous considérons comme très satisfaisants les résultats obtenus dans les cas de néoplasmes très limités, Billroth, Czerny, Kocher ont observé des survies de deux, trois et même cinq ans. Pour nous croire autorisé à entreprendre, dans les cas d'affections non cancéreuses de l'estomac, des opérations aussi graves que la pylorectomie et la gastro-entérostomie, il fallait que nous disposions de procédés opératoires susceptibles de ne pas nous donner de mécomptes. La mortalité des résections du pylore est, en effet, demeurée stationnaire de 40 à 50 p. 100. Une chance sur deux serait un appoint insuffisant pour permettre de proposer l'opération aux plus courageux. Nous avons successivement pratiqué la pylorectomie avec suture de l'estomac en raquette et l'abouchement duodénal, la pyloroplastie, la gastro-entérostomie par diverses méthodes. Il nous suffira de décrire le procédé le plus sûr, tant pour les suites immédiates que pour les résultats éloignés de l'opération, procédé qui nous a donné sur 12 cas la proportion remarquable de 91,6 p. 100 de succès opératoires : nous en ferons précéder les descriptions de quelques considérations anatomiques. La situation de l'estomac est telle que, dans l'état de vacuité, le pylore en occupe le point le plus déclive. La dilatation de l'estomac, qui porte non pas sur l'ensemble du viscère, mais simplement sur l'antre prépylorique, est donc sans exception la conséquence d'un mauvais fonctionnement du pylore, qu'il s'agisse de spasme ou de rétrécissement organique. La disposition de l'anneau duodénal, sa fixité, la situation élevée de l'origine du jéjunum, qui se trouve naître sur le même plan horizontal, ou peu s'en faut, que le pylore, la possibilité d'une sténose duodénale ou d'une bride dépendant du ligament de Treitz, nous ont fait rejeter toute intervention ayant pour effet de rétablir le passage du chyme dans le duodénum. Il est en effet presque impossible, au cours de l'opération, de s'assurer de la parfaite perméabilité de l'anse duodénale. Le mieux sera donc de fermer la circulation des aliments, et de la réduire à un simple prolongement des canaux cholédoque et pancréatique. L'opération est faite de la manière suivante : 1° incision médiane sus-ombilicale; 2° exploration de l'estomac, du foie, du côlon et du duodénum; 3° si l'opération est décidée : recherche de la première anse du jéjunum; un fil est passé au travers de son mésentère, et l'intestin réduit. C'est alors qu'il faut décider si le pylore sera ou non réséqué; 4° le pylore est examiné avec soin : existe-t-il un épaississement néoplasique, ou cicatriciel? si les adhérences sont étendues, il ne faut pas songer à l'extirpation, qui serait illusoire en cas de cancer, et aggraverait inutilement l'opération dans le cas d'une simple cicatrice. Le néoplasme est-il mobile? on procède à son isolement, en perforant avec les doigts les épiploons gastro-hépatique et gastro-colique; deux pinces courbes à pression élastique sont appliquées au-dessous du néoplasme, sur le duodénum, qui est sectionné entre leurs mors. Nous fermons le duodénum par trois plans de suture : le premier comprend toutes les tuniques de l'intestin; les pinces destinées à la fermeture provisoire de l'estomac et du duodénum sont alors enlevées, car notre premier plan de suture suffit pour empêcher l'issue de la moindre trace de liquides ou de gaz. Deux plans séreux assurent la réunion. Nous pratiquons cette triple suture à l'aide de notre surjet à points

passés, qui est d'une exécution rapide et d'une solidité à toute épreuve. Le duodénum est réduit dans le ventre et nous fermons provisoirement l'estomac pour pratiquer l'ablation de la tumeur, et la suture en trois étages de la plaie stomacale ; 5° l'estomac et le duodénum étant désormais terminés en cul-de-sac, nous établissons le nouveau pylore : la première anse du jéjunum est sortie du ventre, ainsi que le grand épiploon, qui est introduit par une petite déchirure dans l'arrière-cavité, et fixé dans cette situation par quelques sutures gastro-coliques (1).

La première anse du jéjunum est placée au-devant de l'estomac de telle sorte que le cours des matières soit dirigé dans le même sens qu'auparavant, c'est-à-dire de gauche à droite. Nous fixons l'intestin à l'estomac, non loin de l'insertion du grand épiploon; deux premiers plans de suture séreux sont effectués, l'estomac et l'intestin sont alors fermés provisoirement à l'aide de pinces à pression élastique, incisés, puis réunis l'un à l'autre par une suture circulaire, comprenant séreuse, musculeuse et muqueuse; les pinces sont enlevées et les deux derniers plans séreux assurent une réunion définitive. N'y a-t-il pas indication de faire l'ablation du pylore? il faut néanmoins l'oblitérer, afin d'obtenir un fonctionnement parfait de l'orifice gastro-jéjunal. Nous disposons, à cet effet, de deux procédés : 1° section de l'estomac en amont du rétrécissement et fermeture séparée, en cul-de-sac, du duodénum et de l'estomac; 2° fermeture du pylore non sectionné par une série de sutures séreuses déterminant le plissement et l'invagination dans l'ancien orifice pylorique d'une certaine étendue de la muqueuse gastrique. Dans l'un comme dans l'autre cas, la gastro-jéjunostomie est faite suivant le procédé que nous avons indiqué. Occlusion du pylore avec résection facultative, création d'un orifice gastro-jéjunal pouvant admettre le médius, telle est l'opération que nous proposons dans toutes les affections de l'estomac non cancéreuses, rebelles à toute thérapeutique et menaçant l'existence. La gastro-entérostomie, avec un plan de suture simple du pylore, dure de quarante à cinquante minutes. La gastro-entérostomie avec pylorectomie, une heure et demie à deux heures un quart.

Nous avons tenté 28 fois d'intervenir pour diverses affections de l'estomac et du duodénum : il s'est agi 16 fois de lésions non cancéreuses, 12 fois de néoplasmes malins :

1° Laparotomies exploratrices (5 cas de cancer); 5 fois nous avons dû nous contenter d'une exploration, les adhérences et l'étendue de la dégénérescence cancéreuse ne permettant pas même l'exécution d'une simple gastro-entérostomie; un de ces malades présentait un état général relativement satisfaisant qui, coïncidant avec les signes du rétrécissement pylorique, nous avait fait penser à une sténose cicatricielle; nous avons trouvé l'estomac rétracté sous le foie, en dégénérescence cancéreuse totale.

2° Trois pyloroplasties nous ont donné 2 insuccès; nous avons abandonné cette opération comme défectueuse (3 cas de sténose simple).

3° Nous avons tenté également sans succès, *in extremis*, dans 2 cas de cancer très étendu, la pylorectomie en raquette, combinée dans un cas à la gastro-entérostomie (2 cancers).

4° Dix gastro-jéjunostomies ont donné 4 insuccès; 2 de ces opérations ont été faites *in extremis*; 2 autres par un procédé défectueux, de telle sorte que l'évacuation du contenu stomacal n'a pu se faire dans des conditions satisfaisantes (2 cancers, 8 cas de sténose pylorique ou duodénale et de spasme du pylore compliquant l'ulcère simple).

5° Sept pylorectomies avec occlusion du duodénum et gastro-jéjunostomies ont donné 6 succès (3 cancers, 4 sténoses simples). La malade que nous avons perdue est morte, non pas des suites directes de l'opération, mais d'infection hépatique, le rétrécissement pylorique ayant été déterminé par des abcès duodénaux et une péritonite assez étendue, avec formation d'adhérences et ouverture de la vésicule tout près du pylore; cette malade avait refusé, deux ans auparavant, l'intervention pour lithiase biliaire, et nous a réclamé trop tard les secours de la chirurgie.

6° Enfin nous signalerons une opération d'estomac en bissac (sténose simple), le rétrécissement de la partie moyenne du viscère étant dû à un vaste ulcère de la petite courbure, avec rétraction cicatricielle et adhérence à la paroi abdominale. La malade a guéri et se porte à merveille. Cette opération est, à notre connaissance, la première opération d'estomac en bissac qui soit publiée.

Nous conclurons que l'occlusion du pylore, avec résection facultative de ce dernier et gastro-jéjunostomie, telle que nous la pratiquons, est une excellente opération, puisque sur douze cas elle ne nous a donné qu'un insuccès, de cause extra-opératoire : infection hépatique. L'ennemi est le pylore; sa fermeture spasmodique est la cause des dyspepsies, de la dilatation, de la non-cicatrisation des ulcères. La stagnation des ingesta dans l'estomac dilaté est un des facteurs de l'évolution du cancer. L'ulcère et le cancer ne se rencontrent, d'ailleurs, qu'exceptionnellement dans le grand cul-de-sac, ce dernier, logé en haut, dans la concavité du diaphragme, étant le séjour habituel des gaz et ne se trouvant presque jamais en contact avec les aliments.

Nos résultats opératoires sont concluants : la gravité de l'opération, par le procédé de choix que nous avons décrit, est presque nulle, si l'on opère avant la période de cachexie finale. La guérison est radicale : dyspepsies graves, maladie de Rechmann, crises gastralgiques, dilatation de l'estomac, vomissements alimentaires, hématémèses, les symptômes les plus graves, en un mot, disparaissent dès le jour de l'opération, et les malades se trouvent d'autant mieux soulagés, que nous leur faisons prendre, dès le réveil chloroformique, de l'eau de Vichy par cuillerées à café. Les ulcères les plus rebelles se cicatrisent en peu de temps, dès qu'ils ne sont plus soumis aux tiraillements journaliers dus aux alternatives de dilatation et de flaccidité des parois stomacales qui s'opposent d'habitude au travail réparateur. Nos opérés ont augmenté de poids dans des proportions remarquables, et l'un d'eux accusait 3 livres en six jours, soit 250 grammes par jour. Nous sommes donc convaincus qu'avec la description d'un procédé capable de réduire de 50 p. 100 à 10 p. 100 et peut-être moins encore la mortalité de la pylorectomie et de la gastro-jéjunostomie, la pathologie de l'estomac entre dans une voie nouvelle, que la plupart et des cas réputés incurables bénéficieront désormais de la nouvelle opération.

Nous avons tenu à donner *in extenso* la communication du chirurgien de Reims. Mais nous ne saurions le suivre dans son enthousiasme un peu irréfléchi. Nous doutons que son procédé permette d'abaisser la mortalité de la gastro-entérostomie au-dessous de 10 p. 100, comme il le fait espérer. Et malgré son expérience de l'opération, puisqu'il a su trouver 28 fois l'occasion d'intervenir pour des affections de l'estomac, nous continuons à craindre que l'opération ne soit pas aussi bénigne qu'il veut bien le penser. Enfin disons, en terminant, que ce spasme chronique du pylore, qui a été pour M. Doyen une des grandes indications opératoires, nous paraît être d'une nature trop vague, trop indéterminée, pour servir de base à une thérapeutique chirurgicale aussi grave.

(1) Voir *Arch. provinc. de chir.*, 1892, n° 1.

DE L'INFLUENCE DES AFFECTIONS NASALES

SUR L'APPAREIL RESPIRATOIRE

Par le docteur F. CHABORY (du Mont-Dore).

Asthme d'origine nasale. — Depuis 1887, de nombreux auteurs ont écrit sur ce sujet et on peut conclure avec eux que l'inflammation de la muqueuse pituitaire et l'obstruction des narines sont parfois le point de départ de spasmes

des muscles respirateurs et de la paralysie des vaso-moteurs de la muqueuse bronchique. Ces accidents atteignent de préférence les nerveux héréditaires, les neurasthéniques, les hystériques et les arthritiques. Une fois assuré qu'il y a relation pathogénique entre l'affection du nez et l'asthme, il faudra donner un traitement visant l'état du système nerveux central et appliquer au nez le traitement spécial réclamé par l'affection en cause. En additionnant les statistiques de Hack, de Lublinski, de Hering, de Julien Sommerbrodt, de Bosworth, on arrive à un total de 114 guérisons sur 317 cas d'asthme, par traitement de l'affection causale, c'est-à-dire de la maladie du nez.

Asthme d'été. — Il semble que trois choses soient nécessaires pour la production de l'asthme d'été, à savoir : 1° la présence du pollen dans l'atmosphère qui excitera ; 2° la muqueuse altérée du nez ; 3° chez un individu de tempérament nerveux. Pour amener la guérison, on devra recommander au malade d'éviter les lieux exposés aux poussières végétales, traiter la diathèse, prescrire l'hydrothérapie, les eaux minérales; et, s'il y a lieu, cautériser la muqueuse nasale, les cautérisations devront être profondes.

Toux. — En 1889, François Franck provoqua la toux chez le chien en irritant la face libre du cornet moyen. Entre autres, W. Hack (de Fribourg), Bresgen, Seiler, Longuet, John Mackensie, Schiff, Paul Bert, Hering, Cartaz, Schalder de Saint-Paul, Sourdrille, Mac Coy, Trasher (de Cincinnati) admettent une toux d'origine nasale. Cette toux a un timbre métallique particulier, le diagnostic est facilité par l'absence d'expectoration, le malade ignore le plus souvent le siège de son mal. On fera le diagnostic par exclusion et en s'aidant de la cocaïne.

Quelques cas de *laryngite striduleuse*, de *spasme glottique*, sont le résultat d'irritations nerveuses qui partent de la muqueuse nasale et passent par le bulbe. Le tableau symptomatique de la laryngite striduleuse d'origine nasale est identique à celui de Trousseau. Les accès sont nocturnes, et ils se rencontrent le plus souvent chez les enfants. C'est par le traitement chirurgical ou médical de la muqueuse nasale, que la disparition des accidents est obtenue.

Pour le spasme glottique d'origine nasale, le diagnostic se fera pas exclusion des autres causes connues de spasme glottique, par l'examen rhinoscopique combiné avec le toucher par la sonde et avec l'épreuve de la cocaïne. Le pronostic n'est pas grave si on fait le diagnostic. Dans certains cas, la trachéotomie a été nécessaire.

Les *laryngites* et *bronchites consécutives à des lésions du nez* ne sont pas rares. Pour expliquer leur production, on peut invoquer suivant les cas : l'extension au larynx et aux bronches du processus inflammatoire qui a débuté par la pituitaire; ou bien, s'il y a obstruction nasale, on incriminera l'action, sur le larynx et les bronches, d'un air moins chaud, moins humide, moins tamisé, vicié par les micro-organismes de la fermentation buccale.

Ozène trachéal. — Cette affection peut apparaître dans le cours de l'ozène nasal, elle s'expliquerait alors par la chute des croûtes de la muqueuse des narines dans le larynx et la trachée.

Pour la *blennorrhée de Stoerk*, que de nombreux auteurs confondent avec l'ozène trachéal, l'affection débute par un écoulement nasal verdâtre, épais. Les cornets sont couverts de croûtes et de mucus, puis le pharynx se prend et enfin le larynx, qui présente, dans la région des cordes vocales et dans la région sous-glottique, des érosions recouvertes de pus.

La *tuberculose du larynx et du poumon* peut être consécutive à une tuberculose descendante, l'affection ayant pris naissance au niveau de la muqueuse du nez.

D'autre part, les *affections des voies nasales* jouent un rôle dans l'étiologie de la phtisie pulmonaire, par la propagation des inflammations catarrhales, de la muqueuse nasale aux bronches. Elles placent aussi le tissu pulmonaire en état de moindre résistance, en troublant sa ventilation, en l'exposant d'une façon plus directe aux troubles de l'atmosphère, en gênant l'hématose. Enfin, la respiration nasale protégerait les poumons contre l'infection, l'air inspiré par le nez étant dépourvu de germes.

On trouve dans la littérature médicale plusieurs cas de *sclérome du nez* (rhinosclérome), qui, gagnant les gencives et la muqueuse buccale, peuvent se propager, par les fosses nasales, à la muqueuse du voile du palais, du pharynx et même du larynx. Il peut en résulter de la sténose glottique.

Les fosses nasales sont un réel obstacle à la pénétration des poussières dans les bronches. Aussi du moment où l'air ne sera plus obligé de faire un détour pour arriver aux bronches (obstructions nasales, polypes, myxomes, déviations de la cloison, rhinite hypertrophique, etc.), les poussières qu'il contient, projetées brusquement (respiration buccale) dans le larynx, et aspirées en plus grande abondance, n'arriveront plus à être rejetées par les bronches, et finiront par s'accumuler dans les dernières ramifications bronchiques et dans les parois alvéolaires.

Par le fait d'*obstruction nasale*, les mouvements de la cage thoracique sont gênés, les côtes perdent leur convexité latérale externe, une dépression très marquée se forme au niveau de l'appendice xiphoïde; les troubles de l'hématose et l'oxydation insuffisante amènent une dégénérescence des tissus qui ne sont plus capables de soutenir les pièces osseuses (inclinaisons vicieuses de la colonne vertébrale).

Enfin, d'une façon secondaire, quelques cas d'*emphysème pulmonaire* peuvent se rapporter au nez. Ainsi les emphysèmes consécutifs à l'asthme, à la laryngite striduleuse, au spasme glottique, à la toux, aux inflammations pulmonaires, aux déformations thoraciques, aux variations de la pression de l'air dans le poumon, dus à des affections des narines. Citons, pour terminer, les expériences du docteur Cervello, qui, par l'occlusion des narines de chiens qui étaient sains, a obtenu en peu de jours et constamment l'emphysème pulmonaire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 mai 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

COMMUNICATIONS

Étiologie du typhus. — M. **Bucquoy**, au sujet de la contagiosité du typhus, rappelle le fait suivant dont il a été témoin étant élève à l'École de médecine d'Amiens. Un jour, un accusé, enfermé dans la prison de la ville, fut amené chez le juge d'instruction pour y être interrogé. L'interrogatoire dura environ une heure et il eut lieu en présence de douze à quinze personnes (juge, greffier, gardiens, gendarmes, etc.). Le prisonnier ayant ensuite été réintégré dans la prison, quelques jours à peine s'étaient écoulés que cette prison était envahie par une épidémie grave de typhus exanthématique. Or, et c'est là le point véritablement intéressant de ce fait, la population d'Amiens resta à

l'abri de l'épidémie, sauf les douze ou quinze personnes qui avaient été en contact avec le prisonnier, dans le cabinet du juge d'instruction. Toutes furent atteintes du typhus et sept ou huit succombèrent.

Théorie de l'immunité vaccinale. — M. HERVIEUX lit sur ce sujet un travail dont voici le résumé :

L'état bactéricide est la condition essentielle de l'immunité vaccinale ; c'est le passage des produits bactériens à travers l'organisme qui, en provoquant la diapédèse, détermine l'état bactéricide, c'est-à-dire l'immunité vaccinale.

La bactérie vaccinale ne passe pas dans le sang ; elle est détruite par les leucocytes imprégnés de ses produits de sécrétion. La puissance prodigieuse de prolifération des microbes fait concevoir comment, avec un seul bouton, on peut obtenir l'immunité vaccinale.

La décroissance de l'immunité vaccinale s'explique par la loi du renouvellement des tissus et des humeurs dans l'organisme humain.

La loi du renouvellement explique chez les revaccinés la stérilité de certaines piqûres, la fécondité de certaines autres, et le développement plus ou moins incomplet des boutons vaccinaux.

La revaccination constitue le seul moyen à l'aide duquel on puisse mesurer le degré de conservation de l'immunité vaccinale.

L'activité de la rénovation dans le jeune âge, son ralentissement dans l'âge avancé expliquent la prompte disparition de l'immunité vaccinale chez les jeunes sujets, sa persistance chez les sujets âgés.

DISCUSSION SUR LA SUTURE DES NERFS

M. LABORDE répond à M. Le Fort qui, selon lui, a commis une erreur fondamentale, une hérésie physiologique, en soutenant la doctrine de la continuité nerveuse pour expliquer le retour immédiat de la sensibilité après la suture des deux bouts du nerf divisé. M. Laborde admet qu'il y a, en clinique, des faits qui restent inconnus et inexplicables, selon les données physiologiques. Il faut s'incliner devant ces faits, les étudier, les bien observer, mais il ne faut pas chercher à les expliquer par des raisonnements antiphysiologiques et antiscientifiques.

Dans le cas, si intéressant d'ailleurs, de M. Le Fort, et dans les cas analogues, s'est-on placé dans les conditions d'une recherche bien rigoureuse et bien complète des phénomènes de sensibilité récurrente? M. Laborde rappelle, à ce sujet, que, dans le cas de M. Tillaux, c'est lui qui a trouvé la sensibilité récurrente grâce à l'emploi de l'esthésiomètre. Ces sortes de recherches demandent une attention toute particulière et l'emploi d'instruments d'une précision absolue. M. Richet a pu constater cette sensibilité récurrente après la section du nerf. S'il l'avait suturé on aurait certainement attribué la sensibilité à la continuité du nerf suturé.

M. Le Fort, dans son argumentation, a déclaré que, pour lui, on ne se trouve pas, en l'expérimentant chez les animaux, dans les mêmes conditions que chez l'homme. M. Laborde, contrairement à M. Le Fort, estime que l'animal, le chien et le cobaye, en particulier, ont une sensibilité exquise etsincère, que l'animal ne trompe pas dans ses manifestations comme le fait trop souvent l'homme.

M. Laborde constate, toutefois, que M. Le Fort ne met pas en doute l'existence de la sensibilité récurrente ou de la sensibité collatérale. Il l'a lui-même constatée dans un cas où il a fait la résection d'une des branches du plexus brachial.

Dans les phénomènes que l'on observe après la suture nerveuse, il faut aussi faire intervenir l'élongation nerveuse, essentiellement dynamogénique par elle-même. Enfin, pour bien montrer l'importance, dans ces faits, de la sensibilité récurrente, M. Laborde a fait l'expérience suivante qui ne saurait laisser aucun doute : il coupe un nerf, puis en suture les deux bouts avec toutes les précautions possibles ; cela fait, il sectionne toutes les branches collatérales et constate alors qu'il n'y a pas trace de sensibilité dans toutes les parties innervées par ce nerf.

M. Laborde arrive ensuite à la discussion du fait communiqué par M. Le Fort.

Son malade avait perdu depuis deux ans toute sensibilité dans la zone innervée par le cubital sectionné ; une suture est faite et aussitôt la sensibilité reparaît ; elle est passagère, obtuse, il est vrai, mais enfin, elle reparaît. Un an plus tard, sous l'influence d'une nouvelle suture, la sensibilité revient encore immédiatement, mais cette fois elle fait des progrès ; elle reste définitive et bientôt parfaite. « C'est en mettant le nerf en contiguité que j'ai fait reparaître la sensibilité », dit M. Le Fort. A quoi M. Laborde répond : « Non, votre intervention a eu pour effet — effet dynamogénique — de mettre en évidence la sensibilité récurrente non constatée jusque-là. »

M. LE FORT reste dans les données seules de la clinique et répète que si, avant la suture, aucune sensibilité n'existait, si cette sensibilité reparaît après la réunion des deux bouts, c'est qu'il passe un peu d'influx nerveux. C'est une hypothèse, mais elle semble aussi bien démontrée que celle qui admet la dynamogénie. Que ce retour de la sensibilité soit passager, M. Le Fort le croit, car il n'a jamais nié que, pour que le retour soit définitif, il fallait qu'il y eût réparation du nerf.

M. LABORDE affirme donc de nouveau que la suture des nerfs, si parfaite qu'elle soit, ne permet pas le passage de l'influx nerveux dans le tronc même du nerf coupé.

La séance est levée.

PRÉFECTURE DE POLICE

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS

Par M. le docteur PASSANT.

Statistique du 1er janvier au 31 mars 1893.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	TOTAL
1er	19	20	1	40
2e	23	33	7	63
3e	53	69	10	132
4e	39	76	38	153
5e	37	64	19	120
6e	20	27	5	52
7e	19	30	12	61
8e	7	9	1	17
9e	22	28	8	58
10e	33	69	20	122
11e	114	201	102	417
12e	44	62	31	137
13e	80	116	42	238
14e	56	90	53	199
15e	55	113	45	213
16e	13	21	3	37
17e	58	107	27	192
18e	123	170	79	372
19e	62	134	66	262
20e	124	219	117	460
	1001	1658	686	3345

La moyenne des visites par nuit est de 37. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 33,5.

Les hommes entrent dans la proportion de	31	p. 100.
Les femmes — —	50	—
Les enfants au-dessous de trois ans	19	—

Visites du premier trimestre de 1892	3 018
Visites du premier trimestre de 1893	3 345
Différence en plus.	327

MALADIES OBSERVÉES

Maladie	Nombre
A. Angines et laryngites	284
Croup	54
Coqueluche	37
Ophtalmie	3
Otite	2
Corps étranger de l'oreille	1
B. Asthme	67
Affections du cœur	110
Bronchites aiguës et chroniques	398
Pleuro-pneumonie	158
Congestion pulmonaire	70
C. Affections et troubles gastro-intestinaux	237
Cholérine et affections cholériformes	86
Dysenterie	5
Athrepsie	61
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	80
Hernie étranglée	56
Rétention d'urine	32
Orchite	5
Paraphimosis	1
Étranglement de la verge	1
Corps étranger du vagin	1
D. Métrite, métro-péritonite	81
Métrorrhagie	62
Fausse couche	96
Accouchement, délivrance	256
Accouchements non terminés	28
E. Affections cérébrales	129
Convulsions, éclampsies	112
Névralgie	54
Névroses	97
Epilepsie	26
Aliénation mentale	10
Alcoolisme, delirium tremens	27
F. Rhumatisme	59
Affections éruptives	97
Fièvre intermittente	2
Fièvre typhoïde	34
Hémorrhagies de causes internes et externes	126
G. Plaies, contusions	138
Fractures, luxations, entorses	54
Brûlures	4
Empoisonnements	25
Asphyxie par le charbon	9
— par submersion	1
Suicide	7
H. Mort à l'arrivée du médecin	62
Total	3345

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury du prochain concours de médecine du Bureau central est provisoirement constitué de la manière suivante :

MM. Debove, Dujardin-Beaumetz, Landouzy, Potain, Chantemesse, Moizard et Després.

— Les candidats admis à subir la troisième épreuve du concours actuel de médecine du Bureau central sont : MM. Gilles de la Tourette, Béclère, Giraudeau, Duplaix, Girode, Lebreton, Ménétrier, Thoinot, Widal et Lesage.

— Par arrêté ministériel, en date du 10 avril 1893, sont délégués à l'exposition internationale de Chicago, en qualité de membres français du jury international des récompenses de l'exposition colombienne:

Section H. — M. Adrian (Louis), fabricant de produits chimiques, et M. Haller, membre correspondant de l'Institut.

Section L. — M. le docteur Marcel Baudoin et M. Mathieu (Raoul), fabricant d'instruments de chirurgie.

— Les médecins militaires dont les noms suivent ont été désignés pour assurer le service des hôpitaux thermaux en 1893 :

Bourbonne-les-Bains. — M. le médecin principal de première classe Mutin ; MM. les médecins-majors de première classe Choux et Goubeau ; MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Marsais et Boullet.

Vichy. — M. le médecin principal de deuxième classe Lenoir ; MM. les médecins-majors de première classe Defos du Rau, Darricarère et Loillier ; MM. les médecins aides-majors de première classe Lansac et Doublet.

Bourbon-L'Archambault. — M. le médecin-major de première classe Rigal ; M. le médecin aide-major de deuxième classe Le Goïc.

Barèges. — M. le médecin principal de première classe Dumayne ; MM. les médecins-majors de première classe Carette et Peborde ; MM. les médecins aides-majors de première classe Chevalier et Lespinasse.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Dejérine, agrégé, est chargé d'un cours de clinique médicale, pendant la durée du congé accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. le professeur Peter.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Follet, ancien doyen, est nommé doyen honoraire.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Pillon est nommé chef des travaux du laboratoire d'hygiène, en remplacement de M. Breul, démissionnaire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Nogier (d'Amance), Normant (de Thourotte) et Vedrine (de Versailles).

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. les candidats ajournés avant le 4 juin 1893, sont informés que :

1° Les épreuves pratiques seront renouvelées dans la dernière quinzaine de juin (à partir du 16 juin).

2° Les épreuves orales seront renouvelées : à partir du 15 juin, par les candidats ayant échoué avant le 16 mai ; — à partir du 1er juillet, par ceux qui ont échoué après le 16 mai et avant le 4 juin.

Les candidats ajournés avant le 16 mai consigneront jusqu'au 30 mai inclusivement, dernier délai.

Les candidats ajournés après le 16 mai et avant le 4 juin, consigneront jusqu'au 13 juin 1893 inclusivement, dernier délai.

Ils sont tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur échec.

— M. le docteur Charles Mauriac reprendra ses leçons cliniques sur les maladies vénériennes, à l'hôpital Ricord, le samedi 6 mai à neuf heures et demie du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Fête de l'Ascension. Billets d'aller et retour à prix réduits.* — A l'occasion de la fête de l'Ascension, les billets d'aller et retour, délivrés du 9 au 12 mai inclusivement, en vertu du tarif spécial G. V. n° 2, seront tous indistinctement valables pour le retour jusqu'aux derniers trains de la journée du lundi 15 mai.

Cette validité pourra être prolongée à deux reprises et de moitié (les fractions de jour comptant pour un jour), moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix du billet.

Les billets d'aller et retour, délivrés de ou pour Paris, Lyon et Marseille, conserveront leur durée normale de validité, lorsqu'elle sera supérieure à celle fixée ci-dessus.

— *Excursion à la Fontaine de Vaucluse et dans l'Ardèche en visitant Avignon, Nîmes, le Pont-du-Gard, Alais. Du 20 au 31 mai 1893.* — Itinéraire : Paris, Avignon, l'Isle-sur-Sorgue, la Fontaine de Vaucluse, Avignon, Nîmes, Pont-du-Gard, Nîmes, Alais, Saint-Paul-le-Jeune, Bois de Païolive, Berrias, Vallon, Descente de l'Ardèche, Pont-Saint-Esprit, Paris.

Billets à prix réduits combinés avec le concours de l'Agence des voyages économiques, comprenant le transport en chemin de fer, en voiture, le logement et la nourriture, etc.

Prix de l'excursion complète : 1re classe : **240** fr. **40** (timbre non compris). — Le nombre des places est limité.

Les billets d'excursion (coupons de chemin de fer, de voiture, d'hôtel, etc.), seront délivrés du 5 au 16 mai 1893 inclusivement aux bureaux de l'Agence des voyages économiques, rue Auber, 10, et rue du Faubourg-Montmartre, 17, à Paris.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus : à la gare de Paris P. L. M., dans les bureaux succursales de la Compagnie à Paris, rue Saint-Lazare, 88 ; rue des Petites Écuries, 11 ; rue de Rambuteau, 6 ; rue du Louvre, 44 ; rue de Rennes, 45 ; rue Saint-Martin, 252 ; place de la République, 8 ;

rue Sainte-Anne, 6 et rue Molière, 7; rue Étienne-Marcel, 18, et au Bureau général des billets de chemins de fer de l'Hôtel Terminus de la gare de Paris Saint-Lazare (General Ticket Office).

Contrexéville-Pavillon—Goutte, gravelle, diabète, voies urin^res.
Dyspepsies — *Vin de Chassaing*, Pepsine et Diastase.

Pilules de Quassine Frémint, 1 ou 2 avant chaque repas, donnent l'appétit, relèvent les forces, font cesser la constipation.
Hamamelidine Logeais — *Varices, Hémorrhoïdes.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

23

LIQUEUR MARIANI A LA TERPINE ET A LA COCA

Titrée à 20 centigr. de Terpine p^r cuillerée à bouche.

Cette liqueur unit les propriétés modificatrices et anti-catarrhales de la **Terpine** (hydrate d'essence de térébenthine) à l'action tonique et digestive de la **Coca.**

Employée avec succès contre les *Affections catarrhales*, aiguës ou chroniques, des muqueuses respiratoires, digestives et génito-urinaires, dans l'*Anémie*, la *Chlorose*, l'*Atonie*, la débilité générale et les maladies du système nerveux.

Dose : 1 à 2 cuillerées à bouche matin et soir ou avant les deux repas.

64

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

Dose : Un verre à Madère après les repas.
Mariani, ph^ien, 41, Boul. Haussmann, et t^tes ph^ies.

40

THERMES DE DAX

Grand Hôtel des Thermes. — *Eaux et boues minérales chaudes.* **Rhumatismes. Névroses. Névralgies.** — *Bains salés et d'eaux-mères.* **Anémie, lymphatisme. Affections utérines.**

55

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE
CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.
Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes ph^les.

38

CHLOROSE, ANÉMIE, ÉPUISEMENT

DRAGÉES DE FER COGNET

Protoxalate de fer et Quassine cristallisée.
Le plus ACTIF ferrugineux.

Paris, 4, rue de Charonne, et Pharmacies.

38

CAPSULES DE SANTAL SALOLÉ LACROIX

La plus active et la mieux assimilable des préparations antiseptiques.

AFFECTIONS DES VOIES URINAIRES Dose : 4 à 8 capsules p^r j^r
Ph^ie Lacroix, 76, r. du Château-d'Eau, Paris.

69

PILULES DE BLANCARD
A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'anémie, la **chlorose**, la **leucorrhée**, l'**aménorrhée**, la **cachexie scrofuleuse**, la **syphilis constitutionnelle**, le **rachitisme**, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre.

Pharmacien. 40, rue Bonaparte, Paris.

24

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES

Les **Pilules du Dr Moussette**, à l'Aconitine et au Quinium calment ou guérissent la *Migraine*, la *Sciatique* et les *Névralgies* les plus rebelles, ayant résisté aux autres traitements.

L'action sédative que ces Pilules exercent sur l'appareil circulatoire sanguin, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, indique leur emploi dans les *Névralgies du trijumeau*, les *Névralgies congestives*, les *affections Rhumatismales, douloureuses* et *inflammatoires.*

Chaque Pilule Moussette, exactement dosée, contient :
Un cinquième de milligramme aconitine cristallisée.
Cinq centigrammes quinium pur.

Dose : Commencer par 3 pilules à prendre en trois fois, et ne pas aller au delà de 6 pilules dans les 24 heures.

On peut se procurer les **Véritables Pilules Moussette** par l'entremise des Pharmaciens.

29

ÉLIXIR ET DRAGÉES FERRO-ERGOTÉS MANNET

Chloro-anémie, Métrorrhagies, Métrite, Incontinence d'urine.—2, pl. Vendôme, Paris.

22

SOLVÉOL

SOLUTION FORTE *2 p. 100*	SOLUTION FAIBLE *1 p. 100*

NOUVEL ANTISEPTIQUE
ABSOLUMENT NEUTRE
SOLUBLE DANS L'EAU

Plus énergique et moins caustique que le Phénol,
il remplace avec avantage tous les antiseptiques connus sans en avoir les inconvénients.

Le **Solvéol** n'est pas une spécialité pharmaceutique, mais un produit chimique se trouvant dans toutes les Pharmacies.

POUR LES DEMANDES D'ÉCHANTILLONS
s'adresser à la **Pharmacie LACROIX,**
76, rue du Château-d'Eau, Paris.

33

VIN DE G. SEGUIN

« Le Vin de Seguin est un puissant tonique; pris avant le repas, il facilite la digestion. Il est très utile pour empêcher le retour des fièvres intermittentes sujettes à récidive. Bouchardat. »
Paris, ph^ie G. SEGUIN, 378, rue St-Honoré.

66

GRANULES DE CATILLON
à 1 milligr. d'**Extrait titré** de
STROPHANTUS

C'est avec ces granules qu'ont été faites les expériences discutées à l'**Académie** en 1889; elles ont démontré que 2 à 4 par jour produisent une **diurèse rapide**, relèvent le **cœur affaibli**, font disparaître l'**Asystolie**, la **Dyspnée**, l'**Oppression**, les **Œdèmes**, les accès d'**Angine de poitrine**, etc. On peut en continuer l'usage sans inconvénient, pas d'intolérance.

Eviter les imitations et les teintures infidèles.
Paris, 3, boulev. Saint-Martin et Pharmacies.

26

GALACTOGÈNES JOLIVET SIROP, SEL OU VIN



Augmentent la **qualité** et la **quantité** du lait des nourrices et constituent le **meilleur tonique**, aussi bien pour la mère que pour l'enfant, pendant l'allaitement.

JOLIVET,
114, faub. St-Honoré, Paris.
Envoi gratuit d'un Sel échantillon sur demande aux Médecins.

Prix : Sirop, **3** fr.; Sel, **3** fr.; Vin, **4** fr.

99

EAU RECONSTITUANTE & DIGESTIVE
DE
RENLAIGUE
(PUY-DE-DÔME)

ANÉMIE, CHLOROSE, DYSPEPSIE

42

MAGNÉSIE ROY

Sel purgatif alcalin soluble.
Dépuratif chimique.

A. Roy

34



Débilité, Anémie, Maladies de l'enfance,
sont combattues avec succès par la

FUCOGLYCINE GRESSY

Ce Sirop, à base d'algues marines, remplace avantageusement l'Huile de Foie de Morue, dont il possède toutes les propriétés, sans en avoir la saveur ni l'odeur désagréables.

Le Perdriel et Cie, Paris.

55

(Loire) SAIL-LES-BAINS (Loire)

à 8 h. de Paris, 4 h. de Lyon, 1 h. de Vichy
ÉTABLISSEMENT THERMAL
OUVERT DU 1er JUIN AU 15 OCTOBRE

Eaux recommandées par les médecins spécialistes contre : **Goutte, Rhumatisme, Gravelle, Maladies de la vessie et de la matrice. Sans rivales contre les maladies de la Peau.**

Magnifique Parc de 30 hectares, 3 Hôtels
PRIX MODÉRÉS
Bains, Vaste Piscine, Hydrothérapie, Gymnase, Casino
JEUX — CERCLE — TÉLÉGRAPHE

22

LE VRAI FER QUEVENNE
seul approuvé par *l'Acad. de médec.*, guérit la **chloro-anémie** sans avoir les inconvénients des sels de fer. Fl. f^o, 14, r. Beaux-Arts, Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — **1 an : 30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — **1 an : 35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De la salpingite tuberculeuse.

Par Paul RICHE,
Interne des hôpitaux de Paris.

Lorsque l'on discute aujourd'hui sur les suppurations pelviennes, on se demande seulement si les lésions sont uni ou bilatérales, s'il faut faire la laparotomie ou l'hystérectomie vaginale. Aucune notion étiologique n'intervient.

Pourtant il existe plusieurs variétés de collections purulentes ou puriformes dans le bassin de la femme. Si nous faisons abstraction des salpingites actinomycosiques, dont il n'a été cité qu'un cas par Zemann (1) et qui, d'ailleurs, exigent pour se produire la présence des microbes pyogènes ordinaires, les autres suppurations pelviennes peuvent être distinguées en deux groupes

1° Collections dues aux microbes pyogènes : streptocoque, gonocoque, etc ;
2° Collections tuberculeuses.

C'est d'ailleurs ce que l'on trouve en toute région, l'abcès chaud et l'abcès froid.

L'ouverture de l'abcès chaud est une intervention commandée; suivie d'un bon drainage, elle suffit à la guérison.

L'ouverture de l'abcès froid s'impose rarement, et pour que la guérison survienne, il faut, en outre, agir sur la paroi.

Des femmes tuberculeuses peuvent être atteintes de salpingites banales, puerpérales ou blennorragiques ; d'autre part, des femmes atteintes de salpingite banale peuvent contracter une tuberculose pulmonaire. Nous écarterons ces faits, ne voulant pas nous occuper des rapports de la tuberculose avec les salpingites, mais seulement de la tuberculose des trompes.

(1) ZEMANN. Ueber die Actinomycose des Bauchfells und der Bauchein heweide beim Menschen, *Med. Jhb. der K. K. Ges. der Aertze in Wien*, 1883, p. 477, cas 4.

I

HISTORIQUE. — Ce n'est qu'en 1860 que la thèse de M. Siredey (1) établit la fréquence des lésions des annexes dans les affections dites utérines. Il ne faut donc pas nous attendre à trouver avant cette date une étude d'ensemble sur la salpingite tuberculeuse. Mais ce que nous trouvons antérieurement — et cela dans des travaux s'occupant de l'affection tuberculeuse de l'utérus — ce sont des observations suivies d'autopsie où sont décrites des lésions tuberculeuses des trompes.

Les deux premières publiées figurent dans le mémoire de Reynaud (2) [1831]. Senn (3) en cite trois autres. Le livre de Duparcque (4) en contient une datée de 1830. Citons encore celles de Boivin et Dugès (5), Hutchinson (6), Namias (7), Negrié (8), Aran (9), Cruveilhier (10), Bianco Giuseppe (11), Crocq (12) et celles de l'intéressante thèse de Siredey.

En 1860, MM. Bernutz et Goupil (13) étudient la pelvipéritonite tuberculeuse et décrivent des altérations tuberculeuses des trompes. M. Pillaud (14), l'année suivante, donne pour titre à sa thèse ; « De la tuberculose de l'ovaire et de la trompe. » Puis, en 1865, paraît la thèse importante de M. le professeur Brouardel (15).

(1) SIREDEY. *De la fréquence des altérations des annexes de l'utérus dans les affections dites utérines*, Th. inaug., Paris 1860.
(2) REYNAUD. De l'affection tuberculeuse de l'utérus, *Arch. gén. de méd.*, 1831, t. XVI, p. 486.
(3) SENN. *État tuberculeux des organes génitaux de la femme avant la puberté*, 1831. — Lettre de Blache. *Arch. gén. de méd*,, 1831, t. XXVII, p. 282.
(4) DUPARCQUE. *Traité théorique et pratique sur les altérations organiques simples et cancéreuses de la matrice*, 1832, p. 359.
(5) BOIVIN et DUGÈS. *Maladies de l'utérus*, 1833.
(6) HUTCHINSON. *Pathol. Soc. of London*, 1857, p. 269.
(7) NAMIAS. *Sulla tuberculosi del utero e degli organi ad esso attenenti*, Venezia 1858.
(8) NEGRIÉ. *Recherches anatomiques sur les ovaires*, 1858.
(9) ARAN. *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes*, 1858-60.
(10) CRUVEILHIER. *Anatomie pathologique*, t. IV, p. 718.
(11) BIANCO GIUSEPPE. *Le alterazioni d'ovara*, Fossano 1860.
(12) CROCQ. *Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, 1860, 2e série, t. III.
(13) BERNUTZ et GOUPIL. *Clinique médicale des maladies des femmes* 1860-62.
(14) PILLAUD. Th. inaug., Paris 1861.
(15) BROUARDEL. *De la tuberculose des organes génitaux de la femme*, Th. inaug., Paris 1865.

Nous trouvons ensuite la thèse de M. Giraud (1), le mémoire de M. Talamon (2), la thèse de M. Vermeil (3).

Nous entrons alors dans la période chirurgicale et les cas publiés deviennent trop nombreux pour que nous songions à les citer. Mentionnons la thèse de Spœth (4), la monographie de Hégar (5) qui trouve le premier le bacille tuberculeux dans la paroi tubaire. L'anatomie pathologique est étudiée sur des pièces fraîches, par M. le professeur Cornil et M. Terrillon (6). M. Derville (7) s'occupe de l'étiologie, M. Daurios (8) réunit un certain nombre de cas suivis d'intervention. On consultera encore plusieurs articles et travaux de M. Terrillon (9), le traité de gynécologie de M. Pozzi, le livre de M. Delbet (10).

La thèse de M. de Massia (11) est la dernière étude d'ensemble que nous connaissions sur le sujet.

II

Pathogénie. Étiologie. — Nous ne rappellerons pas les discussions sur la nature du tubercule, sur les produits réellement tuberculeux et les produits phymatoïdes (Brouardel). C'est une question aujourd'hui vidée. Jusqu'à nouvel ordre, toute tuberculose humaine est produite par le bacille de Koch, toute lésion déterminée par ce bacille est une lésion tuberculeuse. Nous ne nous arrêterons pas non plus aux pseudo-tuberculoses (12), dont les relations avec la tuberculose légitime ne sont pas encore suffisamment établies et qui n'ont pas été signalées au niveau des trompes.

Dès les premiers travaux sur la tuberculose génitale de la femme, il fut reconnu que les malades présentaient presque toujours en même temps des lésions pulmonaires. Mais on ne tarda pas à rencontrer des cas où les poumons étaient intacts. Cela contrariait fort nos pères, car la loi de Louis exigeait que le poumon fût le premier atteint.

Aujourd'hui, la proposition de Louis, expression d'un grand nombre de faits bien observés, n'a plus force de loi. La tuberculose n'est plus une diathèse fabriquant des tubercules, mais bien le résultat d'une inoculation bacillaire; le bacille est le primum movens et la première lésion tuberculeuse se produit au point inoculé, quel que soit d'ailleurs celui-ci.

(1) Giraud. *Tuberculisation des organes génitaux de la femme*, Th. inaug., Paris 1868.
(2) Talamon. *Ann. de gynécol.*, 1878, t. I, p. 416.
(3) Vermeil. *Des lésions des organes génitaux chez les tuberculeuses*, Th. inaug., Paris 1880.
(4) Spœth. *Ueber die Tuberculose der weiblichen Genitalien*, Dis. inaug., Strasbourg, 1885.
(5) Hégar. *Genital Tuberculose des Weibes*, Stuttgart 1886.
(6) Cornil et Terrillon. Anatomie et physiologie pathologiques de la salpingite et de l'ovarite, in *Arch. de physiol.*, 1887, t. II, p. 529. — Cornil. *Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites, des salpingites et des cancers de l'utérus*, Paris 1889.
(7) Derville. *De l'infection tuberculeuse par la voie génitale chez la femme*, Th. de Paris, 1887.
(8) Daurios. *Contribution à l'étude de la tuberculose de l'appareil génital chez la femme*, Th. inaug., Paris 1889.
(9) Terrillon. *Bull. méd.*, 10 juillet 1889; — *Arch. de tocol.*, août 1889; — *Salpingites et ovarites*, Paris 1891.
(10) Delbet. *Des suppurations pelviennes*, Paris 1891.
(11) De Massia. *Des salpingo-ovarites tuberculeuses*, Th. de Paris, 1891.
(12) Malassez et Vignal. Tuberculose zoogléique, *Arch. de physiol.*, 1883-84. — Charrin et Roger. Soc. de biol., 1888. — Courmont. *Études sur la tuberculose*, publiées sous la direction de M. le professeur Verneuil, 1890, t. II.

Bien plus, quand nous voyons deux lésions tuberculeuses évoluer sur un même organisme, nous ne croyons pas que l'une soit fatalement sous la dépendance de l'autre, comme l'est la gomme à l'égard du chancre. Une première inoculation tuberculeuse n'empêche pas une inoculation ultérieure du bacille; au contraire, l'individu imprégné du poison que produit une première colonie sera plus apte à en recevoir une seconde.

Si toute tuberculose locale s'accompagne le plus souvent, au bout d'un temps variable, de tuberculose pulmonaire, c'est parce qu'elle a préparé le terrain à de nouveaux bacilles que le malade a vite fait de rencontrer sur sa route.

Que nous importe, d'ailleurs, dans les cas de lésions simultanées des poumons et des trompes, de savoir que la tuberculose de celles-ci a été primitive! La seule chose intéressante, au point de vue du pronostic à longue échéance, est de savoir si la tuberculose génitale est isolée. Et cela est heureux, car seule une autopsie, nous montrant une salpingite caséeuse avec éruption miliaire dans les poumons, nous permettrait d'affirmer que le premier foyer a été tubaire.

Si, avec les données que nous possédons actuellement sur la tuberculose, nous nous demandons *a priori* comment les trompes peuvent devenir le siège de cette affection, nous pouvons concevoir l'apport du bacille par les processus suivants :

A. *Infection venue du dehors, infection ascendante.* — C'est une véritable inoculation qui peut se faire :

1° Chez une femme non tuberculeuse; c'est la *tuberculose génitale primitive;*

2° Chez une femme déjà tuberculeuse pulmonaire; c'est ce qu'on a appelé *infection primitive secondaire.*

B. *Infection venue du dedans :*

1° Par contiguité : contamination de la trompe par une tuberculose intestinale ou péritonéale;

2° Par généralisation ou voie vasculaire.

Chacune de ces divisions peut encore se subdiviser car l'infection, quelle que soit son origine, peut atteindre des trompes jusque-là saines ou des trompes déjà malades.

Tous ces modes de tuberculisation des trompes nous paraissent possibles; se réalisent-ils tous en clinique? nous ne pouvons l'affirmer.

Infection venue du dehors. — On conçoit que l'infection ascendante ne soit pas invoquée depuis fort longtemps; elle est encore loin d'être universellement admise. En Allemagne, Mosler (1), Viedow (2), Spæth (3), Hegar (4) la croient possible. En France, cette voie d'infection n'est pas démontrée pour M. de Sinéty (5); pour M. Reclus (6), elle doit être exceptionnelle; pour M. Pozzi (7) elle est probable;

(1) Mosler. *Die Tuberculose der weiblichen Genitalien*, Dis. inaug., Berlin 1883.
(2) Viedow. Die operative Behandlung der Genitaltuberkulose, *Centralbl. f. Gyn.*, 5 sept. 1885.
(3) Spæth. Loc. cit.
(4) Hegar. *Centralbl. f. Gyn.*, 1887, n° 5.
(5) De Sinéty. *Traité pratique de gynécologie*, 2e édit., 1884, p. 779.
(6) Reclus. De l'infection tuberculeuse par la voie génitale, *Gaz. hebd.*, 1885, p. 134; — *Traité de chirurgie*, 1890, t. I, p. 302.
(7) Pozzi. Loc. cit.

M. Delbet (1) n'en parle pas. MM. Segond (2) et Jacobs (3) ne peuvent l'admettre chez les vierges, ce qui équivaut à dire que la contamination ne peut se faire que par le coït ou que le bacille recule devant un hymen intact.

En tout cas, cette infection ascendante n'est pas impossible, puisque M. le professeur Cornil et Dobroklonski (4), injectant une faible quantité de culture tuberculeuse dans le vagin de cobayes, en évitant tout traumatisme, ont obtenu à tout coup des lésions tuberculeuses de l'utérus.

Le bacille peut être amené au contact des voies génitales par des linges, des canules, des doigts contaminés. Mais la contagion peut-elle se faire par le coït? Conheim (5) le premier émit cette idée en 1882. Le 6 avril 1883, M. le professeur Verneuil (6) écrivait à M. le professeur Fournier : « La tuberculose génitale primitive, indépendante de la scrofule, naît peut-être simplement à la suite du coït, par contagion directe, c'est-à-dire par progression du microbe tuberculeux à travers les voies génitales inférieures, jusqu'à un point de l'appareil où il trouve les conditions locales favorables à son installation et à son développement. » Il ajoutait : « Certes, il faudra y regarder à deux fois et multiplier les preuves avant de déclarer démontrée la transmission tuberculeuse par voie génitale. »

On voit avec quelle sage réserve était formulée cette hypothèse. MM. Fernet et Derville (7) ont été plus affirmatifs; le second surtout a écrit sur ce sujet sa thèse inaugurale avec plus d'enthousiasme que de rigueur scientifique.

Deux cas bien différents sont à considérer :

1° Cohabitation avec un tuberculeux génito-urinaire. Des produits tuberculeux venus des voies génitales ou des voies urinaires, peuvent être balayés par le sperme et amenés au contact des muqueuses de la femme. Il ne nous répugne nullement de croire qu'un tel coït puisse être contaminant.

2° Cohabitation avec un tuberculeux sans lésion génito-urinaire. La contagion, dans ce cas, nous paraît plus que problématique. « Comment, dit M. Reclus, le bacille de leur poumon a-t-il passé dans le vagin et dans l'utérus? »

Nous savons pourtant que Curt Jani (8) a pu déceler un bacille sur une coupe de testicule paraissant sain, que MM. Landouzy et H. Martin (9), sur 16 inoculations de sperme de cobayes tuberculeux sans lésion génito-urinaire, ont eu 6 résultats positifs, que Baumgarten (10), fécondant une lapine avec du sperme de lapin tuberculeux sans lésion génitale, a trouvé un bacille dans un ovule; mais il y a loin de l'inoculation si rarement positive, pratiquée avec effraction de tissu par MM. Landouzy et Martin sur le cobaye, à la contagion entre mari et femme.

Si un phtisique, sans lésion génitale, peut contaminer les organes génitaux de sa femme, pourquoi invoquer le sperme, lorsque les linges et les doigts sont des moyens de transport bien plus pratiques pour les bacilles qu'il répand autour de lui?

D'ailleurs, aucune observation ne démontre la contagion par le coït, soit avec un tuberculeux sans lésion génitale, soit même avec un tuberculeux génito-urinaire. Aucune de celles de Derville n'est concluante : dans les unes il affirme trop facilement chez la femme une tuberculose génitale primitive, dans d'autres il trouve chez le conjoint des lésions génitales dont la nature tuberculeuse lui paraît évidente et sur le compte desquelles nous sommes loin d'être édifiés.

En somme, quoique non démontrée par la clinique, nous admettons la possibilité de la transmission par le coït d'une tuberculose génitale lorsque l'homme présente des lésions génitales; mais nous ne pouvons admettre qu'un tuberculeux pulmonaire éjacule un sperme assez virulent pour contagionner une femme. Si le fait était possible, quelle ne serait pas la fréquence de la salpingite tuberculeuse?

La voie ascendante étant admise on peut se demander pourquoi les ulcérations tuberculeuses du vagin et du col sont exceptionnelles, pourquoi l'affection a une prédilection si marquée pour la trompe.

Nous répondrons avec M. Pozzi : « La muqueuse des trompes, très riche en replis, non sujette à la mue menstruelle comme celle de l'utérus, se prête admirablement à la rétention des germes morbides qui ont pu y parvenir. La vitalité intense de la muqueuse utérine, sa desquamation partielle à chaque époque des règles, sont sans doute sa principale défense contre les bacilles; quant au vagin, il est protégé par l'épaisse couche stratifiée de son épithélium et peut-être aussi par la concurrence vitale des germes nombreux auxquels il offre toujours abri. » Ces raisons, invoquées aussi par M. le professeur Cornil, nous paraissent plus sérieuses que les considérations auxquelles se livre M. Pozzi, après M. Verneuil, sur l'anaérobiose du bacille. Le vagin serait-il, par hasard, plus aéré que le poumon?

Disons aussi, pour ce qui concerne l'utérus, qu'un léger degré de métrite bacillaire passera facilement inaperçu auprès d'une salpingite un peu prononcée.

Lorsqu'il y a coexistence de salpingite et d'endométrite, la lésion s'étend-elle de l'utérus à la trompe par continuité de muqueuse ou par voie lymphatique? Avec la plupart des chirurgiens actuels, nous pensons que la voie lymphatique, du moins celle des troncs, doit être repoussée. En sa faveur on a invoqué l'intégrité habituelle de l'isthme, or, dans une des observations de Reynaud, on trouve décrites des lésions de cette région.

Infection venue du dedans. — Elle peut se faire *par contiguïté.* Une tuberculose intestinale peut amener des bacilles au contact de la trompe, soit par adhérence directe des deux organes, soit par l'intermédiaire de fausses membranes les reliant, soit par inoculation du pavillon, à la suite de péritonite tuberculeuse.

Cruveilhier (1) pensait que la salpingite tuberculeuse était consécutive à la tuberculisation péritonéale, toutes les fois que la trompe n'était atteinte que dans sa partie large. Il appliquait d'ailleurs cette conception à toutes les affections péritonéo-tubaires.

(1) Delbet. Loc. cit.
(2) Segond. *Traité de chirurgie*, 1892, t. VIII, p. 548.
(3) Jacobs. Des salpingites tuberculeuses. Policlinique de Bruxelles, 31 mars 1892, in *Arch. de tocol. et de gynécol.*, 1892, p. 376.
(4) Cornil. Loc. cit., p. 96.
(5) Conheim. *De la tuberculose au point de vue de l'infection*, 1882.
(6) Verneuil. *Gaz. hebd.*, 1883, p. 225.
(7) Fernet. De l'infection tuberculeuse par la voie génitale, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1884. — Fernet et Deville. Tuberculose des organes génitaux et sa contagiosité, *France méd.*, 1886.
(8) Curt Jani. Ueber das Vorkommen von Tuberkelbacillen im Gesunden Genitalapparat bei Lungenschwindsucht, *Wirchow's Archiv*, 1886, B. CIII, p. 522.
(9) Landouzy et H. Martin. *Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose* (Verneuil), fasc. I, 1887.
(10) Baumgarten, cité par Roger. *Traité de médecine*, 1891, t. I, p. 641.

(1) Cruveilhier. *Anatomie pathologique*, t. IV, p. 455.

Namias (1), dans son premier mémoire, avait défendu la même opinion : la trompe absorberait la matière tuberculeuse du péritoine comme elle absorbe l'ovule.

Ces idées n'ont pas prévalu, et nous croyons aujourd'hui que la péritonite tuberculeuse, survenant en dehors d'une tuberculose aiguë, généralisée, est consécutive à la tuberculose d'un organe intra-abdominal (2).

Comme le dit M. Monprofit (3) « l'orifice du pavillon de la trompe est vraiment comme une bouche qui souffle l'inflammation sur le péritoine qui l'entoure ».

Nous arrivons à l'infection d'origine interne *par voie vasculaire*.

Dans les cas de tuberculose aiguë, on peut voir des granulations miliaires sur le péritoine tubaire, mais nous ne pensons pas que l'on en constate l'éclosion au niveau de la muqueuse d'une trompe jusque-là saine.

Mais, en dehors de ce cas, il peut se produire de temps en temps, chez une tuberculeuse, une irruption dans le torrent circulatoire d'un petit nombre de bacilles, à virulence non exaltée, qui ne pourront se fixer que sur des points antérieurement lésés, lieux de moindre résistance. Des trompes atteintes de salpingite banale pourront ainsi devenir secondairement tuberculeuses. Ce sera la répétition spontanée de l'expérience de Max Schüller.

Examinons maintenant les circonstances *étiologiques* qui peuvent favoriser cette infection.

L'*âge* semble avoir moins d'importance que pour les autres salpingites. Si le maximum des tuberculoses tubaires s'observe pendant la période d'activité sexuelle, les observations ne sont pas rares où l'on constate cette affection chez de petites filles.

Senn publiait déjà un cas chez une fillette de cinq ans. Damaschino (4) en cite un autre constaté à deux ans, Tordeus (5) un autre à trois ans. Dans la thèse de M. Brouardel on trouve huit observations au-dessous de seize ans.

D'autre part, le même auteur en cite quatre après cinquante ans. Geil (6) en compte neuf. M. Quinquaud (7) a observé un cas chez une femme de soixante-quatorze ans, M. Gombaud (8) un autre chez une femme de soixante-dix-huit ans.

La plupart des malades présentent un *accouchement* dans leurs antécédents. Ce facteur peut avoir une grande influence, l'appareil génital n'est jamais plus apte qu'après un accouchement à se laisser inoculer. Cruveilhier avait constaté que chez les femmes phtisiques qui accouchent en pleine tuberculisation pulmonaire et qui meurent peu de temps après l'accouchement, on trouve quelquefois la muqueuse des trompes utérines infiltrée de matière tuberculeuse.

Le rôle des *affections antérieures* des trompes sera différemment apprécié par les partisans de l'inflammation prétuberculeuse et par ses adversaires. A notre avis, il est peu important dans les cas d'infection ascendante, très important dans les cas d'infection par voie vasculaire.

(1) Namias. Premier mémoire, *Lo Sperimentale*, mai 1850.
(2) Weigert. Voies qui conduisent le poison tuberculeux aux séreuses, *Deuts. Med. Wochens.*, 1883, nº 31.
(3) Monprofit. *Salpingites et ovarites*, Th. inaug. Paris 1888, p. 50.
(4) Damaschino. In Th. Giraud, p. 72.
(5) Tordeus. *La Clinique* (de Bruxelles), 1891, nº 43.
(6) W. Geil. *Ueber die Tuberculose der weiblichen Genitalien*, 1851.
(7) Quinquaud. In Th. Giraud, p. 76.
(8) Gombaud. In Cornil, loc. cit.

Le coït pourrait aussi produire dans certains cas une *infection mixte d'emblée*. Schuchardt (1) dit avoir trouvé dans six cas de blennorragie chez l'homme, dont les porteurs guérirent dans les délais habituels, des bacilles de Koch dans l'écoulement uréthral.

Les *antécédents héréditaires* ont ici la même importance que dans toute tuberculose; le terrain sera de par eux doué d'une réceptivité plus grande.

Une circonstance étiologique à considérer, c'est *la vie dans un milieu à contagion facile*. Une femme, habitant avec des tuberculeux dont les crachats sèment autour d'eux des bacilles, sera très exposée à en voir pénétrer dans ses voies génitales.

Fréquence. — Sans être très fréquente, la tuberculose tubaire est loin d'être une rareté pathologique. De tous les organes qui constituent l'appareil génital de la femme, ce sont les trompes qui sont le plus souvent atteintes.

M. Vermeil, réunissant ses observations à celles de M. Brouardel, nous présente 94 cas de tuberculose génitale. La trompe était prise 51 fois, soit :

19 fois seule;
11 fois avec l'ovaire;
7 fois avec l'ovaire et l'utérus;
13 fois avec l'utérus;
1 fois avec l'ovaire et le vagin.

Sur 119 cas de tuberculose génitale, rassemblés par Spæth, les trompes sont atteintes 103 fois, soit 86,5 p. 100, 29 fois seules, 66 fois avec l'utérus, 5 fois avec l'utérus et l'ovaire.

D'après M. le professeur Cornil, sur 50 à 60 autopsies de femmes phtisiques, on rencontre une salpingite tuberculeuse.

Schramm (2), prenant en bloc les autopsies de femmes faites à l'hôpital de Dresde de 1860 à 1880, trouve 34 cas de tuberculose tubaire sur 3386 autopsies, soit 1 p. 100. Si l'on ne retient que les autopsies de phtisiques, la proportion monte à 4,2 p. 100.

Relativement au nombre des salpingites en général, nous avons la statistique de Martin (3). Sur 287 salpingites, 10 étaient tuberculeuses, soit 3,3 p. 100.

Et peut-être cette proportion est-elle trop faible : on ne diagnostique tuberculose que lorsqu'on trouve des granulations sur le péritoine tubaire ou pelvien, lorsque la trompe renferme des masses caséeuses ou enfin lorsque le microscope a fait trouver des bacilles.

Or aucun de ces caractères, pris isolément, n'est constant. D'autre part, on nous dit que nombre de pyo-salpinx ne contiennent aucun microbe; on ajoute que c'est parce qu'ils ont disparu par le processus baptisé : inspissation du pus. Remarquons que cette inspissation du pus, si peu démontrée, était invoquée autrefois pour les abcès froids.

Aujourd'hui, tout abcès froid est une tuberculose, tout empyème amicrobien est du pus tuberculeux. L'inoculation

(1) Schuchardt. XXIe Congr. de la Soc. allem. de chir., séance du 10 juin 1892 (soir), *Semaine méd.*, 1892, p. 245.
(2) Schramm. Contribution à l'étude de la tuberculose des trompes au point de vue de l'anatomie pathologique, *Arch. f. Gyn.*, B. XIX, H 9.
(3) Martin. Ueber Tubenerkrankung, LIXe Congr. des naturalistes allemands, Berlin 1886.

seule a pu le démontrer et elle n'a pas été faite, que nous sachions, pour ces pyo-salpinx.

On voit que, loin de faire comme Tait, qui va presque jusqu'à nier la tuberculose des trompes, nous serions assez disposé à lui rattacher des faits qui en sont aujourd'hui séparés.

III

Anatomie pathologique. — Les lésions *macroscopiques* ont été décrites d'une façon si précise par les auteurs qui, depuis Reynaud, se sont occupés de la tuberculose génitale de la femme, que les laparotomistes modernes y ont ajouté peu de chose.

Au début, la salpingite tuberculeuse passe macroscopiquement inaperçue ou se confond avec le catarrhe le plus vulgaire. M. Letulle (1) nous décrit ainsi une pièce qu'il a eue entre les mains : « La trompe droite est épaisse et dure, mais ayant conservé sa forme, elle rappelle absolument, comme aspect et comme consistance, un canal déférent envahi par l'infiltration tuberculeuse diffuse. Le canal de la trompe est ouvert jusqu'au bord de l'utérus et l'on remarque que la muqueuse paraît saine, mais que la paroi est transformée en un tube d'un gris blanchâtre; les tissus qui constituent le canal ne sont nullement ramollis. »

Schramm aurait eu quelquefois l'occasion de rencontrer une éruption récente de tubercules sur la muqueuse. Mais la plupart des pièces décrites étaient à un stade plus avancé d'évolution.

Le revêtement péritonéal présente alors souvent des granulations grises ou plus ou moins caséifiées et jaunâtres. L'organe lui-même est augmenté de volume, sinueux et déplacé.

Le volume est des plus variables : la trompe a la grosseur du petit doigt, de l'intestin grêle; d'autres fois, des dimensions énormes, comme dans le cas de M. Jeannel (2), où elle formait une tumeur remontant au-dessus de l'ombilic. Cette ampliation de la trompe se fait surtout aux dépens de l'ampoule de Henle. Elle serait plus irrégulière que celle que l'on constate dans les autres pyo-salpinx et la tumeur qu'elle forme présenterait un aspect bosselé, que nous trouvons noté dans nombre d'observations.

Les déplacements n'ont rien de caractéristique; ce sont ceux que M. Monprofit a décrits dans toutes les salpingites aussitôt que leur volume devient notable. Le plus fréquent est la chute dans le Douglas.

La trompe dilatée présente souvent une coloration jaune cuir de botte, qui est celle du contenu vu par transparence ou qui est due à l'infiltration de la paroi.

L'orifice abdominal est presque toujours oblitéré; le pavillon est fréquemment le siège de granulations tuberculeuses, ses franges sont accolées à l'ovaire et difficilement reconnaissables. La perméabilité de l'orifice utérin a été souvent constatée.

L'incision permet d'étudier le contenu et la paroi.

Le contenu varie comme quantité et comme nature. M. Terrillon, dans certains cas qu'il croit récents, l'a vu formé d'un liquide verdâtre et à peine louche. Ailleurs, on trouve du pus séreux semblable à celui des abcès froids; dans ce pus, nagent souvent des grumeaux de matière tuberculeuse ramollie. Quand cette matière coïncide avec la présence d'une faible quantité de liquide, elle présente la consistance du fromage.

La trompe débarrassée de son contenu sous un filet d'eau, on peut trouver « une couche de matière tuberculeuse comme combinée avec les parois elles-mêmes qui sont rugueuses » (1). C'est l'ulcération tuberculeuse de la muqueuse infiltrée en nappe.

Cette ulcération peut être plus ou moins étendue; parfois, ce sont seulement des nodules caséeux sous-muqueux qui se sont ouverts par places dans la cavité tubaire et forment de vraies cavernes; la muqueuse avoisinante est ordinairement grisâtre.

Au niveau de l'isthme, la caséification est rare; pourtant, nous avons déjà cité une observation de M. Reynaud où des nodules caséeux se voyaient dans la portion des trompes comprise dans l'épaisseur de l'utérus.

La paroi est presque toujours augmentée, mais très irrégulièrement. Son épaississement se montre constitué parfois par un tissu demi-transparent, gélatineux. En d'autres points, au contraire, la rupture paraît imminente (2).

Chez la malade de M. Delagenière (3), M. Cornil a trouvé, dans la paroi, des plaques calcaires, dont l'une proéminait en forme de crête à l'intérieur de la dilatation.

Le plus souvent, les deux trompes sont atteintes. M. Daurios, sur 20 observations, n'en cite que 5 où une seule trompe était tuberculeuse; encore sur ces 5 cas, y en avait-il 3 où furent notées des lésions ne paraissant pas tuberculeuses, mais nécessitant néanmoins la castration.

La statistique de Schramm nous donne 79,4 p. 100 de salpingites bilatérales. Pour Martin, la bilatéralité est plus fréquente dans la salpingite tuberculeuse que dans toutes les autres prises en bloc.

Le plus souvent, les lésions sont plus avancées d'un côté que de l'autre.

La laparotomie a permis aux histologistes d'étudier les lésions sur des pièces plus fraîches. Mais si nous voulons connaître *microscopiquement* la salpingite tuberculeuse au début, nous sommes obligés, faute de pièces, de déduire ce qui se passe dans les trompes des lésions à peu près comparables, que la tuberculose expérimentale de l'utérus a permis de suivre pas à pas (4).

Nous pouvons admettre que, dans la trompe comme dans l'utérus, le premier phénomène est un catarrhe de la muqueuse. Les cellules de revêtement, celles des glandes, sont en place, mais en dégénérescence muqueuse. Au-dessous de l'épithélium, ayant passé à travers lui, on peut rencontrer quelques bacilles dans le tissu conjonctif de la surface de la muqueuse. Les premiers follicules apparaissent vers le quinzième jour, au sommet des villosités, sous l'épithélium resté en place. Vers le trentième jour, les tubercules sont très faciles à voir au microscope et se sont étendus excentriquement dans les couches sous-épithéliales.

Notons que ce siège sous-épithélial des premiers follicules avait déjà été signalé par M. de Sinéty (5).

C'est encore à M. Cornil que nous devons les examens de

(1) Letulle. *Bull. de la Soc. anat.*, juin 1878.
(2) Jeannel. Pyosalpingite tuberculeuse, Congr. pour l'avancem. des sc., session de Toulouse, in *Semaine méd.*, 1887, p. 377.

(1) Reynaud. Loc. cit.
(2) Baumgærtner. *Arch. f. gyn.*, B. XIII, H. 9, p. 484.
(3) Delagenière. *Bull. de la Soc. anat.*, 18 juillet 1890.
(4) Cornil. Loc. cit., p. 97.
(5) De Sinéty. Loc. cit., p. 779 (en note).

pièces les plus détaillés. Il nous décrit sur les coupes transversales un épaississement considérable de la paroi, une notable hypertrophie des villosités et franges qui sont très ramifiées. Dans leur épaisseur, on trouve de petits follicules avec cellules géantes. L'épithélium est souvent conservé, modifié par places, en dégénérescence muqueuse ou granuleuse, parfois desquamé. La paroi fibro-musculaire est elle-même envahie par les follicules. Dans un cas (pièce de M. Routier et Horteloup), une des trompes présentait à son union avec l'utérus une dilatation kystique; sur les coupes, on voyait une couche de tissu embryonnaire reposant sur un tissu fibreux parsemé de follicules parfaitement nets. On rencontre parfois des inclusions épithéliales ayant la forme de glandes en tube, tapissées d'épithélium et renfermant des cellules mortifiées. Ces inclusions sont probablement le résultat de la soudure des extrémités des franges, soudure constatée par M. Ménétrier (1). La couche musculaire est hypertrophiée et laisse voir, dans les espaces interfasciculaires, des follicules jeunes.

En somme, les lésions tuberculeuses de la trompe ne diffèrent pas, comme constitution élémentaire, de celles que l'on rencontre en d'autres points de l'économie, ce qu'elles ont de plus intéressant c'est leur topographie. Elles aboutissent au pyo-salpinx contenant soit une faible quantité de matière caséeuse, soit une quantité parfois très considérable de liquide grumeleux.

Pour ce qui est de la recherche des *bacilles*, elle a été négative dans tous les cas examinés par M. le professeur Cornil. Münster et Orthmann (2) ne les ont trouvés que dans les granulations du revêtement péritonéal. Predöhl (3) n'en trouve pas, Jacobs n'en aurait jamais rencontré.

Par contre, Hegar a fait plusieurs examens positifs. M. Doyen [de Reims (4)], dans un cas, en a trouvé un très grand nombre. Dans les deux observations de M. Ménétrier, la recherche a été positive. D'après Stemann (5), les bacilles ne seraient nombreux que lorsque la salpingite survient chez des tuberculeuses avérées.

Dans d'autres tuberculoses, la recherche des bacilles a été aussi pénible, aussi est-il plus démonstratif de faire des inoculations. Celles-ci n'ont jamais été faites, à notre connaissance, dans la tuberculose tubaire et nous sommes persuadé que si l'on inoculait systématiquement le liquide de tous les pyo-salpinx amicrobiens, on arriverait à des résultats intéressants et peut-être imprévus.

Dans la plupart des comptes rendus d'autopsies ou d'opérations, on trouve notée la présence de granulations grises ou jaunes du *péritoine* tubaire. Mais tant que la lésion reste localisée à cet endroit, elle a peu d'importance. Souvent, c'est tout le péritoine pelvien qui est pris et les adhérences ne tardent pas à se former. On peut voir alors le grand épiploon, l'intestin grêle, le cæcum, l'S iliaque adhérents entre eux et avec les organes du petit bassin, le tout formant un ensemble presque impossible à séparer et où l'on ne peut reconnaître chaque organe qu'à grand'peine.

Les néomembranes qui les unissent, très nombreuses et solides, manquant rarement, peuvent avoir la structure des adhérences ordinaires, simple réaction du péritoine à toute cause d'irritation; d'autres fois, elles sont très friables, secondairement envahies par la tuberculose (1); dans leur épaisseur, on peut rencontrer alors des masses caséeuses et des collections puriformes.

Le processus péritonitique peut dépasser la limite du détroit supérieur et envahir tout l'abdomen, soit sous la forme aiguë, soit sous la forme chronique, la plus ordinaire.

Selon Kiwisch (2), la pelvi-péritonite tuberculeuse présenterait souvent la forme de l'hydro-péritonite. Mais Bernutz, dont on ne saurait nier la compétence en pareille matière, déclare cette forme exceptionnelle.

La tuberculose de l'*ovaire* accompagne assez souvent celle de la trompe. Dans la plupart des cas, cet organe est difficilement reconnaissable, perdu qu'il est dans les fausses membranes. On a décrit de vastes abcès caséeux de la glande; mais nous ne serions pas éloigné de croire que, dans quelques autopsies anciennes où l'on décrit des poches purulentes ovariennes, énormes, allant s'ouvrir dans les organes voisins, on a pris pour l'ovaire le tiers externe de la trompe. Même quand l'ovaire n'est pas tuberculeux, il est rare qu'il soit sain et n'ait pas subi au moins la dégénérescence scléro-kystique.

L'*utérus* présente fréquemment des lésions d'endométrite chronique sur la spécificité de laquelle on n'est pas suffisamment renseigné.

Le *vagin* est très rarement pris, ainsi que le *col utérin*.

Les *ganglions lymphatiques* sont généralement envahis sur une étendue variable et plus ou moins dégénérés.

Dans un cas de Seuvre (3), on trouve notée une *thrombose* des deux iliaques internes avec caillot s'étendant jusque dans les iliaques primitives.

La *tuberculose urinaire* coïncide très rarement avec la tnberculose génitale chez la femme, à l'inverse de ce qui se passe chez l'homme. Les deux appareils sont en effet chez elle indépendants d'un bout à l'autre. Les rares cas où l'appareil urinaire est pris sont des cas de tuberculose généralisée (4) et on a tout lieu de supposer que l'infection a été glomérulaire. Dittrich n'a cité qu'un cas sur 45 observations. Schramm en a vu un exemple en vingt-deux ans.

L'*intestin* présente assez souvent des lésions tuberculeuses, soit granulations de la séreuse qui le recouvre, soit lésions plus profondes. D'ailleurs, la tuberculose peut s'étendre de l'un à l'autre organe, par contiguité, et aboutir à la production d'une *fistule* tubo-intestinale qui se fait le plus souvent au niveau du rectum, quelquefois au niveau du cæcum.

On peut constater quelques granulations *méningiennes*.

En dehors de la tuberculose généralisée, le *foie* et la *rate* ne présentant que de la dégénérescence amyloïde.

Quant aux *poumons*, on peut y rencontrer depuis la tuberculose miliaire aiguë consécutive à la salpingite, jusqu'à l'énorme caverne qui l'a précédée ou a évolué simultanément.

En somme, nous voyons que l'évolution anatomique de la tuberculose des trompes est la suivante : infiltration

(1) Ménétrier. *Bull. de la Soc. anat.*, 1889, p. 475.
(2) Munster et Orthmann. *Arch. f. gyn.*, 1886. B. XIX, H. 1, 1886.
(3) Predöhl. *Arch. f. gyn.*, 1888, n° 20.
(4) Doyen. In Cornil, loc. cit., p. 94.
(5) Stemann. *Beitræge zur Kenntniss der Salpingitis tuberculosa und gonorrhoïca*, Dis. inaug., Kiel 1888.

(1) Siredey. Loc. cit., Obs. VI, p. 110.
(2) Kiwisch. In Bernutz, *Conférences sur les maladies des femmes*, 1888, p. 775.
(3) Seuvre. *Recherches sur l'inflammation des trompes utérines et de ses conséquences*, 1874, Obs. VII.
(4) Obs. de Parrot, in Th. de Giraud, Obs. II.

nodulaire du derme de la muqueuse, ulcération de cette muqueuse, formation d'un pyo-salpinx plus ou moins volumineux, à contenu plus ou moins caséeux, tendance à la calcification quand l'organisme ne succombe pas à la lutte.

Pendant ce temps, le processus ne cesse de s'étendre excentriquement, les autres tuniques tubaires s'infiltrent, puis le péritoine, et le pyo-salpinx devient le plus souvent remarquablement adhérent.

Enfin, à un moment quelconque de l'évolution, la généralisation par voie vasculaire peut se produire.

IV

Symptomatologie. — Certaines salpingites tuberculeuses sont des trouvailles d'autopsie.

Le cas est fréquent pour celles des phtisiques avancées (Observations de Ménétrier) et pour celles des petites filles dont le diagnostic n'a jamais été fait pendant la vie.

Même une tuberculose primitive peut passer complètement inaperçue. On voit alors une femme présenter tout à coup des phénomènes typhoïdes, un peu de ballonnement du ventre, de la diarrhée, des vomissements, une fièvre intense, un amaigrissement rapide et mourir plus ou moins vite dans le collapsus [Obs. de Cayla (1)]. A l'autopsie, on constate une tuberculose aiguë généralisée et on trouve, en cherchant bien, un vieux foyer caséeux au niveau d'une trompe.

Ailleurs, on diagnostique une péritonite tuberculeuse et la salpingite est méconnue.

En dehors de ces cas qui, sans être exceptionnels, ne sont pas les plus fréquents, il en est d'autres où l'affection se manifeste par des signes appréciables.

On peut les diviser en trois groupes :

1° La tuberculose pulmonaire domine de beaucoup la scène pathologique ;

2° La tuberculose pulmonaire et la tuberculose tubaire sont à peu près sur le même plan ;

3° Les signes pulmonaires sont absents ou peu accusés.

Pour les faits de la première catégorie, on dirait que l'organisme, saturé du poison tuberculeux, s'il permet facilement la constitution d'un nouveau foyer bacillaire, ne réagit plus contre lui. Pourtant quelques phénomènes, surtout d'ordre mécanique, douleurs dans les jambes, difficultés de défécation, pourront amener le clinicien à constater les signes physiques ordinaires.

C'est dans le second ordre de faits que l'on sera à même de constater le balancement sur lequel insistait Aran, entre les symptômes pulmonaires et génitaux, les premiers s'amendant quand le processus devient plus actif du côté des trompes, pour reprendre de plus belle aussitôt la salpingite un peu calmée.

Ce balancement est un fait d'exacte observation, mais il ne faudrait pas lui accorder une trop grande importance et se montrer surpris lorsqu'il fait défaut [Obs. de Secheyron (2)].

Dans le troisième groupe de malades, on peut étudier aisément les symptômes de la salpingite tuberculeuse.

Ici encore le début est latent, c'est d'ailleurs la forme de début ordinaire de toute tuberculose et de beaucoup de salpingites. Un grand nombre de malades donnent comme date de début un accouchement, mais qui nous dit que les trompes n'étaient pas antérieurement tuberculeuses, qui nous dit aussi que l'accouchement n'a pas été le point de départ d'une salpingite banale devenue secondairement tuberculeuse ?

Beaucoup de ces malades sont, depuis longtemps, leucorrhéiques, ce qui ne veut pas dire grand'chose.

Bref, au bout d'un temps variable, quelques signes attirent l'attention vers les organes génitaux. Hâtons-nous de dire que ces signes n'ont rien de spécial et sont ceux de toute salpingite.

La menstruation devient irrégulière ; les époques se prolongent et s'accompagnent de douleurs parfois vives. Dans les intervalles, on peut observer des coliques salpingiennes avec écoulement de liquide sans grand caractère.

Les règles peuvent se supprimer de bonne heure, mais on sait que, sans lésion génitale, le fait peut se produire dans la tuberculose pulmonaire.

Des douleurs sourdes dans le bas-ventre se manifestent presque toujours, irradiées aux lombes et aux cuisses. La moindre fatigue les augmente et la malade ne se trouve bien qu'au lit.

Le plus souvent ce n'est que lorsque le péritoine, ce voisin quinteux (Béhier), ce réactif de l'état pathologique des organes génitaux internes (Brouardel), révèle leur altération par les symptômes de la pelvi-péritonite que la malade se fait examiner.

Cette pelvi-péritonite n'a rien de spécial non plus ; elle peut évoluer d'une façon subaiguë ou d'une façon dramatique, comme celle de la salpingite ordinaire. Du repos, de l'opium, des cataplasmes ou de la glace sur le ventre en ont habituellement raison et l'on peut alors à son aise examiner la malade.

On pourra lui trouver l'habitus des candidats à la tuberculose et les accidents auxquels ils sont sujets, impétigo, blépharite, kératite, etc. ; parfois d'anciennes tuberculoses locales auront laissé des traces apparentes. D'autres auront l'aspect d'une santé florissante ; la plupart montreront le facies amaigri, jaunâtre et fatigué des gens qui résorbent du pus et qu'on a appelé pour la circonstance facies utérin.

L'abdomen est quelquefois ballonné ; la palpation y fait constater une sensibilité exagérée au niveau des fosses iliaques et peut faire percevoir à ce niveau une tumeur à laquelle correspond une zone de matité.

Par le toucher vaginal on sent l'utérus souvent dévié, parfois complètement immobile. Les culs-de-sac latéraux et postérieur sont douloureux, plus ou moins effacés. Ils peuvent être le siège d'une tumeur, le plus souvent postérieure, rarement fluctuante, dure, douloureuse et *bosselée*. Ces bosselures semblent être ce que la tuméfaction a de plus caractéristique.

Le toucher rectal, dont M. Siredey a fait ressortir l'importance, complète et précise ces renseignements.

Quand la malade n'a pas eu de poussée péritonéale ou n'en a eu qu'une seule, calmée depuis un certain temps, on ne constate qu'un peu de douleur dans les culs-de-sac. La palpation bimanuelle seule fera alors sentir de part et d'autre de l'utérus un cordon de volume variable un peu douloureux. D'ailleurs, il faudra toujours faire cette exploration, et, au besoin, sous le chloroforme.

Il faut être très prudent dans l'examen au spéculum. Il fera voir très rarement une ulcération tuberculeuse du vagin ou du col. Il permettra de recueillir le liquide d'un

(1) Cayla. *Bull. de la Soc. anat.*, 1881, p. 350.
(2) Secheyron. *Progrès méd.*, 1887, p. 250.

catarrhe utérin pour l'examen bactériologique. Nombreux sont les observateurs qui, depuis Babès (1883), y ont trouvé le bacille de Koch.

La coloration jaunâtre, vert pistache, de l'écoulement, signalée dans les cas de tuberculose utérine par Mme Boivin, Pelvet et Tyler Smith (in. th. Brouardel) est moins démonstrative. Il en est de même de l'issue de matière purulente par la pression exercée au niveau de la fosse iliaque. Ce symptôme, signalé par Pégot, a été retrouvé dans d'autres salpingites.

L'examen génital terminé, l'auscultation fera découvrir le plus souvent une lésion pulmonaire.

Les signes *fonctionnels*, variables, n'ont rien de caractéristique. Ce sont des phénomènes douloureux, des troubles de menstruation et des accidents dus à la compression d'organes voisins.

L'*état général* serait plus profondément altéré, l'amaigrissement plus notable que dans les autres salpingites, même avec des poumons intacts. On a noté des poussées fébriles vespérales et des sueurs nocturnes.

La *marche* est habituellement lente, entrecoupée par des poussées de pelvi-péritonite.

Le *pronostic* « quoad functionem » est la stérilité quand les lésions sont bilatérales. Et le fait est heureux, car une grossesse et un accouchement aggraveraient les lésions salpingiennes et pulmonaires.

L'abcès froid tubaire peut s'ouvrir dans les organes voisins, surtout rectum ou vagin. Il se produit alors une détente marquée, mais ce n'est pas une *terminaison*. La fistule persiste indéfiniment, épuisant la malade, ou elle s'obstrue et la poche se remplit à nouveau. De plus c'est la porte ouverte aux infections secondaires.

Théoriquement, le pyo-salpinx tuberculeux peut guérir par calcification, mais celle-ci n'a pas le temps de se faire ou se fait lorsque d'autres organes sont déjà envahis. La mort, terminaison habituelle, se fait rapidement par rupture intra-péritonéale et péritonite aiguë ou par tuberculose aiguë généralisée, plus lentement par hecticité ou phtisie pulmonaire.

V

DIAGNOSTIC. — Nous avons vu combien peu les signes de la salpingite tuberculeuse lui sont propres. Le diagnostic en sera donc rarement facile.

Lebert (1), en 1872, concluait : « Il n'est point de signes certains permettant de reconnaître la phtisie génitale, même lorsque celle-ci est primitive. »

Seuvre (2) disait, en 1874 : « Quant à distinguer les diverses formes de salpingite entre elles ou encore l'inflammation de la trompe devenue kystique, d'un kyste de l'ovaire ou du ligament large, d'un kyste hydatique rétro-utérin ou du cancer de l'ovaire au début, ce sera dans des cas bien rares que l'on pourra résoudre de tels problèmes et nous ne voulons pas nous engager dans ces subtilités diagnostiques. »

Plus près de nous Tait (3) est du même avis : « Nous pouvons laisser de côté toutes ces affections (cancer et tuberculose des trompes), en disant que leur diagnostic est impossible et qu'il serait de peu d'importance s'il pouvait être fait. »

Pour Polaillon (1), dans l'état actuel (1889), le diagnostic est impossible.

Pourtant ce diagnostic a été fait et vérifié. En 1860, M. Boucher de la Ville-Jossy (2) diagnostiquait franchement ovarite tuberculeuse.

En 1868, M. Béhier (3) posait comme très probable le diagnostic de tuberculisation des organes génitaux, surtout marquée à droite.

Dans quatre cas de M. Terrillon on pense à la tuberculose, on la soupçonne.

Nous ne ferons pas ici le diagnostic de la salpingite en général ; la question que nous chercherons à résoudre est celle-ci : le diagnostic de salpingite étant posé, sur quoi peut-on se baser pour dire que cette salpingite est tuberculeuse ?

M. Terrillon est revenu à plusieurs reprises sur ces signes différentiels.

Un signe important serait la dureté de la tumeur et ses bosselures. Cette particularité, acceptée par Hégar comme signe pathognomonique, est notée dans presque toutes les observations anciennes. MM. Boucher et Béhier s'étaient fondés sur elle. Pourtant, d'après M. Pozzi, elle s'observerait dans nombre de pyo-salpinx non tuberculeux.

L'unilatéralité des lésions devrait faire songer à la tuberculose. Mais d'abord bien des salpingites banales ont toujours été *cliniquement* unilatérales. Notons ensuite que leur bilatéralité *anatomique* admise par tous les laparotomistes, depuis Tait, a cessé brusquement d'être article de foi le jour où les hystérectomistes ont réclamé pour leur opération toutes les lésions bilatérales. Si nous en croyons les statistiques que nous avons citées, la salpingite tuberculeuse est de toutes la plus fréquemment bilatérale.

Les poussées de pelvi-péritonite seraient plus fréquentes (dix-huit en quatre ans chez une malade de M. Terrillon). Mais elles ont manqué complètement dans les cas nombreux restés latents.

L'état général serait plus atteint. Ce signe a peut-être plus de valeur, mais encore faut-il faire dans la cachexie la part de la lésion pulmonaire et ne pas oublier que la fièvre vespérale a le droit de se montrer, lorsqu'il y a dans l'économie un foyer purulent quelconque.

Ce qui, à notre avis, a une importance bien plus grande, c'est l'absence de toute autre cause de salpingite. Lorsque, chez une femme qu'on a lieu de supposer de bonne foi, on ne trouve aucun commémoratif de grossesse ou de blennorragie, lorsque surtout on a affaire à une vierge, la nature tuberculeuse d'une lésion tubaire devient très probable.

Toute tuberculose antérieure ou concomitante devra faire soupçonner une salpingite de même nature, mais il ne faudra pas oublier que la tuberculose ne vaccine pas contre le gonocoque.

Enfin, dans tout cas suspect, on fera, s'il y a lieu, l'examen bactériologique et l'inoculation des sécrétions utérines. La découverte du bacille ou la production de tu-

(1) LEBERT. *Arch. f. gyn.*, 1892, IV, fasc. III, 1872.
(2) SEUVRE. Loc. cit.
(3) LAWSON TAIT. *Maladies des ovaires et des oviductes*, p. 100, Paris 1886.

(1) POLAILLON. Soc. obst. et gynécol. de Paris, in *Arch. de gyn.*, 1889 t. II, p. 380.
(2) In Th. de Brouardel, Obs. XXX.
(3) In Th. de Giraud, Obs. I.

berculés chez le cobaye, permettra d'affirmer la tuberculose.

En somme, dans certains cas, le diagnostic pourra être posé ferme, dans d'autres, il sera très probable. Les probabilités peuvent aller en diminuant jusqu'à rendre ce diagnostic impossible.

1° Chez toute femme atteinte de salpingite dont les sécrétions utérines donnent des inoculations positives ou laissent voir le bacille, le diagnostic est certain;

2° Il sera très probable si nous rencontrons une salpingite chez une vierge ou chez une femme n'ayant eu ni grossesse, ni blennorragie, mais présentant ou ayant présenté des manifestations tuberculeuses;

3° Si, chez une femme tuberculeuse ayant eu une grossesse ou une blennorragie, nous constatons une salpingite dure et bosselée, nous serons en droit de soupçonner la tuberculose des trompes;

4° Enfin, une femme non tuberculeuse pulmonaire, ayant dans ses antécédents un accouchement ou une blennorragie, pourra avoir une salpingite bacillaire sans que rien nous autorise à supposer cette nature à l'affection.

VI

Traitement. — Aran concluait à l'abstention systématique dans les affections utérines des tuberculeuses, en vertu de sa théorie du balancement. Pourtant ses contemporains n'imitaient pas sa pratique et Becquerel (1) était d'un avis opposé.

Dans les affections génitales de la femme, le traitement médical, longtemps seul employé, soulageait souvent, ne guérissait jamais. Beaucoup de ces invalides ont été rendues à la vie active par le traitement chirurgical. Mais, quand il s'agit de tuberculose, le premier doit toujours accompagner et continuer le second, seulement ce n'est plus le traitement médical de la salpingite, mais celui de la tuberculose : bonne hygiène, suralimentation, huile de foie de morue, arsenic, créosote, iodoforme. On ne traitera médicalement la salpingite que pendant les poussées aiguës ou lorsque toute intervention sera contre-indiquée.

Quant au traitement chirurgical, si le diagnostic était fait plus souvent, nous aurions, comme dans toute tuberculose chirurgicale, à faire le parallèle entre la méthode modificatrice et la méthode d'exérèse.

La première n'a jamais été employée à notre connaissance, mais nous voyons M. Jeannel (2) écrire que l'injection d'éther iodoformé serait plus applicable qu'aucune autre opération dans le cas de pyo-salpinx tuberculeux. Nous sommes donc autorisé à penser que c'est la seule difficulté du diagnostic qui a privé la science de quelques intéressantes observations d'éclatement intra-péritonéal d'un pyo-salpinx distendu par les vapeurs d'éther.

L'injection intra ou péri-salpingienne de chlorure de zinc n'aurait probablement pas été tentée, la seconde étant difficilement réalisable et le voisinage du péritoine étant de nature à faire réfléchir les partisans de la première.

Le seul traitement qui ait été employé, le seul qui soit raisonnablement à recommander, est donc l'intervention sanglante.

(1) Becquerel. *Traité clinique des maladies de l'utérus et de ses annexes*, 1859.

(2) Jeannel. Loc. cit.

Nous ne reprendrons pas ici la discussion sur l'opportunité de l'intervention opératoire chez les tuberculeux. Dans les cas de foyer isolé, l'accord est fait depuis longtemps : il faut enlever et le plus tôt est le mieux. Ce sera débarrasser la malade d'une infirmité et la mettre à l'abri d'une généralisation toujours menaçante. Si nous en croyons M. Jeannel (1), cette dernière affirmation serait téméraire. Il a constaté que, si l'on pratique l'amputation d'un membre inoculé avec de la matière tuberculeuse, l'animal n'en devient pas moins tuberculeux. Seize heures après l'inoculation, le sang contiendrait déjà des principes virulents. Mais l'homme est pour la tuberculose un réactif moins sensible que le cobaye ou le lapin, et quelques microbes dans le sang ne prouvent pas grand'chose, puisque notre ami Enriquez (2) a trouvé des staphylocoques dans l'urine aseptiquement recueillie d'individus bien portants, vivant simplement dans une salle où crachaient des phtisiques.

Quant à l'opportunité de l'intervention chez les tuberculeuses pulmonaires, nous ne pouvons mieux faire que de rapporter les paroles de Trélat à la Société de chirurgie (1883) : « Lorsque chez un tuberculeux l'une des localisations aggrave l'état général, il faut, si c'est possible, supprimer cette localisation par une opération d'exérèse; si, au contraire, ce sont les lésions viscérales qui dominent la scène, il faut s'abstenir de toute opération; la répartition de ces influences est toujours délicate, souvent difficile, parfois trompeuse. »

L'intervention décidée, quelle sera-t-elle ? Il y a peu de temps, la voie abdominale était seule pratiquée, aujourd'hui la voie vaginale lui fait concurrence.

Disons-le bien haut tout d'abord, de crainte que le lecteur ne se méprenne sur le fond de notre pensée : nous considérons que l'introduction de l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations pelviennes a été un bienfait; elle a permis de guérir des femmes qu'une salpingectomie abdominale incomplète aurait à peine soulagées, qu'elle aurait tuées si l'on avait poussé l'opération jusqu'au bout; elle a fait bénéficier de l'intervention chirurgicale d'autres malades qui auraient reculé devant une section abdominale, et pour qui tout traitement par les voies naturelles n'est pas une opération redoutée.

Mais que fait l'hystérectomie vaginale dans les cas, qui sont ses plus beaux triomphes, où l'extirpation des annexes ne peut se faire complètement ? De parti pris elle respecte les adhérences qui lui sont une barrière contre la péritonite; elle se borne à établir un large drainage de toutes les collections purulentes, drainage qui suffit, là comme ailleurs, à guérir toute suppuration franche.

Quand il s'agit de suppuration tuberculeuse, le drainage le plus large est toujours impuissant à amener la guérison; la cicatrisation ne se fait pas. Dans ces cas, en effet, le pus n'est presque rien, la paroi est tout; cette paroi ne constitue plus une barrière contre l'ennemi, c'est son avant-garde.

Dans toute tuberculose locale, c'est l'exérèse la plus complète possible qu'il faut se proposer pour but. Or, si nous en jugeons par les observations des laparotomistes, les

(1) Jeannel. Congr. pour l'ét. de la tuberculose, *Semaine méd.*, août 1888.

(2) Enriquez. *Contribution à l'étude bactériologique des néphrites infectieuses*, Th. de Paris, 1892.

difficultés de décortication qu'ils ont rencontrées auraient rendu impossible l'ablation vaginale.

Nous voyons à la laparotomie deux autres avantages; elle permet le lavage du péritoine dans le cas de rupture de la poche; elle modifie avantageusement la péritonite tuberculeuse qui peut accompagner la salpingite.

Nous dirons donc que toutes les fois que l'on soupçonnera la nature tuberculeuse d'une salpingite et qu'une intervention ne sera pas contre-indiquée, cette intervention devra être la laparotomie.

Cette laparotomie ne différera pas essentiellement de toutes celles que l'on pratique pour pyo-salpinx.

Si l'on tombe sur une poche non adhérente, ce qui est rare dans les observations que nous avons eues entre les mains, l'ablation sera des plus faciles.

Dans les cas plus fréquents où les adhérences rendent l'extirpation difficile, il sera bon de suivre les conseils de M. Terrillon. On se donnera du jour en agrandissant l'incision; à mesure qu'on avancera dans la décortication, on glissera le plus profondément possible des éponges ou des compresses montées sur pince, entre la main qui décortique et l'intestin refoulé. Souvent on se trouvera bien d'interposer, entre les éponges et la main de l'opérateur, la main d'un aide, qui soulèvera les éponges du côté du promontoire.

Malgré toutes les précautions on aboutira assez souvent à la rupture de la poche (4 fois sur 6 cas de Terrillon). Cette rupture est moins grave qu'on ne pourrait le supposer et n'a amené la mort qu'une fois dans les quatre cas de M. Terrillon.

L'ablation menée à bonne fin, on fera un abondant lavage du péritoine à l'eau stérilisée et tiède. Ce lavage sera surtout nécessaire dans les cas de rupture de la poche. C'est dans ces cas aussi qu'il sera indiqué de mettre un gros drain allant de la plaie au fond du douglas, ou, si l'on préfère, de faire un drain à la Mikuliez.

Enfin, dans certains cas, l'ablation sera impossible. On se bornera alors à ouvrir la poche, à la vider de son contenu, à en gratter la paroi et à fixer l'incision tubaire aux lèvres de l'incision abdominale. Dans ces cas, on sera presque sûr, malgré tous les traitements ultérieurs, de conserver une fistule.

Quant aux résultats de l'intervention, nous voyons que, sur les 41 cas réunis dans les thèses de Dausios et de Massia, on compte 3 morts opératoires, soit 7 p. 100. En somme, le résultat immédiat est favorable.

Quant à la survie des malades elle est très variable, comme dans toute ablation de tuberculose locale, et dépend surtout de l'état des poumons.

Dausios cite un cas de Hégar bien portant au bout de cinq ans, un autre bien portant au bout de trois ans. Deux autres opérées sont mortes phtisiques au bout de deux ans et deux ans et demi, une autre bien portante pendant deux ans, puis reprise de péritonite tuberculeuse. Les autres cas n'ont pas été suivis assez longtemps.

De Massia nous montre deux malades mortes de tuberculose généralisée au bout d'un an. Les cas suivis pendant assez longtemps sont une malade bien portante au bout de trois ans, une au bout de deux ans et demi, une au bout de deux ans. Une malade vit encore après deux ans, mais est tuberculeuse pulmonaire. Cinq autres se portent bien au bout d'un an et demi et un an.

Quant à la statistique des hystérectomistes elle est encore à faire.

Nous n'avons trouvé qu'un cas de M. Segond (1) avec ablation complète des annexes et péritonite mortelle au bout de trois jours, et deux cas de Lauwers [de Courtrai (2)] avec deux morts, l'une au bout de six semaines, l'autre par les progrès de la cachexie tuberculeuse.

Nous ne voulons pas juger d'après ces trois cas, mais nous attendons que des documents nouveaux nous fassent revenir sur l'appréciation défavorable que nous avons donnée, en nous basant sur la valeur du drainage dans les autres suppurations tuberculeuses.

(1) Segond. *Ann. de gyn.*, 1891, t. I, p. 161.

(2) Lauwers. Congr. internat. de gynécologie, Bruxelles 1892, *Méd. mod.*, 1892, p. 606.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 4 mai 1893, la chaire de physiologie générale au Muséum d'histoire naturelle est déclarée vacante.

— Un concours pour une place de chef de clinique ophtalmologique s'ouvrira, à la Faculté de médecine de Nancy, le lundi 29 mai 1893, à huit heures du matin.

— Le prix de médecine navale, pour l'année 1892, a été décerné à M. le médecin principal Reynaud, du corps de santé des colonies. Une mention honorable a été accordée à M. le médecin de première classe de la marine Hervé, et des témoignages de satisfaction ont été accordés à MM. les médecins de première classe de la marine Gazeau et Mercié.

— M. le docteur Chevallet est nommé médecin-adjoint au lycée de Saint-Étienne (emploi nouveau).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Th. Le Comte (de Vitteaux) et Ovize (de Cours).

— M. le professeur Bureau fera sa prochaine herborisation le dimanche 7 mai 1893, dans la forêt de Carnelle. Départ de Paris, gare du Nord, à huit heures quarante-cinq du matin, pour la station de Presles.

— M. le professeur Chauveau, membre de l'Institut, ouvrira le cours de pathologie comparée, au Muséum, le mardi 9 mai 1893, à deux heures un quart, au laboratoire de pathologie comparée, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— M. le docteur A.-J. Martin donnera sa prochaine conférence pratique du cours d'hygiène sociale, le dimanche 7 mai 1893, au Refuge municipal de nuit, rue du Château-des-Rentiers, 71, à neuf heures et demie très précises du matin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de pathologie externe, par Poulet et Bousquet, professeurs agrégés au Val-de-Grâce. 2e édition entièrement remaniée et remise au courant de la science, par A. Ricard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et H. Bousquet, professeur de clinique à l'École de médecine de Clermont-Ferrand. 3 forts vol. in-8°. Tome Ier : « Pathologie chirurgicale générale, maladies des tissus », avec 173 fig. dans le texte. — Tome II : « Pathologie des régions (tête, cou, poitrine et abdomen) », avec 231 fig. dans le texte. — Tome III : « Abdomen; Organes génito-urinaires; Membres », avec 343 fig. dans le texte. — Prix de l'ouvrage : 50 francs. — Paris, O. Doin.

Les hémorrhoïdes (*Bibliothèque Charcot-Debove*), par le docteur Ozenne. 1 vol. in-16, rel. d'amateur, tête dorée. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

Manuel pratique de dentisterie opératoire et notions élémentaires d'hygiène buccale et de thérapeutique dentaire à l'usage des médecins, par Louis Nux, médecin dentiste à Toulouse. 1 vol. in-18 de 140 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Petit précis de thérapeutique oculaire usuelle, par le docteur A. Bourgeois. 1 brochure de 51 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, le journal ne paraîtra pas jeudi.

Paris, le 8 mai 1893.

La sciatique provoque, on le sait, une attitude particulière bien décrite par M. Charcot. Elle résulte de ce que le malade porte tout le poids du corps sur la jambe saine et soulève la hanche du côté opposé. M. Chauffard montre à la Société médicale des hôpitaux (5 mai) un malade qui, après avoir été atteint d'une sciatique légère de courte durée, présente encore, alors que la guérison de la névralgie est complète, une scoliose des plus marquées. Il faudrait donc en conclure que le degré de la déviation spinale n'est nullement en rapport avec l'intensité de la névralgie et qu'elle peut lui survivre; son pronostic peut donc être tout à fait indépendant. Cette observation est, à ce point de vue, des plus instructives.

M. Babinski fait une intéressante, mais aussi un peu abstraite communication sur la nature et l'essence physiologique de la contracture hystérique et de la contracture organique. Pour lui, elles reconnaissent pour cause un mécanisme différent et on peut les distinguer cliniquement.

La contracture hystérique est pour lui, en somme, un phénomène psychique, qu'il explique de la façon suivante. Pour faire passer un muscle de l'état de relâchement à l'état de contraction, ou, en sens contraire, de l'état de contraction à l'état de relâchement, il faut un acte psychique, un acte volontaire. Les hystériques peuvent devenir incapables d'exécuter cet acte volontaire, de là la paralysie ou la contracture hystériques, suivant qu'au moment de l'abolition de l'action volontaire, les muscles étaient en état de relâchement ou de contraction.

M. Babinski pense qu'il n'en est plus de même dans les paralysies organiques et que cela se traduit en clinique par des allures particulières. C'est ainsi que l'exagération du réflexe tendineux ne se montre pas dans la majorité des cas de paralysie hystérique, tandis qu'avec la trépidation épileptoïde, il représente un des caractères de la paralysie organique. Les différences sont rendues très sensibles, lorsque, comme l'a fait M. Babinski, on provoque par suggestion une hémiplégie hystérique avec contracture, chez un malade atteint déjà d'hémiplégie organique du côté opposé.

L'emploi de la caféine, soit à l'intérieur, soit, plus encore, sous forme d'injections hypodermiques, a pris une grande importance dans le traitement de certaines pyrexies et surtout de la pneumonie. A l'aide de cet alcaloïde, on cherche à combattre l'adynamie générale et à relever l'action du cœur. D'après M. Faisans, la caféine serait capable de provoquer des accidents d'intoxication, des vomissements, de l'insomnie, de l'agitation, des hallucinations, du délire actif. Il a vu ces phénomènes se produire après l'emploi de la caféine et disparaître après sa suppression dans deux cas.

M. Raymond ne nie pas que la caféine ne puisse contribuer à provoquer des accidents cérébraux de cet ordre, mais il rappelle qu'ils peuvent se montrer aussi, dans la pneumonie, sans intoxication caféique, sous l'influence de la dénutrition de l'écorce cérébrale. On les a vus, en effet, assez souvent chez des pneumoniques qui n'avaient pas reçu de caféine. Ce sont surtout, du reste, les dégénérés héréditaires qui sont le plus sujets à des manifestations toxiques de cet ordre.

Il n'en faut pas moins surveiller l'effet possible de la caféine.

M. Variot a observé à l'hôpital Trousseau un enfant atteint de pyo-pneumothorax. Il existait sur le bord du sternum, au niveau d'un espace intercostal, une tuméfaction remplie de gaz qui communiquait avec la grande cavité thoracique; elle se gonflait pendant les mouvements inspiratoires et se vidait pendant l'expiration. On entendait à ce moment, à l'auscultation, une sorte de bruit de soupape assez particulier. Il est évident que la grande collection purulente s'était vidée, alors qu'il s'était fait déjà un abcès extérieur communiquant avec la plèvre. C'est là un fait exceptionnel.

M. Millard rapporte une observation dans laquelle, comme dans un cas récent de M. Juhel-Rénoy, une éruption de varioloïde s'est montrée chez une personne qui portait, d'autre part, des pustules de vaccine légitime.

M. Netter lit, au nom de M. Dupuis, l'histoire de quatre cas de typhus exanthématique observés à Saint-Denis. Paris était donc aussi investi de ce côté par cette maladie.

LES AFFECTIONS SUPPURATIVES DU PETIT BASSIN DE LA FEMME

DEVANT LE CONGRÈS DE CHIRURGIE

C'est la lutte ouverte entre les laparotomistes et les « vaginistes », ceux qui s'appellent les partisans de l' « autre voie ».

Écoutons d'abord les communications. M. Terrier ouvre le feu. C'est en son nom et au nom de son assistant, M. Hartmann, qu'il prend la parole.

Son étude porte sur 59 observations où la laparotomie a été pratiquée pour des lésions *indiscutablement suppurées.* Les malades étaient presque toutes âgées de vingt-quatre à vingt-six ans, presque toutes avaient eu une ou plusieurs grossesses.

Le siège des lésions est nettement relaté :

Dans 1 cas, il s'agissait d'une suppuration enkystée intra-péritonéale ouverte dans le rectum; dans 42 faits, de foyers manifestement en rapport avec la trompe; dans 3, d'abcès exclusivement ovariens; dans 1 *seul*, nous avons constaté l'existence d'une pelvipéritonite à loges suppurées multiples. Ce sont là des lésions bien différentes de la conception subjective des auteurs qui, pour prôner certain traitement des lésions suppurées des annexes, ont donné des descriptions par trop convaincantes.

Si maintenant nous allons plus loin, et si nous recherchons dans quelle partie de la trompe se développe la collection, nous voyons que c'est le plus souvent dans sa partie externe, que même, dans 17 cas, il s'agit de *suppuration localisée au pavillon* soit tubo-ovarienne (7 cas), soit tubo-intestinale (10 cas). Ces dernières, particulièrement intéressantes, ont été constituées 3 fois par des collections intermédiaires au pavillon et à l'anse oméga; 4 fois, par des abcès intermédiaires au pavillon, au cæcum et à des anses d'intestin grêle; 3 fois par des abcès localisés entre le pavillon et des anses d'intestin grêle.

Ces particularités dans le siège exact des lésions méritent d'être relevées; ces 10 cas de foyers en rapport avec l'intestin se trouvaient presque tous au niveau du détroit supérieur, loin de l'utérus par conséquent; ils nous expliquent ce fait, déjà constaté par tous ceux qui ont traité par l'hystérectomie un certain nombre de suppurations des annexes, à savoir la non-ouverture possible d'un foyer. Ils nous montrent aussi que les suppurations péri-utérines peuvent s'ouvrir dans des portions d'intestins plus élevées que le rectum, et qu'*évacuation d'un abcès par l'anus n'est pas le moins du monde synonyme d'ouverture d'un abcès dans le rectum.*

Tout en n'ayant pas toujours noté d'une façon précise l'état exact des adhérences des poches suppurées, nous voyons, dans nos observations, que 8 fois elles adhéraient à tous les organes de l'excavation, 21 fois à l'épiploon, 13 fois à l'anse oméga, 12 fois à l'intestin grêle, 10 fois au rectum, 8 fois à l'utérus, 8 fois à un des ligaments larges, 5 fois au fond du cul-de-sac recto-utérin.

Dans un certain nombre de cas, il existait des lésions inflammatoires manifestes des organes voisins, en particulier de l'intestin [épaississement, friabilité, induration cantonnée, et même des perforations antérieures à l'opération (8 fois)]. Dans un cas, il y avait même à la fois perforation de l'intestin et de la vessie, si bien que des matières intestinales passaient par la poche suppurée dans la vessie, s'y mélangeant à l'urine et donnant ainsi lieu à la production d'une variété peu connue de fistule intestino-vésicale.

Les chirurgiens de l'hôpital Bichat passent ensuite en revue les détails de leur technique opératoire, qui ne diffère pas ou presque pas de celle des autres chirurgiens.

Notons que le drainage abdomino-pelvien est très employé par nos deux confrères :

Ce drainage, auquel nous avons eu recours très largement dans 43 cas, est pratiqué avec de gros drains de caoutchouc désinfectés par l'ébullition dans de l'eau additionnée de sublimé. Lors de suintement sanguin persistant, malgré la compression temporaire avec des tampons portés sur des pinces ou avec une compresse, nous avons eu recours à la cautérisation légère des parties avec le thermo et au tamponnement iodoformé fait avec une lanière de gaze que l'on tresse et dont on laisse sortir l'extrémité par la partie inférieure non réunie de la paroi abdominale.

La durée du drainage a été des plus variables, de deux jours à un mois et demi, en général d'une dizaine de jours.

Toujours nous avons eu soin de limiter le foyer, mettant en rapport, les unes avec les autres, les parties mises à nu par la décortication et ramenant jusqu'à son niveau l'épiploon, que quelquefois même nous avons fixé par des sutures à la soie et que nous étendons ainsi au-devant du paquet intestinal, comme un tablier qui le sépare alors du foyer traumatique. Toujours, en un mot, nous cherchons à isoler le foyer drainé du reste de la cavité abdominale. Le fait de l'écoulement à l'extérieur des matières intestinales, qui s'est plusieurs fois produit dès le quatrième jour, montre bien qu'on arrive ainsi à créer un canal bien limité du foyer à l'extérieur, ce qui s'explique facilement lorsqu'on songe à la rapidité avec laquelle s'agglutinent les surfaces péritonéales.

M. Terrier se sert toujours du plan incliné :

Grâce auquel les intestins, sauf les anses adhérentes, tombent vers le diaphragme et laissent entièrement libre toute l'excavation, dès lors facilement accessible non seulement au doigt, mais aussi à la vue; c'est là un point sur lequel nous insistons. Il faut, dans ces opérations, voir et bien voir ce qu'on fait; c'est la seule façon d'agir méthodiquement, de découvrir et de refermer les déchirures ou perforations de l'intestin, sinon d'une manière définitive, tout au moins pendant un temps suffisant pour être sûr que des adhérences protectrices se seront formées et que le liquide intestinal épanché sera isolé de la grande séreuse péritonéale.

Signalons ce fait que M. Terrier, qui s'était déclaré l'adversaire de la suture à trois étages pour refermer l'abdomen, en est aujourd'hui un partisan convaincu :

Pour refermer l'abdomen, nous faisions au début la suture à un seul plan; ayant observé, à la suite de cette pratique, quelques cas d'éventration, nous l'avons abandonnée pour recourir, depuis le 12 avril 1890, à la suture à trois étages (péritoine, muscles et aponévrose, peau) : le premier à la soie fine, le deuxième à la soie moyenne, le troisième au crin de Florence. Afin d'éviter la formation de cavités virtuelles, où le sang pourrait s'épancher, nous avons soin de charger chaque fois au passage le plan sous-jacent déjà réuni, les fils du deuxième étage chargeant la première ligne de suture, les crins cutanés chargeant la suture musculo-aponévrotique. Le premier plan péritonéal de suture est fermé par des fils passant successivement à travers chacune des lèvres en faisant ainsi une série de capitons; le plan musculo-aponévrotique est aussi suturé par des points en capiton, enfin la peau est unie par des points simples, les uns profonds faits avec de gros crins, les autres superficiels avec des crins fins uniquement d'affrontement.

Voici les résultats obtenus :

Si nous prenons en bloc nos 59 cas, nous voyons qu'ils nous donnent 7 morts, soit une mortalité générale de 11,86 p. 100; mais si nous séparons notre statistique en deux parties, la première comprenant les opérations de 1888, 1889 et 1890, la deuxième les opérations de 1891 et 1892, nous trouvons que, tandis que la première série nous donne 5 morts sur 28 cas, soit 17,8 p. 100 de mortalité, la deuxième ne nous donne plus que 2 morts

pour 31 opérations, soit 5,71 p. 100 seulement de mortalité. Cet abaissement de la mortalité nous paraît en rapport avec ce fait, que c'est depuis cette époque que nous avons cherché systématiquement à opérer sous le contrôle de la vue au lieu de nous borner à arracher, en quelque sorte à l'aveuglette, les annexes du fond du bassin. C'est, en effet, en décembre 1890 que nous avons commencé à employer la position élevée du bassin.

Si nous comparons ces chiffres à ceux que donne l'hystérectomie vaginale appliquée aux mêmes cas, nous voyons qu'ils sont bien supérieurs. Ils le sont alors même que l'on fait aux hystérectomistes la partie belle, alors qu'on compare nos résultats dans les cas suppurés aux leurs dans toutes les inflammations péri-utérines, même en y comprenant les hystérectomies pour ovaires scléro-kystiques. M. P. Segond n'accusait-il pas, au dernier Congrès de gynécologie à Bruxelles, une mortalité de 11 morts pour 102 cas, dont 55 seulement étaient suppurés, mortalité portant probablement pour la plus grande part sur les 55 derniers cas? En effet, la première statistique publiée par ce chirurgien et contenant le détail des observations nous montre que, sur 23 cas, les 4 morts avaient exclusivement porté sur des cas suppurés.

Les résultats éloignés, dont la constatation est, dans l'espèce, de première importance, se sont montrés favorables. Quarante-six malades ont pu être suivies à longue échéance. Voici ce qu'elles ont montré :

Une malade, opérée depuis 1887, n'a plus jamais souffert et a constamment travaillé comme cuisinière : ses règes ont continué à venir d'une manière régulière, mais il s'est formé une éventration en bosse de polichinelle; 3, opérées en 1888, n'ont plus souffert : 1 a ses règles normales, l'autre perd de temps à autre un peu d'eau rousse.

Neuf, opérées en 1889, n'ont plus souffert depuis l'opération; 5 n'ont jamais eu leurs règles; 1 les a vues persister pendant onze mois, puis cesser complètement; 1 a eu des pertes qui ont nécessité un curetage et qui ont même partiellement récidivé après celui-ci : 1 a des règles un peu abondantes accompagnées de quelques contractions utérines; 1 enfin, après être restée un an sans rien perdre, a vu survenir à ce moment des pertes qui ont duré près de six mois, puis ont fait place à un suintement roussâtre, à peine teinté, qui persiste encore aujourd'hui.

Neuf, opérées en 1890, n'ont plus souffert depuis l'opération : 6 n'ont jamais eu de règles; 1 a eu des pertes pendant dix mois; puis des règles régulières; 1 a de petites règles d'eau rousse; 1 voit ses règles tous les trois mois.

Sept, opérées en 1891, n'ont plus souffert depuis l'opération; 1, porteuse d'une fistulette pyo-stercorale, a encore quelques petites douleurs; 1 n'a jamais eu ses règles; 1 les a eues trois fois en août, octobre 1891 et mai 1892; 1 les a presque tous les deux mois; 3 ont des règles un peu irrégulières : 1 a eu deux pertes pendant la première année, puis rien.

Seize, opérées en 1892, n'ont plus souffert depuis l'opération; 2 ont encore de petites douleurs; 10 n'ont jamais eu de règles; ont des règles régulières; 1, après avoir été réglée pendant huit mois d'une manière régulière, a vu ses règles se rapprocher, devenir plus abondantes et a dû subir récemment un curetage.

En résumé : 42 malades n'ont plus souffert depuis l'opération; 2 souffrent encore bien réellement; 2 ont de petites douleurs de temps à autre : aucune n'est immobilisée; 22 n'ont jamais eu leurs règles; 6 ont des règles régulières, 3 depuis le moment de l'opération, 2 après avoir eu pendant dix et onze mois des pertes, 1 après avoir eu deux pertes pendant la première année; 3 ont des règles un peu irrégulières; 3 les voient apparaître à deux et trois mois d'intervalle; 2 ont eu des métrorragies qui ont nécessité un curetage secondaire; 1 a des règles plus abondantes que normalement; 1, après être restée un an sans rien voir, a eu des pertes pendant quelques mois, puis perd constamment un peu d'eau rousse; 1 a de petites règles caractérisées par un écoulement d'eau à peine teintée.

Les résultats éloignés de la laparotomie sont donc en somme excellents. Le fait est d'autant plus intéressant que, sur les 46 opérées que nous avons pu suivre, il y en a 6 dont nous avons conservé les annexes d'un côté.

Après l'exposé de ses résultats, M. Terrier fait le parallèle de la laparotomie et de l'hystérectomie :

Quelles raisons invoquer dès lors en faveur de l'hystérectomie?

L'éventration? Mais depuis que nous avons substitué, à la suture à un seul plan, la suture à étages, c'est-à-dire depuis le mois d'avril 1890, nous n'avons observé qu'un cas d'éventration. Il s'agissait d'une tousseuse habituelle qui a eu, dans les jours qui ont suivi l'opération, une poussée de broncho-pneumonie.

L'impossibilité opératoire? Mais nous avons toujours pu opérer et nous croyons pouvoir dire que ce qui n'est pas possible pour un chirurgien l'est pour un autre armé d'une meilleure technique. La preuve en est dans notre dernière observation : dans une première laparotomie, le chirurgien d'un autre hôpital renonça à l'ablation des annexes; cette malade s'est présentée à nous; nous avons incisé de nouveau l'ancienne cicatrice, fait l'ablation des annexes et la malade a guéri.

La *nécessité de faire une hystérectomie secondaire?* Vraiment nous ne savons comment s'y prennent dans leurs laparotomies les prôneurs de l'hystérectomie, pour trouver tant de cas où cette opération devient secondairement nécessaire.

Nous n'avons jamais été obligés d'y recourir et cependant nous avons retrouvé la majeure partie de nos anciennes opérées (46 sur 52). Dans deux cas seulement, une deuxième intervention a été nécessaire, elle a consisté en un simple curetage.

Le seul inconvénient que nous avons constaté est la persistance, dans quelques cas, sinon d'une fistule pyo-stercorale, tout au moins d'une *fistulette stercorale* donnant, de temps à autre, une goutte de liquide; encore n'avons-nous pas perdu l'espoir de guérir les malades qui les portent, lorsqu'elles voudront bien rentrer dans le service pour guérir leur petite infirmité, si peu gênante le plus souvent qu'elles ne tiennent pas, pour s'en débarrasser, à se soumettre à un nouveau séjour hospitalier.

Ces fistules ne sont du reste pas spéciales à la laparotomie et elles peuvent s'observer aussi à la suite de l'hystérectomie vaginale qui, de plus, expose les malades aux lésions de la vessie et de l'uretère, lésions qui nous sont inconnues.

Que conclure de tout cela?

Dans les suppurations salpingo-ovariennes, la laparotomie donne des résultats éloignés parfaits et comme sa gravité est moindre, comme elle permet, dans un certain nombre de cas, de conserver sans accident les annexes d'un côté, elle est bien manifestement supérieure à l'hystérectomie, car nous ne pensons pas que le fait d'éviter une cicatrice abdominale soit un motif suffisant pour permettre à un chirurgien d'augmenter les risques de mort de son opérée.

L'importance de la communication faite par M. Terrier résulte des documents qu'il a apportés à l'appui de la thèse qu'il défend, du soin qu'il a mis à suivre ses malades. Elle contribuera certainement à ramener vers la laparotomie certains chirurgiens trop exclusivistes. Quelques-uns de ses élèves prennent ensuite la parole pour soutenir la même thèse.

M. Broca s'exprime en ces termes :

Mes laparotomies sont au nombre de 9, et elles se décomposent en : 1 drainage de la poche, 8 extirpations menées à bien avec 1 décès.

Le cas où j'ai dû me contenter de drainer la poche pourrait être compté en faveur de l'hystérectomie. Je ne crois pas toutefois qu'il doive en être ainsi. Il est relatif à la première salpingite — suppurée ou non — que j'aie opérée, et, pour mes débuts, je suis tombé sur un cas tout particulièrement difficile, avec poche incluse dans le ligament large. J'ai essayé de décortiquer, avec

quelques fautes dont je me rends compte maintenant, et constatant que j'allais, vu mon inexpérience, à un échec presque certain, j'ai préféré m'en tenir à l'acte dont je me sentais sûr, à la marsupialisation de la poche. Je pense que j'ai bien fait, et la malade a guéri : son état a été amélioré très nettement, mais les douleurs n'ont pas radicalement cessé.

Si j'analyse maintenant mon décès, le seul de la série, je constate que la mort y a été produite par une péritonite d'origine intestinale, une plaque noire existant sur le cæcum, en un point où j'avais rompu des adhérences. Peut-être l'aurais-je évitée si j'avais suturé, tout comme si elle était pénétrante, cette déchirure des tuniques externes. En tout cas, instruit par cet échec, j'ai, depuis cette époque, examiné toujours avec la plus grande attention les anses intestinales que j'avais libérées : chez trois malades, j'ai ainsi fait des entérorraphies, dont une pour une large déchirure complète, et toutes les trois ont parfaitement guéri, sans fistule stercorale.

La seule fistule stercorale que j'aie observée est relative à une femme dont je n'ai pas pu surveiller moi-même les pansements et chez qui on a laissé séjourner pendant quatre mois une mèche iodoformée : après son extraction, des matières fécales ont passé par la fistule, mais pendant quelques jours seulement.

Ce qui est plus fréquent, ce sont les fistules entretenues par le fil du pédicule : il est, en effet, impossible d'être certain de l'asepsie de ce pédicule, suppuré avant l'opération. Mais, au bout de quelque temps, avec de la patience et parfois avec une tige de laminaire, le fil s'élimine et la guérison est radicale. Cela m'est arrivé deux fois : mais il faut ajouter que, pendant le temps de la fistule, le reste de l'état local et l'état général étaient excellents.

Mes opérées ont été revues au moins quatre mois après l'opération, et leur santé reste parfaite ; plusieurs ont été examinées localement, et le palper bimanuel a démontré la souplesse de tous les organes et tissus du petit bassin.

Il ne s'agit là que de suppurations des annexes, et non point de salpingites non suppurées. Toutes les malades ont été opérées dans la position de Trendelenburg.

M. Boiffin (de Nantes) se prononce nettement pour la laparotomie ou les simples incisions vaginales ; l'hystérectomie n'est, pour lui, qu'une méthode de nécessité, d'exception, que l'on doit réserver aux lésions complexes avec fistules intestinales.

M. Delagenière (du Mans) est aussi un laparotomiste convaincu :

Au Congrès international de Bruxelles, nous avons affirmé la supériorité de la laparotomie sur l'hystérectomie vaginale pour les cas de suppurations pelviennes. Je m'appuyais alors sur les résultats de 18 laparotomies pour lesquelles je n'avais eu qu'une mort. J'apporte aujourd'hui 8 nouveaux faits de suppurations pelviennes graves : 4 malades ont été traitées par la laparotomie et ont toutes guéri ; 4 ont subi l'hystérectomie vaginale, l'une est morte de l'opération, les 3 autres, d'abord très améliorées, au point que deux d'entre elles auraient pu être considérées comme guéries opératoirement, sont mortes plus ou moins longtemps après leur opération. D'ailleurs, la statistique de M. Segond donne une mortalité de 10,7 p. 100 pour ses hystérectomisées, tandis que nous n'avons que 4,5 p. 100 pour nos laparotomisées. Au point de vue des résultats définitifs, sur mes 21 cas de guérison opératoire, une malade n'a pu être suivie, j'ai un cas de mort par tuberculose pulmonaire, sept mois après l'opération, une simple amélioration chez une neurasthénique, 3 malades non encore guéries mais convalescentes; enfin 15 cas de guérison complète.

Nous en arrivons donc à conclure que : 1° la voie abdominale pour les cas de suppurations pelviennes est la voie de beaucoup la plus sûre ; 2° les résultats définitifs de la laparotomie sont incomparablement supérieurs à ceux de l'hystérectomie.

M. Pozzi, après avoir rappelé qu'il a toujours combattu l'hystérectomie comme méthode générale du traitement des suppurations pelviennes, dit qu'il faut réserver à des cas exceptionnels cette grave mutilation.

Ses résultats montrent l'excellence de la laparotomie comme traitement des lésions des annexes :

Voici les chiffres portant sur la totalité des laparotomies pour lésions des annexes qui ont été faites dans mon service de Lourcine-Pascal au cours des deux dernières années, de février 1891 à 1893 (en y comprenant 30 opérations pratiquées pendant les vacances par M. Picqué). Il a été fait 162 laparoromies pour lésions inflammatoires bilatérales des annexes, savoir : 99 pour lésions non suppurées avec 99 guérisons, et 63 pour lésions suppurées, avec 58 guérisons et 5 morts. Si nous réunissons tous ces cas — qui auraient dû être, pour nos contradicteurs, traités par l'hystérectomie vaginale, — nous trouvons 162 laparotomies avec 157 guérisons, soit une mortalité de 3,9 p. 100. Et si nous mettons à part, comme on doit le faire, les lésions suppurées, nous trouvons pour ces 63 cas 5 morts, soit 7,93 p. 100.

J'ai voulu séparer ces deux dernières années, écoulées depuis l'apparition et la vulgarisation de l'hystérectomie vaginale pour les lésions des annexes.

Cela permettra de montrer la part que j'attribue comparativement à cette opération. En effet, voici le nombre des hystérectomies vaginales que j'ai pratiquées dans ce même laps de temps. En 1891, j'ai fait cette opération 8 fois ; en 1892, seulement 6 fois : au total, 14 hystérectomies, toutes guéries. Ainsi, sur 176 malades opérées pour des lésions inflammatoires des annexes, je n'ai trouvé que 14 fois, c'est-à-dire environ 8 fois p. 100, l'indication de l'hystérectomie.

Je restreins donc considérablement le champ de cette opération. Cependant, je la considère aujourd'hui comme une ressource précieuse dans les conditions suivantes, que je vais brièvement résumer :

1° Suppurations diffuses et anciennes englobant tous les tissus autour des annexes, et ayant donné lieu à des désordres tels que l'ablation d'une poche limitée paraît tout à fait impraticable ;

2° Lésions non suppurées mais très adhérentes et très anciennes, formant une masse où l'utérus et les annexes confondus sont soudés au petit bassin. Ici l'ancienneté des lésions est une considération capitale, ainsi que les poussées successives de pelvipéritonite. Il ne faut pas se hâter de diagnostiquer des adhérences invincibles, et l'on doit aussi se mettre en garde contre les notions fausses qui peuvent résulter de l'examen de la malade pendant une poussée aiguë, où l'œdème des parties profondes fausse tout à fait l'appréciation exacte des lésions ;

3° Fistules intarissables de la paroi abdominale ou du vagin succédant à la laparotomie avec ou sans drainage, et n'ayant cédé ni au curetage, ni à la dilatation, ni à la recherche d'un fil infecté resté dans la profondeur des tissus. Il ne faut pas croire que ces faits prouvent la supériorité de l'hystérectomie sur la laparotomie, car, inversement, j'ai dû ouvrir le ventre pour extirper des annexes suppurées qui entretenaient une fistule après une hystérectomie;

4° Persistance de tumeurs annexielles douloureuses à la suite d'une laparotomie qui a été impuissante à les extirper : c'est ce qu'on peut appeler l'hystérectomie secondaire ou complémentaire. On pourrait croire que l'hystérectomie est ici supérieure à la laparotomie ; il n'en est rien. J'ai dû faire parfois des laparotomies secondaires ou complémentaires après des hystérectomies, faites d'emblée pour lésions des annexes contre lesquelles elles avaient été impuissantes.

En résumé, la laparomie reste, pour moi, la règle ; je la crois plus efficace et moins grave. L'étude des résultats éloignés tranchera, je crois, le premier point quand nous aurons une expérience un peu plus longue : les hystérectomistes ne jouiront pas indéfiniment du bénéfice de la nouveauté de leur opération. Quant à la gravité immédiate, elle est déjà justiciable de l'examen des chiffres. J'ai donné ma statistique durant les deux dernières

années seulement par une sorte de courtoisie scientifique et ne voulant pas dépasser la période où mes contradicteurs pouvaient me suivre. Mais si pourtant je joins à ces chiffres ceux de l'année précédente (février 1890 à février 1891), j'aurai un total qui donnera une plus complète idée de mes résultats opératoires. Durant cette année, en effet, ma technique a été la même. Or, voici mes résultats, à l'hôpital, en y comprenant 8 opérations de M. le docteur Picqué :

Quarante-six laparotomies pour lésions inflammatoires des annexes, dont 27 pour lésions non suppurées et 19 pour lésions suppurées. Aucune mort, 46 guérisons.

En réunissant les trois années, j'ai donc, comme statistique intégrale, dans ma pratique hospitalière, pour cette période triennale : 208 laparotomies pour lésions inflammatoires des annexes avec 5 morts, soit 2,40 p. 100 de mortalité.

Ces opérations se décomposent comme suit :

Cent vingt-six laparotomies pour lésions non suppurées sans une seule mort, 82 laparotomies pour lésions suppurées avec 5 morts, soit une mortalité de 6,09 p. 100.

Je ne crois pas que l'hystérectomie vaginale, qui eût cependant pu être légitimement appliquée à tous ces cas par ses partisans, eût donné des résultats comparables.

Un mot maintenant sur ma technique opératoire dans la laparotomie. Elle diffère beaucoup de celle de M. Terrier et de ses élèves. J'attache une importance majeure au tact, accessoire à la vue. Par suite, j'opère à l'aide d'une petite incision de 5 à 6 centimètres permettant l'introduction de quatre doigts ou de la main entière. Je m'oriente sur le fond de l'utérus. Je recherche les annexes ou la tumeur qu'elles forment et le *plan de clivage* qui sépare la tumeur des parties auxquelles elle adhère. Je détache hardiment toutes les adhérences pariétales; si je sens des adhérences intestinales de quelque résistance, j'attire à l'extérieur l'anse et la tumeur pour les disséquer à l'aide de ciseaux et en faisant l'hémostase au thermocautère, sous mes yeux. Cela m'est arrivé plusieurs fois sans le moindre accident. Je ne me sers que très exceptionnellement de la position déclive. Je fais parfois le lavage du péritoine et le drainage à la gaze iodoformée quand je crains un suintement sanguin tardif. Si je redoute une véritable hémorragie, je fais le tamponnement de Mikulicz, que j'emploie aussi, après lavage, s'il y a eu souillure du péritoine par l'effusion des matières septiques.

Il semblait que la cause de l'hystérectomie fût définitivement perdue, lorsque M. Michaux fit entendre une protestation fortement motivée :

Vous venez d'entendre les défenseurs les plus éminents de la laparotomie pour suppurations pelviennes; je demande la permission de prendre la défense de l'hystérectomie vaginale dans les mêmes conditions, ayant eu l'occasion de pratiquer 25 fois cette opération avec 2 morts seulement, dont une par néphrite ancienne concomitante.

La comparaison que demandait M. Terrier est faite dans une thèse très documentée et très soignée que va soutenir prochainement M. Lafourcade, ancien interne du service de M. Labbé.

M. Lafourcade a réuni 375 cas de suppurations pelviennes traitées par l'hystérectomie dans divers grands services chirurgicaux, non compris 150 cas de M. Péan. La mortalité de ces 375 kystérectomies est de 34, soit 9,06 p. 100. La laparotomie dans les mêmes cas, peut-être dans des cas moins graves, et pour les mêmes chirurgiens autant que possible, donne, pour 396 cas, 58 morts, soit environ 15 p. 100 de mortalité. Je sais que les statistiques ne disent pas toute la vérité, mais celle que je viens de vous citer me semble singulièrement éloquente et démonstrative.

A la séance suivante, M. Segond, l'un des parrains de l'hystérectomie, vient défendre l'opération qu'il avait eu tort de croire généralement acceptée; et, reprenant les différents arguments de ses contradicteurs, il s'exprime ainsi :

Les communications de MM. Broca, Boiffin et Delagenière sont très intéressantes, mais j'y répondrai brièvement pour les raisons suivantes : M. Broca rapporte un seul cas d'hystérectomie vaginale, qu'il a pratiquée avec de grandes difficultés chez une femme ayant accouché récemment; le seul résultat de l'opération a été l'ouverture de l'intestin, et la malade est morte trois semaines plus tard; je sais, par ma propre expérience, combien l'hystérectomie vaginale est difficile en raison de la friabilité de l'utérus, chez les femmes qui ont accouché peu de temps auparavant, attendu que, tout récemment, j'ai opéré dans ces conditions avec des difficultés que je n'avais jamais rencontrées dans aucun autre cas. Quant à MM. Boiffin et Delagenière, ils ont fait, l'un 4 hystérectomies dont il n'a pas eu à se féliciter, et l'autre 4 hystérectomies qui ont toutes été suivies de mort; il me semble qu'avec 4 hystérectomies vaginales à son actif, on ne peut guère formuler des conclusions au sujet de cette opération, dont l'histoire commence à être assez importante pour que l'on puisse citer à son sujet des statistiques plus imposantes, telle que celle de Jacobs (de Bruxelles) qui a fait 117 hystérectomies vaginales pour suppurations péri-utérines, avec une seule mort.

M. Terrier a développé la statistique excellente que lui ont donnée ses laparotomies dans le traitement des suppurations pelviennes, et a opposé ses chiffres à ceux que j'ai publiés relativement aux résultats de l'hystérectomie vaginale : 59 laparotomies pour suppurations péri-utérines lui ont donné 7 morts, soit une mortalité de 11,86 p. 100, mais il fait observer que la mortalité a baissé notablement et n'est plus, en réalité, que de 5,71 p. 100 depuis qu'il opère sous le contrôle de la vue, alors que d'autres, comme M. Pozzi, préfèrent ne pas y voir, et cette remarque sur la pratique de M. Pozzi n'est pas sans intérêt quand on songe à l'insistance avec laquelle plusieurs chirurgiens, et M. Pozzi lui-même, ont reproché à l'hystérectomie vaginale d'être une opération aveugle.

Ce dernier chiffre, comparé à celui que j'ai donné à Bruxelles pour ma mortalité dans l'hystérectomie vaginale (11 morts sur 102 cas, dont 55 suppurés seulement), paraît être évidemment en faveur de la laparotomie. Mais ma mortalité a considérablement baissé, elle aussi, depuis que je me suis également efforcé de perfectionner l'opération, notamment en prenant le soin de faire toujours, avant de commencer l'hystérectomie, un curetage soigné de la cavité utérine. Depuis le Congrès de Bruxelles, en effet, j'ai pratiqué 25 hystérectomies pour lésions inflammatoires péri-utérines. Parmi ces 25 opérations, il en est 4 qui ont été faites pour des lésions non suppurées; je ne parlerai donc que des 21 cas de lésions suppurées graves qui m'ont donné seulement une mort, soit une mortalité de 4,28 p. 100. Si je voulais m'en tenir à ce chiffre, je pourrais dire que l'hystérectomie vaginale est moins grave que la laparotomie, pour le traitement des suppurations pelviennes, puisque, grâce aux perfectionnements opératoires, j'ai abaissé ma mortalité à 4,28 p. 100, alors que celle de M. Terrier, avec les derniers perfectionnements du manuel opératoire de la laparotomie, n'a pu descendre au-dessous de 5,71 p. 100. Mais j'estime que ce n'est pas sur des chiffres partiels qu'il faut discuter, et qu'il y a des considérations plus importantes que le pourcentage pour juger les indications opératoires.

J'ai fait actuellement 128 hystérectomies vaginales pour lésions inflammatoires péri-utérines, dont 51 se rapportent à des lésions non suppurées, et sur lesquelles je passe rapidement, me bornant à dire qu'elles ne m'ont donné aucun cas de mort, sauf un qui s'est produit, quinze jours après l'opération, par angine diphtérique; je puis donc dire que l'hystérectomie vaginale, que je pratique seulement quand l'ablation bilatérale des annexes est indiquée, donne une mortalité égale à 0, pour les cas de lésions péri-utérines non suppurées. Les 77 autres hystérectomies, faites pour suppurations péri-utérines, comprennent 11 morts, soit 14,28 p. 100, ce qui constitue une mortalité très supérieure aux chiffres obtenus dans d'autres statistiques, mais ne saurait être, cependant, considéré comme un argument décisif contre l'hystérectomie.

Ceci dit, et, laissant à l'avenir le soin de trancher définitivement la question de gravité comparative des deux méthodes, j'aborde la question des résultats éloignés de l'hystérectomie, que M. Terrier reconnaît être bons. M. Delagenière m'a parlé d'une de mes opérées qui souffre de nouveau depuis deux mois et à laquelle il doit faire une laparotomie; j'en ai fait moi-même une, il y a quinze jours environ, pour enlever un fragment d'ovaire, deux ans après l'hystérectomie, mais ce ne sont là que des faits isolés, qui ne suffisent pas à condamner l'opération, attendu que la laparotomie a, de même, ses écueils et ses inconvénients éloignés, constatés maintes fois par nous tous.

Ceci m'amène à parler des accidents opératoires de l'hystérectomie, sur lesquels on a beaucoup insisté; je vais donc résumer rapidement ceux qui me concernent.

En ce qui regarde le pincement de l'uretère et l'hémorragie, sur 250 hystérectomies vaginales que j'ai pratiquées, soit pour cancer, soit pour fibromes, soit pour inflammations péri-utérines, jamais le premier de ces accidents ne m'est arrivé et jamais je n'ai perdu une malade d'hémorragie : une seule fois, j'ai eu une hémorragie grave au cours de l'opération et cela tout récemment; à la suite de l'ablation des pinces, quarante-huit heures après l'opération, j'ai eu, en tout, cinq hémorragies, qu'on a pu maîtriser facilement.

J'ai ouvert 3 vessies, je les ai refermées et mes malades ne s'en portent pas plus mal.

J'ai ouvert 9 rectums, dont 3 par ma faute, les 6 autres étant déjà ouverts avant l'opération et l'orifice de communication n'ayant été qu'agrandi. Sur ces 9 malades, 2 sont mortes plusieurs mois après l'opération, de tuberculose pulmonaire, une troisième a encore une petite fistule, mais il s'agit d'un cas tout récent; quant aux 6 autres, elles ont guéri spontanément, notamment une femme qui, pendant quatre mois, a rendu par le vagin la totalité de ses matières fécales, sans consentir à une opération et chez laquelle la cicatrisation a fini par s'achever spontanément.

Après une nouvelle protestation de MM. Hartmann et Reynier, qui réclament encore en faveur de la laparotomie, la discussion est close.

Nous venons d'entendre les débats de cet intéressant procès; notre jugement sera des plus faciles.

Tout d'abord, il faut regretter que, dans « le traitement des suppurations pelviennes », il n'ait été question que d'extirpation, d'ablation. Il semble que le seul point intéressant soit la façon dont il faut enlever, mais que l'indication opératoire soit chose négligeable. Nous ne serions pas surpris cependant si, d'ici quelques années, la question changeait de face. Déjà certains chirurgiens, et des meilleurs, ouvrent les culs-de-sac vaginaux, incisent les collections suppurées, les lavent, les drainent, et les guérissent sans mutilation, sans ablation d'organe. On ne tardera pas à reconnaître que nombre d'abcès pelviens sont justiciables de cette méthode simple de traitement, et l'on précisera ses différentes indications. Pour le moment, tout est à l'ablation, et il ne s'agit que de savoir comment on enlèvera.

Des différentes communications que nous avons rapportées, il résulte ceci :

On enlèvera, par la laparotomie, toutes les lésions suppurées des annexes, haut situées, bien encapsulées et limitables; la laparotomie sera de rigueur si la lésion est unilatérale. L'hystérectomie sera réservée aux cas graves. Elle s'imposera toutes les fois qu'il y aura fistule intestinale, rectale ou vésicale. Elle sera également le procédé de choix dans les cas de suppurations diffuses, à foyers multiples, lorsque le petit bassin est une véritable éponge purulente.

Telles sont les indications spéciales aux deux procédés opératoires. Mais, à côté de ces cas-types indiscutables, il en est qui sont plus difficiles à classifier et pour lesquels le chirurgien se conduira un peu suivant ses tendances personnelles et ses habitudes opératoires. Il n'en est pas moins acquis que l'application de l'hystérectomie vaginale au traitement des suppurations pelviennes, quoique abusivement faite par certains, n'en constitue pas moins une indéniable conquête de la thérapeutique chirurgicale.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

129. M. Chanson. Essai sur les rapports de la paralysie générale et de la syphilis. — 130. M. Dufournier. Des injections des liquides organiques au point de vue physiologique et thérapeutique. — 131. M. Gasnier. Étude sur la paralysie faciale hystérique. — 132. M. Lully. La physiologie expérimentale appliquée à la thérapeutique. Contribution à l'étude expérimentale et clinique d'un produit cristallisé tiré de l'essence d'eucalyptus (bichlorhydrate d'eucalyptène). — 133. M. Brisson. Procédés d'extraction des corps étrangers intra-vésicaux. — 134. M. Pépin. Pathogénie et traitement opératoire de l'incontinence d'urine chez la femme. — 135. M. Roullet. Du pannus. De l'antipyrine dans le traitement local du pannus dit strumeux. — 136. M. Batchoursky. Contribution à l'étude du traitement opératoire du pied-bot paralytique (équin-varus fixe et ballottant). — 137. M. Lallemand. Des escharres vulvaires après l'accouchement. — 138. M. Mauclaire. Des différentes formes d'ostéo-arthrites tuberculeuses. Leur traitement par la méthode sclérogène pure ou combinée au curetage. Arthrectomie précoce et répétée. — 139. M. Royer. Étude sur les exostoses de croissance. — 140. M. Lauzeral. De l'action de quelques médicaments sur la tension artérielle. — 141. M. Leterrier. Du phlegmon sublingual, dit angine de Ludwig. — 142. M. Grandou. Étude clinique sur les relations de l'atrophie musculaire de l'adulte avec la paralysie infantile. — 143. M. Colin. Mycose leptotrixique pharyngée. — 144. M. Pannetier. De l'albuminurie chez les syphilitiques. Étude clinique et diagnostic.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Hosteing (de Saint-Germain-d'Esteuil) et L. Pouliot (de Confolens).

— Clientèle médicale à céder de suite, dans la banlieue de Paris. Ville de 5000 habitants. Rapport : 10000 francs par an.

S'adresser à M. Stiasnie, fabricant de microscopes (maison Vérick), 43, rue des Écoles.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nos lecteurs n'ont pas oublié la discussion sur la lèpre encore pendante à l'Académie. M. Zambaco, qui, dans une première communication, a cherché à démontrer l'existence de la lèpre, atténuée ou fruste, dans le nord de la France, est venu compléter cette communication et répondre aux diverses objections qui lui ont été faites. Tout d'abord, on lui avait reproché de n'avoir pas constaté le microbe de la lèpre sur les malades qu'il a présentés. Cette lacune est aujourd'hui comblée par les examens de M. Straus, qui a trouvé de nombreux bacilles sur des parcelles de peau prises chez plusieurs malades observés par M. Zambaco, en Bretagne. M. Zambaco a fait dans le midi de la France, en particulier dans les pays basques, la même enquête qu'en Bretagne. Ces recherches l'ont conduit à cette conclusion que la lèpre, atténuée ou métamorphosée, existe également dans ces pays. Enfin, il a pu démontrer de nouveau que plusieurs observations publiées sous les titres de maladie de Morvan ou de syringomyélie ne sont que des observations de lèpre. M. Zambaco tire de tous ces faits un ensemble de conclusions générales que nous publierons dans un de nos prochains numéros. Nous voulons seulement insister ici sur cette dernière conclusion rassurante que la lèpre diminue de plus en plus dans le Midi, et que le moment de sa disparition complète n'est pas très éloigné. Avec de l'hygiène et de la propreté, on arrivera à se débarrasser complètement de cette terrible maladie. C'est ce qu'avait, d'ailleurs, déjà entrevu un historien béarnais, en disant que l'usage du linge fera disparaître la lèpre. M. Zambaco ajoute, avec raison, qu'il ne suffit pas que le peuple ait du linge, mais qu'il faut encore que ce linge soit propre.

M. Dujardin-Beaumetz a fait un rapport sur l'intéressante observation communiquée récemment par M. Ducor, relative à des cas de transmission de la tuberculose et à la nécessité de la désinfection des logements occupés par les tuberculeux (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 365). A propos de cette observation, M. Dujardin-Beaumetz se demande si la tuberculose devra être comprise parmi les maladies dont la déclaration sera rendue obligatoire pour le médecin. Il ne le pense pas, et nous sommes complètement de son avis. Que deviendrait le rôle du médecin si la loi l'obligeait ainsi à dévoiler l'existence dans une famille d'une maladie comme la tuberculose? Que tous les médecins soient bien convaincus de la nécessité des mesures prophylactiques et hygiéniques, en particulier de la désinfection; qu'ils usent de toute leur autorité pour faire comprendre et faire accepter aux familles cette nécessité; cela sera très bien. Mais aller plus loin et les obliger à livrer un secret aussi grave que celui de l'existence d'une tuberculose dans une famille, cela nous paraît absolument inadmissible. Nous ne pouvons donc que nous associer à la sage conclusion formulée par M. Dujardin-Beaumetz à ce sujet.

La séance s'est terminée par une intéressante communication de M. Jeannel (de Toulouse) sur le traitement des tuberculoses chirurgicales suppurées par l'eau bouillante. Après avoir largement ouvert les foyers tuberculeux et garanti les parties voisines avec des compresses froides, M. Jeannel plonge dans ces foyers des tampons d'ouate hydrophile qu'il vient de tremper dans de l'eau à 110 degrés, et il badigeonne les foyers de façon que l'eau bouillante pénètre dans toutes les anfractuosités. Ce procédé lui aurait donné de bons résultats.

Signalons, enfin, une note de M. G. Sée sur l'action de la nucléine.

L'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Bucquoy sur les candidats au titre de correspondant étranger. Le classement a été arrêté ainsi qu'il suit : en première ligne, M. Schiff (de Genève); en deuxième ligne, M. Hlava (de Prague); en troisième ligne, M. Edward Seguin (de New-York); en quatrième ligne, M. Ali (d'Hispahan [Perse]).

REVUE GÉNÉRALE

L'antisepsie gastro-intestinale.

Par le docteur Albert MATHIEU,
Médecin des hôpitaux de Paris.

I

On sait quelle place ont prise, depuis quelques années, dans la pathologie générale et la thérapeutique, la théorie des auto-intoxications gastro-intestinales et la pratique de l'antisepsie du tube digestif. Rappelons rapidement la série

des travaux qui ont mis cette question à l'ordre du jour.

Tout d'abord, on démontre que les substances azotées peuvent, en subissant la putréfaction, donner naissance à des produits toxiques, et que ces toxines sont capables, une fois introduites dans l'organisme, de provoquer de graves accidents (Gaspard, Panum, Bergmann et Schmiedeberg, Selmi, Gautier, Brouardel et Boutmy, etc.). Stich constate la nocivité des matières fécales des animaux d'une espèce pour les animaux d'une espèce étrangère. M. Bouchard étudie, d'une façon plus précise, le pouvoir toxique des matières fécales de l'homme; il fait des extraits aqueux et alcooliques qu'il injecte à des animaux, et il compare le pouvoir nocif de ces extraits aux extraits de viandes en voie de putréfaction (1).

Les extraits des substances fécales ne se comportent pas absolument comme les extraits de viandes putréfiées. C'est ainsi que l'extrait aqueux des matières fécales est peu toxique et que l'extrait aqueux des matières putrides l'est fortement. Au contraire, la toxicité des extraits alcooliques des matières fécales l'emporte sur celle des extraits alcooliques des matières putrides.

C'est que, dans les matières intestinales, on trouve des éléments qui ne se rencontrent pas dans les viandes en voie de putréfaction, la bile en particulier. La *toxicité totale* des matières fécales est quelque chose de très complexe, dans lequel on doit ranger, d'après M. Bouchard :

En première ligne, des matières minérales, surtout la potasse;

En seconde ligne, des produits de fermentation intestinale, y compris l'ammoniaque;

En troisième ligne, des produits organiques de désassimilation, y compris la bile.

Ces poisons sont fournis par trois éléments, les ingesta, la bile et les matières putrides. Si nous pouvons peu, dans l'état actuel de nos connaissances, pour modifier la toxicité de la bile, par laquelle sont normalement éliminés certains déchets organiques, nous pouvons davantage sur la nocivité des ingesta et sur l'intensité des processus de putréfaction intestinale.

L'organisme, à l'état normal, est suffisamment protégé, par le foie et par les reins, contre les poisons qui lui viennent de l'intestin. Divers travaux, en particulier ceux de G.-H. Roger (2), ont démontré que le foie détruit au passage une partie des substances toxiques qui lui arrivent par la veine porte. Le rein élimine celles qu'il n'a pas pu détruire; de là la toxicité des urines. De là aussi, dans les maladies du foie et de l'intestin, l'indication de diminuer la production des fermentations nocives dans le tube digestif, en éloignant autant que possible de l'alimentation les substances déjà putréfiées, susceptibles d'apporter en quantité exagérée des agents de fermentation.

Mais les aliments ne pénètrent pas d'emblée dans l'intestin; ils sont d'abord reçus dans l'estomac, où ils séjournent un certain temps. On a donc pensé qu'il pouvait y avoir des auto-intoxications d'origine stomacale. On sait avec quel retentissement M. Bouchard a lancé la théorie de la dilatation stomacale et des auto-intoxications d'origine gastrique.

Les microbes qui fourmillent dans l'intestin ont dû l'atteindre surtout, sinon exclusivement, en passant par l'estomac. S'il y a indication, dans bien des cas, de pratiquer la désinfection de l'intestin, il y a également, dans certains cas, nécessité de pratiquer l'antisepsie de l'estomac. M. Bouchard a fait beaucoup pour le progrès de nos connaissances dans cet ordre de choses et pour la vulgarisation de ces données importantes. Il a constitué un corps de doctrines qui tiendra une place considérable dans l'histoire de la médecine. Si son œuvre n'est pas à l'abri de critiques partielles, quelquefois graves, il a cependant rendu, par ses recherches et ses publications, un très grand service, et il a contribué largement à ouvrir à la thérapeutique des horizons nouveaux.

Nous nous proposons, dans le travail qui va suivre, après avoir indiqué ce qui nous paraît justifié dans la doctrine de l'auto-intoxication, de faire la critique des moyens indiqués pour obtenir la réalisation de l'antisepsie gastro-intestinale et de dire quels sont les agents et les procédés d'intervention que les recherches récentes ont désignés comme les plus utiles et les moins nuisibles.

Nous examinerons successivement l'antisepsie gastrique et l'antisepsie intestinale, division artificielle, qui rendra l'exposition plus aisée.

II

Antisepsie stomacale. — Tout d'abord, une question préalable : Y a-t-il jamais lieu, et quand y a-t-il lieu de faire pratiquer l'antisepsie de la cavité gastrique?

A l'état normal, il se fait dans l'estomac une véritable antisepsie naturelle, par l'intermédiaire de l'acide chlorhydrique, ainsi que la chose est démontrée par une série de recherches.

Cohn (1), en 1889, a affirmé que la fermentation lactique s'arrête lorsqu'il y a, dans le suc gastrique, une quantité d'acide chlorhydrique suffisante pour transformer les phosphates en phosphates acides, c'est-à-dire quand il y a plus de 0,70 p. 1000 d'acide chlorhydrique. La fermentation acétique s'arrêterait avec 0,50 à 0,70 d'acide chlorhydrique. La pepsine isolée n'a aucune action.

Ces conclusions, il est vrai, sont en opposition avec celles de Hirschfeld (2). D'après cet auteur, les cultures du bacille lactique de Pasteur et de Hüppe ne sont que momentanément ralenties par des doses d'acide chlorhydrique, supérieures à celles qu'indique Cohn (1 à 2 p. 1000); mais la production de l'acide lactique ne tarde pas à reprendre. On obtient un arrêt complet qu'avec une proportion d'acide chlorhydrique supérieure à celle que l'on peut rencontrer dans l'estomac humain. Les recherches cliniques montrent, du reste, que, chez les hyperchlorhydriques, il y a très souvent une quantité plus ou moins considérable d'acides organiques.

Le bacille lactique dont il est ici question n'a pas seulement comme action la formation de l'acide lactique; il donne lieu aussi, aux dépens des matières azotées, à la production de substances toxiques qu'ont étudiées R. Wurtz et Leudet (3).

On voit, d'après cela, que l'hyperacidité organique du

(1) Bouchard. *Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies*, p. 95. — *Thérapeutique des maladies infectieuses*, 1889, p. 268.

(2) G.-H. Roger. *Action du foie sur les poisons.*

(1) Cohn. *Ueber die Einwirkung der Kuestlichen Magensaftes auf Essigssaüre und Milchsaüre gæhrung*, Inaug. Dissert., Strasbourg.

(2) Hirschfeld. *Arch. f. die Ges. Physiol.*, t. XLVII.

(3) R. Wurtz et Leudet. *Arch. de méd. expérim.*, 1891, p. 435.

suc gastrique, avec excès d'acide lactique, peut devenir une indication de procéder à l'antisepsie stomacale.

D'autres auteurs ont recherché quelle est l'action du suc gastrique sur les divers microbes. La chose ne manque pas d'intérêt. En effet, des microbes nombreux sont introduits chaque jour dans l'estomac par l'alimentation, par la salive même de la bouche, et il est d'un intérêt très grand de savoir comment ces microbes se comportent en présence du suc gastrique, s'ils sont susceptibles de se développer dans l'estomac, dans quelles conditions ils parviennent dans l'intestin et, lorsqu'ils y arrivent, dans quelle mesure ils ont conservé leur virulence.

Hamburger (1) a vu que le bacille typhogène d'Eberth est tué par 1,85 p. 1000 d'acide chlorhydrique, le bacille du choléra par 1 p. 1000. Pour cet auteur, le pouvoir antiseptique du suc gastrique de l'homme est en proportion avec sa richesse en acide chlorhydrique; mais il est diminué par toutes les combinaisons de l'acide chlorhydrique avec les substances diverses présentes dans l'estomac pendant la digestion.

Straus et R. Wurtz ont expérimenté sur le suc gastrique du chien (2). Ils ont vu que le bacille de la tuberculose est tué, en dix-huit à trente-six heures, dans l'étuve à 38 degrés, par le suc gastrique d'un chien renfermant 2,95 p. 1000 d'acide chlorhydrique (3). Après six et douze heures, ces bacilles ont perdu déjà une grande partie de leur virulence, ainsi qu'en témoigne leur injection au cobaye.

Le bacille du charbon est tué dans les mêmes conditions, en une demi-heure; le bacille de la fièvre typhoïde, en deux ou trois heures; le spirille du choléra asiatique, en deux heures.

Il résulte de ces travaux que l'action antiseptique du suc gastrique est chose très réelle, mais aussi qu'elle n'est jamais complète. C'est pourquoi on trouve toujours des microbes dans la cavité de l'estomac (de Bary, Abelous, Capitan et Morau); mais ces microbes y sont en quantité beaucoup moins considérable que dans l'intestin. D'après M. Bouchard, les microbes formaient, dans quelques cas examinés par lui, le tiers de la masse des matières fécales.

L. Straus et R. Wurtz ont montré que le suc gastrique, abandonné à lui-même, se stérilise complètement en *une huitaine de jours;* ce sont là des conditions particulières qui ne se réalisent pas dans l'estomac. Nous avons vu, de notre côté, que lorsqu'on abandonne des sucs gastriques à eux-mêmes, ceux qui renferment une quantité suffisante d'acide chlorhydrique conservent un taux invariable d'acidité; ceux, au contraire, qui sont pauvres en acide chlorhydrique, acquièrent souvent, par le fait des fermentations acides, un taux d'acidité notablement supérieur à celui qu'ils présentaient au moment même de leur extraction.

Le suc gastrique a donc bien l'action antiputride, antifermentescible, que Spallanzani a été le premier à lui reconnaître, et c'est à l'acide chlorhydrique qu'il doit cette propriété; mais cette action antiseptique, suffisante pour modérer les fermentations secondaires, n'est jamais capable de les arrêter complètement.

L'idée de l'auto-intoxication d'origine gastrique, énoncée déjà par Litten (1) et par Naunyn (2), a été développée et vivement défendue par M. Bouchard. Il a basé sur elle sa conception clinique et pathogénique de la dilatation de l'estomac. Sa doctrine est bien connue : nous la résumerons rapidement. Pour lui, la dilatation de l'estomac est chose fréquente; elle passe souvent inaperçue, si on ne la recherche pas systématiquement; elle se traduit par une stase du contenu stomacal, qui, en vertu de l'indigence du suc gastrique en acide chlorhydrique dans ces cas, permet à des fermentations anormales de se produire dans l'estomac lui-même, d'y donner naissance à des substances nocives pour l'organisme, permet à des microbes pathogènes de pénétrer en nombre exagéré dans l'intestin. C'est la porte ouverte, en particulier, à la tuberculose et à la fièvre typhoïde.

M. Bouchard et ses élèves (3) ont attribué, entre autres choses, à la dilatation et à la stase gastriques à peu près tout l'ensemble des phénomènes que d'autres auteurs, et en particulier M. Charcot, attribuent à la névropathie primitive et surtout à la neurasthénie.

On peut en effet faire à M. Bouchard et à ses élèves de graves objections relativement à leur doctrine de la dilatation de l'estomac et de ses conséquences pathogènes :

1° Ils admettent la stase lorsqu'elle n'existe pas (Debove, A. Mathieu);

2° Quand la stase existe réellement, il y a souvent non pas absence ou indigence d'acide chlorhydrique, mais assez souvent, au contraire, hyperchlorhydrie, et cela précisément dans des cas où on observe cliniquement l'ensemble symptomatique que M. Bouchard fait, par l'intermédiaire de l'auto-intoxication, dériver indirectement de l'hypochlorhydrie;

3° Le plus souvent, les phénomènes nerveux précèdent et dominent les phénomènes gastriques (Charcot);

4° Les phénomènes neurasthéniques peuvent se rencontrer sans aucune espèce de trouble appréciable de la digestion gastro-intestinale (Charcot).

Quand on retranche les faits d'hyperchlorhydrie et de dyspepsie secondaire à la névropathie de l'ensemble des faits attribués par M. Bouchard à la dilatation de l'estomac, quand on n'admet la stase que lorsqu'on a pu la démontrer *de visu* par le lavage de l'estomac (Debove), les observations de dilatation vraie, avec stase et fermentations gastriques excessives, deviennent relativement rares.

Cependant elles existent réellement. Lorsque la motricité de l'estomac est beaucoup diminuée, lorsqu'il existe au pylore un obstacle plus ou moins considérable, il y a dans l'estomac stase d'une quantité plus ou moins considérable de matières dans lesquelles les fermentations secondaires se développent très facilement. Cela se traduit quelquefois par une véritable putréfaction, souvent par une hyperacidité organique plus ou moins élevée.

Dans ces conditions, il faut procéder à l'antisepsie de l'estomac. Cette antisepsie pourra se faire par des *moyens mécaniques* et par des *moyens chimiques.*

Les moyens mécaniques sont le vomissement et le lavage de l'estomac.

L'administration d'un *vomitif* est un moyen classique de traitement et de guérison de l'embarras gastrique; l'effet

(1) HAMBURGER. *Centralbl. Klin. Med.*, 1891, nº 24.

(2) STRAUS et R. WURTZ. De l'action du suc gastrique sur quelques microbes pathogènes, *Arch. de méd. expérim.*, 1889, p. 370.

(3) Il s'agit sans doute là de l'acidité totale et non de l'acide chlorhydrique libre.

(1) LITTEN. *Berlin. klin. Wochens.*, oct. 1882.

(2) NAUNYN. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, Bd. XXXI, 1882, Hft. 3-4.

(3) LE GENDRE. Th. de Paris, 1885.

est plus complet encore lorsque, à l'aide d'un *éméto-cathartique*, on provoque à la fois le vomissement et la purgation. Ainsi se trouve réalisée une véritable antisepsie mécanique, un véritable nettoyage du tube digestif. Or l'embarras gastro-intestinal paraît être assez souvent, sinon toujours, le résultat d'une auto-intoxication d'origine gastro-intestinale.

Le *lavage* est certainement un moyen puissant d'obtenir l'antisepsie gastrique, nous avons même grande tendance à le considérer, avec M. Hayem (1), comme le meilleur moyen de la réaliser.

Le lavage peut être fait avec de l'eau pure, de l'eau bouillie de préférence, ou avec des solutions plus ou moins antiseptiques ; on ne se contente plus, avec elles, d'évacuer mécaniquement l'ensemble du contenu de l'estomac, avec les agents microbiens et les produits toxiques, on veut faire aussi la désinfection des parois de la cavité.

On a proposé de nombreuses solutions : acide salicylique à 2 ou 3 p. 1000; thymol à 0,5 p. 1000; borax à 2 p. 100; créoline à 0,5 ou 1 p. 1000. On en a proposé bien d'autres encore (permanganate de potasse, résorcine, hyposulfate de soude, chlorate de soude, etc.). Nous pensons qu'on peut se contenter de pratiquer le lavage à l'eau bouillie.

Lorsqu'il y a simplement dyspepsie nervo-motrice atonique avec tendance momentanée à la stase et à l'hyperacidité organique, il suffit souvent de quelques lavages semblables, au début du traitement, pour voir l'hyperacidité disparaître. Les résultats sont naturellement moins complets et beaucoup moins durables lorsqu'il y a une grande dilatation permanente, irréductible, avec ou sans lésion du pylore, avec ou sans lésion des tuniques musculaires. Le lavage doit être, dans ces conditions, répété plus souvent.

On a cherché à réaliser l'*antisepsie chimique* de l'estomac, en administrant bien des médicaments différents. Citons, en première ligne, l'acide chlorhydrique.

L'idée de donner l'acide chlorhydrique dans les cas où l'estomac n'en produit pas naturellement et où il s'y fait, en vertu de la stase, des fermentations excessives et anormales, était très naturelle. On voulait ainsi remplacer dans la peptonisation l'acide chlorhydrique absent et du même coup obtenir un certain degré d'antisepsie gastro-intestinale.

L'absence ou la diminution de l'acide chlorhydrique peuvent produire, en effet, une exagération des putréfactions intestinales et des travaux récents paraissent en donner la preuve indirecte. Watzbutzky (2), sur les conseils de Naunyn, a recherché chez 12 malades les acides sulfo-conjugués dans les urines ; il les a trouvés augmentés chez 4 malades : 3 étaient atteints de carcinome stomacal, le quatrième avait une grande dilatation gastrique. Or, chez ces malades, il n'y avait pas d'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique. Il faut savoir que, d'après les recherches de Baumann et d'autres auteurs, les acides sulfo-conjugués de l'urine résultent de la putréfaction intestinale; c'est un des modes d'élimination des produits de cette putréfaction. Chez 5 autres malades, il y avait abaissement au-dessous de la normale du chiffre des acides sulfo-conjugués. La proportion était normale dans trois cas de cancer qui présentaient une hyperacidité marquée d'origine organique. Watzbutzky se demande si les acides organiques (lactique et butyrique surtout) n'ont pas joué un rôle désinfectant semblable à celui de l'acide chlorhydrique.

Il serait intéressant de savoir ce que deviendraient, en cas semblable, les acides sulfo-conjugués de l'urine après un traitement antiseptique de l'estomac et, en particulier, après l'administration de l'acide chlorhydrique, qu'on a donné souvent, en cas semblable, à doses plus ou moins élevées.

L'acide chlorhydrique peut être prescrit de différentes façons : par gouttes, x à xxx gouttes, après chaque repas, en plusieurs fois dans de l'eau, en solution. M. Hayem donne dans un demi-verre d'eau une ou deux cuillerées à bouche d'une solution à 1 p. 200; M. Bouchard un ou plusieurs verres à bordeaux, d'une solution d'acide chlorhydrique fumant pur à 4 p. 1000.

La plupart des antiseptiques que nous énumérerons à propos de l'intestin ont été donnés pour amener l'antisepsie intestinale. Nous exposerons tout à l'heure quelles sont leurs qualités et leurs défauts.

Nous ordonnons volontiers pour notre part de l'eau boriquée saturée, c'est-à-dire à 3,3 p. 100, à 1 p. 30; on peut très bien en donner 300 grammes par jour en deux fois, ce qui correspond à 10 grammes d'acide borique. Cette dose est parfaitement supportée ; nous l'avons donnée sans inconvénient appréciable pendant des périodes successives de plus de dix jours. L'acide borique nous a paru utile dans des cas de stase avec fermentations acides.

III

Antisepsie intestinale. — La plupart des auteurs ont eu en vue simultanément l'antisepsie gastrique et intestinale; l'estomac était visé au même titre que l'intestin. Le benzonaphtol paraît fournir le moyen d'atteindre l'intestin sans impressionner l'estomac, ce qui constituerait un véritable progrès. Quoi qu'il en soit, nous serons amené à parler ici autant de l'estomac que de l'intestin; le premier étant comme l'antichambre du second, la distinction de l'antisepsie gastrique et de l'antisepsie intestinale est chose bien incertaine dans bon nombre de cas. En général, cependant, l'intestin doit être visé beaucoup plus que l'estomac, parce que la stase gastrique permanente, en dehors de l'hyperchlorhydrie, n'est pas chose très fréquente, et qu'en fait d'auto-intoxication, même avec la complicité partielle de l'estomac, le mal vient beaucoup moins de celui-ci que de l'intestin.

On peut distinguer ici encore une *antisepsie mécanique* et une *antisepsie chimique*.

Il y a deux modes de l'antisepsie mécanique : la *purgation* et le *lavage du gros intestin*.

Il y a longtemps que les médecins font, à l'aide des purgatifs, de l'antisepsie intestinale sans le savoir. Ne sont-ils pas le remède à juste titre consacré de l'embarras gastro-intestinal, des diarrhées aiguës, surtout d'origine alimentaire ? On s'accorde à employer, surtout dans ces conditions, les sels purgatifs, soit en nature, soit sous forme d'eaux minérales.

Chez les enfants, on donne depuis longtemps le calomel de préférence; il est chez eux d'une administration facile. Dans ces derniers temps, prenant en considération les propriétés antiseptiques des préparations mercurielles, on a été amené à l'administrer non seulement à titre purgatif, mais en même temps de purgatif et d'antiseptique. On l'a vanté dans la fièvre typhoïde, dans le choléra. Le calomel a été

(1) Hayem. *Leçons de thérapeutique*, t. IV.
(2) Watzbutzky. *Arch. f. experim. Pathol.*, Bd. XXVI, p. 133.

employé dans la fièvre typhoïde par Liebermeister, Wunderlich, Salet (de Saint-Germain), M. Bouchard (1). Ce dernier, dans 32 cas, a donné 40 centigrammes de calomel par jour, à raison de 2 centigrammes toutes les heures, jusqu'à salivation; malgré certains avantages, il a abandonné cette méthode, parce qu'il a observé dans les cas ainsi traités une durée insolite de la convalescence.

Cet inconvénient disparaît, si l'on donne, au début seulement, le calomel pendant quatre jours, à la dose de 40 centigrammes, en vingt pilules de 2 centigrammes, d'heure en heure. Sur 390 cas, M. Bouchard n'a pas observé un seul cas de stomatite.

Le calomel a été conseillé dans le choléra, exactement au même titre que dans la fièvre typhoïde.

Il faut bien dire que son action antiseptique dans l'intestin n'est pas admise par tout le monde et Biernacki (2) n'a pas vu la quantité des produits de putréfaction intestinale diminuer après l'administration du calomel. Steiff n'a pas non plus constaté la diminution des acides sulfo-conjugués dans les urines (3), chez des malades auxquels on avait donné 90 centigrammes de calomel par jour en trois doses.

D'après ces expériences, le calomel n'aurait donc, à titre antiseptique, aucune supériorité sur les purgatifs alcalins.

On a beaucoup recommandé, dans ces derniers temps, le *lavage du gros intestin*. On peut obtenir par cette opération une antisepsie recto-colique par évacuation et par action médicamenteuse.

Cantani a, en particulier, vivement prôné ces grands lavages. On peut les exécuter soit avec un tube œsophagien de Debove, que l'on introduit profondément, soit avec des appareils spéciaux (entéroclyseurs), qui consistent essentiellement dans un entonnoir ou un réservoir susceptible d'être tenu plus ou moins élevé et un long tube de caoutchouc muni à son extrémité d'une bougie canule destinée à être introduite le plus profondément possible dans le rectum (4).

A l'aide d'un semblable appareil, on peut faire pénétrer dans le gros intestin des masses considérables de liquide (2 à 3 litres) et certains auteurs ont la conviction, non absolument justifiée, qu'en procédant ainsi, on peut forcer la valvule de Bauhin, la barrière des apothicaires et pousser le liquide injecté jusque dans la partie inférieure de l'intestin grêle [Cantani, Damman et Mosler, Mada (5)].

Ces grands lavages sont, lorsqu'il s'agit de réaliser l'antisepsie intestinale, bien supérieurs aux simples lavements, qui n'ont qu'un effet évacuateur trop souvent encore incomplet.

Tantôt on s'est servi de l'eau chaude, tantôt de solutions médicamenteuses, différentes, plus ou moins antiseptiques, plus ou moins modificatrices.

L'eau chaude est en somme l'agent employé dans les stations minérales dans lesquelles on donne les douches ascendantes (Plombières, Aix-les-Bains, etc.). C'est surtout dans la colite chronique, muco-membraneuse, que, par cette pratique, on obtient de bons résultats. Elles ont été employées et peuvent être employées encore dans le cancer de l'intestin inopérable (Dujardin-Beaumetz), dans le choléra (1) et dans d'autres cas d'entérite. Lorsqu'il existe des ulcérations intestinales, il ne faudra pas introduire de grandes quantités d'eau sous une pression considérable, à cause des dangers de dilacération et de rupture. Il ne faut pas oublier, en effet, qu'en mettant un réservoir élevé en communication avec le gros intestin rempli de liquide, on réalise absolument la disposition de l'expérience dite en physique du crève-tonneau.

Parmi les solutions antiseptiques utilisables pour l'entéroclyse, nous signalerons les suivantes. M. Dujardin-Beaumetz, dans le cancer rectal et la colite muco-membraneuse, fait ces grands lavages intestinaux avec de l'eau naphtolée (25 centigrammes de naphtol α pour un litre d'eau); dans la colite muco-membraneuse, il prescrit aussi des lavages iodés (10 grammes de teinture d'iode pour un litre d'eau). On peut se servir encore de l'eau sulfo-carbonée, c'est-à-dire saturée de sulfure de carbone; de solutions faibles de nitrate d'argent, 10 à 50 centigrammes pour un litre d'eau (Eichhorst). Ewald conseille les lavements chloratés (50 à 75 centigrammes pour 250 grammes d'eau de chaux). Cantani conseille dans le choléra l'entéroclyse avec 3 grammes de tannin. M. Bouchard reproche à l'eau boriquée saturée de provoquer une irritation du gros intestin qui se traduit bientôt par l'élimination de fausses membranes blanchâtres, semblables à celles de l'entérite muco-membraneuse.

Il va sans dire que le lavage du gros intestin sera toujours accompagné d'autres pratiques d'antisepsie intestinale, et que, suivant les indications éventuelles, on fera simultanément le lavage de l'estomac, l'antisepsie par le naphtol, le salol ou le benzo-naphtol. Il sera prescrit un régime alimentaire susceptible de contribuer à cette antisepsie, et cela d'après des règles générales sur lesquelles nous reviendrons tout à l'heure.

IV

Antisepsie médicamenteuse. — Pour réaliser l'antisepsie intestinale, on a essayé d'un nombre considérable de substances : le charbon de bois, l'iodoforme, le camphre, le calomel, le sulfure noir de mercure, le salicylate de bismuth, la naphtaline, l'eau sulfo-carbonée, la résorcine, le salol, l'antipyrine, les naphtols α et β, le bétol, le benzo-naphtol..., et cette énumération n'est pas complète.

Quels sont les avantages et les inconvénients de ces diverses substances et comment doit-on les employer? C'est ce que nous allons maintenant examiner.

M. Bouchard a indiqué au Congrès de Copenhague quelles sont les conditions à remplir pour obtenir une bonne antisepsie du tube digestif :

1° La substance antiseptique doit être insoluble, ou tout au moins fort peu soluble, de telle sorte qu'elle ne puisse être absorbée en quantité notable et causer des accidents toxiques.

2° Elle doit être sous forme de poudre, aussi ténue que possible, de façon à pénétrer partout, à se mélanger intimement aux matières à désinfecter et à imprégner toute leur masse.

(1) Bouchard. *Thérapeutique des maladies infectieuses*, p. 323.
(2) Biernacki. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1891, t. XLIX, p. 87.
(3) Steiff. *Zeits. f. Klin. Med.*, t. XII, p. 310.
(4) M. Dujardin-Beaumetz a fait construire un entéroclyseur très simple qui me paraît répondre à toutes les nécessités de cette pratique. (*Traitement des maladies du foie*, 1893, p. 23)
(5) Eichhorst. *Handb. der spez. Pathol. und Therapie*, 1885, Bd. II, p. 168.

(1) M. Bourcy, dans la dernière épidémie, s'est loué de leur emploi.

3° Elle sera donnée par doses fractionnées.

M. Bouchard a cherché à réaliser ces desiderata théoriques, en employant successivement un mélange d'iodoforme et de charbon végétal, le salicylate de bismuth, la naphtaline et enfin le naphtol β. Les sulfites, les hyposulfites, l'acide phénique, la créosote, l'acide borique, préalablement essayés, ne lui avaient donné aucun résultat favorable.

Il donnait chaque jour 1 gramme d'iodoforme et 100 grammes de charbon végétal, qu'il faisait prendre en dix à douze fois par jour (1). Il obtenait ainsi la désodoration complète des matières fécales; mais il avoue lui-même qu'il fallait un véritable courage pour avaler cette mixture.

La naphtaline avait l'inconvénient d'amener une irritation vive de la vessie et de l'urèthre.

M. Bouchard, en dernier terme, s'est arrêté à l'emploi du naphtol β et du salicylate de bismuth, donnés d'après la formule bien connue :

Naphtol β finement pulvérisé .	15 grammes.
Salicylate de bismuth	7gr50

Mêlez et divisez en trente cachets, en prendre de trois à douze en vingt-quatre heures.

Le naphtol et le salicylate de bismuth ont depuis joui d'une grande vogue, et on les a mélangés à d'autres substances, suivant la nuance thérapeutique que l'on désirait obtenir.

Si l'on veut surtout combattre la diarrhée, on peut remplacer la magnésie ou la rhubarbe par de la craie préparée ou du sous-nitrate de bismuth.

Voici, à titre d'exemples, quelques formules :

Salicylate de bismuth . .	} āā 10 grammes.
Magnésie anglaise. . . .	
Bicarbonate de soude . .	

Divisez en trente cachets, un avant chaque repas (Dujardin-Beaumetz).

Naphtol β	} āā 10 grammes.
Salicylate de bismuth . .	
Magnésie ou rhubarbe. .	

Pour trente cachets : deux à quatre par jour.

La résorcine a aussi ses partisans convaincus. Menche (2) l'a prescrite contre la diarrhée des enfants : une cuillerée à café d'une solution à 1 p. 300 ou à 1 p. 500. Il l'ordonne aussi chez l'adulte, dans la dilatation et le cancer, jamais dans l'ulcère. La résorcine doit être bien pure pour être bien tolérée.

Résorcine	2 grammes.
Teinture de gentiane	10 —
Eau.	180 —

Une grande cuillerée toutes les deux ou quatre heures.

(1) Iodoforme. . . . . 1 gramme.

Faites dissoudre dans

Éther . . . . 10 grammes.
Charbon végétal porphyrisé. 100 —

Mêlez. Laissez l'éther s'évaporer à l'air libre et mélangez au mortier avec

Glycérine. . . . . 100 —

(2) Menche. *Centralbl. f. klin. Med.*, 1891.

On peut associer aussi la résorcine à l'acide chlorhydrique, à la rhubarbe, au bicarbonate de soude, etc.

Ewald l'associe à parties égales au benzo-naphtol et au salicylate de bismuth.

On peut donner de 2 à 3 grammes de résorcine par jour à l'intérieur, par doses de 50 centigrammes à 1gr50 (Soulier).

Le naphtol et le salicylate de bismuth ne sont pas sans inconvénients.

M. Hayem (1) reproche au naphtol de provoquer une irritation assez vive de l'estomac, irritation qui se traduit d'abord par une augmentation de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique. Le naphtol serait donc, en tout cas, formellement interdit aux malades qui ont de l'hyperchlorhydrie et de l'hypersécrétion; il augmenterait chez eux l'irritation déjà excessive de la muqueuse. Chez les autres, il y aurait à craindre, après une irritation passagère, un épuisement du pouvoir digestif du suc gastrique. Ce reproche général pourrait être fait à la plupart des antiseptiques gastro-intestinaux. Il y a donc lieu de ne les administrer, en tout cas, qu'avec précaution, et de ne pas continuer leur usage d'une façon trop prolongée.

Pour M. Hayem, le lavage de l'estomac serait le meilleur moyen d'obtenir l'antisepsie de cet organe; c'est également notre opinion.

Du reste, d'une façon générale, nous aimons mieux agir sur l'estomac en excitant sa motilité par les boissons chaudes, l'ipéca, les amers, la noix vomique, que de nous attacher à combattre par des antiseptiques les fermentations anormales dont il peut être le siège. Chez les dyspeptiques simples, de l'espèce la plus commune, il suffit, après avoir fait deux ou trois fois le lavage, d'exciter la motricité de l'estomac, de combattre l'atonie de sa musculature, de prescrire un régime convenable, pour voir disparaître l'hyperacidité organique. Cela ne suffit plus dans la grande dilatation avec stase permanente vraie : il faut alors renouveler suffisamment le lavage stomacal.

Tous les antiseptiques qui renferment ou qui fournissent par dédoublement de l'acide salicylique, seraient susceptibles, d'après M. Gilbert, de recevoir le même reproche : ils exposent au danger du salicylisme. D'après M. Brouardel, il suffirait de 2 grammes d'acide salicylique par jour, pour amener des accidents graves chez les albuminuriques.

Il est certain, toutefois, que le salicylate de bismuth qui se dédouble en acide salicylique et en oxyde de bismuth, a été administré sans inconvénient appréciable dans un grand nombre de cas. C'est, il est vrai, un assez piètre antiseptique d'après M. Bouchard. Il y aurait lieu de se défier au même titre du bétol (salicylate de naphtol), qui se décompose dans l'intestin en acide salicylique et en naphtol, de l'eucalyptol qui n'est qu'un mélange d'acide salicylique et d'acide phénique, d'après la formule :

Acide salicylique.	6 grammes.
Acide phénique	} āā 4 —
Essence d'eucalyptus. . .	

Il ne faut pas oublier le salol, qui se décompose en acide phénique et en acide salicylique dans l'intestin; cette décomposition commencerait même dans l'estomac, d'après certains auteurs (2). Cependant, il a été bien souvent em-

(1) Hayem. *Leçons de thérapeutique*, t. IV.

(2) Reale et Grande. Sulla scomposizione del salolo nello stomaco, *Rivista clin. e terap.*, oct. 1891.

ployé avec succès. Il faudrait, toutefois, s'en défier chez les malades atteints d'une lésion rénale et, dans les conditions ordinaires, ne pas en prolonger l'usage d'une façon excessive. On en obtient de très bons effets dans certains cas de diarrhée et même de diarrhée chronique.

Il peut être employé seul, en cachets, à la dose de 2 à 4 et 6 grammes.

On l'a souvent mélangé à d'autres substances, dans le traitement de la diarrhée et de la dyspepsie (1).

N'existe-t-il donc pas des antiseptiques intestinaux qui, sans renfermer d'acide salicylique, ne produisent sur l'estomac aucune action malfaisante?

L'*acide lactique*, d'après M. Hayem, le *benzo-naphtol*, d'après MM. Gilbert et Le Gendre, rempliraient ces conditions.

Rappelons comment M. Hayem a été amené à employer l'acide lactique, d'abord contre la diarrhée des enfants, puis dans les diverses entérites infectieuses, et en particulier dans la fièvre typhoïde et le choléra. Des recherches faites dans son service, à son instigation, par M. Lesage, ont démontré que la diarrhée verte des enfants est attribuable à un bacille particulier dont les cultures sont tuées par l'acide lactique. De là à employer cet acide dans le traitement de cette diarrhée, il n'y avait qu'un pas. L'acide lactique y a donné d'excellents résultats. Essayé contre les autres diarrhées des enfants, il s'est également montré très efficace (2).

L'acide lactique, loin d'entraver la digestion gastrique, comme la plupart des autres substances antiseptiques, aurait au contraire sur elle une action favorable; son administration à haute dose (10 et 15 grammes par jour) ne donnerait lieu à aucun trouble de la digestion; son action antifermentescible, très nette, est cependant moins marquée que celle de l'acide chlorhydrique. Il réussit bien contre les diarrhées de diverses causes, moins bien cependant dans la colite que dans les autres affections intestinales, sans doute parce qu'il ne parvient pas en quantité suffisante dans le gros intestin (3).

M. Hayem recommande de le donner en limonade, sous la forme suivante :

Eau.	800	grammes.
Sirop de sucre.	200	—
Acide lactique. . . . . 10 à	15	—

On administre cette limonade par demi-verres dans l'intervalle des repas. Les bons effets obtenus avec elle contre le choléra nostras, le fait que le bacille virgule ne peut se développer dans un milieu acide, ont tout naturellement conduit M. Hayem à préconiser cet acide contre le choléra asiatique. On l'a largement employé dans la dernière épidémie (4). Comme il n'a guère été donné seul, il est difficile de démêler quelle a été son action spéciale dans les traitements institués. Dans plusieurs cas, nous avons vu des diarrhées cholériques assez légères rapidement arrêtées par la limonade lactique, chez des malades que l'on soumettait à la diète complète. Cela nous encouragerait à nous en servir encore au besoin, cela d'autant mieux que la limonade lactique est volontiers acceptée par les malades, qu'elle constitue une boisson acide qui n'a rien de désagréable.

M. Hayem emploie beaucoup le képhir : c'est à l'acide lactique qu'il attribue en grande partie son action favorable.

Le benzo-naphtol, préparé par Maikopar en 1869, a été étudié de nouveau par Yvon et Berlioz (1).

Il a fait l'objet d'une importante communication de M. Gilbert à la Société médicale des hôpitaux, le 6 mai 1892. Le benzo-naphtol ne subit dans l'estomac aucune modification; il le traverse sans être altéré. Il est dédoublé dans l'intestin en naphtol et en acide benzoïque, et ce dernier est éliminé en partie par les reins à l'état d'acide hippurique. Il n'y a donc à craindre avec lui ni l'action irritante du naphtol sur l'estomac, ni l'action nocive de l'acide salicylique sur les reins. C'est là un précieux avantage. A la dose de 3 à 5 grammes par jour, par prises de 50 centigrammes, en cachets, il n'a aucun effet nuisible appréciable sur la digestion. Il n'excite pas la sécrétion chlorhydrique comme le naphtol.

Sous son influence, M. Gilbert a vu le pouvoir toxique des urines s'abaisser d'un tiers chez un malade atteint d'hépatite parenchymateuse tuberculeuse.

M. Le Gendre (2) a confirmé les déclarations de M. Gilbert; des nombreuses substances qu'il a essayées, c'est le benzo-naphtol qui lui a donné les résultats les plus satisfaisants. Il en a obtenu de bons effets dans les typhlites, les appendicites, les colites simples ou dysentériformes, en un mot dans tous les cas où il y avait une lésion de l'intestin accompagnée de fermentations anormales et de phénomènes consécutifs d'auto-intoxication.

C'est donc, en somme, au benzo-naphtol que nous sommes amené à donner la préférence lorsqu'il s'agit de faire l'antisepsie intestinale, de même que nous donnons la préférence au lavage, quand il s'agit de faire l'antisepsie de l'estomac. Nous croyons que cet agent est destiné à prendre dans la thérapeutique la place occupée jusque-là par le naphtol.

V

Nous devons nous demander maintenant dans quelle mesure l'antisepsie du tube digestif se trouve réalisée par la médication, et, plus particulièrement, l'antisepsie intestinale. Tout d'abord il est incontestable, comme l'a montré M. Bouchard, que par le charbon, le naphtol, on obtient la disparition à peu près complète de l'odeur spéciale de putridité que présentent les matières fécales : c'est là une preuve directe de l'action utile des substances employées. On en a cherché des preuves indirectes. Chez un homme atteint d'embarras gastrique. M. Bouchard a vu la toxicité urinaire tomber de plus de moitié sous l'influence de l'antisepsie intestinale.

Charrin a fait une constatation analogue (3) : « Chez trois malades atteints d'entérite chronique, j'ai réussi, grâce

(1) Voici deux formules de M. Dujardin-Beaumetz :

Salol. . . . . }
Salicylate de bismuth. . } *āā* 10 grammes.
Bicarbonate de soude . . }

dans la dyspepsie avec diarrhée.

Salol. . . . . }
Benzo-naphtol . . . . . } *āā* 10 grammes.
Magnésie. . . . . }

En trente cachets. Un ou deux avant chaque repas.

(2) Hayem. Acad. de méd., 17 mai 1887.

(3) Soc. méd. des hôpit., 27 juin 1890.

(4) L. Galliard. Traitement du choléra, *Gaz. des hôpit.*, 26 fév. 1893.

(1) Yvon et Berlioz. Soc. de thérap., 11 nov. 1891.

(2) Le Gendre. Soc. méd. des hôpit., 13 mai 1892.

(3) Charrin. *Poisons de l'organisme.*

au naphtol β administré dans la proportion de 4 grammes en vingt-quatre heures, à supprimer un tiers de la toxicité des urines. »

Haagen et Goffi (1) ont recherché l'acide kynurique, produit d'origine putride, que l'on trouve surtout dans l'urine du chien. Ils ont vu cet acide diminuer sensiblement après la stérilisation des aliments par l'ébullition ou par divers antiseptiques.

Les chiens alimentés avec de la viande bouillie pendant plusieurs heures, au lieu de 406 milligrammes d'acide kynurique n'en présentaient plus que 24 centigrammes par jour; c'est une diminution de 40,9 p. 100.

Avec le salol, l'acide kynurique a diminué de 32 p. 100; avec le thymol de 13,4 p. 100, avec la naphtaline de 54 p. 100. L'action de l'iodoforme a été à peu près nulle.

On a cependant mis en doute l'utilité des antiseptiques gastro-intestinaux. Stern (2) a employé sur des animaux les substances antiseptiques les plus vantées (calomel, naphtol β, naphtaline, salol, camphre). Jamais il n'a pu obtenir une stérilisation complète des matières fécales qui, ensemencées sur des milieux de culture, ont toujours donné naissance à d'abondantes colonies microbiennes.

Pour lui, la diminution des acides sulfo-conjugués dans les urines n'a pas grande valeur, parce qu'elle ne démontre qu'une chose : la diminution des substances d'origine putride dans l'intestin. Or, la putréfaction n'est pas tout, ce sont surtout les agents pathogènes qu'il faudrait atteindre. Pour voir dans quelle mesure les microbes sont détruits dans l'intestin par les agents antiseptiques, il a fait ingérer à des animaux des cultures d'un bacille facile à reconnaître, le *bacillus prodigiosus*, et il l'a retrouvé dans les fèces en grande abondance.

Faut-il conclure de ces expériences à la vanité parfaite des tentatives thérapeutiques qui ont pour but l'antisepsie intestinale? Non certainement. D'abord la diminution des produits toxiques qui ont pour point de départ la putréfaction n'est nullement à négliger. L'auto-intoxication putride peut être la cause isolée de la maladie, mais elle peut toujours se surajouter à d'autres éléments morbides. Ne supprimerait-on ou ne limiterait-on qu'elle, que ce serait déjà un résultat considérable; on aurait ainsi supprimé une complication importante.

D'autre part, il est certain qu'il n'y a pas lieu de chercher à réaliser l'antisepsie complète de l'intestin; il est évident que cette antisepsie ne serait pas conciliable avec la vie. Une antisepsie totale, absolue, arrêterait certainement l'action des ferments digestifs et aussi de ces fermentations d'origine microbienne qui nous sont utiles. Duclaux a montré, en effet, qu'il y a dans l'intestin des microbes qui émulsionnent les graisses, qui coagulent la caséine, qui peptonisent les substances albuminoïdes, qui transforment l'amidon en sucre, qui intervertissent le sucre de canne, qui exécutent, en un mot, tous les actes nécessaires à la digestion des diverses variétés de substances alimentaires.

Ce qui importe c'est de ramener les fermentations à leurs limites physiologiques, d'arrêter et de limiter celles qui sont particulièrement nuisibles.

Nul doute que les vomitifs, les purgatifs, le lavage de l'intestin et de l'estomac, et l'antisepsie médicamenteuse ne puissent être utiles dans ce but : la grande difficulté est d'adapter à chaque cas morbide le mode et la dose d'antisepsie qui lui convient.

(1) Cités par Charrin.

(2) Stern. *Zeitsch. f. hyg.*, Bd. XII, Hft. 1.

VI

Nous ne pouvons quitter ce sujet sans dire quelques mots de l'antisepsie alimentaire. Les aliments pouvant introduire dans le tube digestif des agents figurés de fermentation et des produits toxiques déjà élaborés au dehors, il convient de diminuer dans la mesure du possible cette cause pathogène.

Les accidents bien connus du *botulisme* démontrent d'une façon très nette combien est dangereuse pour l'organisme, l'ingestion des poisons et des microbes de la viande en voie de putréfaction.

Dans les viandes putréfiées, il y a des alcaloïdes d'origine animale qui agissent rapidement et produisent des accidents tout à fait comparables à ceux que provoquent certains alcaloïdes d'origine végétale. Ces toxines donnent lieu à des phénomènes rapides d'intoxications sans période d'incubation. Les agents figurés, qui ont besoin d'un certain temps pour se développer, pulluler dans l'intestin et y fabriquer des poisons, ne révèlent pas immédiatement leur présence. Toutefois, toxines déjà fabriquées et agents figurés de fermentation peuvent coexister, et, dans les célèbres épidémies suisses, on a vu, à côté de cas à évolution rapide, des cas rappelant beaucoup la fièvre typhoïde par leur symptomatologie et leur durée, ce qui ne se comprendrait guère sans l'intervention d'un élément microbien.

Toutes les viandes faisandées, avancées, les fromages forts seront donc éliminés de l'alimentation toutes les fois qu'il y aura lieu de diminuer le taux des auto-intoxications intestinales.

Comme les aliments fournissent un milieu d'autant plus propice aux fermentations secondaires et à la putréfaction que leur masse est plus considérable, qu'elle a été moins complètement imprégnée par le suc gastrique, que leur digestion est plus lente, leur séjour dans l'intestin plus prolongé, il convient que ces aliments soient réduits au minimum, et aussi finement divisés que possible. De là les bons effets de l'alimentation richement azotée, facilement divisée par la mastication, comme les œufs, ou hachée préalablement, comme la viande crue.

Les légumes en nature, surtout les légumes verts, augmentent la masse intestinale, la divisent fortement et rendent plus faciles les fermentations nuisibles. Les aliments azotés en excès fournissent un abondant milieu de culture aux microbes de la putréfaction.

Le lait est un bon aliment toutes les fois qu'il s'agit de diminuer les fermentations intestinales. Il n'introduit guère de toxines, il est d'une facile digestion. De là ses bons effets contre la diarrhée, et, en particulier, les diarrhées chroniques.

Cependant, il peut servir de véhicule à des germes divers, au bacille lactique, au coli-bacille, lorsqu'il a séjourné dans des salles de malades où se trouvent des enfants atteints de diarrhée [Lesage (1)], etc. Aussi a-t-on stérilisé le lait, et il est certain que le lait stérilisé a rendu de grands services, dans le traitement des entérites et de la diarrhée, surtout de la diarrhée des enfants.

Si donc, dans le même régime, on diminue beaucoup les

(1) Lesage. Soc. méd. des hôpit., 22 janv. 1892.

aliments azotés, si on donne le lait à la fois comme aliment et comme boisson, des purées de légumes et surtout de légumes secs, on se sera mis dans des conditions telles qu'avec un régime mixte répondant à toutes les exigences de la nutrition et des dépenses organiques, on aura réduit au minimum les sources de l'auto-intoxication d'origine alimentaire.

C'est dans ses traits principaux la formule générale du régime végétarien si vanté par M. Dujardin-Beaumetz. Il convient à beaucoup de cas : aux dyspeptiques hypo-chlorhydriques, surtout à ceux qui ont tendance à l'hyperacidité organique, aux cas légers d'entérite chronique y compris l'entérite tuberculeuse, aux cas légers ou en voie d'amélioration de l'entérite chronique des pays chauds, à certains cas d'entérite muco-membraneuse, à certains cas de cancer du rectum et du gros intestin, aux albuminuriques, aux malades atteints de lésions chroniques du foie.

Les indications en sont donc très étendues. On doit, du reste, retenir de ce régime beaucoup plus encore le principe que la lettre.

Nous ne pouvons pas insister davantage ici sur cet élément de l'antisepsie gastro-intestinale ; il nous suffit d'en avoir indiqué l'importance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 mai 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

COMMUNICATION

Action de la nucléine. — M. G. Sée dit que l'on désigne, sous le nom de nucléine, une série de substances extraites d'abord du noyau des cellules de la pulpe splénique et, plus récemment, de diverses autres cellules. Contrairement aux albumines, elle renferme de l'acide phosphorique, ce qui en fait des protéines phosphoriques.

Administrée à l'homme à la dose de 2 à 3 grammes, sous forme de poudre incolore ou jaunâtre, insoluble dans l'eau et l'alcool, soluble dans les alcalis étendus, la nucléine est inoffensive ; elle ne produit que l'augmentation du nombre des globules blancs, soit de véritables phagocytes.

Aussi peut-elle rendre de grands services pour le diagnostic des tuberculoses latentes. Chez de tels sujets, l'ingestion de 2 à 3 grammes de nucléine provoque une hyperpyrexie s'élevant à 40 degrés pendant deux ou trois jours ; à l'auscultation, des râles fins, etc., révèlent une suractivité de la tuberculose jusque-là latente.

RAPPORT

Désinfection des logements occupés par les tuberculeux. — M. Dujardin-Beaumetz lit un rapport sur la communication de M. Ducor sur ce sujet.

A l'occasion de cette communication, M. Dujardin-Beaumetz pose la question de savoir si la tuberculose devra être comprise parmi les maladies dont la déclaration devra être rendue obligatoire pour le médecin. Il conclut négativement. Il pense qu'il faut encourager le public à faire opérer la désinfection des logements occupés par des tuberculeux. Du reste, la population a bien compris l'importance de cette désinfection. Les chiffres des demandes formulées dans ce but s'accroissent tous les jours.

LECTURES

La lèpre dans le midi de la France en 1893. — M. Zambaco Pacha fait une communication sur ce sujet. (Voir au Premier-Paris.)

Traitement des tuberculoses chirurgicales suppurées par l'eau bouillante. — M. Jeannel (de Toulouse) donne lecture d'un travail sur ce sujet. (Sera publié.)

L'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 mai 1893. — Présidence de M. Perier.

RAPPORT

Fistule urétéro-vaginale guérie par l'abouchement de l'uretère dans le côlon iliaque ; guérison. — M. Bazy fait un rapport sur une observation adressée par M. Chaput.

A la suite d'une hystérectomie vaginale incomplète, exécutée pour une salpingite, une jeune malade de vingt-neuf ans présenta un écoulement persistant d'urine par le vagin. Il s'agissait d'une fistule de l'uretère gauche, dont l'orifice vaginal fut impossible à franchir avec un stylet. La fistule étant située très haut, presque inaccessible, au milieu de tissus indurés, dans un vagin étroit et cicatriciel, l'auteur renonça à employer les procédés de réparation classiques des fistules urétéro-vaginales.

Il rejeta également la néphrectomie qui supprime un organe sain très important et fit l'abouchement de l'uretère gauche dans le côlon iliaque, le 13 septembre 1892. Une incision verticale fut faite à la paroi abdominale, un peu en dehors du muscle droit du côté gauche. En bas, l'incision se recourbait jusqu'à la ligne médiane. Après avoir ouvert le péritoine, on refoula en dedans le paquet intestinal ; on incisa le péritoine de la fosse iliaque en dehors du côlon iliaque, puis avec les doigts la séreuse fut décollée jusqu'à la colonne. On trouva bientôt l'uretère ayant le volume du pouce.

Ce conduit fut coupé en travers et le bout inférieur fut lié à la soie. Le bout supérieur fut amené au contact du côlon iliaque et son orifice fut suturé à l'intestin intact par une première rangée de sutures séro-séreuses comprenant la demi-circonférence postérieure de l'uretère. L'intestin fut incisé et plusieurs points muco-muqueux fixèrent encore les deux lèvres postérieures des orifices. Enfin les lèvres antérieures furent réunies : 1° par une suture muco-muqueuse ; 2° par un plan séro-séreux.

Suites apyrétiques. Guérison en quelques jours. Depuis l'opération, la malade présente chaque jour deux ou trois selles pâteuses qui ne la gênent nullement. Elle est encore actuellement en très bonne santé et travaille à la cuisine à l'hôpital Broussais.

M. le rapporteur fait suivre cette observation des réflexions suivantes. Il se demande si, dans un cas analogue à celui de M. Chaput, il ne serait pas préférable de recourir à l'un des procédés suivants : faire la taille hypogastrique, faire le cathétérisme du bout inférieur de l'uretère pour s'assurer de sa perméabilité, arriver jusqu'au niveau de la fistule, libérer le bout supérieur et le suturer à la vessie.

Si le bout inférieur de l'uretère est oblitéré, abandonner toute manœuvre intra-vésicale, refermer la vessie, chercher le bout supérieur de l'uretère et le suturer directement à la face postérieure de la vessie. M. Bazy pense que, par ces procédés, on obtiendrait une guérison plus complète et on éviterait l'infection possible de l'uretère, provenant des matières contenues dans l'intestin en communication avec lui.

M. Routier, à la suite d'une hystérectomie vaginale pour salpingite suppurée d'un côté et kyste sanguin tubaire de l'autre côté, vit s'établir un écoulement d'urine par le vagin. Cette femme avait, en outre, le rein droit mobile. Après s'être assuré que c'était l'uretère droit qui avait été déchiré, M. Routier fit, sans succès, une tentative d'autoplastie et se décida alors à faire la néphrectomie. Il trouva dans le rein enlevé des infarctus et une collection purulente au niveau du bassinet. La malade a bien guéri.

COMMUNICATION

Exophtalmie pulsatile droite consécutive à une fracture de la base du crâne du côté gauche. — M. PICQUÉ communique l'observation suivante : une femme de soixante ans, dans une chute, se fait une fracture de la base du crâne. Aussitôt après, écoulement de sang par l'oreille et la narine gauches, violentes douleurs de tête, bruit de scie du même côté. Après plusieurs semaines, apparition d'un gonflement de la paupière supérieure du côté droit, avec exophtalmie s'accentuant de plus en plus. Le globe oculaire était dur, douloureux à la pression, sans battements. Quelques jours après, apparaissent les symptômes de phlegmon nécessitant plusieurs ponctions. A la suite de ces ponctions, la tumeur devint nettement pulsatile.

Une amélioration assez rapide a été obtenue sous l'influence de la compression élastique; l'exophtalmie a diminué et finalement a disparu, mais les battements ont persisté et la perception visuelle ne s'est pas rétablie.

M. Picqué pense qu'il s'est produit une atrophie du nerf optique.

M. GAYET (de Lyon) rapproche de cette observation celle d'un homme ayant reçu une violente contusion sur la joue; il n'y eut tout d'abord qu'un étourdissement de peu de durée; mais, dans les jours suivants, cet homme entra dans le service de M. Gayet, qui assista au développement d'un anévrysme artério-veineux de l'orbite.

Il fit faire, à plusieurs reprises, la compression digitale de la carotide, qui n'a été suivie d'aucun succès; aussi, en présence de cet échec, était-il décidé à intervenir plus radicalement, lorsque, un matin, en examinant de nouveau le malade, il constata que les symptômes s'amendaient; puis, de jour en jour, l'amélioration s'est accrue, et la guérison est survenue spontanément.

Cette observation n'a pu être complétée par l'examen *de visu* de l'orbite, mais elle le sera peut-être un jour à l'autopsie; aussi, pour que ce malade ne soit pas perdu, son identité sera reconnue à l'inscription suivante, que M. Gayet a fait tatouer sur l'épaule gauche : « Anévrysme artério-veineux de l'orbite; guérison. »

M. TILLAUX a vu, il y a quelque temps, dans son service, un malade que M. Gayet avait antérieurement traité pour un anévrysme semblable, survenu à la suite d'une balle de revolver. Quelques nouveaux accidents étant survenus, il a fait des applications de glace et le malade a guéri.

RAPPORT

Traitement des corps étrangers de l'œsophage. — M. CHAUVEL fait un rapport sur une observation adressée par M. Caillet. Il s'agit de la chute dans l'œsophage d'une pièce dentaire, composée de deux incisives. Dans les trente-six premières heures qui suivirent la déglutition de ce corps étranger, trois tentatives furent faites pour en obtenir l'extraction ou la propulsion dans l'estomac; les deux dernières n'eurent d'autre résultat que d'aggraver la situation en augmentant les douleurs et en provoquant des crachements de sang.

Appelé auprès de ce malade, M. Caillet, après avoir, par le cathétérisme, reconnu que la pièce dentaire était arrêtée en regard du cricoïde, a fait immédiatement l'œsophagotomie externe, qui a offert quelques difficultés à cause du volume du corps de l'œsophage, pour laquelle la perception du corps étranger a été utile.

L'ablation de ce dernier faite, M. Caillet a placé une sonde dans le bout inférieur du canal et n'a pas fait de sutures. Le malade n'a survécu que quarante-huit heures et, à l'autopsie, on a trouvé des déchirures multiples intéressant toute l'épaisseur de la paroi de l'œsophage, de l'emphysème dans le médiastin et un épanchement pleurétique à droite.

En pareil cas, il n'y avait pas d'hésitation à avoir sur la nécessité de tenter immédiatement l'œsophagotomie, pour laquelle on aurait pu peut-être éviter les difficultés opératoires en suivant le procédé indiqué par M. Berger, c'est-à-dire la mise à nu de la trachée, devant servir de point de repère. Dans ce cas, on a eu raison de ne pas suturer la plaie, mais il était inutile de placer une sonde à demeure pour nourrir le malade, ce qui aurait pu être fait quelques jours par des lavements.

Les lésions œsophagiennes trouvées à l'autopsie sont instructives, car elles montrent une fois de plus le danger des tentatives d'extraction répétées et plus ou moins aveugles : quand un corps étranger volumineux s'est arrêté dans l'œsophage, une tentative d'extraction doit être faite très prudemment; si elle échoue, elle ne doit pas être renouvelée et, sans tarder, il faut recourir à l'œsophagotomie.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours du Bureau central (médecine) s'est terminé par la nomination de MM. Gilles de la Tourette, Béclère et Giraudeau.

— Le troisième Congrès pour l'étude de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux aura lieu, à Paris, du 27 juillet au 2 août 1893, sous la présidence de M. le professeur Verneuil.

— *Hôpitaux de Reims.* — MM. les docteurs Lelièvre et Guillaume sont nommés médecins suppléants des hôpitaux.

— Un concours s'ouvrira le 2 octobre 1893, à l'École du Val-de-Grâce, pour trois emplois de professeur agrégé des maladies et épidémies des armées, de chirurgie d'armée (blessures de guerre), d'hygiène.

— M. le docteur Jean Gros est nommé professeur d'anatomie à l'École des Beaux-Arts de Lyon, en remplacement de M. le professeur Léon Tripier, décédé.

— L'Association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux de Paris vient d'être reconnue d'utilité publique, par décret du 15 avril 1893.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Cambassèdes (du Vigan), Dupinet (de Payzac), J. Farcy (de Casteau-Thieusies), Pinget (du Villard), Prevost (d'Harbonnières), Prungé (de Déols).

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée.— *Fêtes de la Pentecôte. Billets d'aller et retour à prix réduits.*— A l'occasion des fêtes de la Pentecôte, les billets d'aller et retour, délivrés du 18 au 22 mai inclusivement, en vertu du tarif spécial G. V. n° 2, seront tous indistinctement valables pour le retour jusqu'aux derniers trains de la journée du vendredi 26 mai.

Cette validité pourra être prolongée à deux reprises et de moitié (les fractions de jour comptant pour un jour), moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix du billet.

Les billets d'aller et retour, délivrés de ou pour Paris, Lyon et Marseille, conserveront leur durée normale de validité, lorsqu'elle sera supérieure à celle fixée ci-dessus.

Le mouvement et les exercices physiques, leçons pratiques sur les systèmes osseux et musculaire, par le docteur E. Dupuy, médecin de l'hôpital de Saint-Denis, ancien interne des hôpitaux de Paris, précédées d'une introduction par le docteur Dastre, professeur de physiologie à la Faculté des sciences de Paris. 1 vol. in-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

55

ANÉMIE, CHLOROSE, ÉPUISEMENT

Affaiblissement général

HÉMOGLOBINE SOLUBLE

de V. DESCHIENS

PRINCIPE FERRUGINEUX NATUREL, RÉPARATEUR DES GLOBULES DU SANG

SIROP, VIN, DRAGÉES préparées par **Adrian et Cie**
9 et 11, rue de la Perle, PARIS

12

DYSPEPSIES ATONIQUES

COLIQUES HÉPATIQUES et NÉPHRÉTIQUES

La QUASSINE ADRIAN

EXCITE L'APPÉTIT ET DÉVELOPPE LES FORCES

DRAGÉES dosées à 25 mgr **Quassine amorphe.**
GRANULES dosées 2 mgr **Quassine cristallisée.**

22

COLIQUES HÉPATIQUES
COLIQUES NÉPHRÉTIQUES
COLIQUES UTÉRINES

CAPSULES BRUEL

D'ÉTHER AMYL VALÉRIANIQUE

Spécifique des maladies nerveuses en général. Le plus puissant et le plus inoffensif des calmants et antispasmodiques.

32

TUBERCULOSE PULMONAIRE

PLEURÉSIE D'ORIGINE TUBERCULEUSE

Bronchites aiguës et chroniques
Dilatation des bronches, Bronchorrhée

GAIACOL IODOFORMÉ SÉRAFON

& GAIACOL-EUCALYPTOL IODOFORMÉ SÉRAFON

en CAPSULES pour l'usage interne.
en SOLUTIONS pour injections hypodermiques.

Préparation et vente en gros : Mon ADRIAN et Cie, Paris.

55



GOUTTES LIVONIENNES

de TROUETTE-PERRET

(Créosote, Goudron et Tolu)

LE REMÈDE LE PLUS PUISSANT contre les
Affections des voies respiratoires.

4 capsulss par jour aux repas.

E. TROUETTE, 15, r. des Immeubles-Industriels, Paris.

18

LIQUEUR MARIANI A LA TERPINE ET A LA COCA

Titrée à 20 centigr. de Terpine pr cuillerée à bouche.

Cette liqueur unit les propriétés modificatrices et anti-catarrhales de la **Terpine** (hydrate d'essence de térébenthine) à l'action tonique et digestive de la **Coca.**

Employée avec succès contre les *Affections catarrhales*, aiguës ou chroniques, des muqueuses respiratoires, digestives et génito-urinaires, dans l'*Anémie*, la *Chlorose*, l'*Atonie*, la débilité générale et les maladies du système nerveux.

DOSE : 1 à 2 cuillerées à bouche matin et soir ou avant les deux repas.

64

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

DOSE : Un verre à Madère après les repas.
MARIANI, phien, 41, Boul. Haussmann, et ttes phies.

23

Inappétence, Convalescence, Anémie, Maladies de poitrine, de l'estomac et des intestins.

PEPTONE DEFRESNE

Première admise, après analyse, dans les Hôpitaux de Paris.
Adoptée officiellement par la Marine.

Elle se recommande par son pouvoir nutritif intense puisqu'elle contient :
25 p. 100 de Peptone, soit 4 p. 100 d'Azote;
0,69 p. 100 d'Acide phosphorique,
0,71 p. 100 Fer et Bases Alc. terr.

En outre, la **Peptone Defresne** se distingue par son goût savoureux; à la dose d'une cuillerée à bouche à la fois (40 gr. viande) dans un peu d'eau tiède et salée, elle donne un bouillon *succulent et exquis.*

Dose : 2 à 4 cuillerées par jour. — Le flacon : 5 fr.
VIN—POUDRE—CHOCOLAT—ELIXIR.
DEFRESNE, auteur de la Pancréatine.
Détail : Phie, 2, rue des Lombards, Paris.

32

FARINE MALTÉE DEFRESNE

NUTRIMENT COMPLET

COMPARABLE AU LAIT MATERNEL DESSÉCHÉ

Farine maltée		**Lait maternel** DESSÉCHÉ	
Erythrodextrine ..	22 »		
Alimentsprotéiques	14.63	*Alimentsprotéiques*	12.70
Aliments gras	10.59	*Aliments gras*	29.50
Sucre et Maltose...	49 »	*Sucre-Lactose*	54.35
Phosphte de chaux.	2.21	*Phosphte de chaux.*	2.45

Cette délicieuse farine, dont le gluten et l'amidon ont été rendus assimilables par la germination du blé, emprunte au jaune d'œuf ses matières grasses émulsionnées et son phosphate de chaux.

La **Farine maltée Defresne** supplée à l'insuffisance du lait maternel, elle prévient le danger que présente le brusque passage de l'élevage au sein à l'alimentation ordinaire. Avec la **Farine maltée**, il n'y a plus à redouter les **entérites** ni les **affections gastro-intestinales**, si meurtrières chez les nourrissons. — PRIX : **2 francs.**

DEFRESNE, auteur de la *Pancréatine* et Phies.

99

EAU RECONSTITUANTE & DIGESTIVE

DE

RENLAIGUE

(PUY-DE-DÔME)

ANÉMIE, CHLOROSE, DYSPEPSIE

55

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PAR LE

CARBONATE DE GAIACOL VIGIER

EN CAPSULES DE 0gr10 CENTIGR.

DOSE : *de 2 à 6 capsules par jour.*

Le **CARBONATE DE GAIACOL** jouit des **vertus curatives** du gaïacol sans en avoir les *effets irritants.* Traversant l'**estomac** sans se décomposer, il agit dans l'**intestin.** Ne troublant pas les **fonctions digestives**, il remplace avantageusement le **gaïacol** et la **créosote.**

Phie VIGIER, 12, boulev. Bonne-Nouvelle, Paris.

51

KOLA ROY

Donne la force aux débilités.

2 à 4 cuillerées par jour aux repas.

Th. ROY, pharmacien, Asnières (Seine).

66

GRANULES DE CATILLON

à 1 milligr. d'**Extrait titré** de

STROPHANTUS

C'est avec ces granules qu'ont été faites les expérimentations discutées à l'**Académie** en 1889; elles ont démontré que 2 à 4 par jour produisent une **diurèse rapide**, relèvent le **cœur affaibli**, font disparaître l'**Asystolie**, la **Dyspnée**, l'**Oppression**, les **Œdèmes**, les accès d'**Angine de poitrine**, etc. On peut en continuer l'usage sans inconvénient, pas d'intolérance.

Eviter les imitations et les teintures infidèles.

PARIS, 3, BOULEV. SAINT-MARTIN ET PHARMACIES.

16

SOLUTION DE SALICYLATE DE SOUDE

DU DOCTEUR CLIN

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris
(PRIX MONTYON)

La **Solution du Docteur Clin,** toujours identique dans sa composition et d'un goût agréable, permet d'administrer facilement le *Salicylate de Soude* et de varier la dose suivant les indications qui se présentent.

Employée dans le traitement des Rhumatismes aigu et chronique, de la Goutte, de la Gravelle, etc., cette Solution contient très exactement :

2 grammes *Salicylate de Soude* par cuillerée à bouche.
0,50 centigr. *Salicylate de Soude* par cuillerée à café.

GROS : **Clin & Cie**, 20, r. des Fossés-St-Jacques, Paris. — DÉTAIL : *Dans les bonnes Pharmacies.*

29

ÉLIXIR ET DRAGÉES FERRO-ERGOTÉS MANNET

Chloro-anémie, Métrorrhagies, Métrite, Incontinence d'urine.—2, pl. Vendôme, Paris.

52

Goutte, Gravelle, Rhumatismes, etc.

BENZO-LITHINE GRANULÉE DU Dr CHASSIN

Benzoate de lithine et extrait d'arenaria rubra.

Le fl., 5 fr. Rue des Tournelles, 2, Paris, et phies.

34



Débilité, Anémie,
Maladies de l'enfance,

sont combattues avec succès par la

FUCOGLYCINE GRESSY

Ce Sirop, à base d'algues marines, remplace avantageusement l'Huile de Foie de Morue, dont il possède toutes les propriétés, sans en avoir la saveur ni l'odeur désagréables.

LE PERDRIEL et Cie, Paris.

43

GALACTOGÈNES JOLIVET SIROP, SEL OU VIN



Augmentent la **qualité** et la **quantité** du lait des nourrices et constituent le **meilleur tonique,** aussi bien pour la mère que pour l'enfant, pendant l'allaitement.

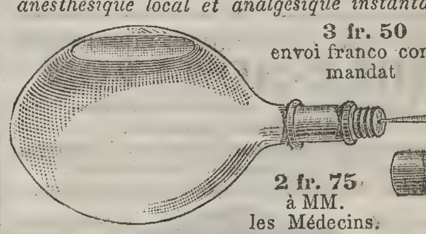
JOLIVET,
114, faub. St-Honoré, Paris.
Envoi gratuit d'un Sel échantillon sur demande aux Médecins.

Prix : Sirop, **3 fr.**; Sel, **3 fr.**; Vin, **4 fr.**

42

CHLORÉTHYLE DU Dr BENGUÉ

anesthésique local et analgésique instantané.



3 fr. 50 envoi franco contre mandat

2 fr. 75 à MM. les Médecins.

Dr BENGUÉ, pharm., 34, rue La Bruyère, Paris.

98

LIQUEUR DU Dr LAVILLE

GOUTTE ET RHUMATISMES

SPÉCIFIQUE ÉPROUVÉ DE LA **goutte.**

Action prompte et certaine à toutes les périodes de l'accès.

DANS TOUTES LES PHARMACIES

94

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre..................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux........................		
Chlorure de sodium..................		
Matières organiques..................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

60

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-l'Abbé, Paris.**

97

EAU MINERALE FERRUGINEUSE

OREZZA (CORSE)

ANÉMIE, CHLOROSE, DYSPEPSIE

LA PLUS RICHE EN FER & EN ACIDE CARBONIQUE

*Sans rivale dans toutes les maladies provenant de l'***Appauvrissement du sang** *ou de l'***Insuffisance de nutrition.**

29

ELIXIR, VIN, *SACCHARURE*, EUPEPTIQUE

KOLA-MONAVON

Médicament, cardio-vasculaire,
Anti-neurasthénique,
Tonique reconstituant, Aliment d'épargne
contre *Atonie générale, Convalescence, Débilité, Neurasthénie, Affections cardiaques.*

Elixir dosé à 1gr20 noix de kola pr cuillerée à bouche.



Saccharure dosé à 1gr20 noix de kola pr cuillerée à café.

Phie Monavon, Lyon, 10, r. de Trion, et ttes phies.

22

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.
Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

10

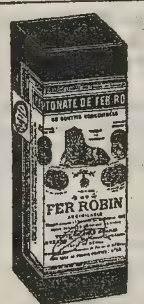
FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

77



PEPTONATE DE FER ROBIN

15 à 20 gouttes par repas.

Le plus assimilable des ferrugineux.

SE PREND ÉGALEMENT SOUS FORME DE

VIN, ÉLIXIR

Paris, 13, r. Grenier-St-Lazare, et toutes Pharmacies.

52

VICHY, SOURCES DE L'ÉTAT

CÉLESTINS
GRANDE-GRILLE
HOPITAL

Avoir soin de désigner la source.

PASTILLES AUX SELS NATURELS

SAISON DES BAINS
DU 15 MAI AU 30 SEPTEMBRE

99

POUDRE PURGATIVE DE ROGÉ

Approbation de l'Académie de médecine de Paris

« *Ce médicament, par son goût agréable, est un puissant moyen de vaincre la répugnance d'un grand nombre de malades pour les purgatifs; il n'occasionne ni soif, ni coliques, et, par conséquent, on peut dire de lui qu'il agit sûrement et agréablement.* »

(Extrait du rapport du Profr Soubeiran à l'Académie de médecine.)

« *La* **Poudre de Rogé** *peut, dans presque tous les cas, remplacer les autres purgatifs salins.* » (Profr Bouchardat.)

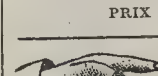
Avec un flacon de **Poudre de Rogé,** facile à emporter avec soi, on peut préparer partout, au moment du besoin, une limonade agréable contenant 50 grammes de citrate (pur) de magnésie. — La **Poudre de Rogé** se conserve indéfiniment, sans altération. — Pour l'emploi, verser le contenu du flacon dans une demi-bouteille d'eau; laisser en contact pendant quelques heures, ou mieux, du soir au matin; boucher la bouteille si l'on désire une limonade gazeuse.

Fabrication et gros : 19, rue Jacob, Paris, Maison L. Frere, A. Champigny et Cie, successeurs. — *Détail :* 9, rue du Quatre-Septembre, et dans la plupart des Pharmacies.

Nota. — La véritable **Poudre de Rogé** ne se vend qu'en flacons scellés à chaque extrémité d'un cachet imprimé en quatre couleurs.

PRIX DU FLACON : **2** FRANCS.

67



LIQUIDES BROWN-SÉQUARD

Prospectus et renseignements franco.
BOUTY, *119, r. d'Aboukir, Paris.*

90

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Dépôt : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie Brunschwik.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

99

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE

Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

Prix du flacon : **4** francs.
Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

49

PILULES MERCIER

(*Podophyllin, Cascara et Savon médicinal*) réussissent toujours contre la

CONSTIPATION

et les maladies qu'elle occasionne.

1 ou 2 le soir au coucher ou au repas.
La boîte, 2 fr. — Chez Mercier, phien (*médaille d'or*), 3, pl. de l'Odéon, Paris, et les Pharmacies.

53

ANÉMIE, HERPÉTISME, DIABÈTE, FIÈVRE

GRANULES DE FOWLER

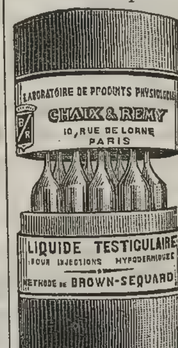
du Dr LEGROS

1 milligramme d'arsénite de potasse par granule.
Phie Française, 1 et 3, pl. de la République, Paris.

12

LIQUIDES ORGANIQUES

d'après les **PROCÉDÉS** de
BROWN-SÉQUARD



ADMIS DANS LES HOPITAUX

MÉDAILLE D'OR
Marseille 1893

La boite de 12 ampoules de 3 c. c., **20 fr.**
contre mandat accompagné de la carte du médecin traitant.

LABORATOIRE
DE PRODUITS PHYSIOLOGIQUES
CHAIX et RÉMY
Rue de l'Orne, 10, Paris.
REMISE
de **15 0/0** aux pharmaciens.

23

INTESTINS
FOIE



EAU de CHATEL-GUYON
Source GUBLER

184

VINS TITRÉS D'OSSIAN HENRY

Membre de l'Académie de médecine, etc.

Vin de quinquina titré simple : Tonique, fortifiant. — **Vin de quinquina ferrugineux :** Chlorose, anémie, longues convalescences, etc.
Phie, 56, rue d'Anjou, et toutes pharmacies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 15 mai 1893.

Nous terminons aujourd'hui le compte rendu du septième Congrès français de chirurgie. Nous avons donné, chemin faisant, notre opinion sur la valeur et l'importance des communications qui y avaient été faites. Nos lecteurs ont pu apprécier, avec nous, les résultats obtenus par cette réunion plénière des chirurgiens français.

Deux questions avaient été mises à l'ordre du jour : le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus ; le traitement des tuberculoses du pied. Nous avons eu l'occasion de dire que les membres du Congrès avaient traité la question en opérateurs et non en thérapeutes. Leur seul souci a été de savoir comment on devait enlever les tumeurs fibreuses utérines ; les conclusions sont les suivantes : *Toute tumeur fibreuse dont le volume dépasse l'ombilic doit être attaquée par la laparotomie.* Nombre de chirurgiens maintiennent le pédicule en dehors, considérant que cette méthode donne une sécurité que n'ont pas les autres procédés. Quelques autres terminent l'ablation du pédicule fibreux par la voie vaginale. Mais l'abandon du pédicule dans l'abdomen ne paraît plus trouver de partisans.

Toute tumeur fibreuse qui n'atteint pas l'ombilic doit être enlevée par la voie vaginale. Quant à la méthode d'ablation, c'est au morcellement qu'il faut avoir recours, d'après les règles établies par M. Péan. Les petites modifications qu'on a fait subir à son procédé primitif ne nous paraissent qu'accessoires et sans grande importance.

La discussion sur le traitement des tuberculoses du pied a été l'occasion d'un triomphe pour M. Ollier et l'école lyonnaise. On doit en tirer cette conclusion : Il faut être plus réservé des grandes opérations dans les tuberculoses du pied ; les opérations parcimonieuses, les évidements et surtout l'astragalectomie, donnent des résultats encourageants qui permettent de conserver des membres utiles. Nous devons avouer que ce plaidoyer de l'école lyonnaise en faveur de la chirurgie conservatrice avait fort besoin d'être entendu, car, jusqu'ici, les résultats obtenus dans la tuberculose du pied étaient loin d'être encourageants.

Si maintenant nous envisageons, par régions, les différentes communications faites au Congrès, nous trouvons une série d'observations fort curieuses et des plus intéressantes sur certains points particuliers de la chirurgie. Ces observations, nous les avons signalées en leur place ; à côté d'elles, d'autres communications ont eu lieu sur un même point et nous ont permis, en les groupant, de tirer certaines conclusions. C'est ainsi que nous avons pu consacrer différents chapitres à la chirurgie de la tête, des membres, du thorax, de l'abdomen, et que nos lecteurs ont, avec nous, apprécié l'importance des travaux du Congrès sur chacune de ces questions.

En terminant, nous sera-t-il permis de nous demander si les membres du bureau du prochain Congrès ne feraient pas mieux d'adopter, pour l'ordre des communications, le même plan que nous avons adopté pour notre compte rendu ? Rien n'est fastidieux comme ces séances où l'on touche à toutes les questions à la fois, où l'on parle de l'utérus, de la bouche, du rectum, des yeux, et tout cela, sans ordre, sans lien commun ; une communication pousse l'autre, sans qu'on sache ce qui a bien pu amener l'une de préférence à l'autre. La même question est souvent reprise dans différentes séances, par différents orateurs. Ne vaudrait-il pas mieux grouper les communications similaires et en donner lecture dans la même séance ? La chose serait facile, puisque, avant l'ouverture du Congrès, le secrétaire général a le titre de toutes les communications. Si le bureau du Congrès adoptait pour la huitième session cette petite modification, il donnerait aux séances un attrait nouveau et en augmenterait notablement l'intérêt.

A la Société médicale des hôpitaux (12 mai), M. Laveran déclare, à propos du procès-verbal de la dernière séance et de la présentation de malade faite par M. Chauffard, qu'il a toujours constaté chez les personnes atteintes de sciatique, la scoliose, la position hanchée sur le côté sain, signalée par M. Charcot. Il n'a pas vu le type inverse, c'est-à-dire la position hanchée sur le côté malade. L'empreinte du pied du côté malade est moins marquée que celle du côté opposé : c'est un phénomène du même ordre.

M. Rendu a vu un de ses malades, atteint de pneumonie et soumis aux injections de caféine, présenter un délire avec hallucination semblable à celui qu'a décrit M. Faisans. Le délire avait, il est vrai, commencé avant la caféine, mais il a changé de nature, et il est devenu plus violent après son administration. L'absorption de cet alcaloïde paraît en

tout cas, avoir augmenté l'intensité des accidents cérébraux chez un individu prédisposé.

M. Marie a eu le mérite de décrire pour la première fois une hypertrophie des extrémités, à laquelle il a donné le nom d'acromégalie; nous avons, du reste, publié sur ce sujet une excellente Revue de M. G. Guinon (1). M. Marie a été bientôt amené à reconnaître qu'il existait d'autres formes de l'hypertrophie acquise des extrémités, et il a cliniquement distingué une hypertrophie de la main et des doigts, dont les doigts hippocratiques ne sont qu'une variété, et qu'il a appelée : ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique. Elle surviendrait chez les malades qui ont des troubles prolongés de la circulation et de la respiration, se traduisant, en dernier terme, par une asphyxie chronique. M. Moizard a vu une hypertrophie analogue des extrémités digitales survenir au bout de quelques semaines chez des enfants atteints de pleurésie purulente. Cette hypertrophie a disparu assez rapidement après la guérison de la pleurésie; il existerait donc une forme aiguë et curable de l'ostéopathie hypertrophiante pneumique.

M. Marfan a vu trois fois les doigts en baguette de tambour, les doigts hippocratiques, se produire chez des enfants : dans un cas de pleurésie purulente, dans un cas de dilatation des bronches et dans un cas de cystite purulente sans lésion pulmonaire ou cardiaque. Dans ces conditions, l'ostéo-arthropathie ne mériterait plus la qualification de pneumique.

M. Hayem fait une importante et intéressante communication sur l'anatomie pathologique des gastrites, et en particulier sur ce qu'il appelle la gastrite hyperpeptique. Il divise les gastrites parenchymateuses, au point de vue histologique, en gastrites hyperpeptiques, muqueuses, atypiques et mixtes.

La gastrite muqueuse est due à la transformation muqueuse des cellules glandulaires. Dans la gastrite hyperpeptique, les cellules bordantes ou cellules délomorphes subiraient seules une hypertrophie marquée : ce sont elles qui normalement secréteraient la pepsine et, pour certains auteurs, l'acide chlorhydrique. De là, avec une gastrite de cet ordre, la production en excès, l'hypersécrétion d'un suc gastrique d'une richesse exagérée en acide chlorhydrique et en pepsine. Ce serait la lésion de l'hyperchlorhydrie. Cette théorie a été soutenue pour la première fois en Allemagne dans ces dernières années. Nous ne pouvons guère insister davantage sur la partie histologique de ce remarquable travail.

Pour M. Hayem, la gastrite est le substratum nécessaire de tous les états dyspeptiques, la gastrite parenchymateuse avec hypertrophie des cellules bordantes est la lésion anatomique irritative, d'où dérive l'hypersécrétion chlorhydrique ou chlorhydro-peptique.

M. Albert Mathieu a trouvé, dans un cas d'hypersécrétion chlorhydrique, des lésions semblables à celles qu'a décrites M. Hayem, il croit donc à la possibilité de la gastrite hyperpeptique (catarrhe acide des Allemands), mais il croit qu'en revanche l'état névropathique a souvent dans la genèse de la dyspepsie une importance qu'il ne faut pas négliger. La gastrite peut être secondaire ou indépendante, et M. Hayem déclarant qu'on ne trouve jamais d'estomac humain sans gastrite, cela lui enlève beaucoup de sa signification. La clinique, qui montre l'intervention fréquente du système nerveux, a autant de valeur que l'anatomie pathologique, qui montre la constance de la gastrite chez les non-dyspeptiques, aussi bien que chez les dyspeptiques. Cela n'empêche pas, du reste, que la gastrite ne puisse avoir son importance et son rôle dans bien des cas; il est possible, en particulier, que, par son intensité, elle détermine la variété chimique de la dyspepsie, jouant ainsi un rôle considérable, bien que secondaire.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 1161.

LES MALADIES DE L'ABDOMEN

DEVANT LE CONGRÈS DE CHIRURGIE

I

OCCLUSION INTESTINALE

M. Gangolphe (de Lyon) avait été surpris, au cours d'une laparotomie pour occlusion intestinale, de la quantité de liquide séro-sanguin qui s'échappa de l'abdomen, après l'incision de la paroi. Ce liquide ressemblait à celui que l'on trouve presque constamment dans le sac d'une hernie étranglée. Or, dans le cas ci-dessus, il s'agissait d'une véritable hernie de l'intestin grêle à travers l'hiatus de Winslow, M. Gangolphe en conclut que, dans les occlusions intestinales par étranglement, on devait observer cet épanchement intra-abdominal. Les nouveaux faits qu'il put observer dans la suite confirmèrent son hypothèse, que, d'ailleurs, il vérifia par l'expérimentation. En liant l'intestin chez des animaux, il observa toujours la présence d'un épanchement séro-sanguin dans l'abdomen. De là cette conclusion, tirée par M. Gangolphe : « Lorsque, chez un malade présentant les signes d'une occlusion intestinale, le chirurgien constatera les signes d'un épanchement abdominal, il se trouvera en présence d'une occlusion par étranglement, c'est-à-dire d'une occlusion rapidement mortelle et réclamant une intervention urgente, que l'emploi des moyens médicaux ne devra jamais retarder. » Cette donnée nouvelle et essentiellement pratique mérite d'être connue et utilisée.

M. Maunoury (de Chartres) a opéré 14 malades atteints d'occlusion intestinale : 8 par laparotomie, 6 par entérotomie. Onze morts et 3 guérisons, soit une mortalité de 78 p. 100. Cela tient, dit-il, en partie à des causes indépendantes de l'action, mais en partie aussi à l'opération et à ce que les indications opératoires sont encore confuses. Il résume ainsi la ligne de conduite qu'il compte suivre désormais : 1° intervenir chirurgicalement dans l'occlusion, seulement après avoir employé les moyens médicaux et lorsque l'état du malade montrera qu'on ne peut plus attendre sans danger; 2° c'est le ballonnement du ventre (et non le diagnostic, toujours incertain) qui servira de guide dans le choix de l'opération : entérotomie, s'il est considérable; laparotomie s'il est modéré ou s'il manque. En cas d'entérotomie, l'exploration de la cavité abdominale et des deux bouts de l'intestin avec le doigt porté dans l'anus artificiel donnera des indications précieuses sur la conduite à tenir ultérieurement.

La mortalité, si considérable de la laparotomie pour occlusion intestinale, ne s'abaissera, à notre avis, que lorsque le chirurgien ne s'attardera pas trop aux moyens médicaux, lorsqu'il ne perdra pas, à attendre, un temps précieux, pendant lequel les lésions intestinales s'accentuent

et le péritoine s'infecte et s'inocule. En dehors des lavements électriques, dont l'effet est immédiat et qui donnent de merveilleux résultats dans les obstructions intestinales, dans ces rétentions par parésie des parois de l'intestin, il y a tout à perdre à essayer d'autres moyens. Depuis qu'on opère d'urgence les hernies étranglées, on ne perd aucun malade. Toute opération de hernie étranglée faite de bonne heure ne fait courir au malade aucun risque opératoire. Lorsqu'on appliquera cette façon de faire aux occlusions intestinales, le pronostic sera singulièrement amélioré; tant qu'on opérera tardivement la mortalité restera considérable.

II

CONTUSION DE L'ABDOMEN

M. Boiffin relate l'observation suivante :

Un homme, de trente-trois ans, reçoit un coup de pied de cheval dans l'abdomen : le choc n'a pas été très violent, le blessé n'est pas tombé à terre, n'a pas perdu connaissance. La douleur au point contus persistant, cet homme est apporté à l'hôpital, où l'interne lui applique le traitement médical.

Le lendemain, le malade n'éprouve pas de douleurs spontanées, pas de nausées, pas de vomissements, pas de ballonnement du ventre, mais le facies est légèrement grippé, il y a de l'agitation, une soif vive, la respiration est fréquente; le pouls petit, serré, bat 120 fois par minute et la température tombe à 36°5 C.

Cet ensemble de phénomènes ne rappelait en rien la péritonite aiguë, mais bien la septicémie intestino-péritonéale décrite par Verchère. La laparotomie fut proposée au malade qui, ne trouvant pas son état alarmant, rejeta toute opération.

Les jours suivants, l'état resta le même; ce ne fut que le troisième jour que le ballonnement du ventre apparut; le quatrième jour survinrent des nausées et quelques vomissements bilieux; enfin le cinquième jour la situation s'aggrava rapidement, la température atteignit 39 degrés et le malade se fit emporter le soir même chez lui où il mourut le dixième jour.

Il y avait donc eu, pendant les premiers jours, une période très favorable pour l'intervention. Il n'existait, au début, aucun signe de perforation, ni douleurs abdominales vives, ni péritonite, ni épanchement, ni selles sanglantes, ni fièvre.

Pour M. Boiffin, c'est dans cette période qu'il faut agir par une laparotomie exploratrice. Celle-ci n'est grave que lorsqu'il y a des lésions abdominales graves; s'il n'existe aucune lésion, la laparotomie exploratrice est une opération bénigne, à laquelle il vaut mieux avoir recours que de rester devant un inconnu rempli de dangers.

M. Michaux vient apporter à M. Boiffin l'appui de trois faits personnels.

J'ai observé, dit-il, trois malades atteints de contusion abdominale grave; ces trois faits viennent à l'appui des conclusions de M. Boiffin.

Un de mes malades avait reçu sur l'abdomen le choc d'un tonneau. Je lui proposai la laparotomie : elle fut refusée, et le malade mourut au bout de quelques jours avec tous les signes d'une perforation.

Le second reçut également un choc violent sur l'abdomen : je le vis au bout de quatorze heures et proposai la laparotomie, qui fut acceptée. Je trouvai dans la région qui avait été le siège de la contusion, au niveau de l'angle du côlon, une perforation de 1 centimètre et demi de large. Je suturai cette perforation et enlevai le peu de matières qui s'étaient écoulées : le malade a guéri.

Dans le troisième cas, il s'agit d'un homme qui était tombé de la hauteur d'un troisième étage; il y avait un peu de matité dans le flanc gauche. J'opérai et trouvai dans le péritoine un épanchement de sang que j'évacuai : ce malade a également guéri.

De ces trois faits, je conclus que, dans les contusions abdominales, l'abstention est funeste; l'intervention a d'autant plus de chances d'être efficace qu'elle est plus rapide.

Malgré le plaidoyer convaincu de M. Michaux, il est encore difficile d'avoir une opinion définitive et précise sur la conduite à tenir en face d'un blessé dont l'abdomen vient d'être contusionné. C'est ainsi qu'à cette même séance, M. Zancarol (d'Alexandrie) relate le fait d'un blessé qui, après une contusion grave de l'abdomen, présenta des signes très prononcés de dépression et même de collapsus; néanmoins, il guérit sans intervention.

M. Michaux divise les cas de contusion abdominale en légers, moyens et graves. Pour les cas légers, il faut s'abstenir; pour les cas moyens et les cas graves, il faut opérer. Malgré son apparente simplicité, la formule ci-dessus est d'une application difficile. Que pour les cas légers il faille s'abstenir, sur ce point tout le monde est d'accord; pour les cas graves, l'entente est à peu près unanime, il vaut mieux opérer. Mais que faire dans les cas moyens? Qu'est-ce qu'un cas moyen? Voilà où est la difficulté et où, jusqu'à nouvel ordre, suivant son tempérament propre, suivant les circonstances, suivant le milieu, le chirurgien se laissera aller à temporiser ou à opérer. Tel cas moyen sera cru léger par l'un, grave par l'autre, respecté par celui-ci, opéré par celui-là. Il est certain qu'au fur et à mesure que la technique opératoire se perfectionne, les indications opératoires deviennent plus fréquentes; mais à l'heure actuelle, il est difficile d'avoir une formule thérapeutique précise pour la contusion abdominale et l'abstention ou l'intervention dépendent plus de la tendance d'esprit du chirurgien que d'une ligne de conduite définitivement adoptée.

III

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA LITHIASE BILIAIRE

Une seule communication a été faite sur ce sujet par M. Michaux. Il s'exprime en ces termes :

Ayant pratiqué 8 fois l'extirpation de la vésicule biliaire pour des cas de lithiase biliaire, je désire communiquer au Congrès les quelques remarques cliniques et opératoires qui m'ont été suggérées par ces faits.

Cliniquement, 3 fois la lithiase était purement vésiculaire et la vésicule n'était nullement perceptible à la palpation; 1 fois, elle formait une tumeur qui avait tous les caractères d'une tumeur rénale avec ballottement, mais la tumeur faisait plus de saillie en avant qu'en arrière; une autre fois, les accidents étaient ceux d'une hernie ventrale étranglée et ce n'est qu'au cours de l'opération que nous reconnûmes que la tumeur saillante sous la peau n'était autre que la vésicule. Enfin dans un dernier cas, on observait près de l'épine iliaque une tumeur mal circonscrite de la paroi abdominale, et cette tumeur n'était autre qu'une masse graisseuse environnant un trajet biliaire enflammé en communication avec une vésicule biliaire calculeuse. Enfin dans deux derniers cas déjà publiés, il s'agissait de fistules biliaires rebelles.

Au point de vue opératoire, j'ai toujours pratiqué l'incision sur le bord externe du grand droit de l'abdomen; une seule fois, à la fin de l'opération, j'ai fait sur le muscle une petite incision transversale pour donner plus de rectitude à la mèche iodoformée que je mets toujours sous le pédicule.

La vésicule dégagée du côté de l'intestin, un aide relève la face inférieure du foie, le chirurgien [saisit et attire la vésicule et

d'un trait léger de bistouri, sectionne en A le péritoine vésiculo-hépatique. Dès lors, rien n'est plus facile que de décoller la vésicule de la face inférieure du foie.

La vésicule isolée, on lie le canal cystique ; pour cette ligature, je mets toujours un quadruple fil ; profondément un gros catgut noué deux fois séparément et, un peu en deçà, un gros fil de soie noué de la même manière. Le pédicule est sectionné et cautérisé soigneusement au thermocautère.

Enfin je dispose, au-dessous de ce pédicule, une longue et forte mèche iodoformée aboutissant à l'angle inférieur de la plaie et destinée à conduire au dehors la bile qui viendrait à s'écouler.

En effet, malgré toutes les précautions que je viens de signaler, 4 fois sur 7 j'ai vu survenir un écoulement bilieux plus ou moins abondant; j'ai relevé cet accident 10 fois sur 40 observations dans la thèse de Calot ; il est arrivé à des chirurgiens des plus expérimentés, comme MM. Kœberlé, Terrier, Courvoisier, et je le considère comme un des principaux accidents post-opératoires de la cholécystectomie.

C'est pour l'éviter que je conseille toutes les précautions que j'indiquais plus haut pour la ligature du canal cystique, et surtout que je crois très important de ne pas fermer absolument le ventre, mais d'assurer l'écoulement possible au dehors par une mèche de gaze iodoformée, aboutissant à l'angle inférieur de la plaie.

Avec ces précautions, la cholécystectomie restera, dans les cas nombreux de lithiase biliaire où elle est indiquée, l'opération la plus radicale, la plus parfaite, car ses résultats immédiats et éloignés sont excellents.

IV

MALADIES DU REIN

M. Tuffier fait connaître les résultats éloignés de la chirurgie rénale d'après ses observations personnelles.

Les résultats éloignés de ses néphorraphies ont fait l'objet d'une communication au Congrès de 1891, il n'a rien de nouveau à y ajouter.

Il ressort des 17 néphrotomies faites par M. le docteur Tuffier que le résultat est en général bon, à condition d'intervenir d'une façon précoce.

Quant aux résultats de la néphrectomie, ils sont bons au point de vue de l'état général, et il est démontré aujourd'hui que la vie physiologique est possible avec un seul rein. Au point de vue de l'état local, on a reproché à la néphrotomie la fréquence et la durée des fistules qu'elle laisse après elle. Sur 12 observations personnelles, le docteur Tuffier n'a pas eu de fistules persistantes après huit ou dix mois. Il existe dans la littérature 173 cas de néphrotomies ; dans 7 p. 100 des cas il y a eu des fistules temporaires, et dans 2,5 p. 100 des fistules définitives. Ces fistules définitives peuvent reconnaître deux variétés de cause : dans un premier cas, le tissu périrénal sclérosé forme une cavité suppurante qui ne peut se combler et qui présente des analogies avec l'empyème ; dans les cas les plus fréquents, la persistance des fistules tient à l'existence d'une uretérite avec dilatation moniliforme, et c'est la persistance de la suppuration à ce niveau qui entretient le trajet fistuleux. Dans ces cas, il est bon de pratiquer, en même temps que la néphrectomie, l'uretérectomie, et pour cela de faire une incision lombo-ilio-inguinale permettant d'atteindre l'uretère dans tout son trajet.

Cette question de l'uretérectomie a récemment été discutée à la Société de chirurgie, à la suite d'une communication de M. Reynier.

V

NÉPHROPEXIE POUR HYDRONÉPHROSE INTERMITTENTE

M. Albarran (de Paris) décrit, sous le nom d'étranglement rénal, les accidents qui surviennent à la suite d'une coudure de l'uretère dans certains cas de rein mobile. Ce sont les mêmes cas qui avaient été décrits par MM. Terrier et Baudoin, sous le nom d'hydronéphrose intermittente.

Voici l'observation de M. Albarran ; elle est intéressante, en ce quelle a permis de constater *de visu* le mécanisme de cet étranglement du rein.

Il s'agit d'une jeune fille de dix-neuf ans, d'hérédité arthritique, qui, depuis l'âge de douze ans, était atteinte de douleurs survenant par crises avec irradiations et vomissements, se terminant par une émission abondante d'urine. Elle avait déjà été atteinte de coliques hépatiques avec expulsion de calculs et d'impaludisme chronique. En juin dernier, elle se cachectisa, et M. Albarran constata que le rein droit était douloureux au palper et un peu descendu. Les phénomènes s'aggravèrent ; une ceinture n'amena aucun soulagement. Les vomissements devinrent continuels et la vie de la malade se trouva menacée. Trois réductions opérées furent suivies de récidives. Il dut opérer d'urgence la malade en pleine crise. Il constata que le rein, un peu gros, était en rétroversion ; il le réduisit facilement et pratiqua la néphorraphie sans décortication préalable avec six fils de catgut. Après une légère fièvre stercorale, la malade guérit ; son poids a augmenté de 15 kilos depuis son opération.

M. Albarran s'élève contre la doctrine courante du laisser faire dans les accès d'étranglement rénal, et il pense avec son maître, M. Guyon, qu'il faut essayer le taxis du rein.

Le malade sera placé dans la position inclinée de Morand-Trendelenburg et l'on essaiera la réduction du rein par des manœuvres douces ; au besoin on donnera du chloroforme, et si malgré la réduction les phénomènes s'aggravent, on aura recours à l'intervention opératoire, dont je résume ainsi les indications : néphorraphie, si le rein est sain et réductible ; néphrotomie, lors d'hydronéphrose permanente ou encore si le rein est infecté. Très rarement, la néphrectomie primitive pourrait être pratiquée si l'on était sûr que le rein du côté opposé fût sain, si le rein malade était très altéré et si, en même temps, l'état général permettait une opération de cette importance.

L'opinion soutenue par M. Albarran est vérifiée par la pratique de MM. Picqué, Malécot et Jeannel, qui ont tous trois opéré et guéri des malades dans les mêmes conditions.

Du prolapsus de l'utérus et du vagin dans les kystes de l'ovaire.

Par le docteur André Boursier,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Ce travail a pour but d'étudier les prolapsus de l'utérus et du vagin causés par les kystes de l'ovaire, à propos d'un cas personnel que voici :

Mme F..., quarante-quatre ans, sans enfants, vient me consulter en janvier 1893 pour une tumeur abdominale. La maladie a débuté en 1888, par des douleurs des reins et du ventre et de la dyspepsie. En janvier 1891, le ventre commence à grossir et son médecin constate un début de prolapsus de la paroi vaginale postérieure seule. Malgré l'application d'un pessaire, quelques mois plus tard (août 1891), un second examen démontre l'accentuation du prolapsus vaginal et, de plus, un peu d'abaissement

utérin avec rétroversion; en outre, on constate l'existence d'une tumeur abdominale. A partir de juin 1892, augmentation rapide du ventre et en même temps du prolapsus. En janvier 1893, je trouve un ventre très développé contenant une ascite abondante et une tumeur. Une ponction évacue environ 10 litres de liquide jaune gélatineux, ayant tous les caractères physiques et chimiques des liquides ovariques, et permet de trouver une tumeur arrondie mobile, fluctuante, indépendante de l'utérus. Le prolapsus génital, de 10 centimètres de diamètre environ, est constitué par la paroi vaginale postérieure et une rectocèle. L'utérus entraîné a son col en dehors de la vulve. Le diagnostic de kyste de l'ovaire avec ascite gélatineuse, est confirmé par l'ovariotomie pratiquée le 11 mars 1893, avec MM. les docteurs Eug. Monod et Lacharrière. Les suites sont très simples, sauf une constipation opiniâtre nécessitant plusieurs purgatifs. Le prolapsus s'est spontanément réduit pendant l'opération et ne s'est pas reproduit.

Dans cette observation, il faut remarquer l'ascite gélatineuse et le prolapsus dont l'évolution démontre qu'il résulte du développement du kyste et de l'ascite.

Les prolapsus causés par les kystes de l'ovaire sont fort rares. Cette complication a été simplement signalée par quelques auteurs classiques, Scanzoni, Aran, Boinet, Olshausen et Pozzi.

Les observations de ce genre sont fort rares dans la littérature médicale. Je n'ai pu en recueillir que 7, appartenant à Heath, Duplay, Ashe, Terrier, Macan, Terrillon et Pozzi. En y ajoutant le fait contenu dans ce travail et 2 cas inédits, l'un de M. Demons, l'autre de M. L. Picqué, cela fait un total de 10.

De leur étude il résulte que ce prolapsus paraît toujours dû à des causes mécaniques. Il provient d'une exagération considérable de la pression intra-abdominale, démontrée par le volume du ventre et l'impossibilité de réduction et de maintien du prolapsus. Cet excès de pression est causé par le volume des kystes, tantôt uniques, tantôt multiples (Duplay, Terrier), et aussi par l'ascite, de nature variable.

Ce prolapsus présente plusieurs variétés : chute du vagin, chute de l'utérus, complète ou incomplète, tantôt isolée, tantôt accompagnée de cystocèle, de rectocèle ou des deux à la fois.

Il faut insister sur le traitement spécial de cette complication. Le plus souvent, en effet, l'ovariotomie semble suffire pour amener la réduction spontanée et définitive du prolapsus, sans aucun traitement direct de cet accident.

LA LÈPRE DANS LE MIDI DE LA FRANCE EN 1893

Par M. ZAMBACO PACHA (de Constantinople).

Conclusions. — 1° La lèpre antique, la lèpre égyptienne, pour l'appeler de son vrai nom, existe partout. Elle a ravagé la France pendant plusieurs siècles. Deux mille léproseries environ y ont été créées pour recueillir ses victimes. Aujourd'hui réduite à des proportions minimes, elle survit toujours; et l'on trouve des lépreux tant dans le nord que dans le midi de la France. Il doit en être de même de toutes les contrées de l'Europe centrale;

2° La lèpre qui survit en France est la vraie lèpre, la lèpre historique, la lèpre universelle, cosmopolite, présentant partout la même nature, les mêmes caractères, les mêmes processus;

3° Cependant, la civilisation, en améliorant les conditions hygiéniques et le bien-être des populations, a restreint de plus en plus la propagation de la lèpre — qui est une maladie de misère — et diminué le nombre de ses victimes. Un autre bienfait de l'amendement social, c'est de l'avoir atténuée; mais, parfois, il l'a transfigurée aussi. Ce transformisme a contribué à la faire méconnaître;

4° C'est parce qu'elle est ainsi dégénérée qu'elle s'est tant soit peu éloignée, parfois, de ses formes primitives, classiques, et parce qu'on avait proclamé que la lèpre a définitivement disparu de l'Europe centrale, qu'elle passait inaperçue;

5° La lèpre est un vrai Morphée. Elle peut revêtir les formes les plus variées, les plus dissemblables entre elles. Et d'abord, quelle différence n'y a-t-il pas même entre les deux formes les plus classiques de la lèpre : la léonine et la nerveuse? Les modifications dans son aspect et dans ses allures se multiplient à l'infini, principalement dans les lieux où elle a perdu son acuité. Néanmoins, on peut toujours ramener toutes ces mutations aux types primitifs. Et, sans aller bien loin, il y a infiniment moins de différence entre certains cas de sclérodermie et de morphea, et certaines variétés de la lèpre, qu'il n'y en a entre les deux formes classiques de la lèpre, la tuberculeuse et la nerveuse;

6° Ce sont ces nombreuses mutations de la lèpre qui l'ont fait méconnaître, et qui ont été cause de la création de nombreuses maladies nouvelles qui ne sont que la lèpre, souvent allégée, métamorphosée, ou bien arrêtée dans son évolution par l'influence salutaire du milieu. La conviction générale que la lèpre n'existe plus en France depuis le moyen âge a fait qu'on a laissé passer inaperçue même la lèpre autochtone tuberculeuse et la lèpre nerveuse la plus évidente. Ainsi, on a qualifié de « syringomyéliques » des lépreux incontestables. C'est aussi parce qu'il n'était plus question de la lèpre en France, et par inadvertance, que l'on a créé la maladie de Morvan, qui n'est pas, non plus que la lèpre mutilante, classique dans la plupart des cas;

7° Dans mes voyages récents à l'ouest et au midi de la France, toutes les fois que j'ai pu séjourner suffisamment dans une localité et que le concours des confrères m'a été prêté, j'ai pu découvrir la lèpre typique, ou tout au moins la lèpre atténuée ou bien un état suspect. Bien des fois les allures de ces manifestations sont larvées ou masquées : mais on peut toujours et quand même les faire rentrer dans la grande classe de la « léprose », qui comprend autant et même plus de variétés que la scrofulose ou la tuberculose;

8° Dans les villes où l'enseignement officiel attire les malades et en impose une exploration méticuleuse, on constate, par-ci par-là, des cas de lèpre autochtone, classique ou atténuée, diversement qualifiée selon les idées du jour. Mais, dans les pays éloignés des foyers scientifiques, les cas de lèpre classique même, et à plus forte raison ceux de la lèpre atténuée ou transfigurée, passaient inaperçus. Nous aimons à croire que, à l'avenir, l'attention sur la survivance de la lèpre en France ayant été appelée, on ne sera plus dans l'impossibilité de poser un diagnostic rationnel en face de ces cas insolites, bizarres, ne ressemblant à aucune des maladies admises et qui demeuraient sans enregistrement;

9° Les lépreux que j'ai rencontrés dans le midi de la France, rangés d'après l'intensité de leur affection plus ou moins manifeste, remplissent tous les degrés de l'échelle, depuis le type le plus criard de la lèpre léonine jusqu'à la forme la plus atténuée, la plus fruste;

10° Le voyage que nous venons d'entreprendre nous a, en outre, convaincu que les confrères qui suivent le mouvement de la science ont tous accepté nos idées sur la survivance de la lèpre en France et sur les droits réclamés par cette maladie de faire rentrer dans son domaine toutes ces entités morbides de nouvelle création, ou tout au moins un grand nombre des observations qui y figurent. Cette synthèse rencontre partout approbation;

11° J'ai toujours essayé, pendant ce voyage, de me procurer quelques parcelles de la peau des lépreux observés ou quelques râclures du nerf cubital, gonflé ou à nodules, pour l'examen bactériologique.

Les sujets ne s'étant pas prêtés à ces ectomies, j'ai prié mes confrères de les persuader de se laisser faire, et d'envoyer directement ces parcelles à M. Straus, qui a déjà trouvé le bacille dans la peau de lépreux bretons. Cependant, la constatation du bacille nous prête déjà son appui. Le docteur Moriez (de Nice) et M. Roux l'ont constaté à l'Institut Pasteur dans deux biopsies pra-

tiquées sur des lépreux du canton de Nice. Il ne reste plus rien à désirer pour faire admettre par tout le monde l'existence de la vraie lèpre dans les Alpes-Maritimes.

D'autre part, le professeur Pitres (de Bordeaux) trouva le bacille et rangea définitivement, dans la catégorie des lépreux, un malade chez lequel il avait diagnostiqué la syringomyélie avant notre communication d'août dernier à l'Académie. Cette rectification de diagnostic de sa part prête le plus grand appui à nos idées et nous donne raison de soutenir qu'il y a des lépreux parmi les malades censés être syringomyéliques. Le professeur Pitres a observé la lèpre autochtone, cette fois-ci léonine, chez une autre personne de Bordeaux.

Maintenant, le bacille existe-t-il chez tous les malades du nord et du midi de la France qu'aucun léprologue n'hésiterait à considérer comme lépreux, à la simple exhibition de leurs photographies? Et si la biopsie de quelques-uns de ces malades ne démontrait pas la présence du bacille, nous faudrait-il, malgré tout le processus clinique de ces malades, leur refuser droit de cité dans la léprose? Je ne le pense pas. Car il n'a point été établi que le bacille existe constamment chez tous les lépreux atteints de la forme nerveuse ou mutilante, sans exsudats, sans tubercules. Et c'est ce qu'il est facile aux médecins de l'hôpital Saint-Louis d'établir, en biopsiant les lépreux nerveux de leurs services, déjà diagnostiqués sans cette épreuve réclamée. Ce n'est que dans le cas où le bacille serait constatable dans la lèpre nerveuse et dans la lèpre mutilante diagnostiquée par nos confrères de Saint-Louis chez leurs hospitalisés, que l'on serait en droit de discuter la nature lépreuse des individus dont j'ai eu l'honneur de présenter les photographies à l'Académie et qui reproduisent le tableau le plus parfait de la lèpre universelle. D'ailleurs, les maladies microbiennes très atténuées conservent-elles leur microbe? Y en a-t-il dans la scarlatine?

12° Bien que nous ayons trouvé la lèpre partout dans le midi de la France, nous sommes heureux de pouvoir affirmer qu'elle diminue de plus en plus et que le moment de sa disparition totale n'est pas bien éloigné. Sa diminution rapide en Ligurie, où elle sévissait cruellement jusqu'à l'annexion, prouve que le seul moyen de la combattre avec efficacité consiste à améliorer le sort du peuple et, partant, à le mettre en état de se bien nourrir, d'avoir des habitats convenables et de veiller sur sa propreté individuelle et ambiante.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

145. M. Thérault. L'huile grise dans le traitement de la syphilis. — 146. M. Legrand. Contribution à l'étude des éruptions iodiques. Acné anthracoïde ou dermatite tubéreuse. — 147. M. Eudlitz. Contribution à l'étude du traitement hypodermique de la syphilis par les sels mercuriels en général et par le sozocodolate de mercure en particulier. — 148. M. Féolde. Contribution à l'étude des myalgies. — 149. M. Bastide. Des troubles oculaires dus à l'état puerpéral. — 150. M. Ninaud. Contribution à l'étude de l'hydropisie aiguë de l'amnios et de son traitement. — 151. M. Guilleminot. Traitement du pédicule intra-péritonéal dans l'hystérectomie abdominale pour fibromes utérins. — 152. M. Loisel. Les cartilages linguaux des mollusques (structure et développement histogénique). — 153. M. Riou. Cure radicale de la hernie épigastrique. — 154. M. Pillaud. Empoisonnement saturnin par le vernis des poteries communes. — 155. M. Stavaux. Contribution à l'étude des hémorragies gastro-intestinales au cours des cardiopathies. — 156. M. Dupont. De la suture des parois de l'abdomen après les laparotomies. — 157. M. Van Peteghem. Des endométrites de la ménopause. — 158. M. Bousquet. De la gastrostomie dans les rétrécissements cancéreux de l'œsophage. — 159. M. Gauthier. Des accidents du cancer de l'utérus et leurs indications thérapeutiques et opératoires. — 160. M. Garnier. Des luxations métatarso-phalangiennes du gros orteil, et en particulier des luxations irréductibles. — 161. M. Ladevie. Contribution à l'étude de la périnéorraphie dans les cas de rupture complète d'après le procédé de Jude Huë.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 12 mai 1893, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Casanove, Aubry, Duprat, Percheron, Barthélemy et Roby.

— Par décision ministérielle, en date du 7 mai 1893, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués :

MM. les médecins-principaux de première classe Dieu, pour l'emploi de sous-directeur de l'école et de médecin-chef de l'hôpital du Val-de-Grâce; Beltz, pour l'hôpital de Versailles (médecin-chef); Mutin, pour l'hôpital de Toulouse (médecin-chef).

MM. les médecins-majors de première classe Bayard, pour le 25e d'infanterie; Sacreste, pour le 2e régiment étranger.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Leuc, pour le 71e d'infanterie; Pozzo di Borgo, pour l'hôpital de Nice; Salètes, pour la légion de la garde républicaine; Hugard, pour le 24e d'infanterie; Roux (J.-A.-E.), pour le 14e bataillon de chasseurs à pied; Pelletier, pour le 28e d'infanterie; Dupeyron, pour le 11e d'infanterie; Clary, pour l'hôpital d'Amélie-les-Bains; Viger, pour le 128e d'infanterie; Ohier, pour le 13e hussards; Jannot, pour le 36e d'infanterie; Baradat, pour le 9e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Morin (E.-J.-M.), pour le 2e zouaves; Bourdin, pour le 1er zouaves; Quéhéry et Mitry pour les hôpitaux de la division d'Oran; Chevalier, pour les hôpitaux de la division d'Alger; Cahen, pour l'école de Saint-Maixent; Frache, pour le 4e bataillon d'infanterie légère d'Afrique; Jouet, pour l'école de Saumur; Guibaud, pour le 66e d'infanterie; Puech, pour le 19e d'artillerie; Courtet, pour les hôpitaux de la brigade d'occupation de Tunisie; Cadet, pour les hôpitaux de la division de Constantine.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Steinmetz, pour le 15e d'artillerie; Le Goïc, pour l'hôpital de Marseille; Martin (F.-G.), pour le 2e d'artillerie pontonniers; Verse, pour le 40e d'infanterie; Faure (N.-M.-E.), pour le 138e d'infanterie; Azaïs, pour le 46e d'infanterie.

— Sont élus membres du Conseil général de la Seine, les docteurs en médecine dont les noms suivent :

M. Basset, pour Saint-Ouen, arrondissement de Saint-Denis; M. Piettre, pour Saint-Maur, arrondissement de Sceaux; M. Reulos, pour Villejuif, arrondissement de Sceaux.

— L'Association des internes et anciens internes en médecine des Asiles de la Seine se réunira en assemblée générale annuelle samedi prochain, 20 mai, à six heures du soir, au restaurant Pinson, à Joinville-le-Pont.

Un banquet suivra la réunion. Les adhésions pour le banquet sont reçues par M. le docteur Marcel Briand, président de l'Association, à l'asile de Villejuif; et M. le docteur Vétault, trésorier, 210, boulevard Voltaire.

Des breaks stationneront place de l'Hôtel-de-Ville à Paris, de quatre à cinq heures du soir. — Départ pour Joinville à cinq heures précises.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 57. — JEUDI 18 MAI 1893. 66e ANNÉE. JEUDI 18 MAI 1893. — N° 57.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Brown-Séquard a pris part à la discussion sur la suture des nerfs. Avant d'expliquer comment il comprend le retour de la sensibilité après cette suture, il a rappelé à l'Académie l'opinion qu'il professe, depuis longtemps déjà, sur ce qu'il a appelé la dynamogénie et l'inhibition. Partant de ces données qu'il a souvent exposées à la Société de biologie, voici comment il explique le retour de la sensibilité après la suture d'un nerf divisé. Au moment de la section de ce nerf, il se produit une inhibition. Lorsque l'on intervient par la suture, on excite les nerfs du voisinage qui ne sont pas dégénérés, on produit de la dynamogénie et on réveille ainsi la sensibilité. Il en résulterait que l'incision seule, faite à la peau pour arriver sur les deux bouts du nerf divisé, suffirait sans qu'il soit nécessaire de réunir entre eux ces deux bouts, l'inférieur étant dégénéré et incapable, par lui-même, de transmettre le moindre courant nerveux. On le voit, nous sommes loin de l'explication admise par M. Le Fort sur le rétablissement du courant nerveux comparable à celui d'un courant électrique à travers un fil, explication pour laquelle M. Brown-Séquard s'est montré sévère.

M. Lancereaux a fait connaître, en détail, les observations de typhus exanthématique qu'il a pu suivre dans son service. Cette communication, qu'on trouvera au compte rendu, sera un précieux document pour tous les praticiens, tant au point de vue du diagnostic de cette maladie, qu'au point de vue de son traitement.

L'Académie s'est adjoint deux membres correspondants dans la division de médecine, MM. Schiff (de Genève) et Hlava (de Prague).

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Paul Reclus.

Sur deux observations d'obstruction intestinale.

J'ai opéré, en moins d'un mois, deux femmes atteintes d'étranglement interne. A l'une j'ai pratiqué un anus artificiel, pour l'autre j'ai eu recours à la laparotomie. Je voudrais, à propos de ces deux cas, vous entretenir de cette question, la plus ardue peut-être de la thérapeutique chirurgicale, et vous montrer pourquoi nous errons un peu sans boussole : faut-il s'abstenir ou faut-il intervenir, et si l'on se décide à intervenir, faut-il ouvrir le ventre ou simplement l'intestin ? Le problème, nettement posé depuis le triomphe de l'antisepsie, ne paraît pas avoir reçu encore sa solution définitive, et nous verrons que les indications, d'apparence si précises, fournies par le raisonnement et la logique pure, ont été si souvent et si brutalement démenties par la clinique que, en présence de chaque cas nouveau, les hésitations nous reprennent, et ce n'est jamais délibérément et sans arrière-pensée que nous adoptons un parti.

Voici d'abord mes observations : Le 22 février, on apporte dans nos salles, au moment de la visite, une concierge de trente ans, dont nous pouvons résumer rapidement l'histoire : peu d'antécédents morbides, et nous ne notons qu'une anémie profonde à dix-huit ans, une constipation rebelle qui dura un an et demi, et des ménorragies abondantes. Quatre jours avant son entrée à l'hôpital, un samedi, elle est prise, vers dix heures du soir, d'une douleur vive dans le ventre; elle se couche, mais les souffrances augmentent et durent toute la nuit avec une intensité croissante; le dimanche matin, le médecin prescrit un purgatif vomi presque aussitôt; la glace et le champagne ne calment pas les nausées et la crise persiste aussi grave pendant la nuit du dimanche au lundi; le lundi matin on ordonne 30 grammes d'huile de ricin, que l'estomac rejette au bout d'une heure. La journée, puis la nuit du lundi au mardi ne sont pas meilleures; les douleurs, continues, s'exaspèrent au moindre mouvement, et les vomissements, alimentaires le samedi, bilieux le dimanche et le lundi, sont devenus fécaloïdes le mardi. Un lavement avec un siphon d'eau de Seltz reste sans effet, de telle sorte que depuis le samedi soir, début des accidents, il n'est sorti par l'anus ni matières fécales, ni gaz; aussi, le mercredi matin le médecin, effrayé de cette obstruction persistante, fait porter la malade dans notre service et nous constatons l'état suivant :

La face est déjà grippée, les yeux caves, le nez effilé, la voix grêle et cassée, le pouls petit et rapide; la peau est froide et moite; la soif est ardente; et chaque effort pour boire est accompagné de nausée et de vomissement. Le ventre est modérément ballonné, et peut-être un peu plus à droite qu'à gauche; le son tympanique révélé par la per-

cussion est général, et à aucun point on ne trouve de matité; une douleur sourde existe dans toute la région abdominale; la pression l'exaspère, surtout dans le flanc gauche où une palpation, même légère, provoque une souffrance aiguë. Le toucher rectal ne nous révèle aucun obstacle dans ce segment de l'intestin; le toucher vaginal est aussi négatif; tous les orifices herniaires accessibles paraissent libres; nous concluons à l'existence d'un étranglement interne dont il nous est impossible, d'ailleurs, de préciser la nature : torsion, invagination, brides, compression par une tumeur, cancer, toutes les hypothèses sont valables. Or, comme, d'une part, il n'y a pas de temps à perdre en nouveaux essais médicaux, puisque nous sommes en plein quatrième jour des accidents; comme, d'autre part, bien qu'affaiblie, la malade présente encore une certaine résistance vitale; comme, enfin, nous sommes à l'hôpital, dans notre salle d'opérations, milieu aseptique et bien outillé, nous nous décidons à ouvrir le ventre pour essayer de lever l'obstacle au libre cours des matières.

La laparotomie est pratiquée avec l'aide de notre collègue Chaput, présent à ma visite : une incision de douze centimètres est faite sur la ligne médiane entre l'ombilic et le pubis; le péritoine est ouvert et j'arrive sur l'épiploon tendu comme un tablier en avant des intestins, et très adhérent en bas, vers la vessie, au péritoine pariétal, de telle sorte que cet obstacle empêche d'explorer la cavité du ventre; cependant, la main introduite entre lui et la séreuse contourne l'épiploon à gauche, se met au contact des intestins et plonge d'abord vers les organes génitaux; le pelvis est trouvé rempli par une tumeur arrondie, globuleuse, fluctuante et si régulière, qu'on se demande s'il ne s'agirait pas de la vessie distendue; mais une sonde introduite par l'urèthre ne donne issue qu'à quelques gouttes d'urine; il s'agit d'une tumeur dépendant des annexes : salpingite volumineuse ou petit kyste de l'ovaire. Mais nous ne poussons pas plus loin l'analyse car, malgré quelques adhérences filamenteuses qui partent des intestins et du mésentère pour s'insérer sur cette tumeur, il nous paraît évident que là n'est pas le siège de l'obstruction.

Nous avions porté d'abord la main dans le flanc gauche, car c'est là que la malade accusait le maximum de douleurs; mais les intestins distendus, examinés rapidement, ne nous y avaient révélé rien d'anormal; nous nous dirigeons alors vers la fosse iliaque droite, où les anses nous paraissent très dilatées, et tout à coup nous sommes arrêté par une bride des plus nettes, que nous soulevons avec le doigt et que nous ne lâchons plus. Mais notre incision abdominale est trop étroite pour vérifier la nature de cet obstacle et pour le lever avec sécurité; aussi pratiquons-nous une section nouvelle, perpendiculaire à la première et qui se dirige vers le flanc droit. A ce moment, nous éprouvons les plus grandes difficultés pour empêcher les anses intestinales rouges, congestionnées, distendues, de s'échapper de l'abdomen; des compresses aseptiques cependant, et des éponges maintenues par des aides, y suffisent et nous pouvons enfin découvrir notre doigt recourbé en crochet, et qui soulevait la bride qu'il est difficile de faire émerger au milieu des anses intestinales, dont les unes sont vineuses et comme insufflées par les gaz, tandis que d'autres sont vides, aplaties et décolorées.

Cette bride a la forme d'une pyramide dont la base part du mésentère, tandis que le sommet, effilé, mais terminé par un petit noyau, du volume d'un grain de mil, blanchâtre, résistant, fibreux, s'insère sur la face convexe d'une anse intestinale grêle. Il ne s'agit donc pas d'un lien annulaire, et la lumière de l'intestin se trouve oblitérée par la coudure brusque que lui imprime l'adhérence de cette bride fibreuse, dont la longueur ne dépasse pas 3 centimètres. Sa résistance est telle que, malgré des efforts sérieux, trop brutaux peut-être, malgré un grattage avec l'ongle, nous n'avons pu ni la détacher ni la déchirer; elle reste fixée aussi bien à l'intestin qu'au mésentère, et c'est avec des ciseaux que nous la coupons à son point le plus rétréci, au niveau de son petit noyau fibreux. Pas une goutte de sang ne s'écoule. Immédiatement l'intestin retenu s'échappe, la coudure s'efface, les gaz gagnent le bout inférieur flasque qui se gonfle incontinent. L'opération était terminée; sa durée totale avait été de cinquante minutes.

Nous n'avions pas touché, il est vrai, à la tumeur pelvienne; nous ne voulions pas compliquer, par un choc nouveau, une opération de cette importance, et nous laissons, sans même en préciser le diagnostic, la masse contenue dans le petit bassin. Nous étanchons, avec des éponges montées, le liquide séreux qui s'était accumulé déjà dans le péritoine et le ventre est refermé. Les suites opératoires furent des plus rassurantes : dès le soir, des gaz sortaient spontanément par l'anus; dès le lendemain la malade buvait quelques gorgées de lait sans les vomir et avait, dans la nuit, une véritable débâcle et remplissait, presque coup sur coup, trois vases de matières fécales. La température qui, après notre intervention, était montée à 38 degrés, redevenait normale; l'alimentation se fait régulièrement; au septième jour, les fils de suture sont enlevés; la réunion est partaite; au quinzième jour, notre opérée commençait à marcher, et au vingt-cinquième elle quittait l'hôpital, absolument guérie. Elle doit venir nous revoir pour sa tumeur pelvienne.

Ce cas est un des plus beaux que l'on puisse mettre à l'actif de l'intervention chirurgicale; voici notre deuxième observation qui ne lui ressemble guère : Je suis appelé auprès d'une couturière de trente ans qui, le 13 janvier, dans la nuit, avait été prise de douleurs violentes du ventre et de vomissements alimentaires d'abord, puis bilieux, que rien ne pouvait arrêter; la veille elle était allée à la garde-robe, mais, depuis le début des accidents, ni matière, ni gaz ne sortaient plus par l'anus; on avait prescrit des injections de morphine qui furent sans effet; l'état reste sans modification le 14 janvier; le 15, une nouvelle purgation est de nouveau vomie; le 16, le médecin persiste, mais avec un insuccès toujours croissant, à ordonner l'huile de ricin et même l'eau-de-vie allemande; le 17, les vomissements deviennent fécaloïdes; le 18, l'état semble plus grave encore et je suis appelé; les douleurs, les vomissements fécaloïdes, l'absence absolue d'émission de gaz par l'anus, le météorisme ne laissent aucun doute sur l'existence d'une obstruction intestinale, dont je ne puis, cependant, préciser la nature.

J'aurais voulu pratiquer la laparotomie; mais il eût été plus que téméraire d'y recourir dans un semblable milieu où l'asepsie et l'antisepsie étaient également impossibles. J'insiste pour qu'on transporte la malade à l'hôpital; elle s'y refuse et je pars après avoir ordonné des lavements avec la sonde œsophagienne portée le plus haut possible dans l'intestin et avec le siphon d'eau de Seltz. Cette médication est renouvelée sans résultat le lendemain et comme la situation est loin de s'améliorer, je suis appelé de nouveau le

20 janvier, sept jours après le début des accidents. Il fallait opérer sans tarder et je n'avais plus le choix pour le mode d'intervention ; le transport à l'hôpital était aussi systématiquement refusé que la première fois et l'état général était loin d'être brillant; le pouls était petit et rapide, la face grippée, la voie cassée, la peau froide. Je pratiquai séance tenante, et sous l'anesthésie cocaïnique, l'entérostomie de Nélaton qui fut terminée en quelques minutes. Grâce à l'issue abondante des matières fécales liquides, la malade fut très soulagée, les vomissements cessèrent; on put tenter avec quelque succès l'alimentation ; mais les forces ne revinrent pas; le nouvel anus était sans doute trop haut placé pour permettre l'absorption ; la faiblesse persista et notre opérée succomba sans secousse et sans souffrance au seizième jour de sa maladie, au neuvième de notre intervention.

Que voyons-nous d'abord dans ces deux cas? C'est que, si le diagnostic d'étranglement interne ou d'obstruction intestinale s'établit d'ordinaire avec la plus grande facilité, on ne peut, la plupart du temps, déterminer la nature de l'obstacle : s'agit-il d'une invagination, d'un volvulus, d'une coudure, ou bien d'une bride, d'un diverticule, d'un anneau accidentel, d'une hernie interne, d'une compression par tumeur ou par adhérences sur une surface étendue, ou bien encore d'un corps étranger, d'un calcul, d'un polype, d'une masse fécale durcie, d'un rétrécissement fibreux ou cancéreux, ou bien enfin d'une paralysie intestinale et du pseudo-étranglement qu'elle provoque ? Certes on a multiplié les recherches sur ce point et on a trouvé des signes de toute sorte pour établir ce diagnostic étiologique, mais ces signes sont si précaires, leur caractère si douteux, leur analyse si délicate que vous atteignez très rarement la probabilité, exceptionnellement la certitude. Aussi un de nos cliniciens, le plus sagace peut-être et le plus avisé, nous disait-il souvent : « Diagnostiquez donc toujours obstruction par cancer! vous aurez au moins, vu la fréquence de cette cause, 70 chances sur 100 de tomber juste. »

Or, la précision du diagnostic aurait la plus grande importance pour le traitement : en effet, les pseudo-étranglements, les paralysies intestinales, certaines torsions, les invaginations récentes, les engouements stercoraux peuvent guérir sans intervention chirurgicale, par les irrigations anales et les lavements électriques; les brides et les diverticules, les corps étrangers, les hernies internes, les anneaux accidentels, les vieilles invaginations nécessitent la laparotomie, tandis que la plupart des cancers seront plutôt justiciables de l'anus de Nélaton. Que faire si l'on ignore la cause de l'obstruction? Un point, du moins, est établi : notre ignorance de la cause étant admise, on tentera toujours le traitement médical qui peut guérir le malade sans lui faire courir les risques d'une intervention chirurgicale. D'après les statistiques, 25 à 50 p. 100 et même plus des individus traités par l'opium, les injections rectales d'eau simple ou d'eau gazeuse amenées très haut dans l'intestin par une sonde flexible, se rétablissent. Mais n'oubliez pas que cette médication a un côté négatif des plus importants : la proscription absolue des purgations si populaires encore auprès de tant de nos confrères. Dans les deux cas, que nous avons rapportés, n'avons-nous pas vu les malades purgées coup sur coup et pendant quatre jours consécutifs?

Nous devons au traitement médical, absence de purgations, opium, lavements gazeux portés haut, un assez grand nombre de succès. Trois fois, dans la clientèle de notre maître Féréol, nous avons vu des étranglements internes céder une fois au quatrième jour, et deux fois au sixième. Nous soignons, avec le docteur Œttinger, un libraire qui, en quatre ans, a eu trois crises d'obstruction intestinale; or, malgré de vives appréhensions, elles ont toujours été conjurées par ces larges irrigations rectales, auxquelles, une fois, nous avons dû ajouter le lavement électrique, méthode excellente et dont Boudet de Paris a bien réglé la technique. Sauf les cas exceptionnels d'indication immédiate d'intervention, tout étranglement interne, au début, sera traité par le lavement électrique : en 1884, Boudet de Paris n'a-t-il pas eu 59 succès sur 76 cas, et, plus récemment, son élève Larat 10 sur 19 cas? Aucun autre traitement ne peut se targuer d'aussi beaux résultats.

Le traitement opiacé, le lavement électrique ont échoué, que faire? Mais la laparotomie, répond-on ; et les arguments abondent pour défendre cette méthode. D'abord, puisqu'on ignore la cause de l'obstruction qu'on ouvre donc le ventre! On trouvera l'obstacle et l'on saura d'une façon précise quelle conduite tenir : on sectionne la bride, comme dans notre cas, on désenclave l'intestin dans les invaginations, on le détord dans le volvulus, on coupe le diverticule, on débride les anneaux accidentels, on réduit les hernies internes, on extrait les corps étrangers ou les polypes, on fait progresser les matières fécales durcies, on résèque les rétrécissements cicatriciels ou les cancers s'ils sont petits, s'ils sont trop volumineux pour être extirpés, on en est quitte pour refermer le ventre après avoir saisi l'anse intestinale où l'on ouvrira un anus artificiel en bon lieu. Il est peu de raisonnements plus logiques et plus séduisants : aussi a-t-il fait fortune, dès qu'il fut formulé, et, pour ma part, en 1881, dans une clinique sur l'étranglement interne, je disais : « Dès que le diagnostic d'obstruction est établi, ouvrez la cavité abdominale cherchez l'obstacle et levez-le. »

C'est bien simple; mais la pratique nous a donné des mécomptes! Et, d'abord, les faits prouvent qu'il faut renoncer à l'espoir de toujours reconnaître l'obstacle : Curtis a relevé 328 cas de laparotomies pour étranglement interne; or, 28 fois, la cause ne fut pas découverte; Lawson Tait, dont on proclame partout l'audace et l'habileté, n'aurait pu, 5 fois sur 6 laparotomies, trouver la cause de l'obstruction. Et puis la trouver n'est pas tout, il faut pouvoir la lever; or, des statistiques de Curtis, il ressort que, 75 fois, on dut y renoncer. Ajoutons que proclamer la nécessité de la laparotomie c'est bien, mais on ne peut la pratiquer partout; si le malade est transporté à l'hôpital ou dans certaines maisons de santé, on aura la sécurité suffisante et l'outillage nécessaire pour cette opération, une des plus délicates de la chirurgie; il n'y a pas seulement à protéger contre toute inoculation un intestin distendu et prêt à faire irruption hors du péritoine, mais il faut être en mesure de pratiquer les interventions les plus difficiles, l'entérectomie par exemple et la suture intestinale. C'est la défectuosité du milieu qui nous fit repousser la laparotomie chez la malade de notre seconde observation.

Et puis, une intervention aussi délicate et aussi longue sur les intestins, ne peut être tentée que chez un individu encore résistant; car le collapsus guette nos opérés; trop souvent les médecins ne nous appellent que lorsque,

après quatre ou cinq, six ou sept jours de purgations infructueuses, de massage abdominal, le malade empoisonné et affaibli est incapable de supporter le moindre choc. Les relevés démontrent que les tentatives hâtives donnent de moins mauvais résultats. Il faudrait donc intervenir au plus tôt, mais qui oserait ne pas essayer du traitement médical, eu égard aux 30, 40 ou 50 p. 100 de succès qu'il donne et qui négligerait de gaîté de cœur cette chance de salut, même au risque d'aggraver la future laparotomie si elle devient nécessaire? Qui sera assez téméraire pour ouvrir de prime abord le ventre, lorsqu'on songe aux résultats plus que médiocres obtenus par les opérateurs les plus habiles?

De nombreuses statistiques ont été publiées par Bulteau, Trèves, Peyrot, dont on se rappelle la remarquable thèse d'agrégation, par Ashurst. Les relevés de ce dernier portent sur 356 laparotomies, avec une mortalité de 69 p. 100; ceux de Curtis, que nous avons signalés à plusieurs reprises, nous montrent des résultats identiques. C'est un peu moins de 69 p. 100, au lieu d'être un peu plus, et la différence n'est que de quelques fractions. Et si nous échappons à ces statistiques faites de pièces et de morceaux, si nous nous en tenons à la pratique d'un seul chirurgien, celle d'Obalinski, que cite Jalaguier dans son excellent article de notre *Traité*, nous voyons que, sur 38 laparotomies, cet opérateur a eu 15 guérisons et 23 morts, soit une léthalité de plus 60 p. 100. Heureusement, peu d'interventions chirurgicales accusent, depuis l'antisepsie, d'aussi déplorables résultats. Et nous en arrivons à conclure que la laparotomie, qui devait avoir comme double avantage de préciser la nature de l'obstacle et de lever cet obstacle, ou laisse le diagnostic en suspens, ou ne peut lever l'obstacle, ou ne le fait qu'au prix d'une mortalité véritablement effrayante.

La laparotomie n'a donc pas tenu les magnifiques promesses que nous en attendions. Faut-il alors nous rejeter sur l'entérotomie de Nélaton et ouvrir, au-dessus de l'obstacle, une voie dérivée pour les matières fécales? En certains cas, c'est bien l'opération de choix, et dans les pseudo-étranglements, que les irrigations intestinales et les lavements électriques ne guérissent pas, l'anus artificiel est le seul traitement. J'ai déjà publié l'observation d'un vieillard opéré le 1er mai 1884, pour une obstruction que je croyais due à un cancer situé à l'union de l'S iliaque et du rectum; je pratiquai la colotomie inguinale; la longue survie de mon malade prouve le mal fondé de mon diagnostic; il s'agissait d'une simple paralysie car, aujourd'hui, c'est-à-dire huit ans après mon intervention, mon individu vit encore, et, bien qu'octogénaire, son existence ne semble pas menacée. Dans les cancers et les invaginations inopérables, dans tous les cas où la chirurgie est impuissante à lever l'obstacle, la création d'un anus artificiel est aussi l'opération de choix. Elle l'est encore lorsque l'obstrué est empoisonné, affaibli par une trop longue attente ou une thérapeutique malencontreuse, lorsqu'il est désormais incapable de supporter le choc qu'entraînerait l'ouverture du ventre; elle l'est enfin, lorsqu'on est dans un milieu tel et avec un outillage si insuffisant, qu'une intervention aussi délicate que la laparotomie est impraticable.

Mais si quelques-unes de ces indications de l'entérotomie, et en particulier celles qui ont trait à la faiblesse du malade et à l'insuffisance de l'outillage et du milieu, sont faciles à établir, les autres, celles que l'on tire de la nature de l'obstacle, sont, nous l'avons vu, le plus souvent ignorées et la question se trouve alors posée en ces termes : nous avons une opération, la laparotomie, qui, le plus souvent, nous donne le diagnostic de l'obstruction, et qui parfois lève l'obstacle; elle peut amener alors des guérisons aussi brillantes et aussi radicales que celle dont je vous ai raconté l'histoire au début de cette conférence, mais elle achète ces incontestables avantages au prix d'une effroyable mortalité; nous avons une autre intervention, l'entérotomie, qui nous laisse souvent dans l'incertitude sur la cause du mal, qui n'y remédie que rarement, et qui, lorsqu'elle y parvient, ne le fait qu'au prix d'une pénible infirmité, mais qui, du moins, a pour elle de ne point être dangereuse et de pouvoir se pratiquer en tous lieux; avec l'anesthésie à la cocaïne quelques minutes y suffisent, et l'opération est si simple, qu'elle ne peut aggraver en rien l'état précaire du malade.

Eh bien ! cette simple considération, l'innocuité de l'entérotomie, a rallié à cette méthode un grand nombre de chirurgiens qui font de l'anus de Nélaton l'opération de choix. Et nous ne parlons pas ici de ceux de nos compatriotes qu'on gratifie si volontiers du qualificatif de « timides », de « craintifs » ou de « réactionnaires ». Au seizième Congrès de chirurgie d'outre-Rhin, Schede, Mikulicz, Madelung, Schonborn proclament qu'ils ont recours à l'entérotomie dans les cas douteux. Czerny réserve la laparotomie pour « des faits rares d'étranglement interne, dans lesquels les forces du patient sont conservées, le ventre souple, et où la palpation dans la narcose permet de sentir, avec quelque certitude, l'emplacement de l'obstacle ». Kronlein considère l'ouverture du ventre comme le traitement d'exception. Von Wahl, qui ne craint pas cependant d'inciser la ligne blanche du pubis à l'appendice xyphoïde, rejette la laparotomie lorsque le siège et la nature de l'obstacle sont indéterminés, et c'est pour lui « une aveugle vivisection ». Nous tenions à bien marquer ce mouvement de réaction des Allemands en faveur de l'opération française, imaginée par le vieux Maunoury (de Chartres), pratiquée pour la première fois, nous dit Jalaguier, par Gustave Monod, et magistralement réglée par Nélaton.

Que vous dirai-je, après cela ! mon Dieu, ce que je vous disais en commençant : que la question est obscure et terriblement inquiétante; qu'on hésite toujours devant le problème à résoudre, et qu'une fois la décision prise, on est encore tourmenté par la terrible responsabilité qu'on encourt. Les faits sont encore fort rares où le diagnostic est établi; certes, il faut, par une analyse minutieuse des symptômes, tâcher de multiplier ces faits; car, pour eux, le choix sera facile, et de la nature de l'obstacle découlera l'indication du traitement; mais que faire dans les cas douteux, dans ces cas qui, en définitive, forment la grande majorité de ceux que les médecins nous soumettent?... Pour ma part, j'essaierai tout d'abord des moyens médicaux, des lavements électriques; s'ils échouent et si le malade est encore résistant, si, d'ailleurs, je suis bien outillé, dans un hôpital où l'asepsie est possible, j'aurai recours à la laparotomie; mais, s'il s'agit d'un malade refroidi, affaibli, incapable de supporter une longue intervention, et s'il se trouve dans un milieu où l'inoculation du péritoine est à redouter, l'entérotomie me semble indiquée : si elle laisse peut-être mourir plus de malades, sûrement elle en tue beaucoup moins.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 mai 1893. — Présidence de M. LABOULBÈNE.

RAPPORT

Ophtalmie sympathique. — **M. CHAUVEL** fait un rapport sur un travail de M. Galezowski intitulé : « Les hémorragies et les anévrismes miliaires du cercle ciliaire dans l'ophtalmie sympathique. » (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 364.)

Suivant M. Chauvel, la théorie microbienne ne suffit pas pour expliquer les cas d'ophtalmie sympathique; mais on ne saurait, ainsi que le voudrait M. Galezowski, lui substituer d'une façon générale l'hypothèse d'une névrite des nerfs ciliaires. Les lésions désignées sous le nom d'ophtalmie sympathique correspondent évidemment à des conditions étiologiques et à des pathogénies différentes.

M. JAVAL fais remarquer que le procédé de M. Galezowski paraît basé sur une illusion d'optique.

M. CHAUVEL ne se fait pas le défenseur du procédé conseillé par M. Galezowski pour l'exploration des parties périphériques de l'œil. Il est difficile que l'ophtalmoscope porte beaucoup au delà de la région équatoriale, et dans les figures qui ont été présentées, les lésions reproduites siègent évidemment à ce niveau. M. Galezowski dit lui-même que l'examen par son procédé est très délicat.

COMMUNICATIONS

Retour rapide de la sensibilité après suture des nerfs. Inhibition et dynamogénie. — **M. BROWN-SÉQUARD** expose comment il comprend le retour de la sensibilité après la suture des nerfs. Mais avant de faire connaître l'opinion très précise qu'il a sur cette question, il indique brièvement ce qu'il entend par inhibition et dynamogénie.

L'inhibition est le phénomène qui se produit, quand, sous l'influence d'une excitation quelconque, les causes qui engendrent un phénomène nerveux sont annulées ; la dynamogénie est tout le contraire de l'inhibition, elle a lieu quand les causes qui produisent un phénomène sont exagérées sous l'influence d'une excitation. L'inhibition et la dynamogénie sont des transformations de forces.

La généralisation de ces actions est telle qu'il est impossible d'irriter, ou même seulement de toucher, une portion sensible quelconque de l organisme, sans produire de l'inhibition ou de la dynamogénie, et, le plus souvent, les deux phénomènes.

La dynamogénie et l'inhibition produites par une même excitation ont la même puissance. Cependant, elles sont indépendantes l'une de l'autre et peuvent être produites isolément.

Si, par exemple, on coupe le nerf sciatique chez un animal, la puissance de la moelle épinière est très augmentée du côté de la section; elle est diminuée, inhibée, du côté opposé. Bien plus, le cerveau lui-même est impressionné, et les zones motrices, inhibées du côté opposé à la section, sont, en dynamogénie, du côté correspondant.

Une hémi-section de la moelle est, à ce point de vue, une des preuves les plus frappantes que l'on puisse fournir.

Si l'on fait une hémi-section de la moelle au cou, il y a anesthésie du côté opposé et hyperesthésie du côté correspondant à la section. On a cru pendant longtemps que la sensibilité était transmise dans la moelle épinière par le côté opposé, qu'elle était croisée. Or, c'est une erreur. Si, après avoir coupé la moitié de le moelle au cou et constaté les phénomènes qui viennent d'être signalés, on fait une nouvelle hémi-section dorsale du côté opposé, on voit l'anesthésie disparaître, là où elle existait d'abord, et y être remplacée par de l'hyperesthésie, et *vice versâ*. Il s'agit donc, non pas de section de conducteurs, comme on le voit, mais de phénomènes dynamiques : inhibition et dynamogénie.

La piqûre du prétendu nœud vital produit l'inhibition des échanges : le sang veineux est rouge, et la rigidité cadavérique peut durer des semaines, sans putréfaction, grâce à la dynamogénie extrême qu'a produite la piqûre du bulbe.

Ce sont ces données générales que M. Brown-Séquard applique à l'interprétation de ce qui se passe après la suture des nerfs.

M. Le Fort disait que, quand on rapproche les deux bouts d'un nerf sectionné, l'influx nerveux peut passer comme dans un conducteur électrique. Cette idée ne peut se défendre, car, le plus souvent, le bout périphérique que l'on suture est dégénéré, détruit, et on ne peut admettre qu'un influx nerveux passe là où il n'y a pas de nerf. On peut prouver directement que rien ne passe dans un nerf suturé, même quand la suture est faite aussitôt après la section.

On coupe le sciatique d'une grenouille, et aussitôt on le suture, on strychnise ensuite la grenouille; aussitôt elle sera prise de convulsions, excepté dans le membre auquel se distribue le sciatique coupé. On sait que, dans ces conditions, la moindre excitation cutanée, et surtout d'un nerf, réveille les convulsions. Or, on peut exciter le sciatique suturé sans provoquer le moindre réflexe.

Comment peut-on comprendre, dès lors, que la sensibilité revienne après la suture? Voici comment l'explique M. Brown-Séquard :

Au moment de la section du nerf il y a inhibition. Alors la zone anesthésique occupe non seulement la région où se distribue ce nerf, mais encore une région plus étendue, grâce à l'inhibition des fibres de sensibilité récurrente et des anastomoses si nombreuses qui existent. L'intervention par la suture en excitant les nerfs qui restent non dégénérés réveille la sensibilité; elle produit de la dynamogénie.

C'est l'action sur les nerfs de voisinage et non la suture elle-même qui rappelle la sensibilité ; en voici la preuve :

Un malade dont le médian avait été coupé et qui était tout à fait insensible, avait retrouvé sa sensibilité après la suture du nerf, faite par M. Tillaux. Un peu après, il tombe et se comprime le nerf suturé; aussitôt perte de la sensibilité. M. Tillaux, craignant que la suture ne soit rompue, se décide à intervenir de nouveau ; il trouve la suture intacte, mais l'incision qu'il a dû faire a suffi pour produire un nouvel effet dynamogénique.

Si, donc, la suture est utile, c'est surtout parce que, pour la pratiquer, on produit des excitations dynamogéniques. M. Brown-Séquard croit même que si le malade y répugne, si les deux bouts du nerf ne sont pas trop éloignés et la réunion par régénération possible, toute excitation cutanée pourrait suffire à réveiller la sensibilité et remplacer la suture.

La dynamogénie et l'inhibition peuvent devenir des agents thérapeutiques d'une grande valeur. A ce point de vue, M. Brown-Séquard rappelle que de simples applications de chloroforme sur le thorax peuvent augmenter considérablement la puissance du nerf phrénique et du diaphragme, partant faciliter la respiration. Un courant galvanique passant pendant une seconde sur la muqueuse nasale peut faire cesser une migraine.

Le typhus à l'Hôtel-Dieu en 1893. — **M. LANCEREAUX** a eu à soigner à l'Hôtel-Dieu les premiers cas de typhus qui se sont produits au Dépôt de la Préfecture de Police et même en ville. Deux de ces malades succombèrent et l'autopsie, pratiquée avec le plus grand soin, ne révéla d'autre altération qu'une congestion intense à la base des deux poumons; le cœur, le foie, le pancréas, les reins, l'encéphale, le tube digestif ne présentaient aucun désordre ; la rate, volumineuse chez un malade, était à peu près normale chez l'autre. L'ensemencement du sang de cette rate ne donna rien de précis au point de vue microbien.

Au point de vue de la symptomatologie, M. Lancereaux a pu constater les phénomènes suivants : turgescence de la face et des conjonctives et léger larmoiement ; éruption exanthématique des plus évidentes, occupant le tronc et les membres, exceptionnellement la face ; son maximum était la peau de l'abdomen et les aines. C'étaient des taches plutôt que des élevures papuleuses et leur dimension variait depuis celle d'une piqûre de puce jusqu'à

celle d'une tache rubéolique, donnant à la peau un aspect marbré; elles avaient une teinte vineuse et obscure, plutôt que claire et rosée, et contrairement aux taches rosées lenticulaires de la fièvre typhoïde, elles ne disparaissaient pas complètement à la pression, preuve qu'elles étaient constituées par de petites hémorragies cutanées. Cette éruption disparaissait généralement au bout de huit à dix jours.

La température des malades a varié entre 40°6 et 38°8; les différences, du soir au matin, étaient peu sensibles. En cela, la courbe thermique différait de celle observée dans la fièvre typhoïde. Le pouls fréquent, faible, rarement dicrote, oscillait entre 96 et 130. La respiration était accélérée, laborieuse, la voix était rauque ou éteinte; il y avait des signes de bronchite. La langue était sèche, vernissée, parfois fendillée. L'abdomen était souple, non douloureux; il n'y avait pas de vomissements, mais une diarrhée verdâtre mélangée de mucus.

Les urines acides étaient rares, troubles et peu colorées; elles laissaient déposer du mucus et de l'urate de soude. L'urée était manifestement diminuée; elle a varié entre 11 et 20 grammes. L'acide phosphorique entre 1gr50 et 2gr60; les chlorures entre 4 et 8 grammes. Elles contenaient de 20 à 45 centigrammes d'albumine par vingt-quatre heures. M. Couturieux y a constaté, en outre, de l'urobiline indiquant une altération manifeste des hématies. Et cependant, le sang examiné au spectroscope ne présentait rien d'anormal.

Les symptômes observés du côté du système nerveux étaient des plus graves : dépression excessive des forces, prostration extrême, trémulation musculaire; délire ou état comateux; insomnie, incontinence des matières; yeux fixes, pupilles contractées; douleurs articulaires et hyperesthésie de la peau; surdité relative et épistaxis.

C'est vers le quinzième jour que la défervescence est survenue et la convalescence a suivi.

Relativement au traitement, les moyens hygiéniques et thérapeutiques ont été simultanément employés. Un courant d'air constant a été établi à plusieurs mètres au-dessus du niveau des lits des malades; en outre, des pulvérisations d'acide phénique eurent lieu d'une façon constante dans la salle; soit à cause de ces mesures, soit pour toute autre raison, le personnel n'a pas été atteint du typhus.

En ce qui concerne la thérapeutique, M. Lancereaux pense que le typhus doit être traité d'après les indications et que les plus importantes dans l'espèce doivent avoir pour objectif d'abaisser la température, de diminuer la sécheresse des téguments et de relever l'état d'affaissement du système nerveux. Pour répondre à ces indications, les lotions froides alcoolisées, les bains tièdes et même les bains froids lui parurent devoir être employés avec avantage. Ces moyens, renouvelés chaque jour, eurent pour effet d'abaisser la température, du moins momentanément, mais dans quelques cas de torpeur excessive, ils n'eurent pas le résultat voulu. Il eut recours aux bains froids très courts et même aux douches. Enfin, pour relever l'état de dépression du système nerveux, il se servit de la caféine et de l'éther en potions à la dose de 1 à 2 grammes par vingt-quatre heures.

Le régime a été exclusivement lacté, 1 à 2 litres de lait par jour, et de plus, M. Lancereaux donnait des grogs. La bouche, toujours sèche, était nettoyée avec le jus de citron et souvent badigeonnée à l'aide de glycérine; enfin, aux malades dont la soif était très vive, il prescrivait du champagne coupé d'eau.

Au point de vue de l'origine de l'épidémie, il ne croit pas qu'elle ait pris naissance au Dépôt comme on l'a cru. La durée de l'incubation du typhus étant de dix à douze jours, il aurait fallu, pour que ces malades eussent pu contracter le typhus au Dépôt, que leur séjour dans cet endroit fût de quinze à vingt jours. Or, la plupart n'y avaient séjourné que trois à quatre jours.

Par contre, un malade, atteint longtemps avant les autres, et dont la maladie était restée méconnue pendant quelque temps, avait quitté Lille le 17 février, était arrivé à Paris le 26, et étant tombé malade quelques jours après il entrait au Dépôt le 9 mars et à l'Hôtel-Dieu le 13. Ce fait confirme l'opinion soutenue par M. Leloir, que le typhus existait à Lille avant d'apparaître à Paris.

La conclusion de ces faits est la nécessité pour l'administration d'être mise au courant de toutes les épidémies locales qui peuvent se produire, afin qu'il lui soit possible de prendre promptement les mesures nécessaires.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants étrangers (division de médecine).

MM. Schiff (de Genève) et Hlava (de Prague) sont élus.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

162. Mme Kaplan-Lapina. Le courant alternatif sinusoïdal en gynécologie. — 163. M. Mathieu. Étude de la première dentition. — 164. M. Lévy. Étude sur le liquide amniotique vert. — 165. M. Larroussinie. De la dissimulation chez les aliénés. — 166. M. Thérèse. Étude anatomo-pathologique et expérimentale des artérites secondaires aux maladies infectieuses. — 167. M. Raoult. Essai sur les perforations de la membrane de Shrapnell. — 168. M. Le Coquil. De la submersion considérée au point de vue du diagnostic médico-légal et du traitement de la mort apparente. (Étude physiologique du procédé de M. Laborde.) — 169. M. Basset. La septicémie puerpérale atténuée. — 170. M. Porge. Activité de réduction de l'oxyhémoglobine dans les tissus vivants. Ses variations physiologiques, pathologiques et thérapeutiques. — 171. M. Descottes. Losophane. — 172. M. Noir. Étude sur les tics. — 173. M. Malley. Sur une nouvelle méthode de traitement chirurgical de l'hypertrophie tonsilaire (méthode de Ruault). — 174. M. Villard. De quelques mesures prophylactiques prises pendant l'épidémie de choléra de 1892.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours de médecine au Bureau central s'est ouvert lundi. La question écrite était ainsi formulée : « Kystes hydatiques du foie; anatomie pathologique; indications de traitement. »

— Le concours de l'adjuvat s'est ouvert lundi. La question écrite était : « Sinus de la dure-mère; anatomie et physiologie. »

Les candidats, au nombre de douze, sont par ordre alphabétique : MM. Auvray, Bois, Bracquehaye, Brunswic, Finet, Launay, Mayet, Mignot, Papillon, Picou et Riche.

— *Hôpitaux de Nantes.* — M. le docteur Edmond Vignard est nommé chirurgien suppléant des hôpitaux.

— M. le docteur Rondeau a été élu à l'unanimité président de l'association Lagoguey (Association médicale mutuelle de la Seine).

— M. le professeur Gros (d'Alger) est nommé commandeur de l'ordre de la Couronne de Roumanie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Robert (de Bordeaux) et Paul Valin (de Fécamp).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

94

Maladies mentales et nerveuses. Maison de santé pr les 2 sexes. Dr P. POTTIER, 8 et 10, r. Picpus, Paris, et hors Paris, à Epinay-sur-Seine, près Enghien.

18

LIQUEUR MARIANI À LA TERPINE ET À LA COCA

Titrée à 20 centigr. de Terpine pr cuillerée à bouche.

Cette liqueur unit les propriétés modificatrices et anti-catarrhales de la **Terpine** (hydrate d'essence de térébenthine) à l'action tonique et digestive de la **Coca.**

Employée avec succès contre les *Affections catarrhales*, aiguës ou chroniques, des muqueuses respiratoires, digestives et génito-urinaires, dans l'*Anémie*, la *Chlorose*, l'*Atonie*, la débilité générale et les maladies du système nerveux.

DOSE : 1 à 2 cuillerées à bouche matin et soir ou avant les deux repas.

64

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

DOSE : **Un verre à Madère après les repas.**

MARIANI, phien, 41, Boul. Haussmann, et ttes phies.

55

(Loire) SAIL-LES-BAINS (Loire)

à 8 h. de Paris, 4 h. de Lyon, 1 h. de Vichy

ÉTABLISSEMENT THERMAL

OUVERT DU 1er JUIN AU 15 OCTOBRE

Eaux recommandées par les médecins spécialistes contre : **Goutte, Rhumatisme, Gravelle, Maladies de la vessie et de la matrice. Sans rivales contre les maladies de la Peau.**

Magnifique Parc de 30 hectares, 3 Hôtels

PRIX MODÉRÉS

Bains, Vaste Piscine, Hydrothérapie, Gymnase, Casino

JEUX — CERCLE — TÉLÉGRAPHE

65

SANTAL SAVARESSE

en capsules anglaises de MEMBRANE ORGANIQUE

Ces capsules se dissolvent dans les **intestins**, sans nausées ni troubles digestifs.

EVANS LESCHER ET WEBB, LONDRES.

Paris : BÉRAL, phien, r. de la Paix ; MARCHAND, r. Grenier-St-Lazare ; CONOR, r. Barbette, et phies.

70

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées* ; produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

69

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'**anémie**, la **chlorose**, la **leucorrhée**, l'**aménorrhée**, la **cachexie scrofuleuse**, la **syphilis constitutionnelle**, le **rachitisme**, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre.

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

66

VIN DE PEPTONE CATILLON

30 gr. viande et 0,40 phosphates pr verre à madère.

Rétablit les forces, l'appétit, les digestions.

Très utile à tous les malades affaiblis, à ceux qui ne peuvent digérer ou qu'on veut suralimenter.

5

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs

BOUCHARDAT, GUBLER, TROUSSEAU

le **Valérianate d'Ammoniaque Pierlot** est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café, matin et soir, dans un peu d'eau sucrée.

Une instruction accompagne chaque flacon.

Prescrire le VÉRITABLE VALÉRIANATE PIERLOT de la **Maison CLIN & Cie**, de PARIS.

Détail dans les Pharmacies.

29

ÉLIXIR ET DRAGÉES FERRO-ERGOTÉS MANNET

Chloro-anémie, Métrorrhagies, Métrite, Incontinence d'urine.— 2, pl. Vendôme, Paris.

22

SOLVÉOL

SOLUTION FORTE	SOLUTION FAIBLE
2 p. 100	*1 p. 100*

NOUVEL ANTISEPTIQUE

ABSOLUMENT NEUTRE

SOLUBLE DANS L'EAU

Plus énergique et moins caustique que le Phénol,

il remplace avec avantage tous les antiseptiques connus sans en avoir les inconvénients.

Le **Solvéol** n'est pas une spécialité pharmaceutique, mais un produit chimique se trouvant dans toutes les Pharmacies.

POUR LES DEMANDES D'ÉCHANTILLONS

s'adresser à la **Pharmacie LACROIX,**

76, rue du Château-d'Eau, PARIS.

83

EAU MINÉRALE NATURELLE PURGATIVE DE RUBINAT

Source du docteur LLORACH.

L'analyse de l'Académie de médecine de Paris démontre que cette eau contient 103gr814 de substances fixes, dont :

SULFATE DE SOUDE	SULFATE DE MAGNÉSIE
96gr265	3gr268

Cette eau purge rapidement et sans irritation. Elle n'exige aucun régime.

Dose normale : un verre.

Prière à MM. les Docteurs de bien spécifier sur leurs ordonnances **Rubinat,** *Source* **Llorach.**

33

DESNOIX 17, RUE VIEILLE-DU-TEMPLE PARIS

MARQUE DE FABRIQUE

PANSEMENTS ANTISEPTIQUES

TOILE VESICANTE

TOILE VÉSICANTE ROSE à la cantharidine

THAPSIA, SPARADRAP des **HOPITAUX**

et tous les sparadraps.

PLUMASSEAUX-EPONGES

remplaçant les éponges naturelles.

PINCEAUX MOLLETONNÉS

pr enlever les fausses membranes ds l'angine couenneuse.

77

ASTHME

PAPIER FRUNEAU

le seul papier anti-asthmatique récompensé à l'Exposition universelle de 1889. 45 ans de succès.

TOUTES PHARMACIES, FRANCE ET ÉTRANGER

Entrepositaire : E. FRUNEAU, NANTES.

23

CHLORURE D'ÉTHYLE PUR

Anesthésique local du Prof.-Docteur REDARD.

PRÉPARÉ PAR

GILLIARD, P. MONNET & CARTIER

LYON



Bté s. G. D. G.

(Tube réduit au 5e de la grandeur naturelle,)

Innocuité absolue.— Anesthésie parfaite. Guérison des névralgies, sciatiques, etc.

DÉPÔT DANS TOUTES LES PHARMACIES

Prix : **9 fr.** *la boîte de 10 tubes.*

42

MAGNÉSIE ROY

Sel purgatif alcalin soluble.

Dépuratif chimique.

A. Roy

98

LIQUEUR DU DR LAVILLE

GOUTTE ET RHUMATISMES

SPÉCIFIQUE ÉPROUVÉ DE LA **goutte.**

Action prompte et certaine à toutes les périodes de l'accès.

DANS TOUTES LES PHARMACIES

38

CHLOROSE, ANÉMIE, ÉPUISEMENT

DRAGÉES DE FER COGNET

Protoxalate de fer et Quassine cristallisée. Le plus ACTIF ferrugineux.

Paris, 4, rue de Charonne, et Pharmacies.

55

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.

Vin id. id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phies.

34

TUMEURS ET CANCERS

Observations cliniques par les docteurs CHÉRON, CONSTANTIN PAUL, MARTIN-LAUZER, BARATOUX, BOUILLY, RIGAL, PERRUSSEL, sur le **THUYA WURHLIN** dans le traitement des *tumeurs malignes et bénignes.*

Envoi GRATUIT de la brochure. — Dépôt général : Phie WURHLIN, 11, rue Lafayette, Paris.

64

Dans les **congestions** *et les* **troubles fonctionnels du foie,** *la* **dyspepsie atonique,** *les* **fièvres intermittentes,** *les* **cachexies** *d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds,* on prescrit dans les hôpitaux, A PARIS ET A VICHY, de 50 à 100 gouttes par jour de **BOLDO-VERNE** ou 4 cuillerées à café d'**ELIXIR de BOLDO-VERNE.** — Dépt : VERNE, profr à l'Ec. de méd., Grenoble (France), et phies de France et Etranger.

79

BESANÇON (DOUBS)

BAINS SALINS DE LA MOUILLÈRE

(aux portes de la Ville)

SOURCES SALÉES DE MISEREY

CLASSE DES CHLORURÉES SODIQUES FORTES BROMO-IODURÉES, ATHERMALES

STATION et ÉTABLISSEMENT BALNÉAIRE DE PREMIER ORDRE

A 6 h. 1/2 de Paris. — A 5 h. de Lyon.

N° 58. — SAMEDI 20 MAI 1893. 66e ANNÉE. SAMEDI 20 MAI 1893. — N° 58.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de la Pentecôte, le journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE GÉNÉRALE

Contagion d'une nourrice par son nourrisson syphilitique. Prophylaxie.

Par M. le docteur Paul RAYMOND,
Ancien interne des hôpitaux.

A l'occasion de deux procès récents, l'attention a été, une fois de plus, appelée sur cette triste question, la contamination d'une nourrice par son nourrisson syphilitique. Dans le premier de ces procès, il s'agissait d'une nourrice contagionnée dans un ménage, par l'enfant de ce dernier (1). Dans le second, une femme de la campagne a été contagionnée par un enfant syphilitique venant de l'hospice des Enfants-Assistés de Paris, et que l'Assistance publique lui avait confié (2). De tels faits ont, depuis longtemps déjà, conduit les syphiligraphes et les hygiénistes, aussi bien en France qu'à l'étranger, à proposer un certain nombre de mesures destinées à supprimer ces si regrettables contaminations, ou tout au moins à en réduire le nombre. Ces mesures ont plus particulièrement visé la nourrice sur lieu : elles ont été très nettement formulées par M. le professeur Fournier dans différents travaux et, notamment, dans ses importantes leçons sur les nourrices et nourrissons syphilitiques (3). M. Fournier suppose le médecin appelé dans une famille où se trouve une nourrice sur lieu et reconnaissant sur l'enfant, des signes de syphilis : il nous trace la conduite que nous devons tenir, sans discussion possible. Suppression immédiate de l'allaitement au sein, et cela d'une façon non pas temporaire, mais définitive; insuffisance et, par suite, condamnation des moyens termes, à savoir : protection du mamelon, allaitement surveillé, etc., telles sont les mesures que nous devons prendre en raison de la contamination possible de la nourrice. Mais on ne peut s'empêcher de se demander, ce qui serait arrivé si le médecin n'avait pas été appelé et s'il n'avait pas reconnu la syphilis de l'enfant : sûrement alors, la nourrice eût été contagionnée. Aussi a-t-on été plus loin, et le sort de l'enfant, bien avant sa naissance, a-t-il été réglé, lorsque les parents sont syphilitiques. Cet enfant sera nourri par sa mère, au moins pendant les trois ou quatre premiers mois, date habituelle de l'apparition des accidents de la syphilis héréditaire. A défaut de la mère, c'est l'élevage par les animaux ou au biberon; mais de nourrice saine, il ne peut être question. Ce complément de mesures prophylactiques peut réduire le nombre des contagions; mais, cherchant mieux encore, on a, dans ces dernières années, en France et à l'étranger, proposé d'autres mesures que je discuterai dans cette Revue. Une division naturelle de cette étude en deux parties nous est tracée, par la pratique même des choses, ainsi que le prouvent les deux procès mentionnés ci-dessus. Nous examinerons donc les mesures qui ont pour but de protéger la nourrice sur lieu et celles que l'Assistance publique, à Paris, a réclamées dans le but de mettre à l'abri de la contagion, les nourrices de la campagne auxquelles elle confie ses enfants assistés.

I

PROPHYLAXIE CONCERNANT LES NOURRICES SUR LIEU. — Malgré les précautions prises pour garantir, dans une famille, la nourrice contre son nourrisson syphilitique, il est certain que le nombre des contaminations, pour réduit qu'il ait été depuis plusieurs années, est néanmoins assez considérable pour que l'on ait cherché des mesures encore plus efficaces que celles dont nous parlions plus haut, et telles qu'elles ont été formulées par M. le professeur Fournier.

N'y a-t-il pas d'autre mesure à prendre pour s'opposer à ces cas de contamination syphilitique? C'est ainsi que la question se pose.

Au mois de juin 1887, M. Fournier, chargé de présenter à l'Académie de médecine le rapport de la commission nommée pour étudier la prophylaxie de la syphilis, disait en terminant ce rapport : « Il ne me reste plus qu'à vous parler d'un dernier point de prophylaxie; je veux parler de la protection à conférer aux nourrices contre les risques de la contamination syphilitique dérivant des nourrissons. »

(1) Société de dermatologie, 9 mars 1893.
(2) *Bull. méd.*, 1893, p. 213.
(3) Paris 1878.

M. Fournier rappelle d'abord que, malgré les efforts qui ont été tentés, nombre de nourrices sont encore victimes de contaminations de ce genre; puis il montre de quelles garanties s'entoure la famille, pour éviter toute contagion de l'enfant par la nourrice : « Rien de mieux que ces garanties, mais à une condition, c'est qu'elles eussent, ce que réclamerait la plus stricte équité, à savoir leur contre-partie, c'est-à-dire les garanties de même ordre assurant la nourrice contre l'infection possible de son futur nourrisson. » Or, la nourrice peut-elle réclamer ces garanties? — Non; parce que, comme le dit M. Fournier, elle est la plus faible, la plus pauvre et, partant, elle n'a qu'à se taire. Aussi, prend-elle l'enfant et s'en va-t-elle sans la moindre assurance que son nourrisson ne porte pas tel germe d'infection héréditaire. « Eh bien! ajoute M. Fournier, ce que la nourrice n'a pas osé dire, est-ce que la société, parlant au nom de tous, parlant au nom de l'équité et de l'intérêt public, n'aurait pas le droit de le dire et de réclamer pour elle? Est-ce que la société ne pourrait pas imposer aux parents la contre-partie de l'obligation qu'ils ont imposée à la nourrice? Est-ce qu'elle ne pourrait pas exiger d'eux une réciprocité de garanties dans le contrat intervenu avec la nourrice? N'y aurait-il pas un moyen d'obtenir cette réciprocité, sinon toujours, au moins en certains cas et pour un certain ordre de cas? »

Après avoir montré combien ce problème est complexe et comment « il est de ceux qui ne comportent guère la possibilité d'une solution pleinement et absolument satisfaisante », M. Fournier propose, au nom de la Commission, une mesure qui, « si elle était adoptée, réaliserait, nous semble-t-il au moins, un progrès réel, une amélioration, une réforme utile dans l'état de choses actuel ». Tout d'abord, M. Fournier montre, avec raison, que ce moyen ne serait applicable qu'aux nourrices des bureaux de placement, lesquelles sont, par conséquent, sous la surveillance de l'Administration, de par la loi Roussel, car aucune ingérence administrative ou autre n'est possible lorsqu'il s'agit de nourrices qui traitent directement avec les familles et sans l'intermédiaire d'un bureau. Il y a, dans ce dernier cas, un contrat privé, de gré à gré, qui échappe à la réglementation. Pour les autres, que peut-on faire?

« Nous ne voulons pas, dit M. Fournier, qu'un enfant soit confié sans garantie à une nourrice; or cette garantie, nous tenons un moyen de l'exiger, et de l'exiger non plus au nom de la nourrice (les familles se moquent bien de la nourrice), mais d'une façon impersonnelle et bien plus imposante, c'est-à-dire de par une formalité légale à remplir. » Cette formalité légale, c'est un certificat médical, garantissant la nourrice contre tout risque d'infection syphilitique qui pourrait lui être transmise par son nourrisson. « Et quant à la teneur dudit certificat, nous le voudrions conçu à peu près dans les termes que voici : « Je soussigné, docteur, « etc., certifie qu'il n'est pas à ma connaissance que les « parents de l'enfant X..., auxquels je donne des soins de- « puis... (préciser l'époque), soient affectés d'aucune ma- « ladie héréditaire qui puisse être transmise à la nourrice « chargée d'allaiter cet enfant. » M. Fournier pense qu'aucun médecin, connaissant l'état syphilitique d'une famille, ne délivrera un tel certificat, et il n'admet pas davantage la coupable complaisance d'un médecin délivrant un certificat de ce genre à une famille jusqu'alors inconnue de lui. « De sorte que, privées du certificat médical obligatoire, averties par leur médecin que ce certificat ne pourra leur être délivré, les familles syphilitiques, ou tout au moins un bon nombre d'entre elles, aboutiraient à faire ce qu'elles devraient toujours faire, c'est-à-dire garder leurs enfants chez elles et à les allaiter au sein maternel. »

La Commission, toutefois, au dire de son rapporteur, ne se faisait pas illusion sur la portée et la valeur du moyen prophylactique proposé. « Ce moyen, nous ne le présentons pas comme une sauvegarde absolue et générale, loin de là. Nous ne vous le donnons que pour ce qu'il vaut. D'abord, avons-nous dit, il ne s'adresse qu'à une certaine catégorie de nourrices. Puis il n'est pas de ceux qu'avec un peu d'adresse on ne puisse éluder. Mais, en fin de compte, il ne sera pas inerte; il réalisera forcément, croyons-nous, une certaine somme d'heureux résultats. Or, n'aboutirions-nous, de par lui, qu'à diminuer de 40 p. 100, de 30 p. 100, le chiffre des contagions qui sont transmises aux nourrices par les nourrissons hérédo-syphilitiques, ce sera là un résultat qui, bien qu'imparfait, n'est pas à dédaigner. » On se rappelle à quelles discussions donna lieu cette question de la prophylaxie de la syphilis à l'Académie de médecine. Le projet de prophylaxie générale, proposé par la Commission, fut voté; mais le chapitre de la prophylaxie des nourrices, tel que nous venons de le résumer d'après le rapporteur, fut retiré de la discussion par la Commission elle-même, sans que, par conséquent, aucune opinion fût venue plaider en sa faveur ou le combattre. Un jour, peut-être un hygiéniste reprendra-t-il le projet soumis en 1887 à l'Académie, car, si l'on veut intervenir, il faudra nécessairement discuter la mesure proposée par la Commission de l'Académie et s'en inspirer. Comme le disait, en effet, M. Fournier, en terminant son rapport : « Dans cette question, on est acculé à deux alternatives : ou bien ne rien faire, en laissant subsister l'état de choses actuel, et vous savez ce qu'il vaut; ou bien tenter — comment dirais-je? — un palliatif, une demi-mesure, un demi-moyen qui, tout en restant fort éloigné de la perfection, sera cependant susceptible de réaliser quelque bien. »

Il est donc incontestable que, si l'on veut intervenir un jour, il faudra, au nombre des mesures à proposer (et la liste n'en sera pas longue), signaler ce projet dont la Commission, plus que tout autre, a vu les inconvénients. Il est incontestable, d'autre part, que tout projet présentera avec le précédent les plus grandes affinités. Examinons donc si ce projet (ou un autre analogue, peu importe) est applicable. Je ferai remarquer tout d'abord, que cette proposition n'est pas nouvelle, et que déjà, en 1868, Balducci (de Florence) avait proposé de n'allaiter au sein que les enfants se présentant « avec une déclaration médicale attestant que leurs parents étaient indemnes de syphilis »; mais cette mesure, si séduisante en théorie, ne fut jamais appliquée, parce qu'elle est, en effet, inapplicable en pratique. Discutons donc. Déjà, la Commission avait fort bien compris que cette mesure ne protégeait qu'une partie des nourrices, celles des bureaux de placement; que, de plus, les familles, ne pouvant trouver de nourrices dans les bureaux de la Préfecture de police, s'adresseraient ailleurs, et qu'enfin, « avec un peu d'adresse, on pouvait l'éluder ». A mon sens, il y a plus encore, et le dilemme suivant s'impose : Ou bien il n'est pas à la connaissance du médecin que les parents sont syphilitiques, ou bien cela est à sa connaissance. Dans le premier cas, il donnera le certificat, et celui-ci est par suite illusoire; bien plus, il peut être dangereux, car la nourrice, s'en prévalant, s'endormira dans

une fausse sécurité. Dans le second cas, il ne donnera pas le certificat, et il protégera, à la vérité, la nourrice; mais il s'agit de savoir s'il ne la protégerait pas d'une façon aussi efficace en tenant aux parents le raisonnement que voici : « Vous êtes syphilitiques; votre enfant est appelé à naître syphilitique, et sa nourrice pourrait être contagionnée. Vous n'avez donc pas le droit de prendre une nourrice saine et, si vous le faites, et qu'un malheur arrive, vous êtes, de par la loi, responsables. » J'ai la conviction que ce raisonnement protégerait un nombre égal de nourrices à celui que pourrait protéger un certificat.

Est-ce à dire que certaines familles seraient arrêtées? — Non, certes non; le cynisme de certaines gens est sans bornes, mais le médecin n'est pas pour cela désarmé, et les considérants d'un arrêt de la Cour de Dijon l'autorisent à rompre le secret professionnel, l'obligent même à révéler à la nourrice le danger qui la menace. Je sais bien que cette manière de voir est discutable, qu'elle a été discutée : aussi n'insisterai-je pas. Poussant les choses à l'extrême, je reconnaîtrai, si l'on veut, une lacune dans le moyen que j'indique; mais on m'accordera que si de telles familles existent, elles doivent être bien peu nombreuses, et que, côtoyant de si près le précipice du Code pénal, il serait bien extraordinaire qu'elles n'y tombassent pas un jour. Il ne s'agit pas, d'ailleurs, de rechercher la perfection, mais les mesures prophylactiques les moins inapplicables. Or je crois qu'on restreindrait, de la sorte, le nombre des contaminations, car, souvent, il s'agit de familles qui « ne savaient pas », qui n'avaient pas été prévenues de la possibilité de cette contamination, et qui ne s'y sont pas exposées sciemment.

Je pourrais faire valoir encore d'autres considérations contre ce certificat qui me paraissent montrer que nos recommandations, à nous autres médecins, sont préférables à toute ingérence administrative ou légale. Un médecin sait, je suppose, que le père a eu la syphilis plusieurs années avant son mariage, que cette syphilis a été bénigne et bien soignée, que des enfants sains lui sont déjà nés, que l'enfant a, par suite, les plus grandes chances de naître sain. Ce médecin sera pourtant contraint de refuser le certificat : l'enfant sera-t-il donc privé, de ce fait, de l'allaitement naturel, si sa mère ne peut le nourrir? C'est précisément l'enfant qui aura le plus de chances de ne pas contagionner sa nourrice qui ne pourra bénéficier de l'allaitement. C'est illogique.

Quelle sera, d'autre part, la valeur d'un certificat d'un nouveau médecin appelé par une famille dans le cours de la grossesse, par exemple? Car il est bien évident que, sachant ce qui les attend, les parents commenceront par se débarrasser de leur ancien médecin qui connaît leurs antécédents, pour en prendre un autre. Celui-ci ne connaîtra rien de ses nouveaux clients et je me demande, dès lors, quelle autorité aura son certificat aux yeux d'un médecin de l'administration? Sera-t-il donc défendu à toute femme enceinte de choisir un nouveau médecin ou sera-t-il prescrit à ce dernier, appelé pour une grossesse, de commencer par demander aux parents s'ils sont syphilitiques? Tout cela est inapplicable. Je n'insiste pas sur les certificats délivrés par des pseudo-médecins, mais on peut être sûr que ce sont précisément les familles syphilitiques qui auront les plus beaux certificats. Connaissant leur point faible, elles auront toutes les attestations possibles pour prouver, en cas de contamination de la nourrice, que c'est elle la vraie coupable. Qu'on ne croie pas que ce soit un paradoxe que je soutiens ici. Les choses de la vie nous réservent bien des surprises de ce genre.

Voici encore une objection d'importance majeure. Nous savons que la contamination syphilitique s'exerce surtout sur ces malheureuses femmes qui offrent leur sein dans un hospice, dans une maternité par exemple, où les nourrissons sont inconnus. Or quelle est la clientèle de ces hospices, de ces maternités? Les filles-mères en grande partie. Quels renseignements pourra-t-on avoir sur la santé du père? Élargissant alors la question, je me demande quel certificat on pourra avoir dans tous les cas où le père sera inconnu. Aucun. Faudra-t-il donc condamner à l'élevage artificiel tous les enfants qui ne pourront présenter ce certificat sur l'état de santé de leur père? Si l'on se contente, au contraire, du certificat constatant l'état de santé de la mère, voici ce qui se présentera :

Observation communiquée à la Société de médecine de Paris, le 28 avril 1888, par M. le docteur Fredet, médecin de l'hôpital général de Clermont-Ferrand : Un enfant nouveau-né est apporté à la crèche des Enfants-Assistés de Clermont. « Il est porteur d'un certificat de sage-femme attestant que la mère et l'enfant sont sains et ne portent aucune trace d'affection syphilitique. » En effet, l'enfant paraît sain et il est confié aux soins d'une nourrice sédentaire. Trois mois se passent ainsi : au bout de ce temps, on envoie l'enfant à une nourrice de campagne. Quelques jours après, apparition de syphilides sur le corps de ce nourrisson; contamination de cette seconde nourrice, la première étant demeurée saine. « Et, dit M. Fredet en terminant, l'enfant était porteur d'un bon certificat : cela nous montre quelle foi on peut accorder à ces certificats et combien il faut en prendre et en laisser. »

Ainsi donc, pour tous les cas où la connaissance des antécédents fera défaut, quelle qu'en soit la cause, et ils seront nombreux, on se trouvera dans cette triste alternative ou bien de priver de l'allaitement au sein un enfant qui peut être indemne de syphilis, ou bien de laisser contaminer une nourrice, ce qui ne remédie en rien à l'état actuel des choses. De ces certificats, les uns n'auront donc aucune valeur, parce que le médecin sera insuffisamment renseigné sur les antécédents du père ou de la mère; les autres vaudront moins encore, parce que si, à la rigueur, le médecin peut examiner la mère, le père, qui est inconnu, lui échappe. Il serait, dès lors, bien plus logique de proposer tout autre allaitement que le sein pour les enfants inconnus. C'est là, d'ailleurs, un point sur lequel nous reviendrons bientôt.

Je ne crois donc pas qu'un certificat, constatant la santé des parents, ait plus de valeur qu'un certificat constatant la santé des enfants. Son institution, sa réglementation et son application rencontreraient en droit de nombreuses difficultés, de sorte que, tout en reconnaissant l'importance que pourrait avoir, dans certains cas (familles arrêtées par le refus du certificat, qui n'auraient pas été arrêtées par les objections de leur médecin), un certificat de ce genre, on ne peut s'empêcher d'y reconnaître de tels inconvénients en pratique, qu'il est vraiment impossible d'en proposer l'inscription dans un règlement.

N'y a-t-il donc rien à faire et ne peut-on pas proposer quelque demi-mesure, puisque nos prétentions ne vont pas plus loin? Je ne crois pas, en effet, qu'il existe un remède applicable à tous les cas, qui protège partout et toujours : il faut donc se contenter de cette demi-mesure. Je l'ai cherchée dans la présentation des nourrissons aux médecins de

la Préfecture chargés de l'inspection des nourrices, mais j'ai pu me convaincre qu'en dehors de difficultés matérielles, elle ne donnerait pas non plus des résultats bien appréciables, puisque, le jour où il serait présenté, le nourrisson serait toujours sain, la syphilis ne devant faire son apparition que quinze jours, un mois plus tard. Je passe sur les conflits qui seraient aussi fort nombreux. Bien avant moi, d'ailleurs, M. Bouchut avait préconisé cette mesure et il recommandait de refuser les enfants suspects, dans les bureaux de placement, pour prévenir l'infection des nourrices, mais je ne sache pas que cette mesure ait été appliquée. J'ai pensé aussi aux inspections médicales fréquemment renouvelées, mais là encore, les obstacles sont nombreux. On demeure donc fort embarrassé lorsqu'on cherche à remédier à l'état actuel des choses. Qu'on en juge par cette citation que j'emprunte au compte rendu du Congrès des médecins russes tenu à Moscou en 1891. « Passant à l'étude des mesures à prendre pour prévenir l'infection des nourrices par les enfants confiés à leurs soins, la Commission reconnaît que ces dangers présentent beaucoup plus d'importance au point de vue social, mais que malheureusement, il lui est impossible d'indiquer le moyen d'empêcher l'infection dans les maisons particulières ou d'édicter des mesures correspondantes. *On pourrait peut-être diminuer ce danger en obligeant les bureaux de nourrices à faire examiner préalablement la famille des enfants et les nourrissons, mais il est très douteux que cette prescription soit suivie en pratique.* Tout ce que nous sommes en droit d'espérer, c'est que, au fur et à mesure que la société apprendra à apprécier davantage la valeur d'un bon état de santé, et que se répandront les notions exactes sur l'élevage des enfants à l'aide du lait stérilisé, des faits semblables deviendront de plus en plus rares. »

C'est là en effet, à mon avis, qu'est la vraie solution. Ce que nous voulons, en dernière analyse, c'est diminuer le nombre des cas de contagion. Les faire disparaître entièrement, me paraît, quant à présent, une utopie. Pour en restreindre le nombre, voici quelle est ma pensée en ce qui concerne les nourrices sur lieu. Toute mesure légale ou administrative devant échouer, je demanderai à l'hygiène, ce que je ne puis obtenir ailleurs. De même que, depuis un quart de siècle, on a prolongé la durée de la vie humaine en répandant les notions d'hygiène, de même qu'en temps d'épidémie nous indiquons les précautions à prendre, les règles d'hygiène à suivre pour éviter le fléau et le combattre; de même que, depuis plusieurs années, les publications, les leçons d'hygiène populaire ont augmenté et ont produit les meilleurs résultats; de même, je crois que c'est à l'hygiène que l'on doit s'adresser pour le cas qui nous occupe.

La syphilis est le danger qui menace une nourrice et que, malgré toute notre bonne volonté, nous ne pouvons lui éviter dans certains cas. Eh bien, apprenons-lui à se défendre elle-même, comme on apprend aux populations à se défendre contre la fièvre typhoïde, le choléra, etc. Montrons-lui ce qu'elle a à craindre, enseignons-lui ce que son métier l'oblige à savoir de la syphilis; disons-lui bien l'importance d'une surveillance médicale de son nourrisson, multiplions, pour le bien de tous (non pas seulement pour les nourrices, mais pour tous ceux qui les entourent), les notions de prophylaxie générale de la syphilis (inscription sur le carnet, si l'on veut, ou, mieux encore, manuels spéciaux distribués gratuitement et qui pourront contenir d'autres préceptes sur des maladies non moins graves : tuberculose, diphtérie, etc.), et de la sorte, nous atteindrons, ce me semble, cette réduction de 30 p. 100, puisque c'est là le bien modeste objectif auquel nous visons, comme d'ailleurs la Commission de l'Académie en 1887. Ainsi donc, surveillance médicale, diffusion des notions d'hygiène et des règles de prophylaxie générale, telles sont les mesures qui me paraissent devoir être recommandées.

Mais ce n'est pas tout et une question se pose, celle de savoir si l'on ne devrait pas faire nourrir par les animaux ou élever au lait stérilisé, non pas tous les enfants, comme le proposait, au Congrès des médecins russes, M. le docteur Gay, ni tous les enfants inconnus comme le voulait la Commission, mais tous les enfants suspects, et cela pendant les deux premiers mois après la naissance, et pendant lesquels l'éclosion des manifestations syphilitiques héréditaires s'est généralement manifestée. Nous y reviendrons dans un instant.

En résumé donc, lorsqu'il s'agit d'une nourrice sur lieu et que le médecin reconnaît la syphilis chez l'enfant, la prophylaxie envers la nourrice doit être telle que nous la trouvons dans les leçons de M. Fournier : soit la suspension de l'allaitement, absolue et définitive, les demi-mesures (protection du mamelon, allaitement surveillé) étant, somme toute, presque aussi dangereuses que la continuation de l'allaitement. Les inspections médicales répétées, me paraissent donc de toute nécessité. Comme cette surveillance, quelque étroite qu'on la suppose, ne peut avoir la prétention de supprimer toute contagion, il me paraît nécessaire d'avertir les nourrices des modes multiples de la contamination syphilitique, non seulement par l'allaitement, mais encore dans la longue période de l'allaitement (contamination par un tiers, par les objets dont se sert l'enfant, chancres extra-mammaires, etc.). Si le médecin a des présomptions sur la possibilité de la syphilis chez l'enfant, l'allaitement par une nourrice doit être proscrit et l'enfant sera élevé par un animal ou au biberon avec du lait stérilisé, ou encore il sera allaité par sa mère pendant les trois premiers mois de son existence pour être ensuite confié à une nourrice, si les accidents ne se sont pas déclarés et sous la condition formelle qu'une étroite surveillance sera encore exercée.

Somme toute, c'est dans l'hygiène et la surveillance médicale que nous avons le plus de chances de trouver la meilleure solution de ce problème de prophylaxie contre la syphilis des nourrices.

II

La loi Roussel protège, dans une certaine mesure, on le sait, les femmes qui ont pris un nourrisson pour l'élever à la campagne, loin de sa famille. Des visites médicales mensuelles permettent d'exercer une surveillance dont bénéficient à la fois la nourrice et l'enfant. Néanmoins, les cas de contamination, chez les femmes de cette catégorie, ne sont pas rares, bien qu'aucune statistique ne nous permette d'en apprécier le nombre. On peut penser que ces femmes doivent être au moins aussi souvent atteintes que les nourrices sur lieu, car elles se chargent, dans la grande majorité des cas, d'enfants inconnus qui sont la source principale des contagions syphilitiques. On pourrait donc établir deux catégories parmi ces nourrices, celles qui se chargent d'un enfant que leur confie une famille et qui se

trouvent à peu près dans la position d'une nourrice sur lieu, surveillées cette fois, non par le médecin de la famille, mais par le médecin-inspecteur des enfants du premier âge et celles qui se chargent d'un enfant inconnu que leur confie l'Assistance publique de Paris, par exemple. Celle-ci s'est préoccupée du nombre considérable de nourrices (12 par an, en moyenne) qui étaient contagionnées par ses enfants assistés et elle a cherché, par des mesures récentes, à remédier à un tel état de choses. De ces nourrices, les unes sont celles qui se trouvent dans les salles d'un hôpital d'enfants malades ou dans un service d'hôpital recevant les mères malades, alors que les enfants, syphilitiques ou non, sont bien portants; les autres sont celles à qui l'on confie, pour toute sa durée, l'élevage au sein des enfants abandonnés. Pour ces nourrices de la campagne, c'est dans les visites médicales répétées que l'on a pensé trouver le meilleur mode de prophylaxie.

L'administration de l'Assistance publique a proposé au conseil général de la Seine, qui l'a votée dans la séance du 28 décembre 1889, la délibération suivante : Les médecins des enfants assistés seront tenus de visiter les enfants de un jour à deux mois, placés dans les agences, une fois par semaine. Ainsi donc, un nourrisson envoyé en province sera examiné une fois par semaine pendant les deux premiers mois de son existence (puis tous les mois ensuite, selon les règlements habituels) et à la première manifestation suspecte, le médecin fera cesser l'allaitement pour prévenir la contagion de la nourrice. Ce règlement est appliqué depuis le 1er avril 1890 : il faut donc attendre pour savoir ce qu'il donnera, mais nul doute qu'il ne fasse décroître ces cas de contagion si nombreux ainsi qu'en témoigne la statistique de l'administration. Quant à la date de soixante jours, elle pourra être critiquée par certains : si dans quelques cas, en effet, la syphilis héréditaire ne se montre qu'après deux mois, il n'en est pas moins réel que, le plus souvent, elle apparaît avant ce terme et il est certain que le règlement répond à la majorité des cas. La seule question d'ailleurs qui soit véritablement importante est celle du principe des visites médicales. Deux visites par mois ne sont pas suffisantes : quatre visites, au contraire, arrêteront un certain nombre de cas de contagion. Ce n'est pas à dire qu'il ne s'en présentera plus, mais la perfection n'existe pas plus dans les mesures prophylactiques contre la syphilis qu'ailleurs et l'on ne saurait trop féliciter l'Assistance publique d'avoir cherché à résoudre la question et d'avoir proposé ce règlement.

Peut-être y aurait-il lieu, cependant, de faire une restriction, quant au nombre des visites du troisième et du quatrième mois après la naissance de l'enfant. Une visite dans l'espace d'un mois ne me paraît pas suffisante et la syphilis pourrait bien se déclarer entre deux de ces visites. La syphilis héréditaire, si elle se déclare généralement, on le sait, dans les deux premiers mois après la naissance, peut aussi dépasser ce terme. Or, voilà un enfant que l'on tient pour suspect jusqu'au soixantième jour, puis à qui l'on délivre, pour ainsi dire, une patente de santé du soixantième au quatre-vingt-dixième jour : quel est le médecin qui osera répondre qu'une plaque muqueuse imperceptible ne s'est pas développée dans la bouche, ce soixantième jour précisément? Quel est le médecin qui pourra affirmer que le début de coryza qu'il a remarqué et dont il n'aura de nouvelles que dans un mois, n'est pas un coryza syphilitique? Il me semble donc que l'administration devrait laisser à l'initiative de ses médecins de visiter, pendant le troisième et même pendant le quatrième mois, les nourrissons qui leur paraîtraient suspects et cela, aussi souvent qu'ils le jugeraient à propos. Pour les enfants censés indemnes de syphilis, après deux mois, ces visites répétées n'auraient pas lieu : pour les autres elles pourraient arrêter quelques cas de contagion et, au tarif actuel, elles ne grèveraient pas beaucoup les budgets administratifs.

Pour les nourrices de l'Assistance publique qui allaitent dans une salle d'hôpital, et cela momentanément, un enfant atteint ou non d'une maladie quelconque, la question est tout autre. La statistique montre qu'elles fournissent à la contagion un assez fort contingent. Ces femmes prennent un nourrisson dont elles ne se défient pas et ce nourrisson les contagionne : parfois même, il contagionne plusieurs nourrices, ainsi que le prouve, entre plusieurs, l'exemple rapporté par M. de Beurmann à la Société de dermatologie, en 1890, et dans lequel trois femmes avaient été contaminées aux Enfants-Assistés par le même nourrisson. De tels cas pouvant être l'origine de contagions nombreuses, M. de Beurmann demandait s'il n'y avait pas lieu de prendre, dans les établissements tels que l'hospice des Enfants-Assistés, les mesures propres à éviter le retour de semblables malheurs. « Quel que soit, disait-il, l'intérêt que peut présenter à d'autres points de vue, l'allaitement au sein fait par des nourrices auxquelles on confie, dans l'espace de quelques mois, sept, huit et même quatorze enfants d'origine inconnue, cette pratique nous paraît offrir des dangers trop considérables pour ne devoir pas être condamnée. » Comme le faisait fort bien remarquer M. Fournier à l'occasion de cette communication, de tels faits prouvent jusqu'à l'évidence qu'un enfant inconnu ne doit être, sous aucun prétexte, confié à une femme saine. M. Fournier concluait donc en exprimant le vœu que l'administration fût invitée à supprimer, le plus tôt possible, l'allaitement au sein à l'hospice des Enfants-Assistés et à le remplacer par l'allaitement animal. M. Rollet (de Lyon) exprimait, lui aussi, l'avis de supprimer l'allaitement au sein pour tous les enfants d'origine inconnue. M. Sevestre faisait remarquer que, somme toute, ces cas de contamination dans l'hôpital ne dépassaient pas un ou deux par an et qu'il serait difficile de soumettre chaque année 2500 enfants à l'allaitement par les ânesses parce qu'on n'en trouverait pas en quantité suffisante. M. Feulard faisait, lui aussi, remarquer la gravité d'une telle mesure qui priverait de l'allaitement au sein un aussi grand nombre d'enfants. Il existerait pourtant, à mon avis, un moyen terme : ce serait de ne confier un enfant inconnu à une nourrice, qu'après la date habituelle de l'apparition de la syphilis héréditaire, soit, si l'on veut, quatre mois. C'est dans ce sens que concluait M. le docteur Fredet dont nous avons rapporté plus haut l'intéressante observation : il ne faudrait jamais placer en nourrice, disait-il, avant quatre ou cinq mois, un nouveau-né sur le compte duquel on n'a pas de renseignements très précis. « Je sais trop bien qu'un plus long délai n'empêcherait pas, à de longs intervalles, un fait malheureux de contamination tardive de se montrer, mais cette sorte d'accidents deviendrait encore plus rare. »

C'est dans ce sens de la mise en observation, qu'a conclu l'Assistance publique ; mais reconnaissant que, conserver des nouveau-nés dans un hôpital serait les vouer d'une manière certaine à la mort, elle a décidé la création du syphilicome de Châtillon dont l'ouverture prochaine est appelée à rendre les plus grands services. Les enfants y

seront tenus en observation, mais comment y seront-ils nourris? Ils ne pourront l'être par des nourrices, même en surveillant l'allaitement : ce serait retomber dans les dangers signalés. Il y aurait, à vrai dire, l'allaitement par des nourrices syphilitiques, par des femmes anciennement syphilitiques, j'entends, puisqu'il ne s'agit que d'enfants suspects et chez lesquels l'état d'intégrité ou d'infection ne sera absolument démontré que dans plusieurs mois. Ces enfants suspects pourront donc être élevés au sein par des femmes qui auront eu autrefois la syphilis. Il y aura pour eux tout le bénéfice d'un allaitement naturel et il n'en résultera aucun dommage pour la nourrice.

Déjà l'Assistance publique engage dans les hôpitaux spéciaux, à Lourcine notamment, des femmes syphilitiques pour servir de nourrices aux enfants syphilitiques des hôpitaux. Aux Enfants-Assistés, notamment, il y a toujours deux ou plusieurs nourrices sortant de Lourcine et qui allaitent des enfants de la nourricerie. Il serait très facile de dire à ces femmes que, chaque fois qu'elles auront un enfant, elles seront assurées de trouver au syphilicome de Châtillon une place de nourrice bien rétribuée, sans danger pour elles, place que leur position sociale, le plus souvent, et surtout leurs antécédents pathologiques ne leur permettraient certainement pas d'obtenir, dans la majorité des cas. Tout le monde trouverait donc son profit dans semblable mesure : les nourrissons, qui auraient un allaitement naturel; les nourrices, qui auraient la certitude d'avoir une place bien rétribuée et l'Assistance publique, elle-même, qui n'aurait plus à compter avec les cas de contamination hospitalière. Je voudrais même, à ce propos, que l'on fît comprendre aux anciennes syphilitiques, qu'elles peuvent devenir de véritables « perles rares », pour me servir d'une expression de M. le professeur Fournier, et qu'il y aurait intérêt pour elles à se faire inscrire sur un registre par exemple, à chacune de leurs grossesses, dans le cas où elles voudraient allaiter. Il n'y a pas que l'Assistance publique qui les prendrait : nombre de familles à antécédents syphilitiques se les disputeraient, car, quoi qu'on en pense, un père de famille qui sait qu'il a eu la syphilis et qui sait à quels dangers, à quels ennuis il s'expose en prenant une nourrice saine, un père de famille, dis-je, ne prend pas de gaieté de cœur une femme indemne pour la contagionner ensuite, et s'il savait qu'il peut trouver dans un bureau « l'oiseau rare » qu'il lui faut, il est certain qu'il y courrait. Qu'on réfléchisse à cette mesure : elle ferait, elle aussi, singulièrement diminuer le nombre des cas de contagion des nourrices et, par suite, le nombre des cas par ricochet. Ce serait bien meilleur et surtout bien plus simple qu'un certificat. L'Assistance publique rendrait ainsi à la population un véritable service.

Si l'on adopte l'allaitement par les animaux, il est possible que l'on ne puisse se procurer une quantité d'ânesses suffisante, ainsi que le pensait M. Sevestre. Il est certain que la quantité de lait que donne une ânesse aux Enfants-Assistés est assez limitée et diminue assez rapidement; mais il est un autre animal qui semble pouvoir remplacer l'ânesse, c'est la chèvre. Je sais bien que des expériences ont été faites par Parrot aux Enfants-Assistés de Paris, et que l'on a abandonné l'allaitement par les chèvres. Elles me paraissent néanmoins devoir être reprises, en raison des affirmations de M. le professeur Fournier, de MM. les docteurs Morisset (1) [de Mayenne] et Boudard (de Gannat), qui considèrent la chèvre comme pouvant être une excellente nourrice.

(1) Congrès d'hygiène, Paris 1889.

Il est encore un autre système pour élever ces enfants : c'est l'alimentation par le lait stérilisé, selon la méthode de Soxhlet, préconisée par les médecins russes et adoptée dans la plupart des pays septentrionaux de l'Europe. M. Herzenstein, rapporteur au Congrès de Moscou, en 1891, reconnaissait que le procédé de Soxhlet permettait de nourrir les enfants à l'aide du lait stérilisé et il concluait ainsi :

1° Dans tous les cas d'élevage d'enfants en grand nombre, les nourrices bien portantes ne doivent nourrir que des enfants incontestablement exempts de toute maladie infectieuse;

2° Les enfants syphilitiques ne doivent être allaités que par des nourrices syphilitiques ou élevés artificiellement au lait stérilisé;

3° L'élevage artificiel temporaire est obligatoire pour tous les enfants chez lesquels on soupçonne une maladie infectieuse.

Ainsi donc, la Commission reconnaissait que les enfants suspects de syphilis devaient être tenus en observation, et que, pendant ce temps, ils devaient être nourris par le lait stérilisé, d'après la méthode de Soxhlet. C'est, on le voit, la même doctrine que celle que nous venons d'exposer pour Paris, avec cette différence que, pendant le temps d'observation, les enfants seraient nourris par un animal. L'expérience prononcera sur la valeur des deux procédés. M. le docteur Gay allait même plus loin que la Commission pour laquelle les enfants bien portants pouvaient être élevés au sein. Est-il possible, disait-il, de se prononcer catégoriquement dans tous les cas, sur l'absence de tout danger? Il était donc d'avis de défendre absolument dans les hospices l'allaitement par des nourrices, et de toujours prescrire le lait stérilisé. D'après lui, cette nourriture, non seulement ne fera pas monter la mortalité des nourrissons, mais l'abaissera probablement encore. D'autre part, ajoutait-il, en empêchant l'infection des personnes par les enfants assistés, nous enrayons du même coup la propagation de la syphilis dans les villages. On voit toute l'importance de cette question de l'élevage par le lait stérilisé. M. le professeur Tarnowsky faisait remarquer néanmoins, que la proposition de M. Gay de proscrire complètement dans les hospices l'élevage au sein et d'avoir recours exclusivement au lait stérilisé avait peu de chances de passer dans la pratique. D'après lui, il faut se rallier au compromis proposé par Herzenstein : le lait stérilisé, rendu obligatoire seulement pour les enfants syphilitiques ou suspects. C'est ainsi, d'ailleurs, que jugea la section qui vota les résolutions suivantes :

1° Il est à désirer que les enfants soient nourris de préférence artificiellement, au lait stérilisé ;

2° Les nourrices bien portantes peuvent sans danger être admises à élever au sein des enfants qui ne sont affectés d'aucune maladie infectieuse.

Voilà donc, semble-t-il, la prophylaxie à prescrire dans les cas fort nombreux, dans les grandes villes surtout, où l'Administration a la charge des enfants abandonnés et dont la santé est par conséquent inconnue. Il s'agit de sauvegarder les intérêts des enfants en même temps que ceux de la nourrice, de faire vivre les uns en veillant à la santé des autres. Examinons la mise en pratique de ces mesures, en prenant pour guide le service des Enfants-Assistés de Paris.

Les enfants non sevrés, à quelque catégorie qu'ils appar-

tiennent (enfants du Dépôt, enfants assistés, enfants secourus), qui, en raison de leur état de santé ou des craintes que cet état inspire au point de vue de la contagion, ne peuvent être confiés à des nourrices, sont conservés à l'hospice et allaités par les ânesses de la nourricerie. Chaque matin, les enfants qui ont été présentés à l'hospice dans les vingt-quatre heures (au nombre d'une quinzaine environ), sont examinés et répartis en trois catégories : enfants sains, enfants syphilitiques, enfants suspects. Les enfants sains sont confiés à des nourrices et envoyés à la campagne. Nous avons vu que, parmi ces enfants réputés sains, quelques-uns devenaient, dans la suite, syphilitiques et contaminaient leur nourrice. Nous avons vu aussi qu'une mesure excellente avait été adoptée par l'Assistance publique (inspection médicale hebdomadaire pendant les deux premiers mois après la naissance de l'enfant); nous avons dit qu'il y aurait peut-être lieu d'étendre au troisième mois ces visites, et nous avons indiqué qu'à la campagne on pourrait essayer, sans danger pour l'enfant, l'allaitement par une femme anciennement syphilitique, la chèvre nourrice (système Morisset), et même le lait stérilisé (méthode de Soxhlet). Ce dernier procédé, peu employé en France, est, au contraire, très en vogue dans certains pays étrangers, et en Allemagne, tout enfant qui n'est pas allaité au sein maternel est élevé au lait stérilisé, d'après la méthode de Soxhlet. Elle mérite d'être expérimentée chez nous. De ce côté donc, la solution est à peu près atteinte; ce n'est pas qu'on n'aura pas à déplorer de temps en temps un cas de contagion, mais il est certain que le nombre en sera notablement restreint.

Pour les enfants syphilitiques ou suspects, gardés à l'hospice, la question est plus complexe. Si ces enfants suspects sont nourris au sein, ils pourront contagionner leurs nourrices. Donc, proscription absolue de l'allaitement au sein, pour un enfant qui n'a pas été rangé dans la première catégorie, celle des enfants sains envoyés immédiatement à la campagne. Je ne puis non plus admettre qu'on les place à la nourricerie, comme cela se fait aux Enfants-Assistés de Paris, car, pour suspects qu'ils soient, ils ne sont pas pour cela nécessairement syphilitiques, et il est à craindre que, mis après un enfant syphilitique au trayon de l'ânesse, ils ne deviennent, à leur tour, syphilitiques. Ces enfants suspects seront, avec tout bénéfice, envoyés dans une colonie (le syphilicome de Châtillon, par exemple), où ils seront nourris par les animaux ou au lait stérilisé. Après la durée de la mise en observation, quatre mois si l'on veut, ces enfants pourront être envoyés en nourrice à la campagne, où ils seront allaités comme ceux de la première catégorie, au sein; ou encore élevés au lait stérilisé, suivant les résultats obtenus. Si, au contraire, ils sont reconnus syphilitiques, ils ne reviendront pas, comme on l'a proposé, dans un service de l'hospice à Paris, où ils seraient à peu près certainement condamnés à mourir, mais ils seront placés dans une des divisions pour syphilitiques du syphilicome.

Ce sont là les mesures prophylactiques les plus importantes, car ce sont les enfants abandonnés, dont le nombre est considérable, qui constituent la principale cause de l'infection des nourrices. Ce sont ces enfants à antécédents inconnus, qu'il faut surtout surveiller, et c'est en ce qui les concerne, que des mesures prophylactiques sérieuses et sévères doivent être prises.

PANSEMENT AVEC LES ESSENCES

ET SURTOUT AVEC L'ESSENCE DE CANNELLE OU « CINNAMOL »

Par le docteur CHAMPIONNIÈRE.

Depuis 1887, époque à laquelle M. Chamberland a publié ses recherches sur la valeur antiseptique des essences, M. Championnière s'est appliqué à chercher comment on pourrait les employer comme topiques en remplacement de substances donnant mauvaise odeur, irritation ou même intoxication.

Dans ses recherches, M. Chamberland avait établi que beaucoup d'essences sont douées d'une véritable puissance antiseptique, se manifestant sous deux formes, par une action de contact direct et même à distance en vertu de la tension de leurs vapeurs.

La plus puissante de ces essences est certainement l'essence de cannelle de Chine qui se rapproche ainsi très sensiblement du sublimé, l'un des plus puissants antiseptiques.

Mais l'emploi des essences et surtout de l'essence de cannelle est rendu difficile, par suite de leur action très irritante, qui a causé des accidents. M. Championnière a réussi à vaincre cette difficulté en reprenant ses premiers essais avec M. André, pharmacien, son ancien interne.

Tout d'abord, il fut constaté que l'essence de cannelle de Chine du commerce est d'autant plus irritante qu'elle est altérée par l'air et par la lumière. M. André l'a rectifiée, ramenée à une pureté suffisante et propose de la désigner, à cet état, sous le nom de cinnamol, pour la distinguer de l'essence impure du commerce.

M. Championnière avait constaté que l'irritation des plaies dépendait surtout de ce que les excipients divers employés dissolvaient mal les essences (vaseline, glycérine, etc.). Grâce au *rétinol* préconisé par M. Vigier, il a pu obtenir des topiques inoffensifs et contenant une dose élevée d'antiseptique, dépassant même de beaucoup les doses où l'essence avait été essayée en bactériologie.

M. Championnière a expérimenté surtout deux topiques au cinnamol : 1° celui au cinnamol seul.

Rétinol.	75 grammes.
Cire stérilisée (variable) . . .	25 —
Cinnamol.	1 gramme.

Le topique est au centième, alors qu'au millième l'antiseptique s'affirme.

Dans une seconde série d'essais, désireux d'ajouter à l'antiseptique volatil un antiseptique fixe, ce qui parait utile pour les pansements longtemps en place, M. Championnière a formulé le topique :

Rétinol.	75 grammes.
Cire stérilisée.	25 —
Cinnamol.	1 gramme.
Naphtol β.	1 —

M. Championnière a fait aujourd'hui de nombreuses opérations avec drainage, pansant avec du lint boriqué enduit de cette pommade. Il a laissé les pansements en place de huit à onze jours et vu les plaies se réunir avec une grande perfection sans infection secondaire de la région du drain.

Les lignes de réunion ont certainement été plus belles qu'elles ne le sont sous la gaze iodoformée. On n'a trouvé ni sang odorant, ni aspect puriforme des écoulements sanguins.

Les résultats paraissent surtout parfaits avec la deuxième formule, ce qui n'a rien de surprenant avec la grande valeur du naphtol. On remarquera que sa dissolution complète dans le rétinol doit assurer l'absence d'irritation.

M. Championnière a employé aussi les topiques à la cannelle seule, pour des lésions putrides, anthrax, gangrène sénile en voie d'élimination, et dans ce dernier cas, trois mois durant, a eu satisfaction complète de l'emploi du topique protecteur.

M. Championnière a utilisé des essences d'action moins énergique et d'odeur plus agréable. Il signale les deux formules suivantes :

Rétinol et cire	100 grammes.
Essence d'origan. . . .	40 centigrammes.
— de géranium . .	40 —
— de cannelle . .	40 —
— de verveine . .	20 —

et la suivante d'action plus douce :

Rétinol et cire.	100 grammes.
Essence de verveine . .	25 centigrammes de chacune.
— d'origan. . . .	
— de géranium. .	
— de thym . . .	

Ces topiques ont été employés surtout pour des opérations sans drainage. On a obtenu des lignes de réunion d'une pureté absolue.

M. Championnière a montré récemment une opérée de chéloïde des oreilles, sur laquelle on ne voit pas un point de suture. La ligne de réunion est irréprochable.

On notera qu'ici des antiseptiques différents sont associés, ce qui est une circonstance favorable. M. Championnière a souvent joint la microcidine ou naphtolate de soude à la formule précédente, mais la trouve un peu irritante.

M. Championnière croit avoir trouvé dans cette utilisation des essences un précieux adjuvant pour la chirurgie, permettant de renoncer à l'iodoforme pour bien des cas.

La médecine peut aussi bénéficier de ces antiseptiques. L'essence de cannelle peut être facilement tolérée à l'intérieur et fait passer un antiseptique puissant dans l'urine. Des expériences en cours ne laissent pas de doute que l'essence de cannelle rendra là grand service.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 mai 1893. — Présidence de M. Perier.

RAPPORT

Métrite traitée par le chlorure de zinc, atrésie. — M. PICQUÉ fait un rapport sur deux observations adressées par M. Dayot (de Rennes).

Dans la première, il s'agit d'une femme de trente-six ans qui, à la suite d'un accouchement compliqué, eut une endométrite que l'on traita par le chlorure de zinc. A la suite de ce traitement les règles devinrent douloureuses puis cessèrent. On constata alors une atrésie du col et une dilatation des trompes, causée par la rétention des règles. M. Dayot fit la laparotomie, enleva les annexes et la malade guérit.

Ce fait montre une fois de plus les dangers des cautérisations intra-utérines au chlorure de zinc. Il y a donc lieu de préférer à ce traitement le curetage; celui-ci, d'ailleurs, peut être réduit à sa plus simple expression et peut être pratiqué, comme le fait M. Perier, au moyen d'un simple tampon de gaze iodoformée porté sur une pince.

Relativement à l'observation de M. Dayot, M. Picqué ajoute que, dans ce cas, il eût été préférable de faire d'emblée l'hystérectomie vaginale. En effet, dans un cas analogue, M. Picqué, après avoir enlevé les annexes par la laparotomie, a dû faire ultérieurement l'hystérectomie vaginale.

Vomissements incoercibles de la grossesse guéris par le curetage. — Dans la seconde observation de M. Dayot, il s'agissait de vomissements incoercibles au cours d'une grossesse. M. Dayot fit un curetage au troisième mois de la grossesse qui n'en continua pas moins bien son cours jusqu'au terme. Les vomissements furent aussitôt arrêtés après ce curetage.

M. RECLUS a, en ce moment, dans son service, deux malades qui ont été traitées par le crayon de chlorure de zinc. L'une d'elles s'en est bien trouvée. La seconde a des accidents d'atrésie qui nécessiteront prochainement une hystérectomie vaginale.

DISCUSSION SUR LES CORPS ÉTRANGERS DE L'ŒSOPHAGE

M. BERGER pense que les tentatives d'extraction des corps étrangers de l'œsophage par les voies naturelles ne doivent jamais être longtemps prolongées, surtout s'il s'agit de corps étrangers irréguliers, comme les dentiers, ces tentatives pouvant être dangereuses pour l'œsophage. Toutefois, on a vu les corps les plus irréguliers après s'être arrêtés quelque temps dans l'œsophage, le franchir et parcourir sans graves inconvénients toute la longueur du tube digestif.

Lorsque le corps étranger reste dans l'œsophage et qu'il faut recourir à l'œsophagotomie externe, M. Berger croit qu'à l'œsophagotomie classique, sur la partie latérale gauche, on peut substituer avec avantage l'œsophagotomie médiane qui se fait en passant entre la trachée et le corps thyroïde. Par cette voie, on évite plus facilement la zone dangereuse des vaisseaux artériels et veineux. Une sonde à olive introduite dans l'œsophage jusqu'au niveau du point à inciser sert de guide pour cette incision.

L'opération terminée, M. Berger ne fait pas de suture afin que s'il y a infection de la plaie, les liquides pathologiques puissent s'écouler facilement au dehors. La fistule se ferme rapidement.

M. TH. ANGER a fait, il y a quelques années, l'œsophagotomie externe pour extraire une queue de cochon arrêtée dans l'œsophage. L'accident remontait à dix-sept jours, pendant lesquels le malade n'avait pu prendre aucune nourriture. Le corps étranger fut facilement extrait. Malheureusement, le malade mourut d'inanition.

RAPPORT

Résection tibio-tarsienne dans un cas de fracture bimalléolaire. — M. CHAUVEL fait un rapport sur une observation de M. Roux (de Marseille). Il s'agit d'un homme de soixante-trois ans qui se fit une fracture bimalléolaire avec luxation irréductible du pied en dehors.

M. Roux fit la résection de la partie inférieure des os de la jambe, puis il sculpta dans l'extrémité inférieure du tibia réséqué une nouvelle mortaise dans laquelle il fixa l'astragale.

Le malade guérit sans incidents, et son pied, en bonne position, avait conservé une mobilité presque normale. Le membre est quelque peu raccourci, mais un soulier avec une semelle épaisse suffit pour remédier à cette légère infirmité.

COMMUNICATIONS

Pansement avec les essences et surtout avec l'essence de cannelle ou cinnamol. — M. LUCAS CHAMPIONNIÈRE fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 555.)

Traitement des fractures à déplacement par l'enchevillement des fragments. — M. TUFFIER a eu à traiter une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus à trois fragments, et ces fragments ne pouvant être coaptés par suite de l'interposition entre eux de caillots sanguins et de faisceaux musculaires.

Il ouvrit le foyer de la fracture, coapta les fragments en enlevant les parties interposées entre eux, et maintint la coaptation à l'aide d'une cheville d'os de veau décalcifié, traversant de part en part l'extrémité inférieure de l'humérus, de l'épicondyle jusqu'à l'épithrochlée. La guérison se fit sans accidents et les mouvements du coude ont retrouvé leur amplitude naturelle.

M. **ROUTIER** a traité, par cette méthode de l'enchevillement des fragments, une fracture du maxillaire inférieur, qui n'avait pu être maintenue réduite, même avec une suture osseuse. Il a fait la même opération dans un cas de fracture du bras impossible à maintenir réduite.

M. **QUÉNU** a employé la même méthode dans un cas de fracture de l'olécrane et le résultat fonctionnel a été excellent.

M. **FÉLIZET** fait observer que les fractures du coude chez les enfants s'accompagnent souvent d'un décollement épiphysaire qui guérit en donnant lieu à la formation de stalactites osseuses dont la saillie peut constituer un obstacle sérieux aux mouvements ultérieurs de l'article.

Dans trois cas où il avait reconnu cette disposition, il a fait sauter la saillie osseuse mise à nu par une petite incision cutanée, et les mouvements du coude sont redevenus normaux.

ÉLECTION

M. Michaux est élu membre titulaire.

La séance est levée.

Séance du 17 mai 1893. — Présidence de M. Perier.

COMMUNICATIONS

Néphrectomies. — M. GÉRARD MARCHANT communique deux cas de néphrectomie pour hydronéphrose. (Sera publié.)

DISCUSSION

M. **MONOD** communique un cas d'hydronéphrose intermittente, devenue permanente, qu'il traita avec succès par la néphrectomie transpéritonéale, sans drainage. Sa malade était complètement guérie huit jours après l'opération.

M. **TUFFIER** a fait la néphrectomie sur une dizaine de malades atteintes d'hydronéphrose. Il a cherché à déterminer, dans ces cas, le mécanisme de l'hydronéphrose. Il a vu plusieurs malades atteintes d'hydronéphrose intermittente avec rein mobile et chez lesquelles existait une coudure de l'uretère. Lorsque la tension rénale était suffisante, l'urine passait dans le bout inférieur de l'uretère. Dans d'autres cas, il y a bien aussi une coudure de l'uretère qui n'empêche cependant pas l'urine de passer.

Enfin, M. Tuffier croit qu'il faut séparer complètement les hydronéphroses des pyonéphroses. Il cite l'exemple d'une malade ponctionnée douze ans auparavant par M. Tillaux et qui a eu ensuite une hydronéphrose suppurée, mais dont la suppuration était stérile. Chez une femme enceinte ayant une hydronéphrose très nette, M. Tuffier fit une ponction qui n'empêcha pas la grossesse de suivre son cours et cette malade a bien guéri.

Dans le cas d'hydronéphrose intermittente, M. Tuffier pense qu'il y a plus d'avantages à fixer le rein, à faire la néphropexie plutôt que la néphrectomie. Il a obtenu des succès durables à la suite de la néphropexie, mais il faut pour cela que le rein ait conservé toute sa valeur physiologique. Quand il est annihilé, il y a tout avantage à faire d'emblée la néphrectomie.

M. **CHAMPIONNIÈRE** dit que la question des hydronéphroses intermittentes n'est pas encore jugée. Dans le travail de MM. Terrier et Baudoin sur ce sujet, il y a des faits bien nets, mais il est des cas d'hydronéphroses intermittentes qui ne rentrent pas dans les faits exposés par MM. Terrier et Baudoin. Il y a, sans doute, un grand nombre de ces hydronéphroses qui tiennent à la mobilité du rein. La coudure de l'uretère n'en est pas toujours la cause. Il y a des faits d'hydronéphroses très régulièrement intermittentes, se reproduisant, par exemple, tous les huit jours, qui ne peuvent être expliqués d'une façon satisfaisante.

Quant à la néphrectomie sans drainage, telle que l'a pratiquée M. Monod, c'est toujours ainsi que la fait M. Championnière par la voie transpéritonéale.

M. **BOUILLY**, dans un cas où il croyait avoir affaire à un kyste de l'ovaire, s'est trouvé en présence d'une hydronéphrose suppurée. Il a enlevé cette tumeur comme il aurait enlevé un kyste ovarique; il a fermé les deux péritoines et a fermé complètement la plaie abdominale sans faire de drainage.

M. **BAZY** dit qu'il y a des cas d'hydronéphroses intermittentes nettement dues à la mobilité du rein. Il cite l'exemple d'une malade qui présentait une de ces hydronéphroses intermittentes et qui la faisait disparaître en se mettant dans la position genu-pectorale. Dans les expériences qu'il a faites sur les animaux M. Bazy a constaté qu'il existait aussi un grand nombre de coudures de l'uretère qui ne donnaient jamais lieu à la production d'une hydronéphrose.

M. **RECLUS** a fait cinq fois l'ablation du rein par la voie transpéritonéale. Il a toujours eu recours au drainage. Dans trois de ces cas, il aurait pu s'en dispenser, mais dans les deux autres cas, il restait une poche perméable. Le drainage s'impose dans ces cas.

M. **SEGOND** a vu une malade atteinte d'hydronéphrose droite, nettement intermittente, sans mobilité du rein. Mais cette femme présentait des accidents extrêmement douloureux. Il fit la néphrectomie par la voie lombaire et la malade a bien guéri. Dans ce cas, ce n'était pas la coudure de l'uretère qui était la cause de l'hydronéphrose.

LECTURE

Tarsectomie. — M. FELIZET lit un travail sur un nouveau procédé de tarsectomie postérieure.

PRÉSENTATIONS

Luxation du genou en avant et en dehors. — M. DELORME présente un soldat atteint de luxation récidivante incomplète du genou en avant et en dehors. (Sera publié.)

Corps étrangers, arthrotomie. — M. MONOD présente des corps étrangers multiples de l'articulation du genou qu'il a extraits par l'arthrotomie.

Cure radicale de hernie. — M. FELIZET présente des pièces provenant d'un enfant de huit mois chez lequel il a fait la cure radicale d'une hernie. Après cette opération, cet enfant a été atteint de coqueluche, puis d'une broncho-pneumonie à laquelle il a succombé. On voit sur ces pièces que la hernie était restée parfaitement réduite, malgré les secousses déterminées par la coqueluche et la broncho-pneumonie dont cet enfant a été atteint.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De la symphyséotomie (1), par le docteur Gotchaux.

Nous ne pouvons mieux faire que de mettre sous les yeux de nos lecteurs les conclusions de ce très important travail qui porte sur un des points encore à l'étude de la thérapeutique obstétricale :

La symphyséotomie n'est pas une opération qui fera disparaître l'accouchement prématuré ni l'embryotomie. Ces deux opérations continueront à avoir leurs indications propres et, dans certains cas, il ne faudra pas hésiter à sacrifier l'enfant pour sauver la mère.

La symphyséotomie, généralement facile, n'est pas une opération qu'on puisse pratiquer à la légère sans en avoir étudié avec soin le manuel opératoire. Les échecs observés entre les mains

(1) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

d'opérateurs habiles en sont la preuve. Des accidents survenus dans certains cas et les statistiques futures montreront quels sont les dangers qu'elle fait courir à la mère; il est probable qu'alors, on se gardera d'en abuser et que, suivant l'exemple de Morisani, on parviendra à spécifier les cas où elle est applicable.

La symphyséotomie actuellement réhabilitée, loin d'être une opération à la portée de tous, ne doit être pratiquée que par des mains expérimentées : on ne devra jamais la tenter sans s'être assuré par le palper de l'écartement des pubis et de la mobilité des symphyses qui la facilitent; le toucher pratiqué suivant les indications données dans le cours de notre travail ne devra pas être négligé; les mensurations, aussi exactes que possible, du bassin, devront être soigneusement prises. On n'oubliera pas que la symphyséotomie donne de bien meilleurs résultats quand on la pratique sans avoir eu préalablement recours à plusieurs tentatives de forceps et surtout lorsque, après avoir pratiqué la version, la tête est retenue dernière.

Associée à l'accouchement prématuré, elle permettra de sauver des enfants que la basiotripsie sacrifierait; grâce à l'antisepsie, elle permettra de restreindre encore le champ de l'opération césarienne et, appliquée dans ses justes limites, elle est appelée à rendre de grands services à l'humanité.

Des perforations de la membrane de Shrapnell; étude anatomique et clinique (1), par le docteur A. Raoult.

La membrane de Shrapnell n'est autre chose que la portion supérieure de la membrane du tympan, cette portion est plus molle, plus flaccide que la portion inférieure.

Sa perforation répond à une forme spéciale d'otite moyenne, caractérisée par la suppuration isolée de la portion supérieure de la caisse du tympan ou attique. Cette portion de la caisse est nettement séparée de la partie inférieure ou atrium ; il n'existe entre les deux qu'un orifice de communication très étroit qui est complètement fermé par la présence des fausses membranes, lorsqu'il se produit une inflammation de l'attique.

Cette absence de communication entre l'attique et l'atrium est démontrée par l'absence de bruit de perforation, pendant la douche d'air, et par l'intégrité de l'atrium que l'on observe en général.

La suppuration se cantonne dans l'attique en rapport avec la membrane de Shrapnell qui répond à la paroi externe et inférieure de l'attique.

La marche de cette suppuration est la suivante : catarrhe de la caisse, rétention des produits inflammatoires dans les cavités de l'attique; suppuration de ces exsudats dans cette dernière région, tandis que l'exsudat de la portion inférieure de la caisse disparaît; infection des cavités de l'attique; perforation de la membrane de Shrapnell, passage de la suppuration à l'état chronique ; ostéite et carie des osselets.

La perforation de la membrane de Shrapnell peut apparaître d'une façon aiguë. Il est probable que c'est le mode de début ordinaire de cette affection, mais les phénomènes qui l'accompagnent sont souvent peu accusés et cette période initiale reste inconnue.

La présence des cloisonnements de l'attique empêche l'écoulement du pus, et le drainage de cette cavité rend l'évolution de l'affection longue et favorise les récidives.

La même cause est une gêne pour l'institution d'un traitement actif. Le traitement consiste dans le lavage de la cavité de l'attique avec la canule d'Hartmann, le pansement phéniqué, l'extraction des osselets cariés, le curetage de la cavité.

Petit manuel d'antisepsie et d'asepsie chirurgicales (2), par MM. Terrier et Péraire.

Pas n'est besoin de faire ressortir l'importance de l'asepsie et de l'antisepsie en chirurgie. Chaque jour, les procédés employés se perfectionnent et s'améliorent. Mais le progrès consiste ici dans une simplification de plus en plus grande, donnant à la méthode une exécution plus rapide et permettant une extension plus considérable.

C'est ce qu'ont fort bien compris les auteurs, qui ont écarté de leurs descriptions toute digression théorique. Ils se sont bornés à signaler, d'une façon aussi élémentaire que possible, ce qui a trait à la pratique chirurgicale usuelle.

Ce manuel comprend quatre parties :

Dans la première sont exposés la méthode de Lister et les modifications qui y ont été apportées ;

La deuxième partie est consacrée à l'asepsie ;

La troisième traite de la méthode mixte avec toutes les simplifications de procédés qu'elle comporte.

Enfin la dernière partie renferme l'application des principes antiseptiques et aseptiques à chaque région en particulier.

(1) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.
(2) Petit in-8°. Prix : 3 francs. — Paris, F. Alcan.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

175. M. Sordoillet. Péritonite sans perforation et bacterium coli commune. — 176. M. Guillemet. De la mort dans la chorée de Sydenham. — 177. M. Fabre. De l'uréthrotomie externe d'emblée comme traitement unique des lésions traumatiques de l'urèthre périnéal. — 178. M. Pépin. De la cystite exfoliante en dehors de la rétroversion de l'utérus gravide et de l'accouchement laborieux. — 179. M. Vercoustre. Suture de l'olécrâne. — 180. M. Chavane. Du lait stérilisé. Son emploi dans l'alimentation du nouveau-né. — 181. M. Larsonneur. De la méthode colopexique dans le traitement du prolapsus complet du rectum. — 182. M. Ettlinger. Étude sur le passage des microbes pathogènes dans le sang. — 183. M. Lemelletier. De l'épithélioma primitif de la conjonctive bulbaire et en particulier du lombe scléro-cornéen. — 184. M. Vergez-Honta. Des effets hypnotiques et sédatifs de l'hyoséine. — 185. M. Boutin. Traitement du choléra au nouvel hôpital du Havre. (Épidémie de 1892.) — 186. M. Lambert. Influence des divers troubles de sensibilité et des idées hypocondriaques sur la genèse et l'évolution du délire des persécutions.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel en date du 17 mai 1893, MM. les docteurs Girode, Deschamps et Wurtz, anciens internes des hôpitaux, sont nommés pour trois ans auditeurs près le Comité consultatif d'hygiène publique de France.

— M. le docteur Variot, médecin des hôpitaux, remplace M. le docteur Horteloup dans le conseil de santé des auteurs et compositeurs dramatiques.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Le Comte (de Vitteaux) et Vincent (de Guéret).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion continue sur les diverses explications du retour de la sensibilité à la suite de la suture nerveuse. M. Laborde, à l'appui de l'opinion qu'il soutient avec M. Brown-Séquard, a fait connaître une expérience qui ne peut laisser aucun doute sur ce fait que ce n'est pas le simple contact des deux bouts du nerf divisé qui est la cause de ce retour de la sensibilité. La théorie défendue par M. Le Fort ne paraît pas pouvoir se soutenir en présence de cette expérience absolument démonstrative.

A propos de trois nouveaux cas de tétanos traumatiques guéris par une intervention locale énergique, et communiqués à l'Académie par MM. Cerné, Darolles et Folet, M. Berger a fait un rapport dans lequel il a, de nouveau, défendu l'opinion qu'il a déjà émise sur les indications de l'amputation du foyer tétanique. Sa statistique personnelle est, à cet égard, fort éloquente : sur 15 cas de tétanos qu'il a eus à traiter, 13 l'ont été par les moyens ordinaires et tous sont morts, 2 ont été amputés et ils ont guéri. Si les faits de ce genre se multiplient, il est à penser que tous les chirurgiens se rallieront à la doctrine de l'amputation.

Dans son rapport, M. Berger a soulevé de nouveau la question des injections d'antitoxine. Les faits se sont multipliés, et la conclusion à en tirer est que ces injections n'ont aucune valeur curative. Pourraient-elles avoir une valeur préventive? Théoriquement, on serait disposé à l'admettre, mais les faits ne semblent pas jusqu'ici bien démonstratifs. Quelques essais ont été tentés dans ce sens au Dahomey. Attendons de nouveaux renseignements.

Signalons, enfin, une intéressante communication de M. Mossé sur la greffe osseuse hétéroplastique à la suite de la trépanation cranienne. La question était de savoir si les résultats obtenus se maintenaient d'une façon définitive. L'intéressante expérience faite par M. Mossé sur un lapin semble le prouver. Il termine en disant que si l'on avait à combler une lésion osseuse de la boîte crânienne chez l'homme, la greffe hétéroplastique pourrait être tentée avec quelques chances de succès. Notre confrère nous permettra de lui rappeler le cas de M. Ricard qui a été communiqué à l'Académie, et au sujet duquel M. Polaillon a fait un rapport dans l'une des dernières séances.

M. Comby (Société médicale, séance du 19 mai) rapporte une observation d'oreillons remarquable à divers points de vue. L'orchite a précédé de deux jours le gonflement parotidien et on a pu constater par le toucher rectal le gonflement de la prostate.

Pendant le cours de la maladie, il est survenu une hémoptysie sans que l'auscultation révélât l'existence d'aucune lésion pulmonaire.

M. Merklen a vu également une hémoptysie se produire au cours des oreillons. Il y avait eu, les jours précédents, une vive douleur de névralgie diaphragmatique dans un des côtés de la poitrine : à l'auscultation, on trouva des signes d'apoplexie pulmonaire à la base du poumon.

M. Juhel-Rénoy est chargé, depuis six mois, du service d'isolement de l'hôpital d'Aubervilliers. Il a vu, à ce titre, de 450 à 500 cas d'érysipèle et il rend compte des divers essais de traitement extérieur qu'il a faits contre cette maladie.

Tout d'abord, il a employé les vulgaires compresses de sureau, puis des préparations phéniquées de divers ordre : les simples applications d'eau phéniquée, l'huile phéniquée à 10 p. 100, les injections hypodermiques d'eau phéniquée à 5 p. 100. Les compresses imbibées d'eau phéniquée n'ont eu aucune action appréciable ; l'huile phéniquée à 1 p. 10 provoquait de vives douleurs sans bénéfice bien marqué. Les injections hypodermiques d'eau phéniquée ont été faites au voisinage du bourrelet érysipélateux ; elles étaient fort douloureuses ; elles n'ont pas arrêté la progression de la dermite.

Les applications d'eau boriquée étaient agréables aux malades, rien de plus.

Les pulvérisations de sublimé, vantées par M. Talamon, n'ont pas paru diminuer la durée de la maladie. Elles ont l'inconvénient de laisser quelquefois après elles une pigmentation accentuée.

Le traitement chimique local restant sans succès notable, M. Juhel-Rénoy a essayé le traitement mécanique. Il a fait la compression de la peau à la limite de la plaque érysipélateuse, à l'aide de bandelettes de diachylon, puis à l'aide de la traumaticine (solution de gutta-percha dans l'alcool), puis de la traumaticine au sublimé.

Enfin, tous ces procédés n'ayant pas donné des résultats bien satisfaisants, M. Juhel-Rénoy essaya, d'après la méthode de Unna, la traumaticine à l'ichtyol (1). Ici les résultats furent beaucoup plus favorables et on aurait pu constater, dans la moitié des cas, un véritable avortement de l'érysipèle. Cette proportion mettrait à l'abri des erreurs qui résultent de l'existence des formes abortives de l'érysipèle.

M. Hayem pense qu'à l'aide de l'acide phénique, on peut aller beaucoup plus loin que ne l'a dit M. Juhel-Rénoy; avec une solution d'acide phénique dans l'alcool, une partie d'alcool pour une d'acide phénique, on arrête réellement la progression de la plaque érysipélateuse. Ces solutions phéniquées très fortes ne sont pas douloureuses comme des solutions à 1 p. 10, par exemple; mais avec elles, il faudrait craindre des eschares.

M. Ferrand a employé avec succès la teinture d'iode à l'intérieur, chez des malades sujets à l'érysipèle récidivant.

Séance très chargée — comme toujours — à la Société de dermatologie, le 18 mai. Plusieurs des communications faites sont relatives à la *syphilis*.

M. Feulard a vu, dans un cas, la syphilis pulmonaire débuter avec des allures de gangrène pulmonaire. Il se fit rapidement une caverne au sommet du poumon; l'absence des bacilles de Koch ayant fait éloigner l'idée de la tuberculose, le malade étant d'ailleurs syphilitique, on institua un traitement énergique par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium; en deux mois la guérison était obtenue.

M. Fournier rapporte un fait d'hystéro-neurasthénie très accentué, d'origine syphilitique, chez une jeune femme. L'hystérie était antérieure à la syphilis. En pleine période secondaire, on vit se produire des phénomènes intenses d'asthénie : faiblesse musculaire énorme, rendant la marche presque impossible, phénomènes accentués de dyspepsie, faiblesse très grande du cœur, émotivité excessive, asphyxie locale des extrémités, etc. Ce cas est remarquable, non seulement par la gravité des manifestations neurasthéniques, mais aussi par l'apparition de phénomènes rares dans cet état névropathique, l'asphyxie symétrique des extrémités, en particulier.

Une autre malade, du service de M. Fournier également, est présentée par M. Mendel. Sa syphilis date de trois ans; en janvier de cette année, elle a été prise de diplopie par paralysie de la troisième, puis de la sixième paire, de vertiges, de bourdonnements d'oreilles, de perte de mémoire, d'hémi-anesthésie gauche, de polyurie intense allant jusqu'à 15 et 16 litres par jour, avec glycosurie légère. Tous ces accidents se sont amendés sous l'influence du traitement spécifique, mais la guérison est loin d'être complète. Les uns ont diagnostiqué tabes, à cause des troubles de la marche; les autres sclérose en plaques, à cause de l'exagération des réflexes et du tremblement. En tout cas, il s'agit, comme le dit M. Fournier, d'une syphilis maligne précoce à détermination névropathique d'emblée : c'est là une des formes les plus graves de la malignité de l'infection.

(1) Quantités égales de traumaticine et d'ichtyol.

Deux autres communications n'ont trait à la syphilis qu'au point de vue du diagnostic.

M. Raymond présente trois enfants atteints de *perlèche*. Cette petite maladie, fréquente dans les écoles, y sévit souvent à l'état épidémique. Elle est très contagieuse. Elle consiste en deux petites ulcérations de la commissure des lèvres, qui donnent tout à fait l'idée de plaques muqueuses des commissures labiales. M. Fournier cite une malade chez laquelle le diagnostic fut impossible, à cause de l'existence simultanée de manifestations réellement syphilitiques.

M. Darier montre un malade du service de M. Fournier, qui porte sur la verge, à la couronne du gland, une ulcération rouge que l'examen histologique a démontré être un épithélioma bénin.

M. Fournier a déjà vu plusieurs fois des ulcérations semblables; elles sont embarrassantes pour le diagnostic et souvent prises pour un chancre; elles sont indolentes, d'un rouge sombre, d'aspect velouté, sans épaississement du derme, sans engorgement ganglionnaire. Leur marche est essentiellement chronique. On pourrait leur donner le nom d'*épithélioma bénin syphiloïde*.

Enfin, chez un malade amené par M. Hudelo, l'origine syphilitique des lésions est indirecte. Il s'agit d'une ulcération ayant détruit une grande partie du maxillaire supérieur, chez un malade syphilitique autrefois et, depuis, tabétique. Ce serait un trouble trophique, une sorte de mal perforant de la bouche et de la mâchoire.

Grâce aux recherches multipliées de M. Zambaco et à la croisade scientifique qu'il a entreprise, la *lèpre* continue à être à l'ordre du jour. Il apporte à la Société — c'est une nouvelle série — les nombreuses observations accompagnées de photographies et de dessins par lesquels il a pu démontrer l'existence en France, surtout dans le Midi et en Bretagne, de toute la gamme des variétés cliniques de la lèpre.

MM. Hallopeau et Jeanselme font voir un malade, d'origine étrangère, atteint de lèpre nerveuse, avec atrophie musculaire généralisée, anesthésie cutanée, lésions oculaires et orchite.

M. Du Castel présente une femme née à Dieppe, venue à Paris à seize ans, qui présente depuis près de deux ans des troubles de la sensibilité, semblables à ceux que l'on constate quelquefois dans la lèpre, l'insensibilité à la brûlure, des éruptions circinées et des troubles de pigmentation du tégument. En pays de lèpre, on n'hésiterait guère à la considérer comme atteinte de lèpre au début. Est-elle réellement lépreuse? Pour l'affirmer, il faudrait pouvoir démontrer l'existence des bacilles caractéristiques.

Une autre malade, présentée par M. de Beurmann avec le diagnostic de dermatite exfoliatrice, a sur la face un épaississement marqué avec coloration rougeâtre de la peau. M. Zambaco pense qu'il faudrait ici encore se défier de la lèpre. Ici encore il y aurait lieu de démontrer l'existence du bacille, d'autant plus qu'il pourrait bien s'agir, pensons-nous, d'un début de mycosis fongoïde.

On voit quelle place la lèpre en vient à tenir dans les préoccupations des dermatologistes français; la mode y est

bien pour quelque chose; attendons un peu et tout cela se tassera et se mettra à sa vraie place.

Après la clinique, les travaux de laboratoire!

Communication fort intéressante de M. Quinquaud, sur la *toxicité du sérum sanguin*. En ce qui concerne plus particulièrement les maladies de la peau, il a vu cette toxicité notablement augmentée dans les dermatites exfoliatrices, dans le pemphigus infectieux, dans les poussées aiguës d'eczéma. Il a même pu, chez des malades atteints de pemphigus, extraire du sérum sanguin un corps cristallisable d'une toxicité extrême, qui amène chez les cobayes l'amaigrissement et la cachexie.

Communication très intéressante également de M. Sabouraud sur le *tricophyton* de la teigne. Ses cultures lui ont permis de démontrer que le trichophyton se développe à la façon des mucédinées banales sur des substances très diverses, le bois, la paille pourrie, etc., et que, par conséquent, il est très possible que ce champignon végète réellement autour de nous à la surface de corps divers, d'objets différents, et que la teigne ne reconnaisse pas toujours pour cause le contact avec un individu atteint lui-même de teigne auparavant.

Donnons, pour terminer, quelques renseignements thérapeutiques.

M. Van Hoorn (d'Amsterdam) fait connaître les résultats qu'il a obtenus en traitant les *éphélides* par un procédé nouveau dû à Unna. Plusieurs fois par jour, on badigeonne la peau de la face avec le mélange suivant :

Résorcine.	40	grammes.
Oxyde de zinc.	10	—
Silice pure et anhydre	2	—
Axonge.	20	—
Huile d'olive	8	—

La peau, en trois ou quatre jours, devient comme parcheminée. C'est le moment d'employer un pansement constitué par la *colle* suivante étendue sur de l'ouate :

Grénétine blanche	4	grammes.
Oxyde de zinc.	3	—
Glycérine pure à 30 degrés. .	5	—
Eau distillée.	8	—

Appliquer à chaud.

L'épiderme se détache ainsi par très grands lambeaux: dans quelques cas, presque tout d'une pièce, comme un masque. On voit très bien la tache brune laissée par les éphélides à la face profonde de ce masque.

Les taches pigmentaires sont ainsi enlevées, mais elles tendent à réapparaître et il faut recommencer.

Cette méthode d'*écorchement* est assez douloureuse; il ne serait bon de l'employer qu'avec prudence. Comme le dit fort justement M. Besnier, rien ne prouve du reste que les éphélides ne réapparaîtraient pas ensuite, que les souffrances, imposées dans un but de coquetterie, n'aient été inutiles.

Watraszewski, pour le traitement de la syphilis et des syphilides, associe le *calomel au savon* dans la proportion de 1 p. 1, 1 p. 2, 1 p. 3. On retrouve du mercure dans les urines après l'emploi de ce savon.

M. Hallopeau a traité avec succès la *pelade* par un mélange à parties égales d'essence de Wintergreen et d'éther.

TRAITEMENT

DES TUBERCULOSES CHIRURGICALES SUPPURÉES PAR L'EAU BOUILLANTE

Par le docteur Jeannel,

Professeur à la Faculté de médecine de Toulouse.

I

La chaleur est le plus puissant et le plus efficace des agents thérapeutiques que possède la chirurgie pour modifier les tuberculoses localisées. Elle agit : 1° en détruisant le bacille, les tubercules et les fongosités, dans les tissus carbonisés; 2° en tuant le bacille, décomposant les toxines et nécrobiosant les éléments anatomiques, dans les tissus chauffés au-dessus de 80 degrés; 3° en atténuant le bacille sans le tuer, dans les tissus chauffés entre 42 et 80 degrés, tout en nécrobiosant les éléments anatomiques; 4° en atténuant la virulence du bacille, sans atteindre les éléments anatomiques, dans les tissus chauffés entre 40 et 42 degrés.

La destruction du bacille, de ses toxines et de tous les éléments tuberculeux n'a pas besoin d'être démontrée dans les tissus carbonisés.

Le bacille est tué à 80 degrés; à peu près à la même température l'albumine est coagulée et, par conséquent, les toxines et les éléments anatomiques sont nécrobiosés et voués à l'élimination. Les mêmes effets sont *a fortiori* obtenus à 100 et 110 degrés. A 100 degrés, la destruction du bacille et même de ses spores, à supposer qu'il en ait, est absolument certaine; et l'on peut être assuré de la stérilisation parfaite d'un foyer tuberculeux intégralement chauffé à cette température. Entre 45 et 80 degrés et entre 40 et 45 degrés, voici ce que nous apprennent les très intéressantes expériences de M. le docteur Maurel (1) :

« 1° On peut considérer la tuberculine comme sans action sur nos leucocytes;

2° Le bacille de la tuberculose, au contraire, tel que nous le donnent les cultures sur gélose, les tue en moins de deux heures;

3° En soumettant ces bacilles à une température de 95 à 90 degrés, ils deviennent tout à fait inoffensifs pour nos leucocytes;

4° La température de 70 à 65 degrés, prolongée pendant une heure, donne les mêmes résultats;

5° Celle de 44 à 43 degrés, prolongée pendant soixante-douze heures, atténue assez le bacille pour que nos leucocytes, après l'avoir absorbé, puissent conserver leur activité pendant sept heures. Cette résistance équivaut presque à un triomphe de ces éléments;

6° Il en est à peu près de même, quoique à un degré moindre, de la température de 43 degrés, maintenue pendant neuf jours;

7° Enfin, les températures de 42 à 41 degrés, prolongées pendant quinze heures, atténuent assez le bacille de la tuberculose pour que nos leucocytes, à la condition d'être soutenus par les températures fébriles de 40 à 41 degrés, puissent lutter avec avantage contre lui, au moins pendant sept heures. »

Donc, au-dessous de 70 degrés, il faut que l'action du calorique soit prolongée de une à plusieurs heures et d'autant plus longtemps que le degré thermique est plus bas, pour obtenir une action modificatrice du microbe. C'est tout ce que je retiendrai des expériences de M. Maurel; en concluant qu'en thérapeutique chirurgicale, il faudra choisir entre deux méthodes pour l'emploi de la chaleur : 1° la méthode rapide pour les températures au-dessus de 70 degrés; 2° la méthode lente ou prolongée pour les températures au-dessous de 70 degrés.

D'autre part, lorsque l'on fait agir une source de calorique quelconque sur un tissu vivant, on conçoit qu'il existe une zone surchauffée dont la température décroît au fur et à mesure que l'on s'éloigne de la surface en contact avec le corps chauffant. Cette zone est d'autant plus épaisse que les tissus sont meilleurs conducteurs du calorique. En tout cas, si l'on emploie la méthode

(1) Maurel. Soc. de méd. de Toulouse, 11 avril 1893; — Acad. des sc. de Toulouse, 23 fév. 1893 (*Midi médical*, 16 avril 1893, n° 15, p. 176).

rapide avec des températures insupportables sans anesthésie pour peu que l'application en soit prolongée, seront seuls utilement influencés les tissus dont la température sera portée au-dessus de 70 degrés; si l'on emploie la méthode lente et, par conséquent, des températures supportables sans anesthésie, il faudra prolonger l'application thermique à 40 ou 45 degrés pendant de longues heures consécutives pour être efficace; ce qui n'est guère pratique.

Deux procédés d'application de la chaleur au traitement des tuberculoses chirurgicales sont aujourd'hui en usage. Le premier, le plus ancien, c'est la cautérisation directe. Le second, plus récent, imaginé par MM. Clado et Verneuil (1), c'est le chauffage indirect, « surchauffage des tuberculoses externes ».

Il importe d'étudier rapidement ces deux procédés pour en voir les avantages et les inconvénients.

1° *Cautérisation directe.* — Elle a pour double but la destruction du bacille et des produits tuberculeux, et la modification biologique des tissus avoisinants; elle cherche à obtenir ces deux buts en chauffant au maximum les éléments tuberculeux au moyen du fer rouge ou du flambage par la méthode rapide. Le fer rouge touche les parties suspectes et les carbonise; ou bien il agit par rayonnement, pour dessécher et rôtir les surfaces chauffées. Sous son influence immédiate ou médiate une croûte sèche ou carbonisée se forme. Le thermocautère est l'instrument le plus généralement employé. La température varie de 600 à 1 400 degrés.

Le flambage, récemment ressuscité par M. Félizet (2), est une manœuvre qui a pour objet de projeter et de promener à la surface des plaies une flamme dont la température est de 1 500 à 1 600 degrés. « Cette flamme, dit M. Félizet, longue et pénétrante, lèche les plaies, s'engage dans les creux et laisse les surfaces nettes, séchées aseptiques, parfaitement disposées pour la réunion. »

En résumé, soit par le fer rouge, soit par le chalumeau, le chirurgien porte dans la plaie une source de chaleur des plus intenses, dont l'effet immédiat, quelle que soit la température, 600 ou 1 600 degrés, est de carboniser immédiatement les surfaces organiques touchées ou tout au moins de les rôtir. La flamme léchante du chalumeau de Félizet pénètre-t-elle mieux dans les creux, c'est-à-dire y porte-t-elle le calorique mieux que le thermocautère agissant par contact et rayonnement? C'est possible. Mais ce qu'il m'importe surtout d'étudier c'est le degré de confiance qu'il convient d'accorder à l'un ou à l'autre de ces deux procédés de stérilisation des plaies tuberculeuses.

Je n'ai point d'expérience personnelle du flambage et les critiques que j'ai à lui faire sont, il est vrai, théoriques. Je m'imagine, en effet, que son mode d'action est très analogue au mode d'action du thermo. Or, le thermocautère procure, il faut bien l'avouer, une sécurité douteuse contre la récidive. Tout ce qu'il touche et brûle est assurément stérilisé. Mais tout n'est souvent pas touché en surface et, surtout, la stérilisation en profondeur est fort limitée. Si l'on agit par contact (et c'est le fait du flambage), les tissus touchés sont carbonisés; si l'on agit pas rayonnement les tissus chauffés sont rôtis. Or, la couche carbonisée aussi bien que la couche rôtie, stérilisées l'une et l'autre, il est vrai, constituent une cuirasse réfractaire, très mauvaise conductrice du calorique, qui protège les tissus sous-jacents contre l'action stérilisante (3). C'est un précepte de cuisine que, pour obtenir un beafteack saignant, il faut le griller sur un feu vif. Pour une même durée de cuisson, plus vif est le feu, j'allais dire plus chaud est le feu, plus mince est la couche rôtie et plus épaisse la couche saignante, chaude, il est vrai, mais point cuite et non stérilisée. De là la proscription du rôtissage comme procédé de stérilisation en hygiène culinaire.

Or, dans un foyer tuberculeux, abcès froid, synovite fongueuse, ostéite tuberculeuse, la zone bacillifère est épaisse, irrégulièrement épaisse même; elle présente le long des vaisseaux des végétations, elle bourgeonne dans les interstices musculaires, dans les trous des aponévroses, de telle sorte que la dissection et l'extirpation totale en sont le plus souvent impossibles et de telle sorte aussi qu'il n'est pas possible d'en détruire ou stériliser tous les diverticules, voire même toute l'épaisseur, par la cautérisation en surface obtenue au moyen du thermocautère ou du chalumeau de Félizet. En tout cas, si ce n'est pas impossible, c'est fort difficile. Il est même des abcès froids où c'est irréalisable, en raison de la multiplicité des anfractuosités.

Enfin, la thermocautérisation ou le flambage nécessitent la large et béante ouverture de la poche; ce qui est souvent un bien, quelquefois une difficulté insurmontable et, d'autres fois, un mal : il y aura donc tout au moins des cas où l'emploi de l'un ou l'autre de ces deux procédés sera impossible.

Quelle que soit la théorie, d'ailleurs, du mode d'action de la cautérisation par les hautes températures, c'est-à-dire du rôtissage des plaies, l'infidélité de cette méthode est bien connue et tous les chirurgiens ont vu repulluler des fongosités dans des foyers de résection, malgré des dissections minutieuses et des cautérisations soignées. Quant à moi j'ai observé de semblables repullulations et ce sont justement des cas de ce genre que j'ai cherché et réussi à guérir par une application différente du principe de la stérilisation par la chaleur.

2° *Surchauffage des tuberculoses externes.* — Le but poursuivi au moyen du surchauffage par MM. Verneuil et Clado est autre que celui poursuivi au moyen de la cautérisation directe. Une arthrite tuberculeuse d'un membre étant donnée, arthrite du coude par exemple, il s'agit d'élever la température du membre tout entier pour le stériliser. M. Clado expose fort bien, dans sa communication au deuxième Congrès pour l'étude de la tuberculose, que le problème à résoudre, c'est l'application en chirurgie du procédé de stérilisation employé dans les laboratoires sous le nom de chauffage discontinu, procédé de Tyndall. On sait que cela consiste à porter le milieu à stériliser, plusieurs jours de suite pendant une heure, à une température capable de tuer les bacilles, en respectant les spores et les matières albuminoïdes. C'est le procédé employé pour stériliser le sérum. Pour stériliser ainsi un milieu tuberculeux, il faut huit séances d'une heure à 80 degrés.

Pour appliquer à l'homme ce procédé de stérilisation, MM. Clado et Verneuil construisent une sorte de four avec des briques chauffées sur des charbons ardents ou la flamme du gaz; puis ils y plongent le membre malade enveloppé d'un léger pansement ouaté.

La température du four dépasse 130 degrés. La ouate roussit. Sous la ouate, près de la peau, le thermomètre monte à 100 et même 110 degrés sans que le malade en soit incommodé. Le membre se couvre de sueur qui ruisselle. La peau rougit, devient écarlate. Mais, en réalité, la température de la peau du membre débarrassé d'ouate, hors du four, est de 40 degrés!

La température générale monte d'un degré au bout de dix séances. La disparition de la douleur, de la tumeur, la dessiccation des articulations, le retour de la mobilité dans les jointures non ankylosées, la guérison de l'arthrite : tels sont les résultats obtenus par ce procédé dont les *indications confinent à celles de l'amputation.* Et cela au prix de quelques brûlures superficielles amenant surtout des modifications du système épithélial. Je n'ai pas d'expérience personnelle de ce mode d'emploi thérapeutique de la chaleur et ne m'en permettrai, par conséquent, qu'une critique très réservée. Je doute cependant qu'il puisse agir, comme le pense M. Clado, à la manière du procédé de stérilisation de Tyndall. La fibre musculaire est irrémédiablement coa-

(1) CLADO. Traitement des lésions tuberculeuses accessible par la température élevée. Surchauffage des tuberculoses externes, *Congrès pour l'étude de la tuberculose*, 1891, p. 582.

(2) FÉLIZET. De l'emploi des températures élevées en chirurgie; le flambage des plaies, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1892, p. 595.

(3) Je ne veux pas compliquer cette étude en recherchant l'action du thermo sur le tissu adipeux. Ici, en effet, la graine en fusion pénètre les tissus et y diffuse le calorique. Mais les plaies tuberculeuses ne sont pas grasses.

gulée et nos leucocytes sont tués à 45 degrés; on ne peut donc admettre que la température des parties centrales soit dans la totalité du membre élevée à ce degré; sans quoi on obtiendrait du sphacèle. Or, au-dessous de 45 degrés pendant une heure, le bacille de la tuberculose n'est pas tué, c'est tout au plus s'il est atténué; il faudrait, en effet, 72 heures de chauffage à 45 degrés, pour obtenir ce résultat, d'après Maurel. Il est vrai, d'après le même expérimentateur, que 41 à 42 degrés, prolongés pendant quelques heures, atténuent encore assez le bacille pour que nos leucocytes puissent en triompher « à la condition d'être soutenus par les températures fébriles de 40 à 41 degrés ». On pourrait, d'après cela, comprendre que le foyer de l'arthrite étant supposé chauffé à 40 degrés dans le centre du membre, la lutte puisse s'y engager entre le bacille et nos leucocytes à l'avantage de ces derniers. Mais il faut bien avouer que cela ramène à la doctrine un peu réactionnaire de la fièvre salutaire, puisque la température fébrile de 40 degrés deviendrait pour le leucocyte un avantage, et pour le bacille une source d'infériorité.

Quoi qu'il en soit, le surchauffage du membre dans le four de MM. Verneuil et Clado peut être un procédé thérapeutique utile et précieux, mais il ne me semble pas devoir être considéré comme réalisant la stérilisation des foyers tuberculeux par la chaleur, d'après le procédé de Tyndall.

Au surplus, le surchauffage des membres tuberculeux de MM. Verneuil et Clado est un procédé spécial de thérapeutique conservatrice, employé soit contre des tuberculoses non suppurées, soit contre des tuberculoses suppurées et ouvertes, mais en dehors de toute intervention chirurgicale. Je ne crois pas, en effet, que mon éminent maître ait jamais traité ainsi, soit une articulation fraîchement réséquée pour y détruire les fongosités qui auraient échappé à la dissection, soit une articulation réséquée où la tuberculose aurait récidivé sous forme d'une abondante repullulation des fongosités et encore moins des abcès froids. Or, ce sont les cas de ce genre que je vise ici : c'est pourquoi je ne saurais rien conclure à leur sujet de l'emploi du surchauffage.

Mais, en ce qui concerne le thermocautère et le chalumeau de M. Félizet dont l'emploi est bien réservé à la stérilisation des articulations fraîchement réséquées ou de tous les foyers tuberculeux ouverts et accessibles, des considérations que j'ai fait valoir plus haut, je crois pouvoir conclure que :

Rôtir une plaie tuberculeuse avec le thermo ou le chalumeau de Felizet ne présente pas plus de garantie, comme procédé de stérilisation thérapeutique, que le grillage ou le rôtissage culinaire des viandes n'en présente comme procédé de stérilisation hygiénique.

Je propose, au lieu de faire rôtir les foyers tuberculeux, de les faire bouillir : soit, en d'autres termes, la stérilisation par la chaleur humide à la place de la stérilisation par la chaleur sèche.

Ce n'est pas sans mûre réflexion que j'en suis venu à oser formuler cette proposition et à exécuter l'*ébouillantement* thérapeutique des tuberculoses chirurgicales.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 mai 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

COMMUNICATIONS

Greffe hétéroplastique après trépanation du crâne. — M. **MOSSÉ** rappelle que les observations de greffes hétéroplastiques après trépanation du crâne sont assez nombreuses. Il a lui-même publié le cas d'une greffe pratiquée du chien au singe, et qui, deux mois après l'opération, était persistante.

Mais, dans tous ces cas, on pouvait objecter qu'il s'était écoulé trop peu de temps après l'opération, pour formuler une conclusion définitive. C'est pourquoi M. Mossé fait connaître cette nouvelle observation :

Il s'agit d'une greffe de rondelle d'os, prise sur un chat immédiatement après sa mort, et fixée sur le crâne trépané d'un lapin. Le lapin a été sacrifié près de quatre ans après l'opération, et l'on a pu constater que la greffe osseuse était persistante et parfaitement vivante.

De ce fait et des faits analogues, M. Mossé croit pouvoir conclure :

1° Que la greffe hétéroplastique réussit surtout lorsque la rondelle transplantée est prise d'un animal inférieur à un animal supérieur (condition favorable pour la chirurgie humaine).

2° Le transplant doit être pris dans une espèce voisine; toutefois, la greffe a plusieurs fois bien réussi avec des transplants empruntés à une espèce assez éloignée.

3° L'animal qui fournit le transplant doit être jeune. Il peut y avoir avantage à choisir un transplant contenant encore son point d'ossification.

La greffe hétéroplastique pourra être utilisée dans la chirurgie humaine toutes les fois qu'il y aura intérêt à reconstituer la con sistance osseuse de la boîte cranienne.

RAPPORT

Traitement du tétanos. — M. **BERGER** fait un rapport sur trois observations de tétanos traumatique, adressées par MM. Cerné (de Rouen), Folet (de Lille) et Dacolles (de Provins).

Dans le premier cas, M. Cerné pratique l'amputation du doigt au dix-neuvième jour d'un tétanos qui avait résisté au chloral; dès le lendemain, on constatait une amélioration des symptômes et le treizième jour le malade était guéri. Il s'agissait d'une plaie contuse ayant intéressé l'articulation de la première avec la deuxième phalange du médius gauche; le tétanos s'était développé treize jours après la blessure.

Le fait de M. Darolles concerne un jeune garçon atteint d'une section presque complète du pouce, intéressant l'os au niveau de la deuxième phalange, et produite par une scie mécanique; dix-neuf jours après l'accident, le tétanos se déclare et s'aggrave malgré le chloral administré à haute dose; le dixième jour, M. Darolles extirpe la phalange qui était nécrosée et désinfecte le foyer traumatique; au bout de quatre jours, tous les symptômes de tétanos ont disparu.

Le malade de M. Folet, à la suite d'un vaste décollement des téguments du membre inférieur produit par le passage d'une roue de voiture, avait présenté une sorte de phlegmon diffus gangréneux, qui, vers le vingtième jour, s'était compliqué de trismus, puis d'épisthotonos avec crises. Le surlendemain de l'apparition du tétanos, M. Folet ouvrit, draina, désinfecta tous les décollements; les jours suivants, il réitéra lui-même les manœuvres de désinfection sous chloroforme. Vers la fin du troisième jour, une détente se produisit dans les phénomènes tétaniques qui disparurent complètement le sixième jour.

M. Berger fait connaître ensuite sa statistique personnelle. Il a soigné 15 malades atteints de tétanos; sur ces 15 malades, 13 ont été soignés par les moyens ordinaires et n'ont pas été amputés; tous sont morts; 2 ont été amputés, ces deux malades ont guéri. On ne saurait admettre là une simple coïncidence et il est impossible de ne pas reconnaître une relation de cause à effets entre l'amputation, dans ces cas, et la guérison.

Plusieurs objections ont été faites à M. Berger; on lui a d'abord opposé les faits d'amputations suivies de mort. M. Berger n'ignore pas ces faits; aussi n'a-t-il jamais eu la pensée de proposer l'amputation comme un moyen infaillible de guérison dans tous les cas de tétanos traumatique.

L'amputation n'agit ici que comme un moyen de supprimer l'un des foyers d'infection, mais il peut y en avoir d'autres, il peut y avoir d'autres plaies que celle du membre que l'on ampute. Tout ce qu'on peut dire, c'est que l'amputation met les blessés dans de meilleures conditions pour guérir du tétanos.

M. Berger passe en revue les autres moyens thérapeutiques, en particulier la médication chloralique et les injections anti-tétaniques. Pour ce qui est de la médication chloralique, sans en nier

les bons effets, ni l'utilité, M. Berger fait remarquer que, dans l'un des deux cas où il a fait l'amputation, il avait donné, sans succès, jusqu'à 24 grammes de chloral par jour. Pour ce qui est des injections anti-tétaniques, voici, sur ce sujet, l'opinion de M. Roux : M. Roux a pratiqué ces injections sur 7 malades, dont 5 sont morts et 2 ont guéri. Ces deux derniers cas étaient, au dire de M. Roux lui-même, des cas très bénins qui auraient guéri avec toute autre médication. M. Berger ajoute à ces observations celle d'une femme qui lui est amenée, dans son service, avec un trismus très accentué. Cette femme ne présente pas la moindre plaie apparente. On apprend seulement qu'elle a lavé, pendant quatre jours, des linges souillés provenant d'une femme morte d'accidents puerpéraux. C'est donc là un de ces cas qu'on a appelés, jusqu'ici, des cas de tétanos spontané.

M. NOCARD. C'est là un mot à changer.

M. BERGER. Cette femme a été soumise aussitôt aux injections d'antitoxine, que M. Roux regardait comme inutiles; ce cas lui paraissait devoir être bénin. Elle reçut cependant très régulièrement ses injections, ce qui n'empêcha pas le tétanos de se généraliser, ni la malade de succomber après quatre jours.

La conclusion à tirer de ces faits, c'est que les injections d'antitoxine n'ont aucune valeur curative ; mais elles peuvent avoir une valeur préventive. M. Berger cite une lettre de M. Treille, médecin-inspecteur du corps de santé des colonies, relatant des faits qui lui ont été communiqués par M. le docteur Rangé, chef du service de santé au Dahomey ; celui-ci a traité au Dahomey deux cas de tétanos par l'antitoxine et il a eu deux insuccès. Les injections faites préventivement dans un certain nombre de cas n'ont pas empêché un malade de mourir du tétanos. Ainsi, la valeur préventive des injections d'antitoxine n'est même pas absolue.

Il faut donc considérer que les succès observés à la suite de l'amputation dans le traitement du tétanos sont bien dus à l'opération.

Dans quelle mesure l'amputation doit-elle être pratiquée dans les cas de tétanos? M. Berger pense qu'il est impossible de donner ici des règles précises ; il faut se régler : 1° sur la gravité du tétanos; 2° sur l'insuccès des autres médications; 3° sur l'importance du membre dont le sacrifice est nécessaire; 4° enfin et surtout sur la gravité de la blessure et sur les conséquences qu'elle doit entraîner pour le bon fonctionnement du membre.

L'amputation n'aggrave pas sensiblement le pronostic du tétanos. Les dangers de la chloroformisation, en pareils cas, ont été exagérés; c'est au point de vue de la mutilation qu'il faut se placer pour juger la question de l'amputation.

La conclusion à laquelle arrive M. Berger, sur ce point, est la suivante :

L'amputation, pratiquée dans les tissus sains, met le blessé dans les meilleures conditions pour la guérison du tétanos traumatique. Dans les cas où elle peut être exécutée sans causer de mutilation trop étendue, elle doit être pratiquée aussi près que possible du début des accidents. Quand, par le fait d'une lésion traumatique, la vitalité et le bon fonctionnement d'un membre se trouvent gravement compromis et que la question d'amputation se pose, l'apparition du tétanos traumatique doit faire pencher la balance en faveur de celle-ci.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA SUTURE NERVEUSE

M. LABORDE fait connaître à l'Académie une expérience qui lui paraît absolument concluante au point de vue de l'opinion qu'il soutient relativement aux effets de la suture nerveuse. Voici cette expérience :

Les deux nerfs vagues étant mis à nu à la région cervicale, il détermine le courant minimum qui, appliqué sur l'un et l'autre nerf, est capable de produire, d'une façon nette, l'arrêt momentané du cœur. Il place ensuite un double fil d'attente traversant l'épaisseur de l'un des cordons nerveux, de façon à réaliser le rapprochement exact et la suture des bouts du nerf quand il aura été divisé dans l'intervalle des fils d'attente. Une aiguille à drapeau implantée au contact du cœur transmet à l'extérieur les battements de l'organe.

Les choses ainsi disposées, il pratique la section du nerf au lieu indiqué. Il est bien évident que, dans cette nouvelle condition, le courant d'excitation appliqué sur le premier point, qui se trouve situé au-dessus de la section, n'amène plus aucun effet sur le cœur, ce n'est que l'excitation du bout inférieur, périphérique ou cardiaque, qui est capable de produire l'effet suspensif en question.

Il rapproche alors les deux bouts du nerf divisé à l'aide des fils d'attache, de façon à en opérer l'affrontement, le contact les plus parfaits possible; et il renouvelle l'excitation électrique au-dessus de la suture; nul effet ne se produit sur les battements du cœur, qui continuent sans interruption et sans arrêt.

L'excitation ne passe donc plus; la conductibilité nerveuse provoquée ne se réalise plus, malgré le contact parfaitement établi des surfaces des bouts du nerf sectionné.

Si, au contraire, l'excitation est portée au-dessous de la suture, c'est-à-dire sur le bout périphérique ayant conservé de la continuité organique, l'effet suspensif et d'arrêt se reproduit immédiatement; de même, bien entendu, que lorsque cette même excitation est transportée comparativement sur le vague du côté opposé, resté intact et pouvant servir de témoin.

M. LE FORT ne méconnaît pas les phénomènes d'inhibition et de dynamogénie invoqués par M. Brown-Séquard dans la dernière séance; mais il ne peut accepter l'explication qu'a donnée M. Laborde de la restauration immédiate de la sensibilité après la suture d'un nerf sectionné; il ne peut accepter que la suture, en tant que suture, ne soit pas la cause immédiate de ces phénomènes et que toute autre opération, voire même un traumatisme extérieur, puisse produire des effets analogues.

M. LABORDE a apporté une explication physiologique à des faits cliniques, mais il n'a jamais eu la pensée de la généraliser à tous les cas.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

MM. Albarran, Delbet, Demoulin, Faure, Lyot, Rochard, Sebileau et Thiéry sont déclarés admissibles aux épreuves définitives du concours de chirurgien au Bureau central.

— Par arrêté ministériel, en date du 19 mai 1893, le concours qui devait s'ouvrir le 3 juillet 1893, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École d'Alger, est reporté au 25 de ce mois.

— Pour donner plus d'extension et de publicité à ses travaux, l'Œuvre de la tuberculose publiera tous les trois mois un fascicule d'environ 100 pages, sous le titre de « Revue de la tuberculose ».

— *Postes médicaux.* — AISNE : s'adresser au maire d'Yvors (Aisne). — ARDENNES : s'adresser au maire de Deville (Ardennes). — DORDOGNE : s'adresser au maire de Payzac (Dordogne).

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en leur recommandant le Lait stérilisé et en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 60. — SAMEDI 27 MAI 1893. 66e ANNÉE. SAMEDI 27 MAI 1893. — N° 60.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. De l'exophtalmos intermittent ou exophtalmie à volonté, par M. Émile SERGENT, interne des hôpitaux de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

REVUE GÉNÉRALE

De l'exophtalmos intermittent ou exophtalmie à volonté.

Par M. Émile SERGENT,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

Le 28 octobre dernier, le nommé Michel D..., âgé de quarante-quatre ans, teinturier, entrait pour une attaque de rhumatisme articulaire aigu, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le docteur Gingeot, dont j'étais alors l'interne. Il sortait guéri dans les premiers jours de janvier.

Mais, quelques jours avant de quitter le service, il m'avait rendu témoin d'un phénomène curieux que personne n'avait soupçonné pendant son long séjour à l'hôpital. C'était une exophtalmie qu'il produisait à volonté en baissant la tête pendant quelques secondes.

C'est là un fait rare, dont il n'existe que trois observations dans la littérature médicale. Je l'ai étudié avec intérêt ; j'ai constaté l'existence d'un signe que les auteurs précédents n'avaient pas recherché et qui établit, d'une façon définitive, la nature de cette affection. Aussi bien, ai-je pensé qu'un travail d'ensemble sur la question pourrait être de quelque utilité.

OBSERVATION PERSONNELLE

I. ANTÉCÉDENTS. — *Antécédents héréditaires.* — Rien à signaler ; personne dans sa famille n'a présenté le même phénomène.

Antécédents personnels. — D... n'a jamais eu aucune maladie dans son enfance.

En 1888, à quarante ans, il souffre d'une première attaque de rhumatisme articulaire aigu.

En 1892 (le 28 octobre dernier) il a une deuxième attaque de rhumatisme et entre dans le service de M. le docteur Gingeot.

Noter qu'il a été réformé en raison de sa petite taille.

II. ÉTUDE CLINIQUE DU PHÉNOMÈNE. — A. *Interrogatoire.* — D... s'est aperçu pour la première fois du phénomène que je vais étudier vers l'âge de sept ans, d'une façon toute fortuite. Étant occupé à cirer ses chaussures, la tête baissée, il se redressa brusquement pour embrasser une de ses tantes qui venait d'entrer dans la pièce où il se tenait. Celle-ci, ne pouvant réprimer l'étonnement que lui causait la figure étrange de l'enfant, s'écria : « Tu as donc reçu un coup sur l'œil ! » Puis, presque aussitôt : « Tiens ! je ne vois plus rien ! » L'enfant s'étant baissé à nouveau, elle vit se reproduire sous ses yeux le phénomène qui avait causé sa stupéfaction.

C'était l'exophtalmie à volonté, reconnue pour la première fois chez D... Mais l'enfant ne sentait rien. Il dut, pour être convaincu, se regarder dans une glace après s'être baissé.

Depuis ce moment, son attention se trouvant attirée de ce côté, il s'observa et remarqua que le phénomène se produisait fréquemment, qu'il lui suffisait de baisser la tête pour le provoquer. Aussi s'amusa-t-il souvent à étonner ses jeunes amis et plus tard ses camarades d'atelier, en répétant devant eux sa petite expérience.

Il a remarqué, en outre, que le phénomène se produit également lorsqu'il fait des efforts violents et notamment pendant la défécation. Il lui arrive souvent, lorsqu'il porte sur le dos un lourd fardeau, de ressentir dans le côté gauche du cou, de la face et du front, des tiraillements assez douloureux qui l'obligent à déposer sa charge. Il constate alors que l'œil gauche est en état de procidence. Il est permis de supposer, bien qu'il n'ait jamais eu l'occasion de le remarquer, qu'il doit en être de même dans toutes les circonstances qui s'accompagnent d'un effort violent et prolongé.

D... ne ressent *jamais de douleurs* dans l'orbite ni dans l'œil, pas même au moment où se produit l'exophtalmie. Cependant, si le phénomène est indolent, il n'en est pas moins perçu. D... n'a plus besoin de se regarder dans une glace pour savoir si son œil est saillant : il est averti par une sensation spéciale, bien connue de lui : *il sent son exophtalmie.*

B. *Examen.* — 1° *A l'état normal.* — a. *Station verticale de la tête.* — Lorsque D... est tranquille, qu'il respire librement, qu'il a la tête droite, *l'œil gauche est notablement plus enfoncé dans l'orbite* que le droit. Il en résulte un certain degré d'asymétrie faciale, qui peut passer inaperçue si on n'est pas prévenu, mais qui frappe lorsqu'on est averti. La pommette paraît plus saillante ; le rebord orbitaire se dessine plus nettement ; l'arcade orbitaire surtout forme une sorte de crête sur laquelle la peau se tend pour s'enfoncer dans l'orbite, entraînant avec elle le sourcil dont la queue est plus tombante qu'à droite ; les culs-de-sac palpébraux sont plus creux ; l'ouverture palpébrale est un peu moins grande. Il semble que l'œil ait tendance à fuir dans la profondeur de l'orbite, entraînant avec lui, par traction mécanique, les téguments du pourtour orbitaire. Il n'existe sur le pourtour orbitaire aucune trace de tumeur variqueuse ni autre. Les paupières présentent simplement sur leur convexité de très fines veinules violacées, plus apparentes que du côté droit.

La direction de l'axe antéro-postérieur du globe oculaire est symétrique à celle de l'œil droit ; il n'y a pas le plus léger degré

de strabisme. Les mouvements du globe se font sans la moindre gêne dans tous les sens et synergiquement avec ceux de l'œil droit. *Les muscles moteurs de l'œil sont donc intacts dans leur fonctionnement.* Il en est de même de l'orbiculaire et du releveur de la paupière supérieure.

L'ouverture pupillaire est égale à celle de l'œil droit; l'accommodation à la distance et à la lumière est normale.

Tels sont les caractères que révèle l'inspection.

Si maintenant on exerce avec le doigt une pression légère sur le globe oculaire, on sent l'œil se dérober, fuir dans l'orbite, doucement, comme en glissant, entraînant de plus en plus avec lui les téguments. Par cette manœuvre, qui ne révèle aucune sensation de tumeur située derrière le globe, on peut s'assurer qu'il existe *une raréfaction sinon une disparition complète du tissu cellulo-adipeux de l'orbite et un relâchement des moyens de fixité de l'œil.* Cette manœuvre est indolente jusqu'au moment où, le globe ayant atteint sa limite de retrait, l'appareil ligamenteux, tendu à l'excès, résiste.

b. *Décubitus dorsal.* — Pour provoquer le retrait de l'œil, il n'est pas nécessaire d'avoir recours à la pression digitale, il suffit de faire coucher le malade sur le dos et de lui faire renverser la tête en arrière.

Tels sont les caractères que j'ai pu constater en dehors de l'état d'exophtalmie. Il suffira de jeter un coup d'œil sur la figure nº 1, représentant D... dans l'attitude verticale de la tête, pour constater l'excavation de l'œil gauche.

2° *Dans l'état d'exophtalmie.* — D... pouvant produire à volonté la procidence de son œil gauche, j'ai pu étudier facilement les caractères de cette exophtalmie et rechercher les différentes conditions dans lesquelles elle se produit. J'ai choisi pour la description le cas de l'effort qui m'a permis de voir la saillie de l'œil se produire sous mes yeux progressivement.

a. *Effort.* — Je suppose que D... est assis en face de moi et qu'il pousse comme pour aller à la selle. Après quatre ou cinq secondes d'effort, D... fait signe qu'il sent quelque chose, et au même instant la fente palpébrale s'entr'ouvre et le globe oculaire commence à glisser doucement, s'avançant par un mouvement continu et lent, sans la moindre saccade. Puis, à un moment donné, la paupière supérieure commence à son tour à descendre lentement, sans saccades, et finit par recouvrir presque complètement le globe, ne limitant plus avec l'inférieure qu'une fente presque linéaire, à travers laquelle on aperçoit la pupille en bas et en dedans. Puis, D... ne pouvant retenir plus longtemps sa respiration, cesse de faire effort; alors, peu à peu, le globe se retire par le même mouvement lent, continu et sans saccades, et reprend sa place profonde dans l'orbite, en même temps que par un mouvement analogue la paupière supérieure se relève. Tout est rentré dans l'ordre.

Tel est le mécanisme de cette exophtalmie. Quand elle se manifeste, l'orbite subit des modifications profondes. L'excavation est remplacée par une saillie globuleuse qui déborde de plusieurs millimètres le rebord orbitaire; les culs-de-sac palpébraux, d'abord creux, se remplissent, se tendent, puis se gonflent et quand l'exophtalmie est à son maximum le sujet devient méconnaissable. L'œil, dans sa marche en avant, a poussé devant lui les téguments de la base de l'orbite qui sont gonflés et congestionnés. Le sourcil, au lieu d'être tombant, se relève au contraire et s'éloigne de l'arcade orbitaire. Mais en aucun point des téguments il n'existe de tumeur variqueuse, ni autre. *Il y a gonflement, mais non tumeur.* Ce gonflement comprend tout un territoire dont les limites débordent la base de l'orbite et qui se confond comme en dégradant avec les parties voisines. Il intéresse essentiellement les culs-de-sac palpébraux et surtout l'inférieur.

Si, dans cet état d'exophtalmie, on invite le sujet à relever la paupière supérieure, il n'y parvient que très difficilement. Mais on peut la relever avec les doigts et si alors on le prie de regarder dans toutes les directions, on constate que les *mouvements du globe sont un peu gênés*, moins étendus, surtout les mouvements en dedans et en haut, mais encore possibles et toujours synergiques avec ceux du côté droit. En somme, il y a impotence fonctionnelle purement mécanique, liée à la présence en arrière du globe d'une tuméfaction, dont j'aurai à discuter la nature. Je ferai remarquer, d'ailleurs, que D... peut empêcher la ptose de se produire, s'il a soin de maintenir la paupière énergiquement relevée dès le début de l'exophtalmie, et que la même intervention énergique peut empêcher la déviation du globe en bas et en dedans. Je reviendrai dans un instant sur l'examen détaillé de la fonction visuelle.

J'ai dit qu'avec la cessation de l'effort, l'exophtalmie disparaissait graduellement. J'ai pu la faire cesser *instantanément par une pression légère* exercée sur le globe avec les doigts. En pratiquant cette réduction, je n'ai rencontré aucune résistance, je n'ai provoqué aucune douleur ni aucun trouble cérébral.

J'ai répété la même *épreuve de l'effort le sujet étant couché sur le dos*, et j'ai vu l'exophtalmie se produire avec les mêmes caractères que précédemment, mais à un degré un peu moindre, ce que j'attribue à l'influence du poids de l'œil sur la tuméfaction veineuse.

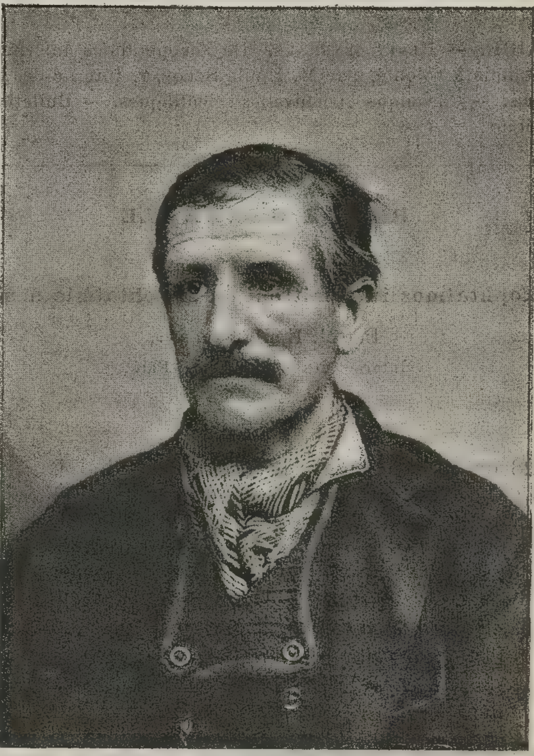


Fig. 1.

b. *Inclinaison de la tête en avant.* — J'ai constaté les mêmes phénomènes chaque fois que D... baissait la tête pendant quelques secondes. C'est dans cette circonstance que j'ai pu observer le plus haut degré d'exophtalmie; il me semble que la raison en est dans ce fait qu'ici la pesanteur se joint à la stase veineuse, et cela d'autant plus facilement que l'appareil ligamenteux de l'œil est relâché.

c. *Compression des jugulaires internes.* — Convaincu, en présence des faits précédents que la cause de l'exophtalmie était de nature veineuse, j'eus l'idée, pour confirmer ma pensée, de comprimer les jugulaires.

Je comprimai d'abord la jugulaire gauche et je provoquai la protrusion du globe.

Je comprimai ensuite les deux jugulaires en même temps et j'obtins plus rapidement l'exophtalmie.

Je comprimai la jugulaire droite seule et l'exophtalmie apparut.

Je répétai ces épreuves dans la position verticale et dans le décubitus dorsal : les résultats furent identiques.

En résumé, j'ai varié l'épreuve en combinant la compression des deux jugulaires ou d'une seule, la droite ou la gauche, avec

les différentes attitudes de la tête et je suis arrivé aux conclusions suivantes :

1° Que la compression porte sur les deux jugulaires ou sur une seule, la droite ou la gauche indifféremment, l'exophtalmie peut être obtenue au même degré; la seule différence consiste dans la rapidité avec laquelle elle atteint son maximum;

2° La plus grande rapidité est obtenue par la compression simultanée des deux jugulaires;

3° La compression isolée de la jugulaire droite ou de la gauche produit l'exophtalmie dans le même temps, avec peut-être cependant une légère différence en faveur de la jugulaire gauche.

(La figure n° 2 montre l'exophtalmie produite par la compression des deux jugulaires.)

3° *Autres caractères objectifs.* — a. *La compression de la carotide primitive* est sans influence; elle ne fait pas cesser l'exophtalmie.

b. *L'influence des mouvements respiratoires* est négligeable, en dehors de l'expiration forcée qui constitue l'effort.

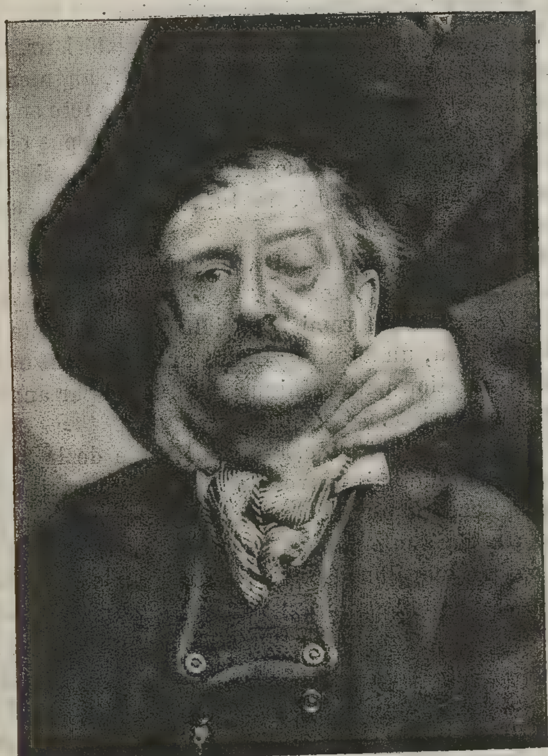


Fig. 2.

c. Aussi inappréciables sont les effets des deux temps de la *révolution cardiaque.*

d. Le globe oculaire n'est animé d'*aucun battement*, d'*aucune pulsation;* l'auscultation ne révèle *pas de souffle* dans l'orbite.

4° *État de la fonction visuelle.* — Pour cette partie de mon observation, j'ai tenu à prendre l'avis d'un spécialiste. M. le docteur Parinaud a bien voulu se charger de cet examen. Je lui suis reconnaissant de la bienveillance qu'il m'a témoignée et je ne puis mieux faire que de transcrire *in extenso* la note qu'il m'a remise.

« *Acuité visuelle.* — Œil droit, emmétrope 5/5. — Œil gauche, le punctum proximum à l'état normal est à 22 centimètres; il s'éloigne sous l'influence de l'exophtalmie et la vision s'améliore immédiatement par l'application d'un verre convexe. L'acuité visuelle est de 5/2.

Accommodation pupillaire. — Sous l'influence de l'exophtalmie, la pupille de l'œil gauche paraît réagir d'une manière moins accusée à la lumière. Lorsque l'œil est revenu à son état normal, la réaction pupillaire est égale dans les deux yeux.

Il ne se produit *jamais et dans aucune direction de diplopie* sous l'influence de l'exophtalmie.

L'exophtalmie, à son maximum, rétrécit le champ visuel de 10 à 15 degrés du côté temporal.

L'examen ophtalmoscopique ne montre *aucune altération de la papille*, aucune trace de congestion rétinienne, même pendant l'exophtalmie. »

En outre, M. Parinaud confirma l'exactitude des caractères que j'ai décrits plus haut, et notamment l'intégrité des muscles moteurs de l'œil et du releveur de la paupière supérieure. Il attribue également à une cause purement mécanique l'impotence fonctionnelle légère de ces muscles au moment de l'exophtalmie. Pour lui, la diminution de l'accommodation pupillaire tiendrait bien plus au tiraillement des nerfs ciliaires qu'au réflexe vasculaire. Enfin, il m'a conseillé d'insister sur le gonflement des culs-de-sac palpébraux, en raison du rapprochement qu'évoque ce gonflement avec la maladie de Basedow, dans laquelle il précède souvent de longtemps l'apparition de l'exophtalmie.

5° *État de la santé générale.* — La santé de D... peut être considérée comme parfaite. Le cœur est indemne malgré les deux attaques de rhumatisme.

En aucune région du corps il n'existe de varices.

Telle est, dans tous ses détails, l'observation que j'ai recueillie.

II

OBSERVATIONS SEMBLABLES

J'ai dit qu'il existait trois observations d'exophtalmos intermittent, antérieures à la mienne.

Sans doute, Carron du Villards rapporte quelques cas d'exophtalmie se produisant dans l'inclinaison de la tête en avant et qu'il attribue d'ailleurs à une hydropisie de la capsule de Tenon; sans doute, Verduc cite le cas d'un jeune homme chez lequel le globe oculaire pouvait descendre de temps en temps jusqu'au milieu de la joue et rentrait eusuite dans l'orbite; mais ces observations sont trop incomplètes, trop équivoques, pour qu'il soit possible de les ranger dans une catégorie précise.

Les trois seules observations non douteuses que j'aie pu retrouver sont dues, la première à Mackenzie, la seconde à Gröning, la troisième à Vieusse.

Les voici :

I. Observation de Mackenzie (*Traité pratique des maladies de l'œil*, 1856, t. I., Obs. CCLXI). — Le malade, homme adulte, vient se faire soigner pour une ophtalmie catarrho-rhumatismale, affectant surtout l'œil droit. Quelques jours après son entrée, on découvre que, lorsqu'il se penche en avant, même pendant quelques secondes seulement, son œil droit commence à faire hernie; en même temps, le malade est averti par une sensation spéciale : il lui semble que quelque chose remplit son orbite et comprime son œil droit par en haut. Lorsqu'il relève la tête, l'œil fait une saillie remarquable et la vue est brouillée. Puis, l'œil se retire peu à peu et, au bout de quelques instants, il a repris sa place ordinaire. Le malade ressent dans l'orbite des douleurs intenses qui sont soulagées par la saignée et les purgatifs.

Le phénomène s'est montré pour la première fois, cinq ans auparavant, un jour où le malade portait un lourd fardeau.

L'auteur attribue la hernie de l'œil à un état variqueux des veines ophtalmiques.

II. Observation de Gröning (New-York. *Archives d'ophtalmologie et d'otologie*, 1873; reproduite la même année dans la *Revue des sciences médicales* de Hayem). — S. M... a quarante-cinq ans. Il y a cinq ans, ayant la tête baissée, il éprouve une sensation de pesanteur du côté de l'œil droit et a, en même temps, la notion vague que cet œil tend à tomber. Il s'assure avec la main que l'œil fait en effet une saillie énorme. Il se relève, se regarde dans une glace, ne voit rien d'anormal.

Dans la suite, le même phénomène se reproduit d'une façon constante pendant son travail.

Quand il se penche en avant, l'exophtalmie se manifeste presque immédiatement et atteint son maximum quand il vient à toucher la terre avec les mains. Dans cet état d'exorbitisme, l'œil est beaucoup moins mobile; il ne peut guère se tourner qu'en dedans; toute tentative de mouvement est douloureuse.

Une pression lente et méthodique, exercée sur le globe oculaire quand le malade baisse la tête, le fait rentrer dans l'orbite, mais la procidence réapparaît dès que cette pression vient à cesser (si la tête reste baissée).

Nul bruit de souffle à l'auscultation, nulle diminution de la procidence par la compression des artères du cou.

Strabisme, myopie, daltonisme. — S. = 2/7.

III. Observation de Vieusse (successivement communiquée en 1878 au Congrès médical de Paris, à la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* et au *Recueil de mémoires de médecine et de pharmacie militaires*, sous le titre suivant, que je me borne à transcrire ici : « Communication entre la cavité arachnoïdienne et la capsule de Tenon »). — Dès le lendemain de son arrivée au corps, B..., soldat au 34e d'artillerie, se présente à la visite, affirmant que de son œil gauche la vue s'est considérablement affaiblie.

En examinant le malade avec attention, on est frappé de la différence d'aspect des deux yeux. L'œil droit a l'apparence normale. A gauche, le globe oculaire, *enfoncé dans l'orbite*, aux rebords très saillants, aux culs-de-sac conjonctivaux presque effacés, laisse voir de côté, par son retrait en arrière, une conjonctive très pâle. Le doigt, appliqué sur le globe de l'œil, le fait fuir dans le fond de l'orbite, sans déterminer aucun phénomène de compression cérébrale.

Dans les deux yeux, les mouvements sont normaux et identiques; pas de déviation; jamais de diplopie.

« De cet examen, dit Vieusse, il résulte que, dans l'œil gauche, le tissu graisseux de l'orbite a été résorbé.

Autre fait : l'œil change de place, selon la position de la tête. Est-elle horizontale, l'œil s'enfonce dans l'orbite; penchée en avant, l'œil tend à faire hernie et la vue disparaît. B... baisse la tête, reste quelques secondes dans cette position et la relève vivement; l'œil est saillant, les paupières boursouflées, la conjonctive congestionnée. Cet état disparaît vite et l'œil reprend son aspect primitif.

Pendant l'expérience, il nous a été impossible, en appliquant le doigt sur le globe de l'œil, de découvrir ni battements, ni pulsations. Plusieurs fois répétée, sans douleur ni fatigue, l'expérience a toujours donné les mêmes résultats.

De l'aveu du malade, rien du côté du cerveau. Un jour, il y a quatre ans environ, il éprouve une défaillance de quelques minutes; quand il reprend connaissance, le mal est déclaré.

B... attribue l'accident à son état de charpentier qui l'oblige aux nombreux mouvements de tête que la profession exige.

L'ophtalmoscope a permis de rectifier certaines assertions du malade et de reconnaître que, dans la situation horizontale de la tête, la vue est normale à gauche. »

L'auteur attribue ces phénomènes à une communication accidentelle entre la cavité arachnoïdienne et la capsule de Tenon. C'est là une interprétation qui me paraît pour le moins fantaisiste et je n'hésite pas à ranger, avec les auteurs qui ont écrit sur la question, cette observation dans le groupe des cas connus d'exophtalmos intermittent.

Telles sont les trois observations qui ont été publiées avant la mienne.

III

HISTORIQUE

L'historique de l'exophtalmos intermittent tient tout entier dans les quatre observations précédentes.

Il pourrait paraître prématuré d'entreprendre la description d'une affection aussi rare. Cependant ces quatre faits sont assez caractéristiques, assez semblables entre eux pour constituer un groupe homogène, digne d'occuper une place précise dans la nosographie.

Ce groupe, d'ailleurs, est déjà classé; il constitue l'une des formes des tumeurs variqueuses ou veineuses de l'orbite, dont l'existence ne paraît plus discutable depuis le travail d'Yvert, publié en 1881 dans le *Recueil d'ophtalmologie*, sous le titre de : « *Tumeurs veineuses de l'orbite en communication directe avec la circulation veineuse intra-cranienne.* »

Dans ce travail, reprenant la thèse de Dupont soutenue à Paris en 1865, sous le même titre, Yvert ajoute aux quatre observations contenues dans cette thèse deux autres parues depuis et une troisième qui lui est personnelle et forme, en quelque sorte, la base de son travail comme elle en est le prétexte.

Il divise ces tumeurs en deux catégories :

1° Tumeurs variqueuses visibles à l'extérieur, le plus souvent au niveau du grand angle de l'œil, augmentant de volume sous l'influence de l'inclinaison de la tête en avant et de l'effort, disparaissant dans l'attitude du repos et réductibles en totalité ou en grande partie par une pression légère.

Dans un cas (Schmidt), la tumeur coïncide avec un exophtalmos intermittent;

2° Exophtalmos intermittent sans tumeur extérieure (Mackenzie, Gröning, Vieusse).

Yvert accorde à la première variété, dans laquelle rentre son observation, un développement prépondérant et donne une interprétation pathogénique qu'il étend par analogie à la deuxième variété.

Je borne à cette rapide analyse l'étude de la première forme, pour laquelle je renvoie le lecteur au travail d'Yvert.

C'est la seconde forme, dans laquelle rentre mon observation, que j'ai seule en vue dans mon travail.

Je signale cependant, en passant, trois observations publiées depuis le mémoire d'Yvert et relatives à des cas de tumeurs variqueuses de l'orbite, visibles à l'extérieur, deux sans exophtalmie (Le Moine, Chisolm), la troisième avec coïncidence d'exophtalmos intermittent (Magnus).

Enfin, je crois rationnel de modifier de la façon suivante la classification d'Yvert :

1° Tumeurs variqueuses extérieures sans exophtalmie [Foucher (1), Mazel et Boniface d'Anduze (2), Yvert, Le Moine (3), Chisolm (4)];

2° Tumeurs variqueuses extérieures coïncidant avec un exophtalmos intermittent [Schmidt (5), Magnus (6)];

3° Exophtalmos intermittent sans tumeur extérieure (Mackenzie, Gröning, Vieusse, mon observation personnelle).

Mais avant d'être admises, ces varices orbitaires ont été longtemps contestées; actuellement encore, certains auteurs se montrent très réservés en ce qui concerne l'exophtalmos intermittent.

Aussi me semble-t-il intéressant de terminer ce rapide aperçu sur l'historique de la question, en montrant les trois grandes phases qu'elle a traversées.

(1) Faucher. *Gaz. des hôp.*, 2 déc. 1858.
(2) Mazel et Boniface d'Anduze. Présentée par Broca à la Société de chirurgie, le 13 février 1861.
(3) Le Moine. *Rev. gén. d'ophtalmol.*, 1887, n° 10, p. 475.
(4) Chisolm. *Arch. f. Augenh.*, 1891.
(5) Schmidt. *Opht. Biblioth.*, vol. VIII, 1er cahier, Iéna 1805.
(6) Magnus. *Klin. Monatsabl. f. Augenh.*, fév. 1884.

Première phase. — Chélius, en 1839, fait allusion à des dilatations probables des veines de l'orbite, pour expliquer le fait rare de tumeurs bleuâtres, compressibles, proéminentes à la base de l'orbite.

Velpeau, dans l'article ORBITE du *Dictionnaire* en 30 volumes, rapporte l'observation de Macquart relative probablement à un fait de ce genre.

Demarquay, en 1860, fait allusion, dans son *Traité des tumeurs*, aux observations de Schmidt et de Foucher.

Nunneley, en 1865, dans son mémoire « Sur la saillie vasculaire du globe de l'œil », parle des tumeurs veineuses ou de l'exophtalmie résultant de la distension passive de la veine ophtalmique.

Il faut arriver à la thèse de Dupont, en 1865, pour lire le premier travail d'ensemble sur la question. Réunissant les observations de Schmidt, de Mackenzie, de Foucher (dont il suit le malade jusqu'en 1863), et de Mazel et Boniface d'Anduze, Dupont donne la première description de ces tumeurs veineuses de l'orbite.

Deuxième phase. — Elle s'étend de la thèse de Dupont au mémoire d'Yvert (1865-1881). Les tumeurs veineuses de l'orbite, en communication directe avec la circulation veineuse intra-cranienne, sont divisées en deux catégories. L'exophtalmos intermittent est classé, mais une constatation ayant la valeur d'une preuve (compression des jugulaires) reste à faire pour établir définitivement l'analogie de nature entre les deux variétés. Pratiquée, en effet, par Nélaton sur le malade de Foucher, elle a été omise par les auteurs des trois observations d'exophtalmos intermittent.

Dans cette phase, il convient de signaler :

a. Le mémoire de Morton (1870) sur « l'Exophtalmie vasculaire », où l'auteur confond dans une même description les tumeurs variqueuses et caverneuses ;

b. L'article ORBITE du *Dictionnaire Jaccoud* où MM. Le Dentu et Labat font allusion à la thèse de Dupont et ne semblent admettre ces faits qu'avec la plus grande réserve (1877);

c. Le mémoire de Sattler (1), publié en 1880, où l'on trouve une description de ces tumeurs sous la dénomination d' « état variqueux des veines de l'orbite ».

Troisième phase. — Ces tumeurs sont admises par tous les auteurs; elles sont étudiées dans tous les traités spéciaux, dans tous les articles classiques.

En ce qui concerne la variété de l'exophtalmos intermittent sans tumeur extérieure, un doute subsiste encore cependant, qu'exprime M. Chauvel dans l'article ORBITE du *Dictionnaire Dechambre*, lorsqu'il écrit : « La compression des jugulaires n'a pas été malheureusement mise en pratique chez les sujets observés » (1881).

J'ai eu l'occasion de combler cette lacune ; j'ai confirmé ainsi, expérimentalement en quelque sorte, les hypothèses émises par Yvert dans les lignes suivantes : « On n'a pas songé, dit-il, à rechercher quelle pourrait bien être la conséquence de la compression de la veine jugulaire interne sur la production de cette saillie anormale. Mais il n'est pas douteux pour nous que ce mode d'exploration ne devienne désormais, en pareil cas, une source d'informations très sérieuses. Il est très probable, en effet, qu'elle fournira ici les mêmes résultats qu'elle a déjà donnés dans le cas de tumeur apparente à l'extérieur, c'est-à-dire qu'elle déterminera l'apparition brusque et rapide de l'exophtalmie. »

(1) SATTLER. *Handbuch der Gesammten Augenheilkunde*, art. ORBITE, année 1880.

Ce qui n'était que « très probable » est devenu certain. Je ne crois donc pas m'avancer en disant qu'aujourd'hui la preuve est faite et que la nature de l'exophtalmos intermittent ne saurait plus laisser de doute.

IV

DESCRIPTION CLINIQUE

SYMPTÔMES. — J'ai donné à dessein à la rédaction de mon observation une étendue telle qu'elle contient à elle seule toute la symptomatologie. L'exophtalmos intermittent s'y trouve décrit dans tous ses détails et avec tous ses caractères. J'ai varié les épreuves auxquelles j'ai soumis mon sujet ; j'ai apporté, en pratiquant la compression des jugulaires, un signe nouveau et d'importance capitale, dont les auteurs précédents ne pouvaient supposer l'existence que par hypothèse.

Pour les détails de la symptomatologie, je renvoie donc le lecteur à mon observation. Je me bornerai dans ce chapitre à tirer, de l'étude comparative des observations de Mackenzie, de Gröning, de Vieusse et de la mienne, un tableau d'ensemble, aussi schématique que possible.

Dans ces quatre cas, le phénomène apparaît pour la première fois dans une circonstance qui porte entrave à la circulation veineuse ; dans trois, le sujet a la tête baissée ; dans une (Mackenzie), il porte un lourd fardeau sur le dos, ce qui suppose d'ailleurs une flexion plus ou moins prononcée de la tête.

A dater de ce moment, le phénomène se reproduit dans les mêmes conditions chaque fois que ces circonstances se renouvellent.

C'est une exophtalmie d'un caractère spécial ; elle n'est pas constante, mais n'apparaît que dans certaines conditions, que le sujet peut provoquer ou éviter : *c'est une exophtalmie à volonté.*

Elle se produit sous l'influence de la *position déclive antérieure de la tête, de l'effort ou de la compression des jugulaires internes.*

Elle peut être portée à un degré plus ou moins prononcé, suivant que la cause qui la provoque agit plus ou moins longtemps.

Elle est *réductible* spontanément par la cessation de la cause qui l'a produite ou, plus rapidement, par une pression légère.

Elle ne *s'accompagne d'aucune tumeur extérieure*, ni variqueuse, ni autre.

Elle est *unilatérale* et siège indifféremment à droite ou à gauche.

La compression de la carotide primitive est sans effet ; elle ne fait pas cesser l'exophtalmie.

Quand cesse l'exophtalmie, Mackenzie et Gröning disent simplement que l'œil reprend sa place. Vieusse insiste sur l'asymétrie produite par l'excavation orbitaire et sur la mobilité de l'œil, qui fuit et se dérobe dans l'orbite, et conclut à une *résorption du tissu graisseux de l'orbite ;* j'ajoute qu'il existe en même temps, dans ce cas, un relâchement très marqué de l'appareil ligamenteux de l'œil ; en effet, l'excavation s'exagère dans le décubitus dorsal et peut être poussée à son maximum par une pression légère.

L'état de la fonction visuelle arrête peu Mackenzie ; il est

vrai que son malade était atteint d'une ophtalmie catarrho-rhumatismale qui rendait difficile l'examen de l'œil; cet auteur note simplement qu'en l'état d'exophtalmie, le sujet ne voit qu'indistinctement.

Gröning rapporte qu'en l'état de procidence, l'œil est beaucoup moins mobile et que la vue disparaît ; qu'à l'état normal, il existe un certain degré de strabisme, de la myopie et du daltonisme, que l'examen ophtalmoscopique montre une atrophie papillaire légère.

Vieusse écrit que, dans les deux yeux, le mouvement est normal et identique, qu'il n'y a pas de déviation et jamais de diplopie ; que pendant l'exophtalmie, la vue disparaît; que dans l'attitude du repos, l'examen ophtalmoscopique ne montre rien d'anormal.

De ces constatations et de celles que m'a fournies mon observation, on peut conclure que *cette affection n'a pas beaucoup de tendance à retentir sur la fonction visuelle*, qui ne paraît troublée que dans le cas de Gröning et que, *pendant l'exophtalmie seulement, il existe des troubles plus ou moins marqués, reconnaissant une cause purement mécanique.*

Enfin, comme caractères objectifs, il convient de signaler encore un signe négatif, qui a une grande importance pour le diagnostic : *l'absence de toute pulsation, de tout battement, de tout bruit de souffle.*

Cette exophtalmie est *indolente.* Seul, Mackenzie signale dans l'orbite des douleurs intenses que soulagèrent la saignée et les purgatifs ; il est probable que ces douleurs relevaient directement de l'ophtalmie catarrho-rhumatismale dont était atteint son malade.

Mais si l'exophtalmie est indolente, elle n'en est pas moins perçue : elle s'accompagne, en effet, d'une sensation spéciale, pesanteur, tiraillements. Il semble, au sujet de Mackenzie et au mien, que « quelque chose remplit leur orbite », à celui de Gröning, que « son œil va tomber ».

Évolution. — La première apparition du phénomène est constatée le plus souvent à l'âge adulte; dans mon observation, seule, elle se montre dans l'enfance. Tantôt le sujet portait un lourd fardeau, tantôt (et c'est le cas le plus fréquent), il travaillait la tête baissée depuis un long moment. A dater de ce jour, la dilatation veineuse a fait son apparition définitive; elle produira invariablement son effet, désormais, dans toutes les circonstances qui apporteront entrave à la circulation veineuse de l'orbite. Ces circonstances peuvent être provoquées à maintes reprises consécutives, sans que la répétition de l'exophtalmie n'entraîne jamais ni fatigue, ni douleurs, ni troubles d'aucun genre. Cependant le sujet a intérêt à éviter autant que possible ces circonstances provocantes, car il ne paraît pas douteux que la production fréquente de l'exophtalmie ne tende à favoriser le développement de la dilatation veineuse. Il est permis de supposer, bien que le fait n'ait pas encore été noté, que, sous l'influence d'un effort intense et prolongé, une veine variqueuse pourrait se rompre.

Mais si cette dilatation veineuse ou plutôt cet état variqueux des veines de l'orbite expose à un accident de ce genre, il n'exerce aucune influence fâcheuse sur la fonction visuelle ; en effet, même au moment où l'exophtalmie est à son maximum, l'examen ophtalmoscopique ne révèle pas la moindre congestion rétinienne.

Quoi qu'il en soit, il s'agit là d'*une lésion locale, permanente, à évolution lente*, peut-être stationnaire, *produisant un effet intermittent*, dont l'intensité est sous la dépendance de la volonté du sujet.

La santé générale n'est, en aucune façon, influencée.

Pronostic et traitement. — La bénignité de cette affection est prouvée par les observations de Mackenzie, Gröning et Vieusse où l'exophtalmie est sensiblement la même cinq ans environ après sa brusque apparition ; elle éclate encore mieux dans mon observation où, trente-sept ans après son apparition, le phénomène n'est ni plus ni moins fréquent, ni plus ni moins accentué, et n'entraîne aucun trouble de la fonction visuelle.

Je n'ai pu retrouver ce que sont devenus les sujets dont les observations ont été publiées; je ne sais s'ils ont été suivis et vus par d'autres personnes après Mackenzie, Gröning et Vieusse. Je ne puis donc faire que des hypothèses sur le mode probable de terminaison. Il me semble, qu'en raison de la bénignité qui ressort de ce qui précède, cette affection comporte un pronostic favorable, qu'elle constitue plutôt une infirmité ou même, si l'on veut, une curiosité qu'une maladie, et que le meilleur conseil à donner au sujet qui la porte est de préserver son œil des hardiesses d'une intervention téméraire. « Tout au plus, dit M. Chauvel, la compression pourrait-elle être employée comme moyen palliatif » ; mais, dit M. Delens « permanente, elle serait plus gênante qu'utile ».

Diagnostic. — Les caractères cliniques de l'exopthalmie intermittente, ou à volonté, sont assez spéciaux pour que le diagnostic en soit aisé. C'est là surtout que la compression des jugulaires pourra rendre de grands services.

On ne saurait la confondre avec un *anévrysme artério-veineux* qui présenterait des battements, du souffle et s'accompagnerait d'une exophtalmie constante, susceptible de s'accroître, il est vrai, sous l'influence de la compression des jugulaires, mais tendant à disparaître par la compression de la carotide primitive.

Les *dilatations de la veine ophtalmique*, survenues brusquement *par thrombose*, peuvent donner lieu à une exophtalmie unilatérale, mais cette exophtalmie est permanente et s'accompagne de battements et de souffle, à tel point que, dans les observations publiées, elles avaient été prises pendant la vie pour des anévrysmes actério-veineux.

La *variété d'exophtalmie* attribuée par Delens à une *communication anormale* entre le sinus caverneux et la carotide interne se distingue également par l'existence de battements, de souffle, et par ce fait qu'elle disparaît sous l'influence de la compression des carotides.

La *maladie de Basedow* donne lieu à une exophtalmie bilatérale qui n'est, le plus souvent, qu'un des termes d'une triade symptomatique caractéristique, dont les deux autres termes sont l'hypertrophie du corps thyroïde et la tachycardie. Tout au plus le doute pourrait-il être un instant permis dans les cas où l'exophtalmie précède de longtemps l'apparition des autres signes, est surtout manifeste d'un côté et s'accompagne d'un gonflement caractéristique des culs-de-sac palpébraux analogue à celui qui existe, chez le sujet que j'ai observé, au moment de la saillie de l'œil. Mais ici encore, la saillie de l'œil est constante et les changements de position de la tête, l'effort ou la compression des jugulaires n'ont pas, sur la production ou du moins sur l'exagération de l'exophtalmie, l'influence qu'elles ont dans l'affection que j'étudie.

L'*encéphalocèle congénitale*, comme les dilatations veineuses, augmente notablement de volume dans les efforts, l'expiration, l'inclinaison de la tête en avant et par la compression des jugulaires; comme les dilatations veineuses, elle est réductible par pression légère; mais, loin de s'effacer spontanément dans l'attitude verticale de la tête, elle atteint souvent, au contraire, du fait de la pesanteur, un volume considérable. De plus, la réduction artificielle n'est pas sans danger, car elle provoque des troubles cérébraux souvent graves, qui font toujours défaut dans l'exophtalmos intermittent. Enfin, le siège du pédicule est à la partie supérieure et interne de l'orbite, et la tumeur soulève le plus souvent la paupière à laquelle elle peut même, dans certains cas, transmettre des vibrations légères; au niveau de ce pédicule il est le plus souvent possible de sentir une déformation osseuse consistant en une ouverture plus ou moins grande, livrant passage à la hernie du cerveau. D'ailleurs, en raison de son siège, cette tumeur ne pourrait guère être confondue qu'avec les dilatations variqueuses apparentes à l'extérieur.

L'*hydropisie de la capsule de Tenon*, dit M. Chauvel, « est très rare; elle serait caractérisée par un exophtalmos direct, à développement lent, tout à fait indolent ». Il est facile de réduire la saillie de l'œil, mais en même temps, le liquide, ainsi déplacé, apparaît au pourtour du globe sous forme d'un bourrelet complet et régulier. Dans ces cas, le diagnostic ne saurait laisser de doute. Il n'en est pas de même des cas signalés par Carron du Villards, dans lesquels la protrusion de l'œil n'était qu'intermittente, se produisant seulement dans la position déclive de la tête. On peut se demander s'il ne s'agissait pas, dans ces cas, d'exophtalmies intermittentes vraies; le signe de la compression des jugulaires pourrait aujourd'hui trancher la question.

Enfin, à un examen superficiel, on pourrait songer à la possibilité d'une sorte de *locomotion oculaire* par simple relâchement des ligaments ou par paralysie complète des muscles moteurs (*ophtalmoplégie externe*). Mais, en poussant l'examen plus loin, on s'assurera facilement de l'intégrité des muscles de l'œil; on verra, d'autre part, que le relâchement des ligaments n'est qu'accessoire, ne fait que favoriser l'exorbitisme mais ne le crée pas. Si la seule épreuve de l'inclinaison de la tête en avant peut permettre l'erreur, l'épreuve de l'effort ou surtout celle de la compression des jugulaires confirmera encore ici la nature veineuse du phénomène et fera diagnostiquer l'exophtalmos intermittent.

Mais il est surtout une affection avec laquelle le diagnostic peut présenter de sérieuses difficultés : je veux parler des *angiomes veineux rétro-oculaires ou cavernomes de l'orbite*. L'observation suivante en est la meilleure preuve; elle a été publiée, en février 1886, par Dolgenkow sous le titre de « Tumeur caverneuse de l'orbite gauche » (*Westnik ophtalm*).

Chez un homme bien portant, âgé de vingt et un ans, l'œil gauche est poussé en avant, *dans la position verticale du corps*, à 8 ou 9 millimètres de l'orbite. Il ne présente aucun changement; ses mouvements sont normaux et synergiques à ceux de l'œil droit; pas de diplopie dans aucune direction du regard; pas de modifications du fond de l'œil. *Aussitôt la tête penchée en avant*, l'exophtalmie devient plus considérable. Dans le décubitus dorsal elle est moins grande que dans la position verticale. Dans cette position (décubitus dorsal), la compression de la jugulaire interne gauche occasionne une exophtalmie beaucoup plus considérable que la seule position verticale du corps; mais, dans cette dernière position, la compression des jugulaires (surtout des deux côtés) produit l'exophtalmie la plus prononcée; et, si en même temps le malade retient sa respiration, l'œil gauche, au bout d'un quart et demi de minute, sort de la fente palpébrale et se trouve tout en dehors, s'appuyant sur la paupière inférieure. Une douce pression sur l'œil le fait rentrer facilement dans l'orbite.

L'exophtalmie a lieu toujours directement en avant. Dans les conditions ordinaires on ne pourrait pas atteindre avec le doigt la tumeur qui produit la saillie de l'œil; mais, quand ce dernier est en dehors de l'orbite, le doigt, introduit derrière le globe, *touche une tumeur élastique* qui augmente de volume autour du nerf optique, si la respiration est retenue. Il n'y a aucune pulsation dans la tumeur. A chaque saillie considérable de l'œil, la vue s'affaiblit et elle disparaît lorsque le globe sort de l'orbite. A ce moment il survient une douleur dans la profondeur de l'orbite et une sensation d'angoisse qui fait que le malade remet son œil en place le plus vite possible.

Il résulte des antécédents que le malade est tombé, il y a quatorze ans, et que l'œil fut contusionné. Pendant les six à sept ans suivants, les yeux ne présentèrent aucune différence et depuis ce moment seulement l'œil gauche commença à devenir plus saillant.

J'ai choisi cette observation, comme type, parce qu'elle offre, à première vue, de grandes ressemblances avec les observations d'exophtalmos intermittent et qu'elle est en même temps très précise sous le rapport des différences.

A elle seule cette observation contient les principaux éléments du diagnostic. En effet, si elle montre les mêmes déplacements de l'œil sous l'influence immédiate des variations de position de la tête, des efforts, des mouvements respiratoires et de la compression de la jugulaire interne; si elle relate la même absence de pulsations et les mêmes signes du côté de la fonction visuelle, elle mentionne avec précision l'existence d'une tumeur permanente en arrière de l'œil et met en évidence la différence suivante : Tandis que, dans l'exophtalmos intermittent vrai, en dehors des circonstances qui provoquent la saillie de l'œil, le globe oculaire occupe sa place normale ou même est plus enfoncé dans l'orbite, *dans l'angiome il subsiste toujours, et dans toutes les positions de la tête, un certain degré d'exophtalmie.*

C'est là une différence capitale qui constitue l'élément principal du diagnostic. Mais il existe encore bon nombre de caractères distinctifs, qu'on retrouve isolés ou réunis dans les observations d'angiome orbitaire publiées jusqu'à ce jour.

Et d'abord, tandis que la réduction de l'exophtalmie est facile, instantanée et toujours définitive dans l'exophtalmos intermittent, elle est plus lente et incomplète dans l'angiome; là, elle n'éveille qu'une sensation de mollesse et de fluctuation; ici elle donne l'impression d'un tissu spongieux dont on exprimerait goutte à goutte le contenu.

De plus, tous les auteurs, et, en particulier, M. le professeur Panas (1), qui se base sur l'examen des soixante à soixante-cinq cas connus, admettent que, le plus souvent, on constate au pourtour de l'orbite, du côté des paupières, des productions angiomateuses; dans quelques cas même, on trouve sur la peau, en différentes régions, des nœvi pigmentaires, des angiomes, des mollusques.

Enfin, il arrive fréquemment que ces angiomes orbitaires déterminent du souffle et des pulsations, donnant lieu alors à une variété d'exophtalmos pulsatils, qu'il peut être difficile de différencier d'un anévrysme artério-veineux ou autre tumeur pulsatile de l'orbite, mais qui ne présente aucune

(1) Panas. Communic. au Congr. franç. de chir., 30 mars 1891.

ressemblance avec l'exophtalmos intermittent proprement dit.

Tels sont les éléments cliniques de l'étude de cette variété rare et curieuse d'exophtalmie.

V

NATURE. PATHOGÉNIE. ÉTIOLOGIE

J'aborde ici la partie la plus délicate de mon étude. L'absence d'autopsie paraît rendre inutile une discussion sur la nature et la pathogénie d'une affection dont la signature anatomique est inconnue; j'estime, cependant, que les résultats fournis par la compression des veines jugulaires internes autorisent aujourd'hui cette discussion, car ils ont en quelque sorte la valeur d'une injection artificielle, et font la preuve de la nature veineuse du phénomène (1). Je ne me dissimule pas néanmoins la difficulté de cette tâche et je ne prétends pas donner la solution définitive d'un problème dont le terme capital est encore inconnu. Ce problème se pose sous la formule suivante :

La cause immédiate de l'exophtalmos intermittent est de nature veineuse. Quelle est la forme anatomique de cette cause veineuse? Quelle en est l'origine? Quelles sont les conditions qui en favorisent le développement?

Il est bien évident que, si la forme anatomique avait pu être reconnue par une autopsie, il serait aisé de tirer des déductions sur l'origine et l'évolution de la lésion constatée. C'est ce terme essentiel dont la constatation rigoureuse fait défaut et qui ne peut être posé que par hypothèse. Mais les considérations anatomiques et physiologiques fournissent à ce sujet des données qui me semblent suffisantes pour attacher à cette hypothèse l'apparence de la réalité.

Des résultats fournis par la clinique, deux conclusions découlent naturellement :

1° *La cause immédiate de l'exophtalmie est de nature veineuse* (influence des variations de position de la tête, de l'effort et de la compression des jugulaires).

2° *Ce n'est pas une tumeur*, au sens propre du mot. Un angiome veineux, seule tumeur à laquelle on pourrait songer ici, donnerait lieu à une exophtalmie constante, non pas provoquée de toutes pièces, mais simplement exagérée, par les entraves apportées à la circulation de retour.

Quelle peut donc être la forme anatomique de cette cause veineuse? C'est une tendance à la dilatation passive des veines de l'orbite dans leur ensemble ou seulement d'un gros tronc et, en particulier, de l'ophtalmique supérieure; celle-ci peut, en effet, ainsi qu'il résulte des recherches de Festal, atteindre un calibre énorme par rapport au volume de l'œil.

D'où il suit que deux hypothèses sont seules probables :

Soit une sorte de varicocèle rétro-oculaire,

Soit une dilatation de la veine ophtalmique supérieure, formant une sorte d'anévrysme veineux passif.

Telle est l'opinion des auteurs qui ont déjà écrit sur la question.

Pour les cas de tumeurs variqueuses visibles à l'extérieur, sans exophtalmie, susceptibles, d'ailleurs, de la même interprétation, je renvoie au travail d'Yvert, où l'on trouvera une discussion complète sur le siège anatomique de la dilatation veineuse.

Je ne veux retenir que les cas d'exophtalmos intermittent. Or, voici les réflexions que fait Mackenzie à la suite de son observation : « Il est probable que la hernie de l'œil dépend d'un *état variqueux* des veines ophtalmiques, le sang refluant de ces vaisseaux, sous l'influence de la pesanteur, quand la tête s'incline en avant. »

Gröning, qui ignorait l'observation de Mackenzie et croyait la sienne unique dans la science, arrive à des conclusions identiques.

Je ne m'arrêterai pas à discuter l'interprétation de Vieusse, qui publia son observation sous le titre de : « Communication entre la cavité arachnoïdienne et la capsule de Tenon. » En dépit de cette interprétation fantaisiste, j'ai rangé cette observation, ainsi que l'avait fait Yvert, dans le groupe des cas d'exophtalmos intermittent, en raison même de la précision des symptômes observés.

« Mais, dit M. Chauvel, si l'hypothèse d'une dilatation variqueuse des veines de l'orbite est la plus acceptable, non seulement elle n'est pas démontrée par l'anatomie pathologique, bien plus encore on se demande comment cette dilatation peut intéresser la veine ophtalmique en arrière du globe, sans que la varice s'étende dans la partie visible du vaisseau. Il y a donc lieu de rester sur la réserve. »

Sans doute, la réserve est tout indiquée et je ne prétends pas rompre avec elle. Je ferai, d'ailleurs, remarquer que les observations de Schmidt et de Magnus réalisent le type désiré par M. Chauvel et constituaient même un argument précieux en faveur de l'analogie de nature entre les deux variétés d'Yvert, avant que la compression des jugulaires ne fût venue confirmer cette analogie.

Enfin, certaines considérations anatomiques et physiologiques fournissent des arguments sérieux à l'idée que je défends.

Et, tout d'abord, M. Festal (1), dans les déductions physiologiques et pathologiques de sa thèse, émet les propositions suivantes :

1° Le sang circule d'avant en arrière dans l'ophtalmique supérieure pour se déverser dans le sinus caverneux; la preuve en est dans le volume progressivement croissant de cette veine et dans l'obliquité de ses affluents;

2° Si une des branches d'origine de la veine faciale se continue à plein canal avec l'ophtalmique supérieure, ce n'est qu'après avoir passé à travers l'orbiculaire, dont les contractions remplissent le rôle d'une valvule intermittente; rien de pareil en arrière.

3° Mais l'absence de valvules dans l'ophtalmique supérieure, le calibre considérable de cette veine, les boucles qu'elle décrit et les canaux collatéraux qui l'entourent prouvent que le sang pourra, dans le cas de pression exagérée survenant dans les sinus ou les veines du cerveau, suivre un sens inverse et même s'accumuler dans l'ophtalmique ou s'engager dans la faciale, ou les autres voies anastomotiques (plexus ptérygoïdiens, etc.).

« Ainsi donc, écrit M. Festal, non seulement le courant pourra changer de direction, mais encore une stagnation momentanée pourra s'observer. Supposons une crue subite dans le sinus caverneux, le sang rétrogradera vers la faciale; mais, à chaque contraction de l'orbiculaire, il se produira

(1) « Nélaton, en pratiquant la compression des jugulaires sur le malade de Foucher, a beaucoup contribué à prouver la nature veineuse des tumeurs apparentes à l'extérieur, sans exophtalmie. » (Yvert.)

(1) Festal. *Recherches anatomiques sur les veines de l'orbite; leurs anastomoses avec les veines des régions voisines*; Th. de Paris, 1887.

un temps d'arrêt, un à-coup, qui deviendrait préjudiciable à l'œil. C'est alors qu'interviennent les veines et plexus voisins; ils reçoivent le trop plein qui leur est transmis par les anastomoses que nous avons signalées; leur débit devient-il insuffisant, l'ophtalmique se laisse distendre, ses branches et canaux collatéraux font office de réservoir jusqu'au moment où tout rentre dans l'ordre, la perturbation passagère ayant pris fin. Les branches de cette veine, en se groupant autour du nerf optique, jouent un rôle analogue; elles peuvent se gonfler à l'aise, puisque, en ce point, elles plongent dans une atmosphère de tissu adipeux. »

Et plus loin :

« En terminant, je signalerai un dernier rôle que doivent probablement jouer les veines de l'orbite : si on considère que l'œil est le siège de mouvements presque continuels, on comprendra que ses excursions soient facilitées par la présence de la graisse molle et des riches vaisseaux qui s'observent concurremment vers le sommet de l'orbite : les deux doivent agir mécaniquement et au même titre en se laissant déprimer ou refouler et reprenant alternativement leur place et leur volume suivant les besoins. »

J'ai cité longuement; mais ces déductions, basées sur des recherches anatomiques très scrupuleuses, m'ont paru intéresser au plus haut point la question qui m'occupe en ce moment. Elles montrent une sorte de balancement entre le tissu graisseux de l'orbite et le gonflement des veines orbitaires; elles montrent que les gros troncs veineux peuvent subir une dilatation considérable sans que la circulation oculaire soit gênée, sans qu'il y ait le moindre trouble du côté des voies extra-orbitaires.

D'autre part, Sattler, dans des expériences entreprises à l'effet de renverser la théorie de l'exophtalmos *pulsatile* par dilatation veineuse, a lié, chez le chien, les deux veines jugulaires et obtenu une exophtalmie double énorme, sans pulsations, ni souffle.

Enfin, Stilling (1) et Boddaërt, dans une série d'expériences destinées à élucider la pathogénie de l'exophtalmie, ont vu chacun de leur côté, pour ne parler que des résultats qui intéressent la question, l'exophtalmie survenir chez le lapin après la ligature des jugulaires. R. Loewer, qui, le premier, a étudié sur le chien les suites de la ligature des jugulaires aurait parlé de ce phénomène. Les expériences de Stilling et Boddaërt visaient la pathogénie de l'exophtalmie dans la maladie de Basedow; or, Stilling conclut : « Ce sont bien la dilatation et l'engorgement des veines rétrobulbaires qui poussent le globe oculaire hors de l'orbite. » Je ne veux retenir que ce résultat; peu importe ici de discuter la cause de cette dilatation dans la maladie de Basedow.

Telles sont les considérations anatomiques et physiologiques qui légitiment l'hypothèse d'une dilatation veineuse, seule capable de rendre compte des symptômes cliniques de l'exophtalmos intermittent.

Mais quelle peut être la cause première de cette dilatation veineuse?

Sattler fait remarquer dans son mémoire que la pathogénie de ces tumeurs est fort obscure et qu'on comprend difficilement que des causes agissant également sur les deux côtés de la tête ne produisent qu'une affection monolatérale et surtout longtemps sans effet. « Nous sommes obligés, ajoute-t-il, pour expliquer le développement de ces varices, comme la formation de celles des membres inférieurs, d'admettre une prédisposition individuelle, une certaine faiblesse ou une dilatabilité des parois veineuses, effet d'une lésion locale. »

J'ai émis la même opinion dans la note communiquée à la Société de biologie, dans la séance du 11 février dernier, où j'ai présenté mon sujet. « Cette cause première de la dilatation veineuse réside, selon toute probabilité, dans une *prédisposition locale*, qui ferait de ce cas une *anomalie congénitale* bien plus qu'un fait pathologique. »

Dans les antécédents de mon sujet on ne retrouve rien, en effet, ni traumatisme, ni phlegmasie locale, ou générale, qui puisse plaider en faveur d'une origine acquise. Il en est de même dans les trois autres observations.

Quelle peut donc être cette anomalie?

Elle peut être, selon toute probabilité, fort variable, et je me bornerai à signaler, sous toutes réserves, les hypothèses qui me paraissent vraisemblables :

1° Anomalie portant sur le squelette (étroitesse de la fente sphénoïdale par exemple, au point de passage de la veine ophtalmique);

2° Anomalie portant sur les parties molles (absence du tissu cellulo-adipeux de l'orbite et relâchement de l'appareil ligamenteux);

3° Anomalie portant sur les veines (parois minces et peu résistantes).

Selon l'hypothèse admise, la dilatation veineuse sera regardée comme primitive ou secondaire. Dans la première et la troisième hypothèse, c'est la dilatation progressive des veines qui provoque successivement la résorption du tissu cellulo-adipeux et le relâchement des ligaments; dans la seconde hypothèse, c'est l'absence de ce tissu qui favorise la dilatation des veines.

Il est permis de supposer que l'anomalie congénitale, quelle qu'elle soit suivant le cas, n'arrive qu'au bout d'un temps plus ou moins long à retentir assez largement sur la circulation veineuse de l'orbite pour produire l'exophtalmie. Cette anomalie représente la cause première, la prédisposition locale; elle prépare le terrain; les efforts, les professions qui obligent le sujet à baisser la tête fréquemment et pendant de longues heures consécutives représentent les causes adjuvantes ou déterminantes. Il est intéressant de remarquer que, dans trois observations sur quatre, l'exophtalmie a fait sa première apparition à un moment où le sujet avait la tête baissée et que cette inclinaison de la tête est implicitement contenue dans le fait de porter un lourd fardeau sur le dos (cas de Mackenzie).

Fondée sur ces considérations pathogéniques, l'*étiologie* est simple; je viens d'en énumérer d'ailleurs les principaux facteurs. Elle peut se résumer dans le tableau suivant :

1° *Étiologie générale.* — Fréquence : rare (4 cas).
Age : variable (3 adultes, un enfant de sept ans).
Sexe : masculin dans les 4 cas.
Profession : manœuvres.

2° *Étiologie spéciale.* — Causes prédisposantes : anomalies congénitales.

Causes déterminantes : efforts, inclinaison de la tête, traumatisme (bien qu'il n'ait jamais été noté, on peut supposer qu'il hâterait l'apparition du phénomène).

(1) Stilling (de Lausanne). Sur la production expérimentale de l'exophtalmie, *C. R. de l'Acad. des sc.*, 19-26 janv. 1891.

VI

CONCLUSIONS

Si hypothétiques que puissent paraître les vues que je viens d'exposer sur la cause première de l'exophtalmos intermittent, il subsiste un fait certain : la *nature veineuse du phénomène*, prouvée par l'influence immédiate de toutes les conditions qui portent entrave à la circulation de retour et, en particulier, par *la compression des jugulaires*. J'insiste sur l'importance de cette donnée, car elle permet de classer définitivement cette variété d'exophtalmie.

Arrivé au terme de cette étude sur l'exophtalmos intermittent, je crois pouvoir avancer les propositions suivantes :

1° L'exophtalmos intermittent garde définitivement la place que lui a assignée Yvert dans le groupe des tumeurs veineuses de l'orbite en communication directe avec la circulation veineuse intra-cranienne.

2° Les derniers doutes exprimés au sujet de la nature veineuse de ce phénomène, admise jusqu'ici par analogie avec les cas de dilatation veineuse visible à l'extérieur, sans exophtalmie, tombent devant les résultats fournis par la compression des jugulaires internes.

3° Cette nature veineuse n'implique pas, à proprement parler, l'idée d'une tumeur, mais simplement celle d'une dilatation variqueuse des veines de l'orbite dans leur ensemble ou d'un gros tronc seulement et, en particulier, de la veine ophtalmique supérieure.

4° Cette tendance à la dilatation veineuse résulte, selon toute probabilité, d'une prédisposition individuelle et locale, qui en fait la conséquence d'une anomalie bien plutôt qu'une lésion pathologique ; elle est étroitement liée à la résorption du tissu graisseux de l'orbite et au relâchement de l'appareil ligamenteux de l'œil.

5° L'exophtalmos intermittent est une affection bénigne, à évolution lente, stationnaire à dater de sa première apparition, sans retentissement sur la fonction visuelle, ni sur la santé générale.

6° Le diagnostic en est aisé, car il repose sur des symptômes caractéristiques qui ont une valeur pathognomonique.

7° Le traitement tient en un mot : abstention.

8° Étant donné que l'exophtalmie n'apparaît que dans des conditions que le sujet peut provoquer ou éviter, je propose de substituer à la dénomination d'exophtalmos intermittent, celle d' « exophtalmie à volonté », qui me semble plus explicite.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 22 mai 1893, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de première classe de l'armée active, retraités, Perrin et Milon.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active, retraités, Haas, Delmas, Sourel, Talloir et Coustan.

— Par arrêté ministériel, en date du 1er mai 1893, M. le docteur Bilhaut est délégué à l'Exposition de Chicago comme membre français suppléant du jury international des récompenses de l'exposition colombienne.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. le professeur Arnould est nommé assesseur du doyen.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. le docteur Pégoud est nommé professeur de pathologie interne.

— M. le docteur Sauton, ancien interne des asiles de la Seine, est chargé d'une mission en Norwège, Laponie, Finlande, Turquie, Asie-Mineure, Égypte, Grèce et Italie, à l'effet d'y étudier la lèpre, au point de vue historique et scientifique.

— M. le docteur Rohmer, médecin-adjoint au lycée de Nancy, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Feltz, décédé.

M. le docteur Parisot, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy, est nommé médecin-adjoint au lycée de cette ville en remplacement de M. le docteur Rohmer.

— La Société des sciences médicales de la Côte-d'Or organise une Exposition d'hygiène, à Dijon, qui aura lieu du 10 au 30 juillet prochain. Les demandes d'admission des exposants doivent être adressées aux bureaux de l'administration, 26, rue Verrerie, à Dijon, avant le 15 juin.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Aubert (de Mâcon), Detaris, médecin stagiaire au Val-de-Grâce ; Fayolle (de Dun) ; Launay (du Havre); Lucien Leclerc, médecin-major de première classe en retraite ; Maquart (d'Auvillers-les-Forges); Sereys (de Castelsarrasin) et Torthe, médecin-major de deuxième classe.

— M. le docteur A.-J. Martin donnera sa prochaine conférence pratique du cours d'hygiène sociale, le dimanche 28 mai 1893, aux écoles municipales de la rue Saint-Lambert (XVe arrondissement), à neuf heures et demie très précises du matin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de médecine, publié sous la direction de MM. G.-M. Debove, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et Ch. Achard, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Conditions de la publication. — Le « Manuel de médecine » comprendra huit volumes, ainsi distribués :

1° Maladies de l'appareil respiratoire (paru);
2° Maladies de l'appareil circulatoire et du sang (paru);
3° et 4° Maladies du système nerveux;
5° Maladies du tube digestif et du péritoine;
6° Maladies du foie et des reins;
7° et 8° Maladies générales.

Cet ouvrage sera complet en un an. Le prix de la souscription pour l'ouvrage complet, relié, est de 80 francs. Les souscripteurs à l'ouvrage complet payeront le prix des volumes au fur et à mesure de leur apparition. Il ne sera donc fait aucun versement d'avance. Chaque volume se vend séparément et n'engage pas l'acquéreur pour l'achat des volumes à paraître.

En vente : Maladies de l'appareil respiratoire ; — Maladies de l'appareil circulatoire et du sang.

Prix de ces volumes, reliés en peau pleine souple, 10 francs chaque. — Paris, Rueff et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 61. — MARDI 30 MAI 1893. 66e ANNÉE. MARDI 30 MAI 1893. — N° 61.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : **20 c.** — Avec Supplément : **30 c.**

Paris, le 29 mai 1893.

La Commission de l'armée ne paraît pas, au Sénat, vouloir faire droit aux légitimes réclamations de la presse médicale. A plusieurs reprises, nous avons étudié la situation faite aux étudiants en médecine par la nouvelle loi militaire; nous avons montré ce qu'elle avait de profondément injuste. On refuse à nos étudiants les dispenses qu'on accorde aux élèves des Écoles normale, polytechnique, centrale, etc. Et cependant, comme le fait remarquer notre confrère M. Lereboullet, de tous les professionnels, les médecins sont les seuls qui, de par la loi et les règlements militaires, devront être, le jour même de la mobilisation, appelés à remplir dans l'armée les fonctions auxquelles les ont préparés leurs études universitaires. Nous ne voulons pas revenir aujourd'hui sur le ridicule d'un projet de loi qui, pendant une année entière, apprend le métier des armes à des étudiants qui, dès le premier jour de la guerre, doivent être désarmés. Tous nos raisonnements sont suspects, on nous reproche un plaidoyer *pro domo* et nos meilleurs arguments ont été repoussés et sont à la veille de l'être encore, sous prétexte qu'ils ne visent qu'à faire donner à une catégorie de citoyens des faveurs qu'on refuse à la généralité des autres.

Nous avons déjà fait voir que ces prétendues faveurs étaient indispensables et que l'usage avait vite fait reconnaître que la loi militaire ne pouvait être appliquée dans toute sa rigueur à tous. De là ces différentes dispenses accordées à certaines catégories d'étudiants.

Si les sénateurs refusent d'utiliser dans l'armée les aptitudes spéciales des étudiants en médecine, c'est probablement que le service de santé militaire jouit d'une organisation si parfaite qu'il lui est inutile de se joindre de nouveaux éléments. Hélas! les choses sont loin d'en être ainsi. Que MM. les membres de la Commission sénatoriale veuillent bien faire comparaître devant eux les hauts dignitaires du service de santé et qu'ils les interrogent, ils affirmeront qu'à l'hôpital militaire Saint-Martin, un de nos hôpitaux modèles, il n'existe plus d'aides-majors, tous actuellement occupés par le service régimentaire; ils apprendront que les malades de cet hôpital seraient complètement privés du service d'urgence, du service de garde, si l'on n'avait pas détaché d'un régiment de dragons, un étudiant en médecine, engagé conditionnel, jouissant encore du privilège de l'ancien règlement militaire. Mais, c'en est fait, les médecins auxiliaires vont disparaître, et l'étudiant en médecine va rentrer dans le rang.

Alors que, dans les régiments, l'étudiant en médecine pourrait seconder le service médical, assurer le service de l'infirmerie, accompagner les bataillons à la cible, à la baignade, dans les promenades, dans les marches, toutes ces corvées incombent à des médecins aides-majors dont le nombre est insuffisant. Aussi, dans la plupart des cas, les règlements du service de santé militaire sont-ils inexécutés, faute de personnel médical suffisant.

Dans un régiment souvent divisé en plusieurs détachements, il n'y a qu'un membre du corps médical militaire et l'on ne peut exiger de lui qu'il soit partout où le règlement l'exige, car souvent il devrait être à deux endroits différents à la fois. Nous croyons donc que l'incorporation des étudiants en médecine, comme aides-médecins, serait chose utile, indispensable pour l'armée elle-même. Grâce à cette insuffisance numérique des médecins de l'armée active, la loi est constamment violée, parce que, dans certains corps de troupe, des étudiants de deuxième ou troisième année sont appelés à remplir le rôle de médecins.

Mais laissons de côté cette organisation du service de santé militaire en temps de paix. Que va-t-il arriver en temps de guerre? Si la guerre est déclarée, 4 à 5000 médecins civils vont être appelés pour garnir les cadres du service de santé. Le nombre des médecins de l'armée étant de 12 à 1500, c'est dire que les quatre cinquièmes de nos médecins militaires seront, en temps de guerre, pris parmi l'élément civil. Il n'y aurait rien à dire si le rôle des médecins en temps de guerre se réduisait au rôle de médecin traitant. Mais il n'en est rien. Le médecin, en temps de guerre, est un administrateur autant qu'un médecin, il a sous ses ordres des officiers d'administration, des officiers du train des équipages, des hommes de troupe, des infirmiers. Il faut qu'il pourvoie à la subsistance de tout ce monde, qu'il leur assure un cantonnement après les marches, qu'il leur assure des vivres, un bivouac; il a le droit de réquisition, etc. En un mot, en temps de guerre, les droits et les devoirs du médecin militaire sont des plus complexes et des plus délicats.

Les médecins civils appelés en temps de guerre connaî-

tront-ils même le matériel qu'ils auront à leur disposition? Évidemment non : que l'on consulte les notes données aux médecins civils après chaque période d'instruction militaire et on verra qu'elles sont toutes unanimes pour constater l'absolue insuffisance des connaissances administratives des médecins de la réserve ou de l'armée territoriale.

On aura beau multiplier les appels et les périodes d'instruction, toujours les mêmes notes confirmeront la même insuffisance. Penser que près de cinq mille médecins, en temps de guerre, ne connaîtront rien de la tâche qui leur incombe, cela nous paraît mériter d'attirer l'attention de ceux qui ont la charge d'édicter la loi! Pour que l'organisation du service de santé soit parfaite en campagne, il faut que nos médecins incorporés sachent ce qu'ils ont à faire, sans cela on verra se renouveler ces déplorables errements qui ont attristé la campagne en 1870 : et, pour arriver à cette instruction professionnelle, il n'est pas trop d'une année. Si la loi nouvelle voulait utiliser, au mieux des intérêts de la nation, les connaissances de nos étudiants en médecine, elle devrait : n'appeler l'étudiant sous les drapeaux qu'après la soutenance de sa thèse, et, pendant une année, le préparer au rôle que, médecin militaire, il devra remplir, en temps de guerre.

De la sorte, vienne la guerre, nous aurons un service de santé organisé. Tandis qu'actuellement il l'est insuffisamment; les cadres sont remplis, mais par un personnel médical qui n'est pas à la hauteur de sa tâche.

D'ailleurs, la presse médicale a donné son avis; que le gouvernement veuille bien consulter le service de santé. Nous connaissons d'avance sa réponse, qui ne peut que confirmer ce que nous venons d'avancer.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

I

A ce moment de l'année, nombre d'étudiants à la veille d'être reçus docteurs, cherchent l'endroit où ils pourront s'installer pour exercer leur nouvelle profession. Nombre de postes médicaux sont offerts, soit par les journaux, soit par des affiches apposées à la Faculté de médecine. Nous ne saurions trop mettre en garde nos jeunes confrères contre les promesses qui leur sont ainsi faites.

C'est ainsi que nous avons lu, il y a quelques jours, à la Faculté, l'affiche suivante : « Poste médical à prendre à La Ferté-Alais (Seine-et-Oise), s'adresser au maire. »

Or, d'après nos renseignements, il n'y a pas de poste médical à prendre à La Ferté-Alais. Il y existe actuellement deux médecins, l'un établi depuis cinq ans et l'autre depuis dix-huit mois. Le dernier, faisant à peine ses frais à La Ferté-Alais, s'est retiré dans une commune voisine — où il y avait déjà un noyau de clientèle — mais en conservant un cabinet médical à La Ferté-Alais. Comment peut-on demander un troisième médecin, pour une commune de 900 habitants où il n'y a pas place pour deux médecins?

Nous apprenons que M. le Doyen de la Faculté, mis au courant de cette question, a fait enlever l'affiche et nous ne saurions, quant à nous, trop conseiller à nos jeunes confrères de se mettre en garde contre ces « affiches plus ou moins alléchantes » dictées, le plus souvent, par un esprit de coterie, qui ne cherche qu'à satisfaire de petites querelles locales.

II

Honoraires. Prescription. — M. Charles Louvigny donne, dans le « Soleil » du mardi 30 mai 1893, le résumé suivant d'un jugement rendu par le Tribunal de la Seine, le 6 mai 1893 :

Celui qui a cru devoir des honoraires à un médecin ne peut ensuite invoquer la prescription d'un an quand ce médecin l'assigne en paiement d'honoraires.

Les courtes prescriptions ne sont opposables que par celui qui prétend avoir payé.

A la Société médicale des hôpitaux (séance du 26 mai), M. Faisans décrit la *langue grippale*. Au cours de la dernière épidémie, il est arrivé à cette conclusion que, sous l'influence de la grippe, la langue prend un aspect particulier susceptible d'amener un diagnostic vrai dans des cas difficiles et incertains.

La langue grippale conserve sa forme et ses dimensions normales; elle n'est pas étalée comme cela se voit sous l'influence de certaines infections. La langue étalée qui conserve passivement l'empreinte des dents, est, comme l'a dit Lasègue, l'indice d'une asthénie musculaire locale en rapport avec la dépression générale des forces, comme on disait à une époque où les termes grecs étaient moins en faveur. Elle n'est pas non plus arrondie et pointue : encore une fois, elle conserve sa forme.

La muqueuse est non pas vernissée, mais opaline. Cette teinte opaline peut être généralisée, répartie par aires plus ou moins étendues ou limitée aux bords de l'organe; elle ne s'enlève pas par les frictions. Dans certains cas, il y a en même temps, sur la face dorsale de la langue, un enduit saburral semblable à celui qui caractérise l'embarras gastrique.

La langue grippale ne se rencontrerait pas dans l'universalité des cas, mais au moins 9 fois sur 10. Elle est caractérisée dès les premiers jours de la maladie ; sa persistance, après la disparition apparente des symptômes morbides, doit mettre en garde contre un retour offensif de la maladie.

La constatation de cet aspect opalin de la langue a servi plusieurs fois à M. Faisans, pour établir un diagnostic différentiel dans des circonstances embarrassantes.

Il est assez difficile, d'après ses souvenirs, de porter un jugement sur la valeur d'un symptôme sur lequel l'attention n'avait pas été appelée auparavant. Malheureusement, la grippe tend à devenir annuelle, et l'occasion ne manquera pas, sans doute, de constater l'exactitude de la description donnée par M. Faisans.

On a signalé déjà la survenue d'*abcès du cerveau* comme complication à distance de la *dilatation des bronches*. M. Hanot en rapporte un remarquable exemple. Il s'agit d'un homme, jeune encore, atteint d'une dilatation très marquée des bronches. Le poumon se trouvait ainsi, vers les sommets, transformé en un tissu caverneux à larges cavités remplies de pus. La vascularisation étant très considérable, on comprend que la résorption se fasse facilement, et que les microbes pyogènes soient ainsi aisément transportés à distance.

M. Hanot tend à croire qu'il y a un rapport entre la dilatation des bronches et l'artério-sclérose. Il pense que le

développement si marqué de cette bronchiectasie, chez un homme qui n'avait pas trente ans, s'explique ici, comme dans bien d'autres cas, par un vice général de la nutrition.

Le malade, suivi pendant cinq ans, n'a pas présenté de poussées de broncho-pneumonie, mais de simples poussées de bronchite : or, on sait, comme le rappelle M. Rendu, que les poussées de broncho-pneumonie sont souvent le prélude de la dilatation des bronches.

M. Laveran communique une curieuse observation de tumeur cérébrale, de glio-sarcome, située à la partie inférieure des circonvolutions frontales et pariétales ascendantes du côté droit; la troisième frontale se trouvait aussi intéressée ; il n'y avait pas eu d'aphasie, naturellement.

On avait constaté pendant la vie des crises épileptiformes et une paralysie faciale du côté gauche, tout à fait en rapport avec les notions classiques sur la localisation des centres psycho-moteurs.

REVUE DE MÉDECINE MENTALE

Psychoses post-influenziques et post-fébriles. La confusion mentale.

Par M. le docteur Édouard Toulouse,
Médecin-adjoint de l'asile Saint-Yon.

I

Les récentes épidémies d'influenza ont eu leur retentissement dans les asiles; beaucoup de grippés sont devenus aliénés. Aussi les mémoires sur les rapports de cette maladie avec la folie, publiés dans ces dernières années, sont-ils assez nombreux. Un des plus importants (1), parce qu'il est le résumé de beaucoup d'autres, vient de paraître dans *The Journal of Mental Science*, un des principaux périodiques de la psychiâtrie anglaise. L'auteur, Althaus, s'est servi des documents fournis dans ces trois dernières années par ceux qui ont observé des cas d'aliénation mentale survenus durant le cours des récentes épidémies de grippe, et parmi lesquels nous retrouvons MM. Joffroy (2), Mairet (3), Ladame (4), Bidon (5), Leledy (6), Voisin (7) et bien d'autres médecins étrangers. Althaus a choisi dans ces divers et nombreux mémoires les faits les plus circonstanciés; il en a ainsi retenu 117, dont il s'est servi pour étudier les différentes particularités de forme et d'évolution qu'ont présentées les vésanies développées à la suite de l'influenza. Il ne s'est guère préoccupé que des troubles mentaux observés après la cessation des symptômes aigus de la maladie et dans un délai de quelques jours à quelques mois, et a donc laissé de côté tout un groupe de délires, ceux liés à la période fébrile. Mais ce qui rend son travail plus intéressant, c'est qu'il a comparé le tableau de ces 117 cas avec un tableau analogue, établi par Kraepelin (1), qui a fait le même travail en opérant sur un chiffre d'environ 350 observations de psychoses ayant suivi des attaques de fièvres éruptives, d'érysipèle, de rhumatisme, d'impaludisme, de dothiénentérie, de pneumonie et de choléra. Ces faits sont à rapprocher de ceux de M. Christian (2), qui a dressé aussi une table statistique comprenant 114 cas analogues, dont 6 étaient personnels et les autres empruntés à divers auteurs. Aussi je me reporterai souvent aux observations faites par M. Christian.

La première question que Althaus a essayé de résoudre en interrogeant ses observations a été celle-ci :

Les troubles mentaux sont-ils plus fréquents après l'influenza qu'après les autres maladies aiguës? Il semblerait que oui ; en cela, l'action de l'influenza serait à rapprocher de celle de la fièvre typhoïde (3). Mais n'oublions pas que les récentes épidémies de grippe ont épargné peu de gens, et qu'il n'est donc pas étonnant que, sur un très grand nombre de cas d'influenza, on ait constaté très souvent des troubles psychopathiques.

Le sexe mâle fournirait plus de délirants post-fébriles que l'autre sexe. M. Christian avait fait la même remarque. Cette différence serait, d'après Althaus, surtout considérable dans la pneumonie, dont les suites vésaniques s'observent, sur 100 individus, chez 82 hommes et seulement chez 18 femmes. Il est impossible de rien conclure actuellement de ces chiffres. La moins grande fréquence des divers cas de folie rencontrés chez la femme, comparativement à ceux observés chez l'homme, n'est pas suffisante pour expliquer l'écart considérable et constant qui existe entre le nombre des cas de psychoses post-fébriles masculines et le nombre des cas de psychoses féminines. Il faut certainement tenir compte du genre de vie des hommes, qui les expose davantage aux maladies aiguës et à leurs conséquences mentales. Peut-être aussi que l'alcoolisme, plus fréquent chez ces derniers, n'est pas étranger à l'éveil des troubles mentaux.

Dans la fièvre typhoïde et le rhumatisme, c'est au-dessous de trente ans que les psychoses sont les plus fréquentes; dans la pneumonie et l'influenza c'est après cet âge. M. Christian avait constaté que c'est entre vingt et quarante ans que les psychoses post-fébriles sont le plus souvent observées; d'autre part, il a noté 7 cas où les malades étaient âgés de moins de dix ans.

La prédisposition, héréditaire ou acquise, semble jouer un grand rôle dans l'étiologie de ces complications. Dans l'influenza, elle paraît exercer une action considérable; Althaus la note 72 fois pour 100. Mais il faut remarquer que cet auteur admet comme causes prédisposantes l'anémie, la ménopause, la syphilis. Il ne s'agit donc pas de prédisposition purement vésanique. Il semble toutefois, que celle-ci ait été observée assez fréquemment, bien qu'Althaus trouve que son action ait été exagérée par quelques auteurs. M. Christian n'a trouvé l'hérédité signalée nettement que dans 10 observations sur 114.

L'hyperthermie serait un facteur pathogénique principal, mais pas le seul. Car dans l'influenza, la prostration des

(1) Althaus. On Psychoses after influenza, in *The Journ. of Ment. Sc.*, avril 1893.

(2) Joffroy. Délire avec agitation maniaque dans l'influenza, *Mercredi méd.*, 1890, nº 13.

(3) Mairet. Grippe et aliénation mentale, *Montpellier méd.*, mai et juin 1891.

(4) Ladame. Des psychoses après l'influenza, *Ann. méd.-psychol.*, 1890.

(5) Bidon. Étude clinique de l'action exercée par la grippe de 1889-1890 sur le système nerveux, *Rev. de méd.*, août et oct. 1890.

(6) Leledy. *La grippe et l'aliénation mentale*, Th. de Paris, 1891.

(7) Voisin. Idées de persécution à la suite de la grippe, *Gaz. des hôp.*, 1890.

(1) Cité par Althaus.

(2) Christian. De la folie consécutive aux maladies aiguës, *Arch. gén. de méd.*, sept. et oct. 1873.

(3) D'après Jacobi, un huitième environ des cas de manie qu'il aurait observés à Siegburg seraient attribuables à la fièvre typhoïde. (Christian. Ouvr. cité.)

malades n'est pas en rapport avec la durée, ni même avec l'intensité de la fièvre. Il semblerait que les agents toxiques de ces pyrexies infectieuses et notamment de l'influenza, soient pour beaucoup dans la production du délire. Cette question sera d'ailleurs reprise plus loin. A ce propos, Althaus rappelle que Pfeiffer, qui a décrit un microbe de l'influenza, a trouvé des éléments figurés de volume très variable. Est-ce que les plus grands seraient les plus toxiques? Koch aurait, paraît-il, prédit la gravité du dernier choléra de Hambourg sur la forme et la vitalité des microbes observés chez les premiers malades.

La durée des troubles psychopathiques post-fébriles varie beaucoup. Après la pneumonie, l'érysipèle et les fièvres éruptives, la majorité des psychoses dureraient une semaine environ; après le choléra et la fièvre intermittente, un mois; après le rhumatisme et l'influenza, un an; et enfin après la fièvre typhoïde, une ou plusieurs années (1). Quel estle pourquoi de ces durées différentes? Il est actuellement impossible de répondre à cette question par des hypothèses quelque peu vraisemblables. Ce qu'on sait, c'est que ce ne sont pas toujours les psychoses les plus courtes qui sont les plus curables; ainsi, celles qui surviennent après les fièvres éruptives et après l'érysipèle présentent moins de cas de guérison que celles qui surviennent après le rhumatisme et le choléra. Les moins curables de toutes sont celles qu'on observe à la suite de la fièvre typhoïde et surtout de l'influenza.

La mortalité la plus grande s'observe dans les psychoses suivant une fièvre éruptive, l'érysipèle ou une pneumonie, c'est-à-dire justement celles qui sont ordinairement les plus courtes de durée. M. Christian avait aussi noté que l'intensité de la maladie aiguë ne paraissait être pour rien ou pour peu de chose dans l'explosion des symptômes cérébraux. Il fait remarquer que l'étendue plus ou moins grande d'une pneumonie et d'un érysipèle ou le degré de confluence de la variole ne sont pas en rapport avec le délire et les psychoses, qui peuvent survenir durant le cours des formes morbides les plus bénignes et manquer dans les formes graves.

Althaus n'a pas relevé de vésanies spéciales propres à l'influenza. C'est d'ailleurs l'opinion de tous les auteurs qui se sont occupés de psychoses post-fébriles. Il n'y a pas de formes vésaniques influenziques, pas plus qu'il n'y en a de varioliques, de typhoïdiques, etc. C'est un point sur lequel je reviendrai tout à l'heure.

Mais si toutes les psychoses peuvent survenir à la suite de ces maladies aiguës, il y en a pourtant certaines qu'on observe plus fréquemment à leur occasion. Ainsi, Althaus fait remarquer que les troubles mentaux survenant tout de suite après l'influenza étaient souvent de l'excitation mentale, de la manie. Les états de dépression, la mélancolie apparaissaient plus tard. M. Christian avait relevé, comme formes le plus souvent observées, l'agitation maniaque et la stupidité, qui alternaient ordinairement et étaient associées d'une façon complexe. Déjà M. Delasiauve (2) avait remarqué qu'après la fièvre typhoïde, il était habituel de voir des aliénés présentant à la fois ces deux ordres de phénomènes. Weber (1) fait de cette psychose un *délire de collapsus*, une vésanie d'épuisement. Cette forme psychopathique que j'étudie d'ailleurs dans ce même article, et qui est caractérisée par de la confusion dans les idées, a été souvent rencontrée et décrite par les observateurs. Kraepelin (2) surtout, et tout récemment Kirn (3), ont particulièrement insisté sur cette variété vésanique.

Enfin, Althaus a aussi noté 6 fois sur 100 la paralysie générale. Cette encéphalite aurait eu toujours une marche des plus rapides; et le début aurait été assez éloigné des derniers symptômes de la maladie aiguë. Cette question de la paralysie générale d'origine infectieuse est très obscure. Je la laisserai de côté aujourd'hui.

Ces quelques données puisées ici et là doivent maintenant être interprétées à un point de vue plus général. Il est bon de se demander ce que sont, en somme, ces délires fébriles et post-fébriles. Et d'abord il faut déclarer qu'il n'y a pas de démarcation nette entre le délire vésanique et le délire symptomatique d'une affection ressortissant à la pathologie interne. Cette division est absolument arbitraire et a empêché des généralisations grandement utiles aux aliénistes.

Le délire, qui est le mode de réaction du cerveau et se manifeste d'une façon générale par le trouble des processus psychiques, de la mémoire, de l'association des idées, de la personnalité, est un sous le rapport pathogénique et même symptomatique. Bien qu'il se rencontre dans un grand nombre de maladies et qu'on le note chez un varioleux comme chez un paralytique général, ses formes varient peu ou pas avec chaque entité morbide. On peut réduire ses aspects à un petit nombre correspondant chacun à une grande classe de maladies. Je parle, bien entendu, du délire diffus, sans aucune coordination, tel qu'on le rencontre dans les fièvres graves et comme il apparaît, sans grands changements, mais seulement plus durable, dans des états nettement vésaniques, tels que la manie par exemple. Cette différence est importante à noter, car elle permet de séparer de ce symptôme psychique les délires plus ou moins systématisés, où la conscience est moins altérée, où les conceptions sont fausses, mais assez logiquement reliées entre elles, et qui constituent les délires mélancoliques et surtout les délires de persécution, de négation, etc...

Si l'on considère maintenant ces délires liés aux maladies aiguës, que les Anglais rangent sous le terme générique de délires post-fébriles (4), on remarque qu'il y a une première division à établir. Les troubles psychiques peuvent, en effet, éclater durant le cours de la maladie infectieuse, ou pendant la convalescence.

Examinons d'abord le premier cas. Les délires, observés au moment des symptômes aigus, sont généralement de courte durée, mais souvent assez bruyants. On peut citer comme exemple la pneumonie, où les troubles mentaux rappellent parfois, s'ils ne le sont pas, des accès de délire alcoolique aigu. Les malades sont très excités, ne veulent

(1) M. Christian, qui n'a pas fait de statistique pour chaque maladie en particulier, a noté que, dans 81 cas de psychoses post-fébriles dont la durée du délire a été notée, 37, c'est-à-dire près de la moitié, ont guéri en moins de quinze jours, et 62, c'est-à-dire les trois quarts, ont déliré moins de trois mois.

(2) DELASIAUVE. *Journ. de méd. ment.*, 1864.

(1) WEBER, cité par Hyslop. Art. POST-FEBRILE INSANITY, *Dict. of Psych. Med.*

(2) Cité par Hack TUKE. Art. INFLUENZA, *Dict. of Psych. Med.*

(3) KIRN. Les psychoses d'origine influenzique, anal. in *Bull. Soc. méd. ment. Belgique*, 1892.

(4) HYSLOP. Art. POST-FEBRILE INSANITY, in *Dict. of Psych. Med.*, par Hack Tuke.

pas rester couchés, au point qu'on les attache quelquefois sur leur lit. Leurs paroles sont incohérentes et réflètent une grande confusion dans les idées. Parfois surviennent des hallucinations de la vue et même d'autres sens. Dans le rhumatisme cérébral, on assiste souvent à des accès analogues. La thèse de M. Giraud (1), qui est, bien que vieille de plus de vingt ans, une des meilleures monographies sur le délire lié au rhumatisme articulaire aigu, contient de nombreuses observations, où l'on retrouve les caractères décrits plus haut. On peut rencontrer le même tableau symptomatique plus ou moins atténué, au cours d'autres maladies, parmi lesquelles les fièvres éruptives, l'érysipèle, l'impaludisme, la grippe, la fièvre puerpérale, etc.

On voit, en somme, que ce délire est ce qu'on a appelé une manie transitoire, et qu'il a de grandes analogies avec le délire aigu. Le symptôme dominant c'est l'état d'excitation mentale, avec perte plus ou moins profonde de la conscience et de la faculté de se diriger. Dans d'autres cas, et on moins nombreux, ce sont, au contraire, des symptômes de dépression qui dominent. Par exemple, les typhiques sont généralement abattus, mâchonnant des paroles sans grand sens. Mais même abattus, l'incohérence et l'incoordination des idées sont aussi évidentes que dans les états d'excitation.

On a cherché la pathogénie de ces troubles mentaux et on a voulu tour à tour les expliquer par des lésions inflammatoires du cerveau et de ses enveloppes, par des troubles congestifs et circulatoires de l'encéphale, par des phénomènes réflexes. Il est probable que chacune de ces causes peut agir dans certains cas déterminés. D'autre part, il faut faire dans cette étude pathogénique une place particulière à la fièvre, qui agirait par son retentissement sur la nutrition et la circulation du cerveau. Il y a en faveur de cette hypothèse plusieurs raisons et notamment celle-ci, que c'est bien souvent au moment de la plus grande élévation de la température que le délire éclate. Cependant la température n'est pas toujours en rapport avec l'intensité des troubles mentaux. Et d'ailleurs, est-ce qu'il n'est pas plus logique d'admettre que la fièvre et le délire sont tous deux des symptômes déterminés par les mêmes causes, par les agents infectieux, les microbes ou leurs toxines? C'est actuellement l'opinion la plus vraisemblable.

En effet, dans certains empoisonnements minéraux ou végétaux, il peut ne pas y avoir d'élévation thermique et l'intoxication est cependant évidente. L'alcool détermine un délire qui est le plus souvent apyrétique, et qui est le type des délires toxiques et des délires fébriles des maladies infectieuses. M. Legrain (2), qui a fait une étude d'ensemble de l'action des poisons, compare les symptômes maniaques qu'ils provoquent le plus souvent, à ceux des maladies aiguës. Mais on peut aller plus loin encore et montrer l'analogie entre ces délires toxiques et infectieux, généralement passagers et s'accompagnant le plus souvent d'excitation, avec les délires qui surviennent dans un grand nombre de maladies chroniques du foie, du rein et du cœur. Or, quelle est la cause probable de ces désordres psychiques? Encore des agents toxiques, qui, ceux-là, ne viennent pas du dehors, mais sont fabriqués et retenus dans l'organisme même du malade. Poisons minéraux, végétaux et animaux, infection, intoxication ou auto-intoxication, voilà bien les causes de ces troubles mentaux à début soudain, à évolution ordinairement rapide et toujours en rapport direct avec la continuité d'action de l'agent toxique; troubles qui se caractérisent le plus souvent par de l'excitation et quelquefois par de la dépression, mais toujours par une grande incoordination dans les idées, qui ne s'associent ordinairement pas pour former des conceptions délirantes de quelque durée ou de quelque solidité.

Voilà donc un premier groupe de délires fébriles, qu'il a été possible de rattacher à une classe très vaste de désordres psychiques. On peut donc dire d'une façon générale que les troubles mentaux, qui surviennent durant le cours des maladies aiguës, sont des délires toxiques. La prédisposition psychopatique nécessaire à leur apparition est nulle ou presque nulle. Le pronostic en est le plus souvent bénin. Ils passent vite sans laisser de traces, survenant et disparaissant avec la même rapidité. Mais parfois ils persistent après la cessation de symptômes aigus, s'apaisent généralement dans leur intensité, et se transforment alors en psychoses d'un caractère beaucoup plus net.

Ce sont ces psychoses qui forment presque tout le second groupe des troubles mentaux liés aux maladies aiguës. Comme on vient de le voir, parfois ils ne sont que la continuation des délires fébriles. Mais souvent aussi ils n'apparaissent que lorsque tout symptôme grave de la maladie infectieuse est apaisé, lorsque le patient entre en convalescence. Jusqu'à quel moment de cette convalescence un trouble psychopathique peut-il être rattaché logiquement à l'affection aiguë qui l'a précédé? Les auteurs sont partagés. Mais je crois qu'il ne faut compter que les cas où ce délai n'est pas supérieur à quelques semaines, bien que certaines lésions psychopathiques secondaires, la paralysie générale, par exemple, puissent n'apparaître qu'après plusieurs mois.

Les formes les plus diverses de l'aliénation mentale ont été observées, comme on l'a vu plus haut. Cependant, quelques maladies aiguës paraissent être suivies plus particulièrement par certaines variétés de vésanies. Ainsi, après la fièvre typhoïde, on constate assez fréquemment un état mélancolique avec stupeur et même parfois de la stupidité simple simulant la démence. C'est même cette forme vésanique, la confusion mentale, qui n'est ni de la manie, ni de la mélancolie, ni de la démence, et qui emprunte à chacun de ces trois groupes psychopathiques quelques-uns de leurs symptômes, qui paraît devoir être le plus fréquemment observée, après des maladies infectieuses graves telles que la dothiénentérie, dans certains états puerpéraux, et aussi après des hémorrhagies abondantes. Il semble donc vrai que c'est l'asthénie généralisée qui est une des conditions pathogéniques de ces délires.

Mais cette notion, d'ailleurs très vague, n'explique qu'un certain nombre de vésanies post fébriles, celles qui se caractérisent surtout par l'adynamie intellectuelle. On sait que d'autres formes se montrent, et notamment l'excitation maniaque ou des délires assez fortement systématisés, des délires de persécution par exemple. D'autre part, dans certaines maladies aiguës, la durée n'est pas assez longue, et l'action pas suffisamment déprimante pour expliquer l'apparition des vésanies. Pourquoi apparaissent-elles? Il n'y a plus d'infection visible; il n'y a pas d'épuisement considérable.

(1) GIRAUD. *Du délire dans le rhumatisme articulaire aigu*, Th. de Paris, 1871.

(2) LEGRAIN. Les poisons de l'intelligence, *Ann. méd.-psychol.*, 1891-1892.

Il faut admettre que, dans ces cas, la susceptibilité délirante du cerveau a été éveillée par l'accident pathologique, qui agirait là comme toute autre cause banale. La maladie aiguë n'a été que l'éclair qui allume l'incendie. Entre elle et la vésanie qui la suit, il n'y a plus grand lien. Cette dernière va maintenant évoluer à sa guise, sans se ressentir en rien de la maladie qui l'a occasionnée. Cependant, il se pourrait qu'après la maladie aiguë il restât des lésions somatiques, des troubles dans les fonctions de la nutrition, qui entretiennent les désordres psychiques. Le fait de paralysies générales survenant quelques mois après des maladies infectieuses semblerait indiquer, en effet, que ces dernières laissent quelquefois comme reliquat des dystrophies nerveuses. De même des vices de la nutrition, qui se manifesteraient surtout par des symptômes cérébraux, mais susceptibles d'être mis en lumière par des recherches sur la toxicité des humeurs, pourraient être encore un héritage de la maladie aiguë. Là encore, il y aurait une base somatique aux troubles psychopathiques.

Quoi qu'il en soit, c'est dans ce deuxième groupe de délires post-fébriles, que l'on a noté les plus fortes prédispositions héréditaires ou acquises. Encore ne faut-il pas, répétons-le, mettre uniquement sur le compte de cette prédisposition quelque peu mystérieuse et d'une valeur explicative trop commode, la production des états vésaniques, qui, en somme, doivent reposer sur des troubles organiques.

Si l'on voulait systématiser ces quelques notions générales sur le délire lié aux maladies aiguës, on pourrait dire ceci : Lorsqu'il survient dans le cours des maladies aiguës, il est probablement le résultat de l'intoxication générale. Ordinairement éphémère, rappelant plus ou moins bien un accès de manie transitoire, sans aucune systématisation, il peut être comparé à tous les délires toxiques. La prédisposition ne paraît, dans ces cas, nullement nécessaire. Quand le délire ou plutôt les psychoses apparaissent dans la convalescence des maladies infectieuses, elles peuvent affecter toutes les formes possibles. Cependant, il existe une physionomie psychique spéciale, la confusion mentale, qui semble en rapport avec l'état d'adynamie générale de l'organisme, occasionné par certaines fièvres graves. C'est là encore un délire en rapport avec des troubles de la nutrition, qui vraisemblablement ne sont pas totalement absents dans les autres formes vésaniques, qui, elles, semblent, tout d'abord, ressortir à une prédisposition morbide.

Mais il n'y a pas, en somme, de délire spécial à chaque maladie aiguë. Le délire, n'étant que la réaction du cerveau à des excitations morbides ou à des troubles nutritifs généraux, ne peut pas refléter dans sa morphologie la maladie aiguë qui est la cause de ces excitations ou de ces troubles nutritifs. Entre elle et le délire, il y a ces lésions, qui sont les vrais facteurs pathogéniques. Aussi toutes les maladies qui produiront ces derniers, donneront lieu, par contrecoup, aux mêmes symptômes psychopathiques; car elles sont, en somme, des causes éloignées. Il n'en est pas moins vrai qu'elles ont des rapports avec les états vésaniques par l'intermédiaire des troubles, fièvre, adynamie, intoxication, qui les provoquent. Aussi est-il nécessaire d'étudier de près les relations qui unissent ces trois termes, le délire, la maladie générale qui en est l'étiologie, et les lésions secondaires qui en sont la pathogénie. Mais d'abord il est bon de montrer la solidarité de ces troubles délirants, et, en les comparant entre eux, d'en constituer un groupe homogène. C'est pourquoi, à propos des psychoses post-influenziques, j'ai cru utile de m'étendre quelque peu sur les psychoses et les délires de toutes les autres maladies aiguës.

II

Au cours du premier chapitre de cette Revue, j'ai eu souvent l'occasion de parler d'une forme vésanique particulière maintes fois observée à la suite des maladies aiguës. La description de cette psychose qui, comme je le disais, se caractérise surtout par de la confusion mentale, si bien que c'est sous ce nom qu'elle a été d'abord étudiée en France, est naturellement à sa place ici. D'autant que tout récemment elle est redevenue d'actualité, comme on va le voir.

La confusion mentale est une maladie qui a eu des destinées diverses. Bien décrite, quoique sous d'autres noms, par des aliénistes français au commencement et même vers le milieu du siècle, elle a été peu à peu abandonnée par les médecins de cette génération, tandis qu'à l'étranger, surtout en Allemagne, elle donnait lieu à des travaux nombreux qui la classaient définitivement dans les cadres nosologiques.

C'est M. Chaslin (1), le savant médecin de Bicêtre, qui a tenté récemment de faire réaccepter cette forme psychopathique dont on ne trouve plus guère de description dans les auteurs nouveaux. Après avoir fait sur ce sujet une communication au Congrès de Blois, il a eu la bonne idée d'étendre son mémoire primitif et de l'élargir en une étude d'ensemble (2) des plus complètes, à laquelle j'emprunterai les éléments nécessaires à l'exposition de la question. Je ne discuterai pas ici les critiques qu'on a adressées à la communication de M. Chaslin. La plupart portent principalement sur cette question préjudicielle de savoir si c'est bien là une entité morbide. Peu importe au fond; et en admettant que ce ne soit qu'un syndrome, ses caractères n'en sont pas moins dignes d'être étudiés. D'ailleurs l'autonomie de cette forme psychopathique est, en quelque sorte, affirmée par les praticiens, qui, presque tous, comme le faisait remarquer M. Charpentier au Congrès, notent dans les certificats les principaux symptômes qui la constituent.

Pour ma part, j'ai lu et relu le mémoire du médecin de Bicêtre et j'ai été frappé de la vérité de l'espèce vésanique qu'il remettait en lumière. Chemin faisant, des malades répondant à ces types revenaient à mon esprit, des malades qui ne trouvaient pas leur place dans les classifications courantes. Et dès mes premières recherches, il m'a été possible d'en rencontrer qui rappelaient bien les descriptions des auteurs. Je vais même publier prochainement l'observation d'une malade, dont la confusion des idées est le symptôme principal et on pourrait même dire le seul.

Mais essayons d'esquisser la physionomie générale de ces aliénés. Lorsque l'on fait de la clinique mentale, on rencontre assez fréquemment des malades chez lesquels le caractère dominant est l'état de rêve dans lequel ils sont plongés. Ils paraissent étonnés de ce qu'ils voient et de ce qu'ils entendent, comme s'ils étaient sans cesse témoins de choses qui leur semblent nouvelles ou plutôt qu'ils reconnaissent à peine. Ils sont perpétuellement dans la situation

(1) Chaslin. Congr. des alién. de langue franç., Blois 1892.
(2) Chaslin. La confusion mentale primitive, *Ann. méd.-psychol.*, sept.-oct. 1892.

mentale du dormeur qui s'éveille et qui s'interroge, cherchant à coordonner les sensations qu'il perçoit et à les comparer aux sensations anciennes dont le souvenir n'est pas encore très précis. Parfois ces malades causent tout seuls, haut ou bas, comme s'ils s'interrogeaient, ou marmottent des paroles sans grande suite, rappelant par leur ton le subdelirium des états infectieux, de la fièvre typhoïde, de la variole. Si on leur adresse des questions, ils vous répondent parfois d'une façon à peu près logique, mais avec difficulté, cherchant péniblement les idées, puis abandonnant tout à coup le sujet sur lequel on les a mis. Ils s'arrêtent souvent pour vous dévisager, comme s'ils étaient frappés d'une réminiscence vague, ou s'emparer d'un objet qui traîne par là et qui éveille en eux des souvenirs sans consistance. Ils sont incapables d'attention ; leurs idées ne se tiennent pas et roulent sans aucune association stable dans un flux et un reflux qui rappellent par leur mouvement la cérébration mobile du rêve. Et c'est là justement ce qu'il y a de particulier chez ces malades; c'est cette confusion, cette désagrégation intellectuelles, cette incapacité radicale d'opérer aucune synthèse complexe ou de quelque durée, incapacité qui va jusqu'à la stupeur complète dans laquelle il y a arrêt momentané ou extrême faiblesse de l'idéation, et qui peut parfois être masquée par une certaine rapidité des processus psychiques, bien que toujours profondément troublés.

Quelquefois encore, il y a des hallucinations confuses et ordinairement dans ces cas plusieurs sens y participent. Mais il n'y a jamais de délire coordonné, même faiblement systématisé. De tels malades sont-ils des mélancoliques? des maniaques? Non assurément. Bien qu'ils ressemblent aux uns et aux autres, ils s'en distinguent assez pour être rangés dans une troisième catégorie. Or, comme le fait remarquer avec raison M. Chaslin, les cadres nosologiques sont aujourd'hui singulièrement étroits et peu élastiques. Pour beaucoup de médecins, il n'y a guère que trois grands groupes d'états vésaniques, ceux où prédominent des phénomènes d'excitation, les états maniaques, ceux où prédominent des phénomènes de dépression, les états mélancoliques, et enfin ceux qui sont plus ou moins rattachables à la dégénérescence héréditaire et acquise, les états dégénératifs de Morel et de M. Magnan.

Actuellement, c'est là une synthèse hâtive de formes délirantes encore peu connues et qu'il est plutôt nécessaire d'analyser, de grouper provisoirement en des classes nombreuses, plus faciles à étudier.

Or la plupart des cas de confusion mentale sont rangés tantôt dans la manie, tantôt dans la mélancolie, surtout dans cette dernière. Et cependant cette forme psychopathique est depuis longtemps, en France, séparée de ces deux états vésaniques. Sans vouloir refaire l'historique de la question, très complet dans le mémoire de M. Chaslin, et en me contentant d'en citer les étapes successives, je dirai qu'Esquirol (1) avait déjà décrit en 1838 cette maladie, qu'il appelait la démence aiguë, et qu'il avait constatée après des fièvres, des hémorragies ou d'autres causes de débilitation de l'organisme. Georget (2) appelait cette démence aiguë *stupidité*, terme adopté aussi par Baillarger (3),

(1) Esquirol. *Des maladies mentales.*

(2) Georget. *De la folie.*

(3) Baillarger. *De l'état désigné chez les aliénés sous le nom de stupidité*, 1843.

qui rapporta cet état à la mélancolie. Cette dernière opinion a prévalu jusqu'à nos jours, si bien que, pour la plupart, il n'existe pas de stupeur indépendante de la mélancolie. C'est M. Delasiauve (1) qui réagit, en 1851, bien que vainement, contre cette confusion. Il détermina les caractères propres à la stupidité non lypémanique et fit remarquer que, dans cette maladie, l'esprit n'est pas concentré sur un groupe de conceptions toujours les mêmes, mais que la pensée est diffuse, se dispersant sur plusieurs sujets, et que parfois même il paraît n'y avoir aucune idée. Les malades sont dépaysés, inertes, niais, engourdis ; les hallucinations, quand elles existent, loin de se rapporter à une trame délirante, sont des phénomènes sans retentissement sur les conceptions morbides des sujets. M. Delasiauve montra l'analogie de tous les états vésaniques où domine cette confusion mentale et qui s'observent mêlés aux névroses hystérique et épileptique, dans le delirium tremens, ou qui surviennent à la suite des fièvres graves, et surtout dans certaines formes de folies puerpérales.

Après cet auteur, M. Becquet (2) étudie le délire d'inanition survenant au cours de certaines maladies graves, telles que la fièvre typhoïde et le cancer de l'estomac, et insiste sur l'état de confusion, de rêve dans lequel sont les malades. Un peu plus tard, M. Dagonet (3) sépare aussi la stupeur de la mélancolie, décrit même deux formes de stupidité, l'une sans délire et l'autre avec délire, et insiste sur l'obtusion intellectuelle des malades. M. Achille Foville fils (4) s'est aussi appliqué, à peu près à la même époque, à rechercher les caractères de la stupidité simple, non lypémaniaque. Celle-là ressemble à la démence ; comme dans cette dernière maladie, il y a perte de la mémoire, actes insolites, propos sans suite, défaut d'attention. Et cependant elle n'est point de la démence, puisque elle est curable.

Après ces divers travaux, la question est délaissée et dans ces dernières années, la stupeur est de plus en plus considérée comme étant habituellement d'origine mélancolique, et on la décrit avec elle.

A l'étranger, au contraire, et surtout en Allemagne, les mémoires sur cette question abondent. On en trouvera l'indication dans l'article de M. Chaslin. D'une façon générale, on peut dire que la plupart des auteurs admettent une forme particulière de stupeur, indépendante de la mélancolie. Dans le *Dictionnaire de médecine psychologique* (5) de Tuke, qui paraît donner les opinions ayant cours actuellement en Angleterre, la stupeur est divisée en simple et délirante. La première serait caractérisée par la pauvreté et même l'absence des processus d'idéation, tandis que la seconde ne serait autre que la stupeur mélancolique, avec, sous la même apparence d'arrêt psychique, un délire des plus actifs à caractère généralement terrifiant; dans ce dernier cas, le malade, entendant par exemple prononcer son arrêt de mort ou voyant se dresser l'échafaud devant lui, serait muet d'horreur et impuissant à manifester ses idées. Schule (6), qui, d'une certaine manière, représente

(1) Delasiauve. Du diagnostic différentiel de la lypémanie, *Ann. méd.-psychol.*, 1851.

(2) Becquet. Du délire d'inanition dans les maladies, *Arch. gén. de méd.*, févr. 1865.

(3) Dagonet. De la stupeur dans les maladies mentales, *Ann. méd.-psychol.*, 1872.

(4) Ach. Foville fils. Art. Démence, *Dict. de méd. et de chir. prat.*

(5) Art. Stupor mental.

(6) Schule. *Traité clinique des maladies mentales*, trad. Dagonet et Duhamel, 1888, p. 198 et suiv.

une grande partie des opinions allemandes, est plus large dans sa classification et reconnaît trois groupes de *démence primitive aiguë* : un premier où ce qui domine est l'affaiblissement des processus psychiques, un second où il s'y joint des hallucinations et un troisième où la démence seule, sans stupeur, est observée.

Enfin ces jours-ci, comme cet article était composé, il a été publié, par M. Séglas (1), une très intéressante observation de confusion mentale primitive post-cholérique. A propos de ce cas, l'auteur esquisse une étude d'ensemble de la question et se rallie en grande partie aux idées de M. Chaslin. Il met bien en lumière que cet état, parfois simplement lié à d'autres vésanies et parfois constituant le fond même de la maladie, se caractérise par deux symptômes principaux : la confusion mentale d'abord, qui est la conséquence d'une faiblesse générale de l'attention, de la perception, de l'aperception, de la mémoire et de la volonté, et, en second lieu, les idées délirantes, les hallucinations et les actes du sujet, produits par l'automatisme cérébral. Ces deux éléments morbides, diversement associés, formeraient, suivant les idées de Kraepelin, deux grandes formes cliniques, la forme asthénique ou la stupidité simple, et la forme hallucinatoire.

Devant l'abondance des opinions et la diversité des classifications proposées, on est embarrassé pour faire une description d'ensemble de ce qu'est la confusion mentale, ainsi que M. Delasiauve a nommé le premier cette forme psychopathique. M. Chaslin a cru devoir y ajouter l'épithète de *primitive*, pour réserver des formes cliniques qui apparaissent secondairement à d'autres maladies, à la paralysie générale, par exemple. Mais cette réserve est-elle justifiée ? Ne vaudrait-il pas mieux élargir plutôt les cadres de ces formes vésaniques, quitte à faire des subdivisions étiologiques ? Dans tous les cas, cette dénomination a le mérite de rappeler le symptôme capital, sans rien préjuger de sa signification, et est de sens plus étendu que les termes de stupeur ou stupidité, qui ne désignent qu'une forme clinique; elle est aussi plus exacte que l'expression *démence aiguë*, puisqu'il n'y a pas, à proprement parler, d'affaiblissement irrémissible des facultés intellectuelles.

Mais peu importent les mots. Revenons aux faits. S'il était nécessaire de réunir les nombreux et divers cas cliniques que les auteurs ont rangés sous les diverses étiquettes citées plus haut, et que l'on voulût se placer dans un prudent éclectisme en essayant une conciliation des opinions principales, voici, il me semble, ce que l'on pourrait dire.

Il existe une classe de malades, chez lesquels un examen, même superficiel, décèle un état mental voisin du rêve. Leurs idées sont confuses, troublées. Il leur est difficile et même impossible de soutenir leur attention sur un sujet pendant un temps de quelque durée. Qu'ils soient déprimés ou excités, qu'ils aient des hallucinations ou non, toujours ils présentent une diminution dans le pouvoir de coordonner des sensations, d'en faire la synthèse. Ils sont continuellement étonnés, ne se rappellent rien ou que très vaguement et avec la plus grande difficulté; ils ont perdu le plus souvent, la notion du temps et du lieu, et ne savent ainsi, tout au moins pendant plusieurs instants, ni depuis quand ils sont là, ni où ils sont. Leur aspect est, à ce point de vue, très caractéristique. Ils ont une physionomie étonnée et souvent niaise; leur regard est sans direction précise ; ils paraissent continuellement chercher à se ressaisir, à percer le mystère qui les enveloppe.

A première vue, on les prendrait pour des déments, et c'est, en effet, à ceux-là qu'ils ressemblent le plus souvent. Mais, en les étudiant plus attentivement, on peut éviter cette confusion. D'abord cet état mental s'est développé brusquement, alors que, dans la démence secondaire (par exemple, la démence sénile), la déchéance intellectuelle est progressive. Puis il y a moins un affaiblissement qu'une incoordination des facultés intellectuelles. Il n'y a pas qu'une diminution parallèle de la mémoire, de l'association des idées, de la volition, des sentiments affectifs. Ce qui domine c'est surtout l'impuissance de faire la synthèse des sensations nouvelles et renouvelées, de comparer les perceptions récentes aux anciennes, d'associer dans une même direction tous les éléments psychiques existants. Les idées naissent isolément, sans enchaînement logique; elles ont la mobilité et l'absurdité qu'on observe dans le délire alcoolique ou fébrile, ou encore dans le rêve. On peut en juger par leur conversation décousue. Une malade, dont je rapporterai bientôt l'histoire, dit des phrases dans ce genre. « Charles Mérouvel..... un grand blond..... les changements de vie nous font perdre la tête..... il y a des personnes ici qui n'en sortent pas..... » Un dément secondaire, un sénile par exemple, ne parlera pas ainsi. Son esprit paraîtra plus affaibli, mais moins troublé. Il y aura en quelque sorte plus de logique dans ses discours, mais ceux-ci seront plus ternes. Il semble que, chez eux, la lésion porte surtout sur la quantité des associations d'idées, et chez les autres sur la qualité, sur le mode de groupement et d'arrangement. On sent, chez ces derniers, à travers cette incohérence énorme, un cerveau qui est encore plein d'images, quoique complètement en désordre. Et ce qui frappe aussi c'est leur ton habituel d'interrogation, de doute, de perplexité. Leur conscience est à moitié éveillée ; elle cherche à se ressaisir, à devenir plus claire; et cet effort se manifeste dans la voix et les jeux de physionomie du malade.

Ces aliénés ont-ils toute leur conscience, comme le croit M. Charpentier, ou l'ont-ils perdue ? C'est là une question quelque peu subtile, et qui ne pourrait être tranchée sans qu'au préalable on se fût entendu sur la sorte de conscience qui est là en cause. Il semble que les sujets n'ont pas le sentiment bien net et continu de leur personnalité. Ainsi, la malade que j'observe actuellement parle souvent d'elle à la deuxième et même à la troisième personne, et parfois elle dit : je. Les idées sont trop lâchement unies pour donner cette perception d'ensemble qui constitue le sentiment normal du *moi*. Ce qu'il y a aussi de curieux chez ces aliénés, c'est que, même lorsque par des actes sans raison, tels que vouloir sauter par la fenêtre ou mettre des matières fécales dans leur poche, ils ressemblent à des déments, même dans ces cas, ils témoignent bien souvent par des réponses isolées d'une richesse de faits intellectuels considérable. Ainsi ma malade, qui se livre aux actions les plus démentielles, dessine, sur ma prière, et tout en rêvant à haute voix et en s'interrompant à chaque instant, les figures de géométrie que je lui demande ou opère des divisions compliquées. Chez ces malades, il y a donc surtout un défaut de synthèse, de coordination. Les faits emmagasinés dans leur mémoire ne sont pas absents, puisqu'ils reviennent dans les cas de

(1) Séglas. Un cas de folie post-cholérique à forme de confusion mentale primitive, *Ann. méd.-psychol.*, mai-juin 1893.

guérison. Ils sont tout au plus effacés dans certaines formes, mais surtout ils ne peuvent pas se grouper et servir à établir des jugements, à la reconnaissance parfaite des souvenirs et à la saine direction de l'activité.

Il faut noter aussi que, bien que les faits anciens soient conservés pour la plupart, il existe, comme le remarque M. Séglas, de l'amnésie pour les faits récents, pour tous ceux qui sont postérieurs au début de la maladie. On comprend, d'ailleurs, parfaitement que ces malades, incapables d'attention, ne puissent pas fixer d'une manière durable le souvenir de sensations perçues dans un état de continuelle distraction.

Mais les malades ne se présentent pas toujours sous cet aspect, qui constitue une forme de la confusion mentale primitive, celle que Schule a décrite sous le nom de démence aiguë sans stupeur. Cependant, dans toutes les variétés observées, il reste les caractères principaux de cet état mental particulier, et, notamment, cette hébétude, cet engourdissement psychique, qui est le cachet de la maladie et qui en assure l'unité malgré les différences morphologiques qu'elle revêt.

Ainsi il arrive parfois — et l'on peut décrire cet état comme un deuxième aspect de cette maladie — que l'engourdissement cérébral aille jusqu'à la stupeur. Les malades restent inertes, assis des heures entières sans bouger, se laissant coucher, habiller et nettoyer comme des enfants. Ce sont des automates qui paraissent sans vie et qu'il faut diriger continuellement. Souvent ils présentent des phénomènes catatoniques, c'est-à-dire une tendance musculaire des membres à conserver la position qu'on leur donne. Ne parlant pas, refusant de manger, gâtant quelquefois, ils paraissent avoir perdu toute faculté de penser. Cette forme vésanique ressemble beaucoup extérieurement à la stupeur lypémaniaque, que Baillarger a parfaitement décrite et où il a montré que, sous l'apparence de la torpeur cérébrale, se cachait un délire mélancolique des plus actifs. Même, comme cela a été dit plus haut, beaucoup d'aliénistes sont portés actuellement à mettre dans cette dernière catégorie toutes les stupeurs.

Il est donc nécessaire de continuer à ce propos le diagnostic différentiel entre la stupeur délirante et la stupeur simple, qui est l'arrêt complet de toute idéation et qui se rapporte à la confusion mentale primitive. Rien n'est plus difficile. Ce n'est guère, le plus souvent, que par le début ou la terminaison de la stupeur qu'on peut savoir, par exemple, si elle appartient à une mélancolie, dont le délire spécial se déroule avec ses caractères propres avant et après. Cependant il est quelquefois possible de faire cette distinction durant le cours même de l'état vésanique. Ainsi il est assez rare qu'il n'y ait pas des moments où le malade dise quelques mots qui indiquent un délire franchement mélancolique ou, au contraire, prouvent, par leur incohérence, l'état de confusion, de trouble de l'idéation. D'autre part, on a noté certains petits caractères qui, s'ils n'ont pas tous grande valeur, peuvent encore aider, par leur réunion, à éclairer l'aliéniste. Dans la stupeur simple, les traits de la face sont plus relâchés, les yeux plus mornes, la physionomie est d'une façon générale plus niaise ; parfois même, quelques éclats de rire traversent le mutisme, révélant ainsi le véritable état mental. Les stupides mélancoliques montrent plus de volonté, opposent par exemple de la résistance quand on veut les faire changer de place ; ils refuseront plus obstinément de manger et auront, en général, des habitudes plus propres. Mais, le plus souvent, il faut attendre un incident psychologique qui coupe la stupeur et démontre que, sous ce masque de torpeur cérébrale, il y a réellement une absence complète de toute pensée ou, au contraire, se déroule un délire très intense.

Enfin une troisième forme, sous laquelle peut se montrer la confusion mentale, est la forme maniaque avec ou sans hallucinations. Les malades sont plus ou moins excités, parlant beaucoup, gesticulant et quelquefois réagissant à des hallucinations par des mouvements d'attaque, de défense ou de fuite. Malgré ces apparences, on pourra penser que ce ne sont pas des maniaques ordinaires lorsqu'on remarquera cette confusion des idées, qui est le critérium de la maladie. Certes la chose ne sera pas toujours commode, puisque le propre des maniaques est d'être aussi incohérents. Mais il semble que ces derniers le sont moins, ou plutôt le sont autrement. Ils montrent sous leurs flux de paroles des facultés de raisonnement qui, bien que mal employées, existent encore, tandis que, dans la confusion mentale, c'est l'indigence et le défaut de coordination qui frappe tout d'abord. Dans la confusion mentale, l'aliéné interrogé reste interloqué, paraît souvent ne pas comprendre, ou répond à côté, toujours cherchant dans un effort vain à se rendre compte des sensations qui l'assaillent.

Voilà donc une maladie qui paraît, en somme, toujours la même, sous la diversité des phénomènes. Qu'il y ait état démentiel, stupeur ou agitation avec hallucinations, ce qui domine c'est la confusion des idées. D'ailleurs, les trois formes que j'ai décrites sont schématiques ; elles s'observent bien souvent confondues ou alternant entre elles. Les malades de ce genre sont même très mobiles ; et en très peu de temps ils passent de la stupeur à une légère excitation maniaque, puis restent quelques instants avec une physionomie et des gestes de déments.

J'ai laissé de côté, à dessein, tous les caractères secondaires de cette maladie, et je n'ai point voulu multiplier les descriptions des aspects différents, comme on le fait en Allemagne. Si c'est moins complet, c'est plus clair ; et l'important d'abord, c'est de faire le cadre d'une maladie. Je n'insiste pas non plus sur les troubles somatiques, qui sont des plus variés. On a constaté un alanguissement général de la nutrition, l'état saburral des voies digestives, de l'anorexie, du gâtisme et parfois de la fièvre ou tout au contraire de l'hypothermie. Il est d'ailleurs difficile de tracer un tableau général des troubles somatiques de ces malades. La plupart des auteurs qui ont écrit sur ce sujet ne s'entendent pas très exactement sur les types. La question est encore à l'étude. Pour ne pas s'égarer, il ne faut voir que le point principal, accepté par tous, et s'en tenir là.

Or, le point principal, c'est sans conteste, pour tout le monde, l'état de confusion des idées. Peut-on lui donner une pathogénie psychologique ? Ce point demanderait quelques expériences assez délicates à établir et à juger. Il semble à première vue que ce qui est lésé c'est, je le répète, le pouvoir de synthèse, bien que les facultés de perception et la mémoire paraissent aussi, et dans certains cas, très affaiblies. Cette faiblesse des images et du pouvoir de coordination est encore expliquée par l'étiologie des cas dans lesquels on l'observe. Nous avons vu, en effet, dans la première partie de cette Revue, que la confusion mentale survenait, le plus souvent, après de grandes secousses pathologiques ou physiologiques, des maladies fébriles et infectieuses,

des chocs traumatiques ou mentaux, l'inanition, l'accouchement (1), la lactation. Dans tous ces cas, il semble qu'il y ait un épuisement du système nerveux. On aurait donc affaire à des psychoses par asthénie. Mais il ne faut pas oublier que cet état d'asthénie psychique peut, ainsi que j'en ai déjà fait la remarque, être entretenue par des troubles de la nutrition, héritage des maladies graves et surtout des fièvres infectieuses.

En somme, tous les processus de l'idéation sont, dans la confusion mentale, diminués. Les malades ont une perception externe obtuse; les objets qui les environnent font sur eux une impression vague, et il faut qu'elle soit répétée ou qu'elle devienne plus intense pour qu'ils la perçoivent avec une certaine netteté. Ils sont toujours dans un état de distraction profonde, et c'est là leur manière d'être habituelle et la caractéristique de leur pensée. Il s'ensuit qu'ils paraissent continuellement perdus, cherchant à comprendre ce qui se passe autour d'eux et y parvenant mal ou pas. Les sensations nouvelles ne s'emmagasinent plus à l'état de souvenirs précis; les malades deviennent ainsi peu à peu incapables de conserver les notions de temps et de lieu, et ne savent plus où ils sont, ni depuis quand ils sont là. Les faits anciens ne sont pas beaucoup mieux rappelés, ou, du moins, ils le sont sans ordre, incomplètement; et les souvenirs ne sont plus que des réminiscences. On est étonné de trouver tous ces faits flottant sans lien et se groupant d'une manière incohérente, qui est reflétée dans les discours. La conscience de la personnalité, qui est la résultante d'une foule de petites perceptions étroitement coordonnées, se désagrège : les malades ne savent pas plus ce qu'ils sont, ni ce qui se passe en eux, qu'ils ne savent où ils sont, ni ce qui se passe au dehors.

Enfin, ce manque de synthèse a, pour conséquence dernière, de l'automatisme psychologique. Des hallucinations, c'est-à-dire de fausses perceptions, des conceptions morbides, c'est-à-dire des idées reliées illogiquement, s'élèvent, se détruisent pêle-mêle, incapables de s'ordonner dans le dessin d'une trame délirante quelque peu serrée. L'activité elle-même, n'étant plus dirigée méthodiquement, s'exerce sans contrôle et sans mobile raisonnable; les malades crient, gesticulent, frappent, essayent de s'étrangler ou de fuir, d'une façon impulsive et aveugle. Les centres moteurs sont là en pleine anarchie comme les centres sensoriels; et les mouvements, de même que les hallucinations, sont les bruyantes manifestations de cette dissociation psychologique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 25 mai 1893, MM. Jourdan et Noblet, médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine, ont été nommés dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Boyé, licencié ès sciences naturelles, est nommé chef des travaux d'histoire naturelle, en remplacement de M. Vuillemin, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine de Tours.* — M. le docteur Wolff est nommé professeur de physique (chaire nouvelle).

(1) Lallier. *De la folie puerpérale dans ses rapports avec l'éclampsie et les accidents infectieux des suites de couche*, Th. de Paris, 1892.

— Le concours institué par la Société française d'hygiène pour l'année 1892 : « L'Hygiène coloniale », a été des plus brillants par le nombre des mémoires envoyés au jury d'examen, par l'exposition méthodique et la parfaite connaissance du sujet. Ont été proclamés lauréats :

Médailles de vermeil ex æquo : M. le docteur Charles Simon, médecin de première classe de la marine, au Tonkin ; M. Édouard-Georges Henri, agrégé de l'Université, professeur de sciences naturelles et d'hygiène au lycée de Lorient.

Médailles d'argent : M. le docteur Chevalier, médecin de première classe de la marine, à Rochefort; M. Hippolyte Goudal, pharmacien, à la Ferté-Milon (Aisne); M. le docteur Coindreau, médecin-major, à la Roche-sur-Yon (Vendée).

Médailles de bronze : MM. les docteurs Navarre, à Lyon ; Fernand Roux, ancien médecin de la marine, à Paris ; Roblot, à Charenton (Seine); Fernando Leal de Siera, à Villa-Verde (Espagne).

— M. le docteur Tussau, médecin-adjoint au lycée de Mâcon, est nommé médecin dudit lycée en remplacement de M. le docteur Aubert, décédé.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Ley, médecin-inspecteur à la Préfecture de police. Ses obsèques ont eu lieu aujourd'hui à midi, à Saint-Louis d'Antin.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le registre des inscriptions du quatrième trimestre de l'année scolaire 1892-1893 sera ouvert le mercredi 21 juin 1893, et clos le mardi 18 juillet à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi :

1° Les inscriptions de première année (doctorat et officiat), les mercredi 21, jeudi 22, vendredi 23 et samedi 24 juin 1893.

2° Les inscriptions de deuxième année de doctorat, les mercredi 28 et jeudi 29 juin; les mercredi 5 et jeudi 6 juillet 1893.

3° Les inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, les vendredi 7, samedi 8, mercredi 12, jeudi 13, samedi 15, lundi 17 et mardi 18 juillet 1893.

4° Les inscriptions de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, les vendredi 7 et samedi 8 juillet 1893.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et appréciés par le conseil de la Faculté. Ils sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et de quatrième année de doctorat, et de deuxième, de troisième et de quatrième année d'officiat, soumises au stage, ne seront distribués qu'à partir du jeudi 6 juillet 1893.

Consignations. — 1° Les élèves-docteurs, ajournés à la session de novembre 1892 et à celle de janvier 1893, au premier examen de doctorat, et les élèves-officiers de santé ajournés aux premier, deuxième et troisième examens de fin d'année (officiat), devront consigner le jeudi 8 juin, aux heures ordinaires. Ils seront appelés à subir leur examen du 19 au 24 juin.

2° Les élèves de première année, qui désirent subir le premier examen de doctorat avant les vacances, devront consigner les mercredi 14 et jeudi 15 juin. (Ils prendront la quatrième inscription du 21 au 24 juin inclus et seront appelés à subir l'examen à partir du 26 juin.) Ceux qui ne consigneront pas aux dates ci-dessus indiquées seront renvoyés à la session d'octobre. Les aspirants à l'officiat sont astreints à subir en juillet les examens de fin d'année; ils consigneront en prenant, selon le cas, la quatrième, la huitième ou la douzième inscription ; ils ne peuvent être renvoyés à la session d'octobre que sur une autorisation spéciale du conseil de la Faculté.

3° En cas d'ajournement au premier examen de doctorat et aux examens de fin d'année, les élèves-docteurs de première

année et les aspirants à l'officiat pourront se présenter de nouveau à la session qui aura lieu du 16 au 31 octobre prochain. Ils devront se faire inscrire le lundi 9 ou le mardi 10 octobre 1893, dernier délai. (Ces dispositions sont applicables aux élèves-docteurs de première année qui ne se présenteraient pas à la session de juillet.)

— Position gratuite et lucrative, pour un médecin actif, dans chef-lieu de canton de Loir-et-Cher, sur la ligne de chemin de fer à une heure de Tours. — S'adresser au docteur Amat, à Rambouillet.

Précis iconographique des maladies de la peau, par le docteur E. Chatelain (de Paris), ouvrage accompagné de 50 pl. hors texte, en couleurs, représentant les principales maladies de la peau, reproduites d'après nature, par Félix Méheux, dessinateur des services de l'hôpital Saint-Louis. 1 fort vol. in-8° relié toile, tête dorée. — Prix : 25 francs.—Paris, A. Maloine.

Le micrographe préparateur, journal mensuel de micrographie générale et de technique micrographique, publié sous la direction de M. J. Tempère, avec la collaboration d'un groupe de spécialistes. (N° 5, mai 1893.) — Prix de l'abonnement : pour la France, 12 francs; pour l'étranger, 15 francs. — Prix du numéro : 1 fr. 25. — Paris, J. Tempère, 168, rue Saint-Antoine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 62. — JEUDI 1er JUIN 1893. 66e ANNÉE. JEUDI 1er JUIN 1893. — N° 62.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** D. — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : **20 c.** — Avec Supplément : **30 c.**

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Voici une nouvelle discussion engagée sur le tétanos et son traitement. On se rappelle que, dans la dernière séance, M. Berger s'est montré nettement partisan de l'intervention chirurgicale dans les cas de tétanos confirmé. M. Verneuil ne partage pas complètement l'opinion défendue par M. Berger; il fait de grandes réserves relativement à l'efficacité de l'opération. A l'aide d'un certain nombre de faits, il s'applique à démontrer que l'ablation du foyer tétanique n'arrête pas toujours la marche du tétanos et que l'opération, en pareil cas, est souvent superflue, inutile ou même dangereuse : superflue, parce que de nombreux faits montrent que le tétanos peut guérir par les moyens médicaux; inutile, en ce sens qu'elle n'empêche pas toujours la terminaison fatale; dangereuse, enfin, parce que, dans un certain nombre de cas, elle a paru aggraver la situation et entraîner elle-même la mort. De même que M. Berger a pu trouver des faits à l'appui de l'opinion qu'il soutient, de même M. Verneuil a rassemblé un certain nombre d'observations qui plaident en faveur des restrictions qu'il a faites. C'est généralement ainsi que les choses se passent quand il s'agit de déterminer les indications d'une intervention opératoire. Il faut, pour bien fixer ces indications, des statistiques bien prises et portant sur un nombre considérable de faits. La discussion actuelle peut, à ce point de vue, être fort utile si tous les chirurgiens veulent bien y apporter les résultats de leur pratique. Que tous, interventionnistes et abstentionnistes, publient leurs faits et, en peu de temps, on saura qui a raison de M. Berger ou de M. Verneuil.

Au début de la séance, la parole a été donnée à M. Sapelier, qui a fait à l'Académie une excellente description de l'épidémie de typhus exanthématique qui a sévi sur la Maison départementale de Nanterre. Au point de vue du traitement, M. Sapelier insiste sur les injections de sérum artificiel, qui lui auraient donné des résultats fort encourageants.

L'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Dumontpallier sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale. Les candidats sont classés de la manière suivante : en première ligne, M. Debove; en deuxième ligne, M. Hallopeau; en troisième ligne, M. Laveran; en quatrième ligne, M. R. Blanchard; en cinquième ligne, *ex æquo*, MM. Ferrand et Huchard.

HOPITAL LAENNEC

Deux cas d'hydronéphrose intermittente.

Par M. le docteur GÉRARD-MARCHANT,
Chirurgien des hôpitaux.

Je profite de la présentation de M. Monod (1) pour vous communiquer deux cas d'hydronéphrose intermittente, que j'ai recueillis dans le service de mon maître, M. Nicaise, à l'hôpital Laënnec.

Ces deux cas diffèrent par leur anatomie pathologique, leur physionomie clinique et la thérapeutique qui a été suivie.

La première malade, une cuisinière âgée de vingt-six ans, nous fut adressée par M. Landouzy. Elle souffrait, disait-elle, depuis de longues années, du bas-ventre et du flanc droit.

Le toucher vaginal nous démontra l'existence d'une salpingo-ovarite bilatérale, nous constations en même temps une ptose rénale totale à droite. Nous avions ainsi l'explication des douleurs du bas-ventre et de la sensation de gêne que la malade éprouvait au niveau du flanc droit. Cette coïncidence d'une lésion utéro-ovarienne et d'un rein mobile ne pouvait nous surprendre, étant donné la fréquence de cette association morbide.

L'ancienneté de la lésion des annexes, les souffrances accusées par cette malade, qui ne pouvait plus vaquer à ses occupations, nous semblaient commander une laparotomie qui fut pratiquée le 25 février 1892. A droite, nous trouvâmes un ovaire scléro-kystique. A gauche une trompe très notablement augmentée de volume, et infiltrée de pus.

Je passe sur les suites de l'opération qui furent très simples. Du 25 février au 15 mars, la température ne dépassa pas 37°5. Je note simplement l'impossibilité pour l'opérée d'uriner sans sonde pendant quinze jours.

La guérison semblait être définitive, quand le 16 mars la malade est prise de fièvre, de frissons, d'une courbature générale, de nausées, de vomissements et d'une somnolence invincible. En même temps, le flanc droit devient douloureux; les urines, qui jusque-là avaient été claires, abondantes, sont rares, foncées en couleur, et laissent déposer un nuage grisâtre. Examinées au microscope, on y trouve de rares globules de pus : pour la première fois, elles contiennent de l'albumine.

L'examen méthodique du rein droit nous révéla trois faits nou-

(1) Soc. de chir., séance du 19 mai 1893.

veaux et importants : le rein en ptase totale qui était *mobile, réductible* au gré de l'explorateur, était devenu *fixe, immobile*, sans que la palpation ou les efforts de toux parvinssent, comme au début, à le faire rentrer dans sa loge. Second point, ce rein était notablement *augmenté de volume*, et comme enserré dans une sorte de tuméfaction périphérique ; enfin, il était devenu *d'une sensibilité particulièrement exquise*.

Pendant trois jours, la malade présenta les mêmes accidents ; le quatrième jour, la fièvre tombe, l'appétit renaît, mais les urines sont toujours beaucoup moins abondantes. La température revient à 37 degrés et s'y maintient pendant quatre jours. A ce moment, c'est-à-dire le 23 mars, nouvelle ascension du thermomètre (40°) accompagnée des mêmes phénomènes. Cet accès présente la même durée que le précédent : trois jours. Le rein est toujours *fixe* et *immobile, augmenté de volume* et *douloureux*. Les urines sont rares.

Le 29 mars, changement à vue, tous les accidents cessent ; le rein est devenu aussi mobile que lors de la première exploration, il reste gros, mais moins douloureux.

C'est alors qu'en interrogeant la malade avec plus de soins, on apprend que depuis quatre ans elle a eu des accès analogues, à huit ou neuf reprises différentes. La première fois elle a gardé le lit pendant deux mois : la région du flanc droit avait augmenté de volume à cette époque. On l'a soignée par des pointes de feu et des vésicatoires.

Les autres accès duraient quinze jours, huit jours, trois et quatre jours. Dans l'intervalle, la malade reprenait ses occupations.

En présence de ces symptômes, je portai le diagnostic d'étranglement rénal, de rein mobile immobilisé : accidents que l'on explique maintenant par la coudure de l'uretère. C'était une hydronéphrose intermittente, infectée, pas une pyonéphrose, puisque les urines ne contenaient pas toujours du pus, et que, en dehors des crises, la malade était apyrétique.

Je conseillai l'usage d'une ceinture de Glénard, espérant par ce refoulement du rein, soulager la malade. Mais le 1er décembre 1892, elle rentrait à Laënnec, demandant à être opérée, car elle avait eu, depuis sa sortie de l'hôpital, quatre crises rénales très douloureuses.

Le 20 décembre 1892, avec nos aides habituels, MM. Renault et Damaye, internes des hôpitaux, et l'assistance amicale de mon collègue, M. Tuffier, je pratiquai à cette malade une néphropexie, précédée d'une néphrotomie et d'un drainage rénal.

Ce seul plan opératoire permettait en effet : 1° de s'assurer qu'il n'y avait pas de calcul rénal (quoique la chose fût peu probable, car la malade n'avait jamais eu d'hématurie, et que les accès offraient un type clinique différent de celui des calculs) ; 2° de désinfecter la poche ; 3° de s'opposer par le drainage à la rétention de liquides septiques.

Je passe sur les détails de l'opération. Le rein, découvert par une incision lombo-iliaque, fut incisé sur la partie moyenne de son bord convexe jusqu'au bassinet. Le doigt introduit par cette brèche rénale put constater les dimensions excessives du bassinet, mais l'exploration digitale, ou avec l'extrémité d'une pince, ne révéla pas la présence d'un calcul.

Le rein était gros et le parenchyme rénal d'apparence saine.

Un drain (tube de caoutchouc rouge sans orifices latéraux) plonge dans le bassinet — suture à la soie du tissu rénal, au-dessus et au-dessous du drain. Le rein est fixé à la dernière côte et à la paroi, par trois fils de soie qui traversent la capsule et les plans musculo-aponévrotiques de la paroi abdominale.

La peau de la paroi abdominale est ensuite suturée. Pansement à la gaze iodoformée.

La guérison opératoire n'a rien présenté d'anormal. Pendant deux ou trois jours il s'est écoulé par le drain un liquide roussâtre, en petite quantité. Le drain fut retiré au bout de six semaines. Fermeture très rapide du trajet du drain, sans fistule.

Cette malade que je vous présente est aujourd'hui guérie de son infirmité, elle n'a plus eu de crises, et elle vous témoignera son bonheur d'être débarrassée de ses douleurs.

Voilà donc un cas de rein mobile, avec crises douloureuses pouvant être rapportées à une hydronéphrose intermittente et guérie, momentanément du moins, par la fixation du rein précédée de néphrotomie et du drainage intrarénal.

Il nous serait facile de citer des cas semblables, et je vous rappelle l'observation, déjà ancienne, de M. Guyon et celle de M. Albarran, communiquées au Congrès de chirurgie en 1893. M. Tuffier a obtenu aussi des succès par la néphropexie dans le cas d'hydronéphrose intermittente.

J'ajoute qu'au cours de notre opération, il ne nous fut pas possible de constater la coudure de l'uretère : le bassinet était distendu, vous ai-je dit, mais le succès dû au relèvement du rein et à sa fixation, semble plaider en faveur de cette explication, aujourd'hui incontestable, après la lecture du travail très intéressant de MM. Baudoin et Terrier.

L'histoire clinique de ma seconde malade n'est pas moins curieuse (1) :

Il s'agit d'une jeune fille de vingt et un ans, entrée à Laënnec (service de M. Nicaise), le 31 mars 1893, pâle, anémique, chétive, amaigrie, ayant l'habitus phtisique : elle se plaignait d'une douleur dans la région lombaire gauche, douleur qui remontait, disait-elle, à un accouchement en février 1889, et qui se serait exagérée lors d'un second accouchement en avril 1892.

En explorant la région lombaire gauche, nous constatâmes l'existence d'une tuméfaction sous-rénale, sans limites précises, occupant tout l'espace compris entre les fausses côtes et la fosse iliaque.

Cette tumeur était fluctuante, elle donnait lieu au ballottement rénal, et après avoir éliminé l'existence d'un kyste de la rate, le diagnostic d'hydronéphrose fut porté : dans un cas semblable nous avions vu Trélat, alors que nous étions son chef de clinique, faire une ponction, ramener un liquide renfermant de l'urée, mais cette ponction nous sembla inutile pour le diagnostic, susceptible même d'inconvénients.

Cette malade était en observation dans ce service : je l'examinai deux fois par semaine, et j'étais frappé de la diminution de volume de la poche.

Pour en constater l'existence, il fallait déprimer fortement la paroi abdominale, et arriver à comprimer la tumeur entre les mains placées, l'une sous les fausses côtes, l'autre dans la région lombaire : par cette sorte de resserrement de la tuméfaction, on arrivait à sentir une résistance.

Un jour, M. le docteur Glénard vint assister à notre visite et je montrai cette malade à notre distingué confrère, qui a étudié avec tant de crédit l'entéroptose et les déplacements concomitants du foie, de l'estomac et du rein ; quelle ne fut pas ma surprise, lorsque M. le docteur Glénard me dit : « Mais cette malade n'a rien du côté de son rein, on ne le sent pas : il n'est même pas abaissé ! »

En même temps que la disparition totale de cette tumeur rénale étaient apparu deux phénomènes importants : 1° l'augmentation de la quantité des urines : la malade urinait 3 litres au lieu de 1750 grammes de liquide ;

2° Ce liquide urinaire, absolument normal jusque-là, contenait 75 centigrammes d'albumine par litre.

Le 6 avril, la tumeur qui s'était éclipsée commençait à apparaître : les urines tombaient à 1750 grammes ; elles ne contenaient plus d'albumine.

L'examen attentif de cette malade pendant plusieurs semaines nous avait révélé :

(1) Rédaction d'après les notes de mon interne, M. Gallet-Duplessis.

1° Qu'il existait une tumeur rénale fluctuante ;

2° Que cette tumeur était à apparition intermittente : qu'elle se remplissait et qu'elle se vidait, qu'elle s'éclipsait en un mot ;

3° Que lorsque la tumeur se vidait dans la vessie, l'urine augmentait du double, qu'il y avait une débâcle urinaire, et qu'à ce moment l'urine contenait de l'albumine ;

4° Que lors de la formation de la tumeur, l'urine tombait à 1750 grammes, et les urines n'étaient plus albumineuses : la malade urinait dans son rein !

Le diagnostic d'hydronéphrose intermittente à évacuation totale et rapide fut définitivement porté.

Nous savions, d'autre part, que le rein droit était sain, puisque lorsque la porte rénale gauche était fermée, et que la malade urinait dans sa poche, les urines recueillies étaient normales comme quantité et comme qualité.

L'hydronéphrose était-elle infectée ? L'absence de fièvre, de douleur locale, de pus dans les urines ne nous permettait pas de penser que cette poche fût infectée.

L'intervention était décidée et nous l'avons pratiquée le 18 avril 1893, avec le concours de nos internes MM. Gallet-Duplessis, Collet et Blanc, et de notre collègue M. Albarran qui, sur notre demande, voulut bien nous assister.

Je me proposais de faire, à cette malade, la néphrotomie : je voulais conserver ainsi et utiliser, pour l'élimination des produits de désassimilation, les portions saines de la substance rénale ; il subsistait de cette substance rénale, puisque la poche se remplissait en quelques jours (de quatre à six jours).

Après avoir découvert le rein par la région lombaire, après l'avoir isolé de son atmosphère graisseuse, et fendu sa capsule, pendant qu'un aide repoussait le rein par la paroi abdominale, j'aperçus un kyste à paroi bleuâtre bombant au niveau du bord convexe du rein ; incision de ce kyste, qui donna issue à 300 grammes environ d'un liquide qui fut recueilli pour un examen bactériologique (pipette) et dans un vase à expérience pour des recherches chimiques.

Devant l'altération rénale, la transformation presque totale de son tissu en kyste, je renonçai à la néphrotomie, et pratiquai la néphrectomie, par le procédé d'Ollier (décortication sous-capsulaire).

L'opération fut simple ; la décortication s'effectua sans difficulté, mais pour amener la tumeur à l'extérieur, la pédiculiser, nous dûmes ponctionner une série de kystes et encore ces poches ne furent-elles pas toutes ouvertes, puisque la tumeur qui fut extraite en contenait encore un grand nombre.

Je passe sur les détails de l'opération : ligature isolée de l'uretère et des vaisseaux du rein. L'uretère était augmenté de calibre, mais non coudé : cautérisation au thermocautère du bout périphérique pour se mettre à l'abri de l'infection ; résection de la plus grande partie de la capsule du rein ; suture par étage, après drainage de la poche rénale.

Les suites opératoires ont été simples : la température a oscillé autour de 38 degrés pendant cinq jours ; le pouls s'est élevé à 130 (comme l'ont signalé divers observateurs à la suite de la néphrectomie) pour tomber à 90 au septième jour. Les urines sont tombées à 500 grammes le jour de l'opération : le lendemain, la malade rendait 750 grammes d'urine, puis 1000 grammes et, à partir du cinquième jour, 1250 grammes.

Les drains ont été supprimés au douzième jour et la réunion était complète au vingt-deuxième jour.

Cette opérée a aujourd'hui toutes les apparences de la santé, bien qu'elle conserve encore une respiration rude aux deux sommets.

Le rein qui a été enlevé était transformé en une série de loges, de poches, de kystes, séparés les uns des autres par des travées fibreuses ; il restait un peu de substance rénale (le quart du rein environ) au niveau du pôle supérieur. L'uretère, augmenté dans son calibre, mais sans lésion appréciable, s'ouvrait à la partie supérieure de la poche : la plus grande partie de la poche était au-dessous de l'abouchement de l'uretère, parallèle à lui, et on peut se demander si cette poche juxta-urétérique ne pouvait pas comprimer le conduit vecteur de l'urine.

L'examen des urines après l'opération (1) a fourni les résultats suivants : quantité, de 500 à 750, puis 1000 grammes ; urée, 37gr149 ; albumine, néant ; sucre, néant.

L'analyse chimique du liquide extrait de la poche a révélé : urée, 7 grammes ; phosphates, 80 centigrammes ; réaction alcaline ; albumine, proportions notables ; sucre, néant.

L'analyse microscopique a révélé des globules rouges, des leucocytes granuleux et polynucléés, des cellules épithéliales cylindriques, des cocci deux à deux et groupés en quatre.

M. Besançon, interne distingué des hôpitaux, a pratiqué l'examen bactériologique et a trouvé des staphylocoques blancs liquéfiant la gélatine.

L'examen histologique lui a révélé la présence de follicules tuberculeux siégeant surtout dans la région des tubes contournés, aux dépens desquels ils semblent formés. Il existe une sclérose très marquée, mais systématisée à certains groupes de tubes contournés et de glomérules, sclérose jeune formée surtout d'infiltration embryonnaire, péri-artérite banale et, dans certains points, d'apparence tuberculeuse.

Cette sclérose est très marquée au niveau de la papille et de la région des tubes de Bellini : la substance médullaire est très diminuée d'épaisseur et les éléments qui la composent semblent tassés.

Par contre, dans la région corticale, on rencontre des systèmes de tubes urinifères où il n'y a pas de lésion ni du côté de l'épithélium, ni du côté du tissu conjonctif.

Dans les coupes, on ne trouve pas de staphylocoques.

En résumé, il s'agissait d'une hydronéphrose intermittente, infectée, d'origine tuberculeuse.

TRAITEMENT

DES TUBERCULOSES CHIRURGICALES SUPPURÉES PAR L'EAU BOUILLANTE (2)

Par le docteur Jeannel,
Professeur à la Faculté de médecine de Toulouse.

II

M. Lannelongue, par ses célèbres travaux, a montré la constitution des parois des abcès froids. Il nous a appris leur pathogénie, leur mode de propagation ; il nous a révélé l'activité de la lutte engagée entre le bacille envahisseur et les éléments organiques ; il nous a décrit le champ de bataille dans toutes ses lignes d'attaque, de réserve et de défense.

Je n'ai pas besoin de rappeler cette lumineuse description, mais il m'importe de bien relever que la zone de tissu habitée par le bacille, la zone envahie, la zone à stériliser est épaisse et irrégulière, et que, par conséquent, l'agent stérilisant doit pénétrer une forte épaisseur de tissu pour avoir chance de détruire le bacille partout où il se trouve dans le foyer attaqué.

C'est là un premier point bien acquis.

Or, la pathologie nous apprend la différence qui existe entre les brûlures par le feu ou le fer rouge et les brûlures par l'eau bouillante ou la vapeur surchauffée. Sur un épiderme sec, s'il s'agit d'une application de courte durée, l'effet est à peu près le même ; mais s'il s'agit d'une application prolongée, le fer rouge carbonise le point touché et rôtit par rayonnement la surface voisine, tandis que l'eau bouillante ramollit et pénètre l'épiderme pour produire des lésions profondes.

Sur une muqueuse humide ou sur un muscle, le fer rouge pro-

---

(1) L'examen avant l'opération avait donné les résultats suivants : couleur, pâle ; odeur, *sui generis* ; consistance, assez fluide ; dépôt, quelques flocons ; densité, 1018 ; réaction, acide ; urée, 17g934 ; acide phosphorique, 1g94 ; albumine, néant ; sucre, néant.

(2) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 563.

duit une eschare sèche, limitée et plus ou moins superficielle l'eau bouillante produit une eschare humide, diffuse et profonde. Voici, du reste, une expérience.

Sur un même chien anesthésié, les muscles fessiers sont mis à découvert de chaque côté, un thermomètre est placé profondément dans la masse musculaire. D'un côté je traite la surface musculaire par l'ébouillantement dans les mêmes conditions et pendant le même temps que s'il s'agissait d'un malade endormi. Je constate que le thermomètre monte de 6 degrés, de 36 à 42. De l'autre côté je traite la surface musculaire par la cautérisation au thermocautère porté au rouge blanc et je brûle beaucoup plus énergiquement et plus longtemps qu'on ne le fait en clinique; c'est à peine si le thermomètre monte de un demi-degré et pourtant la surface du muscle est absolument carbonisée. Or, du côté ébouillanté, l'épaisseur de la couche musculaire était de 11 millimètres, tandis que du côté carbonisé elle n'était que de 8 millimètres. Renouvelant l'expérience, j'ai reconnu qu'on influençait le thermomètre par la cautérisation au thermo à travers une épaisseur musculaire de 4 millimètres. D'autre part, j'ai constaté que l'épaisseur de muscle cuit par l'ébouillantement atteignait 6 millimètres, tandis que l'épaisseur de muscle rôti par le thermocautère chauffé à blanc et agissant par contact n'était que de 3 ou 4 millimètres. On voit que la différence est toute à l'avantage de la chaleur humide. La chaleur humide est donc en thérapeutique, plus pénétrante que la chaleur sèche, même à grosse inégalité de degré thermique; d'ailleurs, est-il utile de rappeler que dans les laboratoires il faut beaucoup plus de temps et une température beaucoup plus élevée pour stériliser par la chaleur sèche, qu'il n'en faut pour stériliser par la chaleur humide?

Mais l'application de la chaleur humide à la stérilisation thérapeutique ne devait pas avoir, dans mon esprit, le seul avantage d'agir sur une plus grande épaisseur de tissu; elle devait également offrir le précieux bénéfice de diffuser le calorique dans les moindres recoins de la plaie, là où le couteau du thermocautère ni la flamme du chalumeau ne pouvaient prétendre à pénétrer ou à rayonner. L'eau chaude versée et retenue dans une plaie anfractueuse s'infiltre, en effet, nécessairement dans tous les interstices.

En résumé, le problème de la stérilisation d'une plaie tuberculeuse étant : 1° de chauffer le bacille à 80 degrés pour le tuer et décomposer ses toxines; 2° de l'atteindre partout où il se trouve, l'emploi de la chaleur humide à 100 ou 110 degrés offrait cet immense avantage sur l'emploi de la chaleur sèche à 600 ou 1600 degrés, d'agir plus profondément, plus largement et, par conséquent, plus sûrement.

Le meilleur moyen d'application de ces principes eût été évidemment de remplir la plaie à stériliser d'eau froide stérile et de chauffer l'eau sur place. En pratique, cela est possible dans certaines conditions. Si par exemple on a à traiter une plaie cavitaire de petite dimension; après l'avoir nettoyée, curetée, hémostasiée par compression temporaire ou autrement, on y versera, comme dans une petite cuvette, de l'eau salée qui bout à 105 degrés et se refroidit lentement; puis on plongera dans le liquide la lame rougie à blanc et constamment chauffée du thermocautère. L'eau entrera vite en ébullition, une écume albumineuse se formera bientôt, montrant la réalité de la coction des parois. Rapidement du reste, comme la cavité est petite, l'eau s'évaporera et le bouillon, trop concentré, devra être étendu pour que l'on puisse continuer la coction, qu'il suffira de faire durer de cinq à dix minutes.

Si l'on a à traiter un abcès froid non ouvert, ce qu'il ne m'a pas été donné de faire encore, voici la technique que je conseillerai : deux trocarts; deux ponctions distantes l'une de l'autre; un entonnoir dans l'un des trocarts; un tube de caoutchouc amorcé sur l'autre. L'abcès est vidé et lavé. Une cafetière est placée sur un réchaud. On verse de l'eau de plus en plus chaude dans l'abcès, par l'entonnoir, jusqu'à y verser de l'eau bouillante. L'eau s'échappe par le second trocart; on règle l'écoulement en pinçant plus ou moins le tube de caoutchouc. Je n'insiste pas, n'ayant pu encore appliquer le procédé.

Mais voici une plaie fraîche de résection du coude pour ostéo-arthrite tuberculeuse avec abcès circonvoisins. La curette et les ciseaux ont enlevé toutes les fongosités apparentes et disséqué la synoviale. Mais que de points malades ont échappé à leur action! S'il n'existe que l'incision opératoire, il sera aisé, l'hémostase étant maintenue ou faite, de verser directement de l'eau salée bouillante dans le foyer cavitaire opératoire. S'il existe des fistules et des contre-ouvertures, cela n'est plus possible; le vase opératoire fuirait. Mais on peut tourner la difficulté et voici comment j'ai opéré dans les cas de ce genre. Toutes les ouvertures de la plaie sont maintenues béantes à l'aide d'écarteurs et de pinces à griffes. Pour éviter les brûlures, la peau des environs des plaies est protégée à l'aide de serviettes ou de compresses épaisses humectées d'une solution froide de sublimé à 1/1000, ou bien elle est irriguée avec une solution antiseptique froide qui ne doit pas pénétrer dans la plaie. Des tampons d'ouate hydrophyle, de telle grosseur qu'ils puissent passer par l'incision béante, sont plongés, au moyen de pinces qui les portent, dans de l'eau salée bouillante contenue dans un réservoir voisin, retirés et vivement fourrés dans la cavité de la plaie. On en place plusieurs les uns à côté des autres, de façon à bourrer ainsi la totalité de la plaie de tampons humectés d'eau bouillante. On renouvelle une dizaine de fois le même tamponnement.

Telle est la technique que j'ai mise en usage. Défectueuse elle l'est, car elle expose aux brûlures superficielles des lèvres cutanées de la plaie; c'est pourquoi je m'efforce de la perfectionner et j'espère y parvenir bientôt.

Quel que soit le procédé d'ébouillantement employé, voici ce qu'on observe. Toute la surface ébouillantée prend un aspect grisâtre de bœuf bouilli; elle reste humide; l'hémostase capillaire y est faite, mais celle des artérioles ou veinules n'est pas sûre. Lorsque l'on enlève le tube d'Esmarch en effet, la plaie se remplit de sang comme si aucune cautérisation n'avait été faite; mais quelques ligatures suffisent, les capillaires ne saignent pas. Comme pansement, j'ai parfois placé quelques points de suture aux angles d'incisions un peu longues et bourré le gros de la cavité de gaze aseptique; d'autres fois, je me suis borné à envelopper le membre d'un pansement aseptique. Je ne comptais pas sur la moindre réunion immédiate, j'en ai obtenu plus que je ne prévoyais.

Dans tous les cas, dès le lendemain, un suintement très abondant se produit, qui inonde le pansement, lequel doit être renouvelé. Mais bientôt, au bout de cinq ou huit jours, le suintement se tarit, la plaie grise se déterge, devient rosée, magnifiquement granuleuse et marche rapidement vers la cicatrisation. Tels sont les faits que j'ai observés et cela, qu'il s'agisse de plaie fraîche de résection ou de plaies tuberculeuses bourrées de fongosités suppurantes, dans des cas où l'amputation semblait formellement indiquée.

Les brûlures superficielles, mais inutiles de la peau, sur laquelle tombe et fuse l'eau bouillante, les brûlures profondes et graves d'organes délicats, nerfs, moelle épinière, surface intestinale, parois de gros vaisseaux, tels sont les inconvénients et tels sont les dangers de la méthode que je propose. Les inconvénients seront évités, avec un peu d'adresse, par les perfectionnements de la technique; quant aux dangers, l'expérience apprendra à les apprécier et fixera plus nettement que je ne puis le faire aujourd'hui les indications et les contre-indications de la méthode.

Quant aux résultats thérapeutiques obtenus, voici ce que je veux en dire aujourd'hui :

J'ai appliqué l'ébouillantement comme procédé de stérilisation de tuberculoses chirurgicales ouvertes dans deux catégories de cas; à savoir :

1° Dans des cas d'ostéo-arthrites tuberculeuses où il n'y avait plus qu'à amputer ou à se résigner, la résection suivie d'extirpa-

tion de la synoviale et des abcès circonvoisins et de cautérisation au thermo, par contact et rayonnement, ayant échoué : quatre observations;

2° Dans des cas d'ostéo-arthrites tuberculeuses ou d'abcès froids non encore traités et que j'ai entrepris de guérir d'emblée soit par le curage, soit par la résection, suivis d'ébouillantement : sept observations.

Je ne relaterai pas ici les faits de la deuxième catégorie, ils sont encore trop récents pour être démonstratifs; qu'il me suffise d'affirmer qu'ils sont des plus encourageants. Quant aux faits de la première catégorie, en voici le résumé succinct :

Observation I. — Ostéo-arthrite tuberculeuse du coude suppurée et ouverte, abcès circonvoisins, chez une jeune fille de vingt-quatre ans : résection du coude, dissection et extirpation de la synoviale et des abcès, curetage, cautérisation au thermocautère par contact et par rayonnement; récidive rapide dans les parties molles et les surfaces de section des os : indication formelle d'amputer; ébouillantement après curetage des fongosités; guérison au bout de deux mois.

Obs. II. — Vieille ostéo-arthrite tuberculeuse du genou suppurée et ouverte, chez une femme de soixante ans, fusée sous le triceps en dedans et sous les jumeaux par le creux poplité; résection large du genou, extirpation de la synoviale, curetage des abcès et cautérisation au thermo par contact et rayonnement; récidive sous le triceps et les jumeaux; ébouillantement après curetage; transformation rapide de la plaie qui granule simplement et se cicatrise.

Obs. III. — Ostéo-arthrite tibio-tarsienne suppurée et ouverte, chez un homme de trente-cinq ans, fusée dans les gaines internes et antérieures et le long du tendon d'Achille; résection tibio-tarsienne large, dissection de la synoviale et des gaines aussi exacte que possible, cautérisation au thermocautère; récidive dans le foyer de résection et dans les gaines tendineuses; curetage; ébouillantement. Mais le foyer est ici si largement ouvert, que l'eau chaude ne peut séjourner en contact avec les parties malades. Néanmoins, amélioration considérable qui en impose même pour la guérison. Au bout d'un mois, récidive, nouvel ébouillantement dont le résultat immédiat est excellent, mais dont le résultat est encore douteux.

Obs. IV. — Enfin, chez une pauvre fille de vingt ans qui, à la suite d'une résection de la hanche pour coxo-tuberculose, gardait une suppuration profuse dépendant d'abcès fessiers et d'une ostéite de l'os iliaque, l'ébouillantement, sans amener la guérison, a procuré une amélioration des plus évidentes.

En résumé, abstraction faite des cas de la deuxième catégorie, qui tous sont heureux, mais dont je ne veux point parler encore, parce qu'ils ne sont pas encore assez anciens pour que je puisse jurer qu'ils sont à l'abri de la récidive; dans ces quatre observations qui, toutes, ont trait à des cas que je qualifierai de désespérés, j'ai obtenu deux guérisons (Obs. I, II), et deux améliorations (Obs. III et IV). Je relève que les deux guérisons ont été obtenues avec des plaies bien cavitaires, capables de retenir l'eau bouillante et d'en subir l'action prolongée; qu'au contraire, les améliorations ont été le seul résultat obtenu dans des cas où les plaies, largement ouvertes en tout sens (Obs. III) ou extrêmement anfractueuses (Obs. IV), n'ont pu conserver l'eau bouillante ou même en recevoir le contact sur toute leur étendue.

Il y a donc des cas où l'ébouillantement peut mal réussir; cependant je crois pouvoir conclure, étant donné l'extrême gravité des cas, auxquels je me suis dès le principe attaqué, que l'ébouillantement constitue une méthode de stérilisation des plaies tuberculeuses capable de donner les résultats les meilleurs, voire même les plus inattendus.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 mai 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

COMMUNICATION

L'épidémie de typhus exanthématique à la Maison de Nanterre. — **M. SAPELIER** rend compte de l'épidémie de typhus qui a sévi à la Maison de Nanterre. Il y a eu 23 cas, dont 14 décès et 9 guérisons. M. Sapelier a constaté, chez tous ces malades, les symptômes classiques du typhus. Il a fait des recherches bactériologiques qui ont donné des résultats négatifs; il n'a trouvé que des bactéries banales.

Quant au traitement, il a surtout été tonique, analgésique et hygiénique. M. Sapelier insiste cependant sur l'usage des lotions froides et les injections de sérum artificiel.

Aussitôt que la température dépassait 40 degrés, on faisait des lotions froides, vinaigrées. Les malades en ressentaient un grand soulagement. On avait recours également aux lavements froids.

M. Sapelier insiste particulièrement sur l'action des injections intra-veineuses de sérum artificiel. Une injection de 600 grammes était faite lentement toutes les vingt-quatre heures; et sous l'influence de ces injections, les typhiques, dans un état de prostration telle que la mort semblait imminente, revenaient à eux à mesure que le sérum pénétrait dans la circulation. La température s'abaisse à la suite de l'injection et même peut rester pendant quelques heures aux environs de la normale. En général, la température ne remonte pas aussi haut qu'avant le début des injections, et les nouvelles doses de sérum amènent progressivement la défervescence. Douze malades ont été traités par ces injections de sérum artificiel : 6 ont guéri, 6 sont morts. Cette méthode a surtout été employée dans des cas très graves.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TÉTANOS

M. VERNEUIL commence la lecture d'un travail sur le tétanos. (Voir au Premier-Paris.)

L'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 mai 1893. — Présidence de M. Périer.

DISCUSSION SUR L'HYDRONÉPHROSE INTERMITTENTE

M. ROUTIER a opéré une malade qui, à la suite d'un accouchement, avait eu des accidents de cystite aiguë; cette maladie persista à l'état chronique, mais en offrant, de temps à autre, une recrudescence, et, en 1891, on lui pratiquait une fistule vésico-vaginale qui n'amena aucun soulagement.

Bientôt apparurent des crises d'hydronéphrose avec fièvre et urine d'abord claire, puis muco-purulente; ces crises se répétèrent de plus en plus fréquemment et on constata que les deux reins étaient volumineux et que le rein gauche était douloureux.

M. Routier fit la néphrotomie du côté gauche et découvrit quatre abcès renfermant environ un litre de pus; il y eut une amélioration et une disparition momentanée des crises; il put refermer la fistule vésico-vaginale. Depuis, l'état général de la malade est assez satisfaisant, bien que de temps en temps elle ait encore des arrêts d'urine; le rein droit est resté volumineux; quant au côté gauche, il est toujours le siège d'une petite fistule rénale.

M. PICQUÉ rappelle, à propos du drainage dans les hydronéphroses, qu'il a publié un fait analogue à celui de M. Monod, et qu'il a assimilé les tumeurs urinaires aux tumeurs liquides des annexes; il invoquait alors certains faits pour établir que l'on pouvait parfois opérer sans drainage dans les deux cas.

M. TERRIER ne croit pas qu'on puisse poser une règle générale relativement au drainage. Si le rein et sa périphérie ne sont pas

septiques, on peut se dispenser de tout drainage; dans le cas contraire, il faut y avoir recours, et cela d'autant plus qu'un drain, même appliqué sans utilité, ne peut être nuisible. C'est en raison de ces accidents septiques que la pratique qui consiste à fixer l'uretère au dehors lui paraît avantageuse.

Quant à l'assimilation que M. Picqué établit entre les pyonéphroses et les salpingites, il ne peut l'admettre d'une façon générale. Tous les pus ne se ressemblent pas, et il y aurait utilité à en déterminer la nature; on sait, en effet, que, dans les salpingites tuberculeuses, il peut ne pas se produire d'inoculation, tandis que, dans les autres variétés, le pus contient des microbes avec lesquels il y a lieu de compter pour l'avenir. Assurément, la cautérisation des surfaces sectionnées peut annihiler leur action, mais le drainage est une autre garantie qu'on aurait tort de négliger.

M. TUFFIER soutient la même opinion : quand le rein est aseptique, le drainage est inutile; s'il est septique, il faut drainer. Comme M. Terrier, il croit qu'il ne faut pas assimiler les salpingites purulentes aux pyonéphroses, car, dans ce dernier cas, on laisse dans le ventre un uretère, qui peut être infecté sur une assez grande longueur, et qui peut être le point de départ d'une infection secondaire.

M. REYNIER ne croit pas que la cautérisation des moignons, si elle est capable de prévenir les accidents immédiats, puisse empêcher les infections secondaires. Dans les salpingites, il regarde ces infections comme assez fréquentes dans les huit ou quinze jours qui suivent l'opération; elles se révèlent par un léger empâtement douloureux qui, ordinairement, disparaît de lui-même. Le drainage ne peut donc qu'être utile en pareille circonstance, et il le sera encore plus dans les pyonéphroses.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS TUBERCULEUSES DU PIED

M. BERGER, à propos de la communication de M. Félizet, dit que les affections tuberculeuses du pied se présentent sous des aspects trop variés pour que l'on puisse régler son plan opératoire d'avance. Le procédé de tarsectomie de M. Félizet ne paraît pas devoir être toujours préconisé. Dans ces tuberculoses, on ne sait jamais au juste quelle est l'étendue des lésions.

Les résultats que donnent, en général, les incisions externes, ne laissent rien à désirer. Elles conduisent directement sur l'astragale, le calcanéum, etc. et permettent très facilement de les évider ou de les extirper, suivant la nécessité, et, en agissant ainsi, on peut toujours facilement découvrir l'articulation tibio-tarsienne et enlever ou réséquer toutes les parties malades. On a objecté que ces procédés forçaient à la section des tendons péroniers; c'est là un inconvénient de peu d'importance.

Par l'incision plantaire, il semble que l'on reste toujours assez loin de l'articulation et comme il est quelquefois nécessaire de drainer la plaie, il peut en résulter une cicatrice gênante dans la suite.

M. FELIZET ne croit pas, en effet, qu'il faille préconiser un procédé opératoire à l'exclusion de tout autre, mais il estime que l'incision plantaire permet d'aborder très facilement l'articulation; elle découvre largement toutes les parties, malades ou non, et, par conséquent, facilite ainsi l'extraction des parties malades.

LECTURE

Taille hypogastrique chez un enfant. — M. LECERF (de Valenciennes) communique une observation de taille hypogastrique faite pour l'extraction d'un calcul chez un enfant.

PRÉSENTATION

Lithiase biliaire. — M. TUFFIER présente une vésicule biliaire et un canal cystique remplis de calculs mous de bilirubine, provenant d'une vieille femme morte d'angiocholite suppurée. Cette femme avait subi la laparotomie pour un abcès du foie; sa vésicule avait été ponctionnée, mais la consistance molle des calculs avait empêché de les reconnaître.

La séance est levée.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Injecteur hypodermique du docteur G. Baÿ.

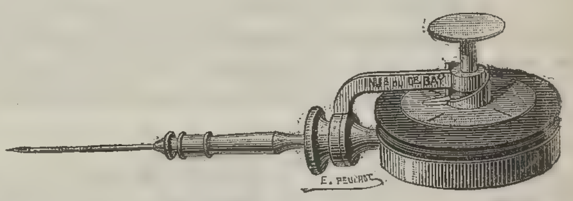
L'usage de plus en plus généralisé, par la thérapeutique moderne, des médications par la voie hypodermique, a été la cause de l'étude de l'instrumentation le mieux appropriée à la pratique de l'injection hypodermique.

Les instruments les plus variés ont vu alors le jour, dus à l'ingéniosité des maîtres et des élèves et visant tous à atteindre le même but : l'antisepsie.

M. le professeur d'Arsonval disait alors déjà : « Adopter de préférence à tout autre le système qui vous paraîtra le plus facilement stérilisable. La seringue de Pravaz ordinaire, avec son piston de cuir, son ajustement compliqué, ne répond pas à ces conditions. » (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 716.)

C'est à cet ordre d'idées que le docteur Baÿ a voulu apporter sa contribution en recherchant la possibilité de constituer un appareil absolument différent du type existant et toujours plus ou moins modifié : la seringue.

L'instrument qu'il a réalisé et que représentent les figures ci-contre se compose essentiellement d'un anneau ou tambour métallique à fond de verre, intimement uni au métal par une soudure obtenue au moyen d'un dépôt galvanique préalable.





Sur la cuvette absolument étanche ainsi constituée est tendue une membrane de caoutchouc, maintenue en place par sa seule élasticité dans une gorge profonde entaillée à cet effet dans l'anneau. Cette membrane peut être enlevée du tambour chaque fois qu'on veut stériliser ou simplement nettoyer l'appareil.

Une plaque métallique commandée par un bouton propulseur repose sur la membrane de caoutchouc et sert à la déprimer contre la paroi opposée du tambour.

Un cylindre hélicoïdal, fixé au propulseur, sert à obtenir à volonté une dépression progressive et de même la graduation de l'appareil, le dosage du liquide, l'expulsion des bulles d'air qu'il peut contenir.

L'injection se fait de la manière suivante :

1° Aspiration préalable du liquide par pression d'abord, puis relâchement de la membrane souple;

2° Dosage, au moyen de la rotation à droite du bouton propulseur, qui chasse l'air et la quantité du liquide voulue;

3° Pression exercée sur le propulseur jusqu'à contact du caoutchouc avec toute la surface de la paroi rigide opposée.

Dans ce dispositif d'injecteur hypodermique qu'il a voulu rendre maniable pour toutes les mains; dont toutes les parties, démontables, sont stérilisables par l'eau bouillante ou les liquides antiseptiques, l'auteur a cherché à obvier aux inconvénients des systèmes de seringues ordinaires, dont la construction est peu conforme aux règles de l'antisepsie, et dont le fonctionnement est inégal pour diverses causes, dont le dessèchement des pistons, l'irrégularité du calibrage des verres, etc.

Cet instrument a été présenté à l'Académie des sciences par M. le professeur Brown-Séquard.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le dimanche 4 juin, à dix heures du matin, rue de Lutèce, aura lieu, sous la présideuce de M. Charles Dupuy, président du Conseil des ministres, l'inauguration de la statue de Théophraste Renaudot, médecin de Louis XIII, qui, en dehors du journalisme, créa les consultations charitables et toute l'assistance publique à domicile. Le secrétaire général, M. Gilles de la Tourette, nous informe que M. Brouardel prendra la parole au nom de la Faculté de médecine, M. Cadet de Gassicourt au nom de l'Association de la presse médicale française, M. le professeur Grasset au nom de l'Université de Montpellier.

MM. les docteurs, internes et étudiants en médecine, seront reçus sur la présentation de leur carte.

— Deux nouveaux pavillons de chirurgie (Pasteur et Lister) viennent d'être inaugurés à l'hôpital Cochin.

— M. le docteur A.-J. Martin donnera sa prochaine conférence pratique du cours d'hygiène sociale, le dimanche 4 juin 1893, à la Piscine municipale, rue Rouvet, nº 1 (XIXe arrondissement, rue de Flandre, 160), à neuf heures et demie très précises du matin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 63. — SAMEDI 3 JUIN 1893. 66e ANNÉE. SAMEDI 3 JUIN 1893. — N° 63.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Traitement de l'hyperchlorhydrie.

Par le docteur Maurice SOUPAULT,
Ancien interne des hôpitaux.

Les recherches modernes sur la pathologie de l'estomac, aidées par l'emploi d'une nouvelle technique, ont profondément modifié l'aspect des dyspepsies. Aux notions vagues fournies par l'étude clinique pure et simple, l'exploration de l'estomac a permis de substituer des données précises. En étudiant comparativement chez les malades le chimisme gastrique, la motricité de l'estomac, et les différents symptômes fonctionnels, on a pu établir des types morbides bien déterminés et pour ainsi dire rationnels. La thérapeutique a aussi bénéficié de ces progrès dans une large mesure.

Le type dyspeptique le mieux caractérisé aujourd'hui est, sans contredit, la dyspepsie dite hyperchlorhydrique, décrite, pour la première fois, par Reichmann, en 1882 (1). Le but de cette Revue est d'étudier la médication à employer pour combattre cet état morbide. Mais il nous semble utile de faire précéder cet exposé thérapeutique de quelques considérations cliniques, car l'hyperchlorhydrie se présente sous différentes formes, d'allure variable, et de gravité inégale, et la conduite à tenir n'est pas la même dans tous les cas.

I

DÉFINITION. — L'hyperchlorhydrie, désignée quelquefois sous le nom de maladie de Reichmann (2), est essentiellement caractérisée par l'exagération de la fonction glandulaire de l'estomac. Elle peut se présenter sous divers aspects.

DIVISION. — A. Le plus souvent, elle est chronique et se montre sous forme de trouble gastrique durable, de dyspepsie. Il y a lieu d'établir dans ce groupe des subdivisions :

1° Dans l'*hyperchlorhydrie simple*, le suc gastrique sécrété au moment des repas est trop acide et souvent trop abondant ;

2° Dans l'*hypersécrétion continue*, on observe en outre que la sécrétion est incessante et se poursuit même à jeun, au lieu d'être, comme à l'état normal, intermittente, provoquée par l'arrivée des aliments dans l'estomac ; à tous moments de la journée, on peut obtenir, à l'aide de la sonde, du suc gastrique parfaitement actif ;

3° Enfin l'*hyperchlorhydrie est souvent associée à l'ulcère rond* qui en serait la cause d'après certains auteurs (1) ou l'effet d'après quelques autres (2).

Les altérations qualitatives et quantitatives de la sécrétion devront être constatées par l'examen direct du suc gastrique, d'après les procédés d'analyse connus, chaque fois que l'exploration par la sonde pourra être pratiquée. [On sait qu'on peut considérer comme hyperchlorhydrique un suc gastrique d'une acidité supérieure à 2,25 p. 1000. Il faut, bien entendu, que cette acidité soit due à l'acide chlorhydrique, seul acide de sécrétion, et non pas à des acides organiques, résultat de fermentations anormales (3).]

Mais bien des dyspeptiques refusent de se prêter à cette manœuvre. Heureusement les hyperchlorhydries s'accompagnent, dans la majorité des cas, d'un ensemble de symptômes ayant une physionomie clinique assez caractéristique pour permettre au médecin d'affirmer ou tout au moins de soupçonner fortement ce vice de la sécrétion gastrique.

1° *Hyperchlorhydrie simple.* — La maladie varie d'intensité et, selon les cas, a un aspect plus ou moins typique.

Le grand caractère de la dyspepsie hyperchlorhydrique, c'est de se manifester de deux à trois heures après la fin du repas, alors que la digestion est plus active. C'est là un signe d'une grande valeur. On peut même dire que c'est le seul, car les sensations et les troubles fonctionnels qu'éprouvent les dyspeptiques de cette catégorie n'ont rien de spécial et on s'exposerait à de grandes erreurs, en basant le diagnostic sur la nature et l'intensité des douleurs accusées par les malades.

D'ailleurs ces sensations sont plus ou moins pénibles.

(1) REICHMANN. *Berlin. klin. Wochens.*, 1882, p. 606-608.
(2) BOUVERET et DEVIC. *De la dyspepsie par hypersécrétion gastrique*, 1892.

(1) MATHIEU. *Traité de médecine*, 1891 ; — *Gaz. des hôpit.*, 1892.
(2) DEBOVE et RENAULT. *Ulcère de l'estomac*, 1892.
(3) Voir, à ce sujet, les ouvrages spéciaux : HAYEM et WINTER. *Chimisme gastrique*, 1892 ; — Gaston LYON. Th. de Paris, 1889 ; — MATHIEU. *Gaz. des hôp.*, 1888 ; — MATHIEU et RÉMOND. *Ibid.*, 1892 ; — MATHIEU. *Traité de médecine*, 1891 ; — DEBOVE et RÉMOND. *Lavage de l'estomac*, 1892 ; — SOUPAULT. Th. de Paris, 1893.

Dans les formes légères, tout se réduit à un simple malaise épigastrique, plutôt qu'à une véritable douleur. On note en plus du pyrosis et des éructations assez abondantes; en même temps, les malades ont un sentiment général de fatigue et un peu de torpeur intellectuelle. Tous ces phénomènes incommodes disparaissent au bout d'une heure, et les malades, après cette légère indisposition, se retrouvent tout à leur aise. On passe par des transitions insensibles à la forme typique de l'hyperchlorhydrie, qu'on peut décrire de la façon suivante :

L'appétit des malades est le plus souvent conservé, ils se mettent à table avec plaisir. Pendant le repas, ils n'éprouvent aucune gêne. En se levant de table, ils vaquent à leurs occupations, la digestion ne paraît pas troublée à ce moment. Mais vers trois ou quatre heures de l'après-midi, les souffrances commencent : les malades ressentent d'abord un simple malaise, puis les douleurs augmentent d'intensité et deviennent véritablement intolérables. Elles sont brûlantes, lancinantes, térébrantes, crampoïdes. La douleur transfixive avec point xiphoïdien et rachidien, considérée comme caractérisant l'ulcère rond, est ici d'une grande fréquence. En même temps, il y a souvent du pyrosis, des régurgitations acides, des renvois gazeux sans ballonnement du ventre. Enfin les vomissements surviennent spontanément ou provoqués par le malade même, qui connaît bien ce moyen infaillible pour calmer ses souffrances. En effet, l'estomac évacué, soit par vomissement, soit par le passage de la masse alimentaire dans l'intestin (celle-ci dans les cas d'hyperchlorhydrie simple est complète environ cinq à six heures après les repas), les douleurs cessent comme par enchantement.

Le tableau morbide se reproduit à l'occasion de chaque repas, avec une intensité plus ou moins forte, selon que le malade a peu ou beaucoup mangé.

Le matin, à jeun, les dyspeptiques ne souffrent pas ou n'ont qu'une sensation de tiraillement. C'est pour eux le meilleur moment de la journée.

L'hyperchlorhydrie simple est, avant tout, une affection très douloureuse. Dans les cas intenses, les malades subissent à chaque repas une véritable torture. Aussi la plupart d'entre eux, soit de leur propre autorité, soit mal conseillés par leur médecin, restreignent leur alimentation, se mettent au régime lacté exclusif par exemple. Ils maigrissent alors rapidement et s'ils suivent trop longtemps ce régime, ils arrivent à un état d'anémie et de neurasthénie profondes.

Quelque grave que soit l'état de ces malades, on peut cependant dire qu'un traitement bien dirigé peut avoir raison de leurs douleurs et relever rapidement leurs forces.

2° *Hypersécrétion continue.* — La situation est plus grave dans l'*hypersécrétion continue*. Ici, les symptômes qui suivent les repas sont à peu près semblables, plus intenses peut-être que dans la forme précédente ; mais ils persistent plus longtemps et, même à jeun, les malades ressentent au creux épigastrique des douleurs aiguës venant par accès et dues à une sécrétion intempestive. Outre qu'elle amène l'exagération de la douleur, la présence constante d'un suc gastrique acide modifie profondément les conditions du milieu stomacal; nous en verrons plus loin les conséquences.

Au début, l'hypersécrétion acide constitue toute la maladie, mais il intervient rapidement un facteur d'une gravité considérable. Sous l'influence d'un travail d'inflammation chronique, la tunique musculaire de l'estomac s'altère, se laisse distendre et il en résulte une dilatation d'estomac, avec stase des matières alimentaires. On en reconnaît l'existence par les signes habituels (percussion, clapotage, succussion) et, de plus, si on sonde les malades à jeun, on peut obtenir une quantité plus ou moins considérable (200 à 600 centimètres cubes) d'une bouillie alimentaire dont nous examinerons plus loin les caractères.

La gravité de l'hypersécrétion tient à la fois à l'intensité de la douleur qui a ici les mêmes conséquences que précédemment et aux altérations de la sécrétion et de la motricité gastrique. Le contact prolongé du suc gastrique engendre des lésions anatomiques de la muqueuse gastrique.

On assiste souvent à la production d'un ulcère de l'estomac qui manifeste son existence par des hématémèses ou du melœna. Le catarrhe gastrique est aussi très fréquent. Enfin, à une période plus ou moins avancée de la maladie, la muqueuse se modifie, s'atrophie; à l'hyperchlorhydrie, fait place l'anachlorhydrie.

Au point de vue physiologique, les résultats de l'hyperacidité gastrique ne sont pas moins funestes, car la digestion des substances alimentaires est profondément modifiée. Les graisses restent intactes, non digérées, comme d'ailleurs dans l'estomac normal, mais comme le font remarquer MM. Bouveret et Devic (1), il est « possible qu'elles fournissent matière au développement d'une proportion d'acides gras plus forte qu'à l'état normal ». Et en effet, il est de règle que le contenu de l'estomac, chez les hyperchlorhydriques, dégage une forte odeur d'acide butyrique.

On sait, depuis Von der Velden, que la salive agit sur les substances amylacées pendant la première demi-heure de leur arrivée dans l'estomac, c'est-à-dire avant l'arrivée de l'acide chlorhydrique. Ewald (2) a vu qu'une proportion de 0, 01 p. 100 d'acide chlorhydrique, ajoutée à une solution d'amidon, suffit pour arrêter l'action saccharifiante de la salive. Dans les cas d'hypersécrétion, la digestion des amylacés est suspendue dès qu'ils arrivent dans l'estomac. Aussi si on recueille les vomissements des malades, on voit que les féculents forment un épais sédiment grisâtre, composé de pain et de légumes non digérés.

Enfin la digestion des albuminoïdes mêmes est moins complète qu'à l'état normal. En faisant des digestions artificielles avec de la pepsine et des solutions d'acide chlorhydrique de titre variable, on constate que l'activité digestive du mélange n'est pas proportionnelle à la quantité d'acide chlorhydrique et qu'au contraire, une solution trop concentrée n'a d'autre effet que de produire le gonflement de l'albumine, sans trace de peptonisation. La solution d'acide chlorhydrique de 3 p. 1000 paraît posséder le maximum d'activité digestive.

D'autre part, les expériences de Brucke ont montré qu'un excès de peptones, dans un liquide ayant la composition du suc gastrique, retarde et arrête la peptonisation.

Ces deux expériences physiologiques se vérifient quand on étudie le suc gastrique des hyperchlorhydriques. Dans les liquides très acides, on trouve, au bout de dix à douze heures, une certaine quantité de viande indigérée. De plus, ce suc gastrique filtré digère mal l'albumine, ce qui peut

(1) Bouveret et Devic. Loc. cit.
(2) Ewald. *Berlin. klin. Wochens.*, 1886.

tenir à son excès d'acidité et aussi à la présence de peptones en trop grande quantité.

Enfin, dernier point d'une importance capitale, l'élimination ne se fait pas dans l'intestin. Les aliments, même incomplètement digérés, pourraient être suffisamment modifiés par les sucs intestinaux. Mais l'élimination est insuffisante et les produits qui passent dans l'intestin sont en quantité minime. C'est là encore un [fait capital qui vient aggraver tous les autres.

On peut juger, par ce que nous venons de dire, de la gravité que présente l'hypersécrétion. Le malade mangeant insuffisamment et les aliments qu'il prend subissant une digestion incomplète, la dénutrition survient rapidement. L'amaigrissement, la neurasthénie, l'anémie résultent de ce vice de fonctionnement de l'estomac. Si cet état se prolonge, les malades arrivent à la cachexie. Ils prennent l'aspect de véritables cancéreux.

3° *Ulcère de l'estomac*. — Nous n'en dirons qu'un mot. On sait, depuis Riegel (1) et Von der Velden (2), qu'il s'accompagne, dans la majorité des cas, d'hyperchlorhydrie. Tous les auteurs qui ont fait des recherches à ce sujet ont confirmé ces données. On peut même dire que les douleurs considérées autrefois comme caractérisant l'ulcère rond sont, en somme, le fait de l'hyperchlorhydrie coexistante et que, de tous les signes autrefois classiques, un seul subsiste, c'est l'hémorragie gastrique, bien et dûment constatée. Cette affection se montre d'ailleurs dans toutes les formes et à toutes les périodes de l'hyperchlorhydrie. L'hémorragie peut même en être le premier signe, précédant les douleurs qui ne surviendront que dans la suite.

L'hyperchlorhydrie peut aussi être aiguë, paroxystique, passagère [forme intermittente de la maladie de Reichmann (Bouveret)]. Elle constitue sous cette forme une des variétés les plus fréquentes des CRISES GASTRIQUES. On peut distinguer deux formes :

A. La première a pour type la *crise gastrique ataxique*. Le début en est brusque ; les douleurs incessantes sont intolérables. Elles s'accompagnent de vomissements alimentaires d'abord, puis muqueux, incolores, quand l'estomac est vide. Sahli (3) a, le premier, annoncé que le liquide muqueux n'était autre que du suc gastrique plus ou moins acide. Les crises persistent habituellement sans répit pendant plusieurs jours, puis cessent comme par enchantement et jusqu'à nouvel ordre, les fonctions de l'estomac s'exécutent d'une façon régulière. La crise n'a pas toujours cet aspect type. Elle est cependant facile à reconnaître, son caractère dominant est d'apparaître brusquement et de disparaître de même.

Les crises de ce genre sont souvent sous la dépendance d'une lésion spinale, de l'ataxie locomotrice surtout. Mais Leyden (4), MM. Debove (5), Rémond (6), Boas (7), MM. Bouveret et Devic (8) en ont signalé chez les névropathes. On leur donne, dans ce cas, le nom de crises gastriques essentielles.

B. Un deuxième groupe d'hyperchlorhydries aiguës comprend les cas de *gastroxynsis* (1) appelés encore *gastroxies* (2), ou *vomitus hyperacidus* (3). Cette affection se manifeste par accès reconnaissant pour cause immédiate une longue contention d'esprit. Les accès durent de un à trois jours et reviennent périodiquement. On les voit disparaître pendant les périodes de vacances, de repos. Dans les intervalles, la santé est parfaite. La crise débute par une céphalée intense. Peu après éclatent d'atroces douleurs gastriques. Elles donnent l'impression d'un acide concentré rongeant la muqueuse. Les vomissements surviennent rapidement. Ils sont extrêmement acides. Si l'estomac se vide complètement de son contenu, la gastralgie et la céphalalgie disparaissent pour un temps mais pour reparaître bientôt. La crise dure ainsi deux ou trois jours, après quoi la santé est parfaite et l'estomac recouvre complètement ses fonctions.

Quelques auteurs, M. Longuet (4) notamment, ont voulu faire de la gastroxie une migraine larvée, et, en faveur de cette opinion, on a invoqué l'existence de vomissements acides dans la migraine (Tissot) et l'alternance de crises gastroxiques et de véritables migraines. Nous pensons, quant à nous, qu'il y a lieu de la distinguer et de la considérer comme une véritable névrose gastrique.

II

Nous avons essayé de présenter aussi succinctement que possible les faits cliniques et physiologiques utiles pour comprendre les méthodes de traitement que nous allons maintenant exposer.

Les indications, on le conçoit, ne sont pas les mêmes dans tous les cas. On ne peut envisager de la même façon les hyperchlorhydries chroniques, et les hyperchlorhydries paroxystiques. Aussi nous les étudierons séparément.

TRAITEMENT DE LA DYSPEPSIE HYPERCHLORHYDRIQUE. — On admet généralement aujourd'hui que les douleurs, dans cette maladie, sont dues à la présence d'une grande quantité de suc gastrique riche en acide chlorhydrique libre. Certains faits prouvent que l'hyperacidité est loin de constituer toute la maladie et d'expliquer tous les symptômes. Mais ce n'est pas ici le lieu de discuter ces questions théoriques. Il est, d'ailleurs, certain que l'acidité joue un rôle très important.

La première indication à remplir est donc de supprimer ou de diminuer la douleur en saturant l'acidité gastrique par les *alcalins*.

Alcalins. — Les sels préconisés, depuis déjà fort longtemps par les différents auteurs, sont très nombreux. Le plus employé est le *bicarbonate de soude*. Son action physiologique a été l'objet de nombreux travaux. Nous ne donnerons ici que les résultats bien nettement acquis.

Les effets du médicament varient selon la dose et le moment de la journée où on l'administre. Les petites doses de 25 à 50 centigrammes sont considérées depuis les expé-

(1) RIEGEL. *Münch. Med. Wochens.*, 1885; — *Deuts. Med. Wochens.*, 1886.
(2) VON DER VELDEN. *Samml. Klin. Vortr.*, 1886, n° 280.
(3) SAHLI. *Corresp. Bl. f. Sch. Ærtze*, 1885, t. XV.
(4) LEYDEN. *Zeits. f. klin. Med.*, 1882.
(5) DEBOVE. Soc. méd. des hôpit., 1889.
(6) RÉMOND. *Arch. gén. de méd.*, 1889.
(7) BOAS. *Deuts. med. Wochens.*, 1889.
(8) BOUVERET et DEVIC. Loc. cit.

(1) ROSBACH. *Arch. f. Klin. Med.*, 1884.
(2) LÉPINE. Soc. méd. des hôpit., 1885.
(3) ROSENTHAL. *Zeitsch. f. Klin. Med.*, 1886.
(4) LONGUET. *Union méd.*, 1885.

riences de Blondlot, de Cl. Bernard (1), comme excitant la sécrétion gastrique. Ces données ont été vérifiées et admises par MM. Rabuteau, Ritter, P. Bert.

Au contraire, d'après les mêmes auteurs et M. Ch. Richet (2), les fortes doses arrêteraient complètement l'action du suc gastrique.

MM. Hayem (3) et Gilbert ont récemment entrepris des expériences chez le chien. Voici les conclusions des auteurs basées sur des analyses chimiques rigoureuses : « Les alcalins, à faible dose, excitent la sécrétion et le processus fermentatif, quand ils sont administrés avant le repas; ils les entravent, au contraire, quand ils sont administrés dans le cours de la digestion.

« A forte dose, et pendant ou après le repas, ils dépriment le processus fermentatif d'une manière d'autant plus sensible que la dose est plus forte. »

C'est donc à forte dose et après le repas qu'il convient d'administrer le bicarbonate de soude chez les hyperchlorhydriques (4).

Mais comment juger de la dose suffisante pour saturer l'acidité gastrique? M. Mathieu, dans ce journal même (5), a cherché à baser ses calculs sur l'acidité totale du suc gastrique sécrété en vingt-quatre heures. Mais il est évident que c'est plutôt par tâtonnement qu'on arrive à administrer les quantités convenables. Le véritable indicateur de la saturation du suc gastrique, c'est la cessation de la douleur. « Les malades dont le suc gastrique est neutralisé, disent MM. Debove et Renault (6), cessent d'avoir les douleurs intolérables qu'ils éprouvaient auparavant. » Ce qu'il importe de savoir, c'est qu'il ne faut pas craindre d'administrer de très fortes doses, comme M. Debove l'a conseillé le premier dans le traitement de l'ulcère de l'estomac (7), et comme M. Huchard l'a récemment proclamé à la Société de thérapeutique (8). Il n'y a pas lieu de craindre, comme l'ont prétendu quelques auteurs (Trousseau), la cachexie alcaline, qui paraît être une pure fiction.

Dans les formes très légères de l'hyperchlorhydrie, un paquet de 1 gramme de sel absorbé au moment des douleurs sera suffisant. Dans les cas de moyenne intensité, il sera nécessaire d'élever la dose, d'administrer par exemple, toutes les heures, en commençant deux heures après le repas, un cachet de 1 gramme (trois ou quatre selon l'intensité et la durée de la douleur).

Dans les cas d'hyperchlorhydrie très intense et dans les cas d'hypersécrétion continue, ces doses ne suffisent pas, et il faudra au moins, pendant un certain temps, donner de grandes quantités de bicarbonate. De plus, les malades devront en prendre tout le long du jour, pour neutraliser au fur et à mesure de sa production le suc gastrique sécrété d'une façon continue. On pourra, par exemple, prescrire :

(1) Cl. Bernard. *Cours de médecine du Collège de France*, 1859.

(2) Ch. Richet. *Suc gastrique*, 1878.

(3) Hayem. *Leçons de thérapeutique*, 1893.

(4) MM. Linossier et Lemoine (de Lyon) [Acad. de méd., séance du 28 mars 1893] ont annoncé que le bicarbonate de soude, à forte dose, était un excitant de la sécrétion gastrique. Leurs conclusions demandent confirmation ; jusqu'à nouvel ordre, il nous est difficile d'accepter des résultats en contradiction formelle avec les faits cliniques observés par tous les médecins.

(5) Mathieu. Les alcalins dans le traitement de la dyspepsie, *Gaz. des hôp.*, 1893.

(6) Debove et Renault. *Ulcère de l'estomac*, 1892.

(7) Debove. Soc. méd. des hôpit., 1884.

(8) Huchard. Soc. de thérap., 14 déc. 1892.

Bicarbonate de soude, 30 grammes pour trente paquets. A prendre d'heure en heure pendant la journée. Le soulagement survient très rapidement. « Il y a là, dit M. Mathieu, un critérium non pas absolu, mais très important en clinique. »

Il est inutile de prolonger le traitement quand les douleurs ont disparu. On pourra, au contraire, le maintenir aussi longtemps qu'on le jugera nécessaire.

Malheureusement, on peut accuser le bicarbonate de soude de quelques méfaits. Il provoque chez certains sujets un développement considérable de gaz dans l'estomac; il donne souvent une soif vive, de la polyurie, enfin, assez rarement, de la diarrhée.

Pour parer à ces inconvénients quelques auteurs, Boas (1) entre autres, ont proposé d'abandonner le bicarbonate de soude et de lui substituer d'autres alcalins : le carbonate de chaux, la magnésie calcinée, le phosphate ammoniaco-magnésien. Nous croyons préférable d'associer ces sels au bicarbonate en quantité variable et selon les indications.

Dans le cas où le dégagement gazeux serait trop accentué, on peut réduire de moitié la dose de bicarbonate de soude et y substituer la magnésie calcinée qui sature quatre fois plus d'acide chlorhydrique et a un pouvoir d'absorption marqué pour les gaz, ou du phosphate ammoniaco-magnésien qui en sature deux fois plus (Boas).

On peut employer les formules suivantes :

Bicarbonate de soude.	15 grammes.
Magnésie calcinée.	2gr50.

A diviser en quinze paquets.

ou bien :

Bicarbonate de soude.	15 grammes.
Phosphate ammoniaco-magnésien.	5 —

A diviser en quinze paquets.

S'il y a de la diarrhée, il est facile d'y remédier par l'adjonction d'une petite dose, 25 centigrammes de craie préparée, alcalin constipant.

D'autres alcalins ont été proposés : j'ai essayé, pendant longtemps, le borate de soude à la dose de 8 à 10 grammes par jour dans le double but de neutraliser le contenu de l'estomac, et d'en obtenir l'antisepsie. Je ne suis arrivé jusqu'ici qu'à des résultats incertains. La chaux à dose suffisante est caustique. Il en est de même du saccharure de chaux. Les médecins anglais emploient le carbonate de potasse seul ou associé à la chaux. Les sels alcalins à acides organiques (benzoates, acétates, tartrates, lactates, citrates, etc., de soude ou de potasse), sont aujourd'hui abandonnés.

Enfin, je ne citerai que pour mémoire les savons amygdalins, les sels de lithine et les sels de strontiane (G. Sée), dont quelques auteurs ont parlé, mais dont l'étude est encore tout entière à faire.

Au lieu de prescrire les alcalins en nature, on peut les administrer sous forme d'eaux minérales. Vichy occupe la première place parmi les stations favorables aux hyperchlorhydriques. Quelques auteurs, M. Hayem surtout, considèrent même ces eaux de Vichy comme produisant des effets plus marqués et surtout plus durables que le bicarbonate de soude, à la condition, toutefois, qu'elles soient

(1) Boas. *Allgemeine Diagnostikund Therapie der Magenkrankheiten*, 1890.

prises sur place. Ce résultat est peut-être dû à ce que l'usage de l'eau minérale naturelle et tiède facilite l'absorption des principes actifs du médicament. En tous cas, tout comme les alcalins, il faut l'administrer à forte dose.

Vals peut rendre les mêmes services que Vichy.

En Allemagne et en Autriche les hyperchorhydriques sont envoyés à Carlsbad. L'eau de cette station contient comme principe actif, outre du carbonate de soude, une forte proportion de sulfate de soude (2,27) par litre. Jaworski, Boas, Ewald, Oser en ont constaté les bons effets. D'après ces auteurs, l'usage prolongé de cette eau aboutit à un affaiblissement du pouvoir peptonisant et de l'acidité totale du suc gastrique.

D'après M. Hayem, ces effets concordent avec ceux qu'on obtient en administrant le sulfate de soude. A dose assez forte (4 à 6 grammes) dissous dans un verre d'eau tiède et pris le matin à jeun, pendant trois ou quatre semaines, ce sel amène une diminution notable dans l'abondance et l'acidité de la sécrétion. On pourra donc avec avantage l'associer au bicarbonate de soude dont il paraît corroborer l'action.

Le traitement de l'hyperchlorhydrie par les alcalins donne des résultats remarquables dans la grande majorité des cas, et il est, le plus souvent, inutile d'instituer d'autres médications contre l'élément douleur. Quelquefois, cependant, les malades sont incomplètement soulagés. Il faut alors recourir à l'emploi des nervins et des médicaments dont les propriétés sédatives sont aujourd'hui reconnues.

Nervins. — Parmi ceux-ci, les opiacés tiennent le premier rang. On peut les prescrire sous leurs différentes formes : l'extrait thébaïque (5 à 15 centigrammes en potion ou en pilules), le laudanum de Sydenham (IV à V gouttes), les gouttes noires anglaises; ou bien le chlorhydrate de morphine (5 milligrammes à 1 centigramme), les gouttes blanches de Gallard (chlorhydrate de morphine 10 centigrammes, eau de laurier cerise 5 grammes) à la dose de I à II gouttes sur du sucre avant les repas, etc., etc.

Nous ferons remarquer, toutefois, qu'il ne faut pas abuser des opiacés dans l'hyperchlorhydrie. M. Hayem a, en effet, remarqué que l'opium est un excitant stomacal qui « augmente à la fois la proportion d'acide chlorhydrique libre et l'hypersécrétion gastrique ».

La belladone, ou son alcaloïde, *l'atropine*, peuvent lui être substitués. Ils sont moins actifs que les opiacés, mais on a prétendu qu'ils étaient capables de modérer la sécrétion gastrique comme les autres sécrétions. Des expériences faites en Russie par Nelchœff, Panoff et Woïnowitch ont, disent les auteurs, donné des résultats satisfaisants. Pourtant MM. Bouveret et Devic n'ont noté aucune amélioration dans deux cas d'hypersécrétion et M. Hayen a observé dans un cas une aggravation notable des symptômes chez un hyperchlorhydrique traité par la belladone.

Citons encore comme pouvant rendre service dans quelques cas :

Les préparations de coca

Extrait de coca.	10	grammes.
Sirop d'écorce d'orange. . .	50	—
Eau de tilleul	100	—

à prendre par cuillerée à café d'heure en heure; ou le chlorhydrate de cocaïne à la dose de 5 centigrammes par jour.

L'eau chloroformée saturée (une à six cuillerées à bouche par jour);

L'antipyrine en cachets ou en potion;

Le cannabis indica (G. Sée), dont on administre l'extrait gras, à la dose de 5 centigrammes par jour.

Nous le répétons, tous les médicaments nervins sont des palliatifs et n'ont pas, à beaucoup près, l'action heureuse du bicarbonate de soude. Aussi conviendra-t-il de ne les employer qu'associés aux alcalins, ou bien quand ceux-ci pris à fortes doses n'auront pas amené de soulagement.

L'élément douleur est le seul qui ait quelque gravité dans l'hyperchlorhydrie simple. Le traitement que nous venons d'indiquer suffit dans la grande majorité des cas.

Lavage de l'estomac. — Mais dans l'hypersécrétion gastrique, où l'estomac est constamment baigné d'une liqueur riche en acide chlorhydrique, l'indication formelle est de le vider de ce contenu irritant.

Nous ne voulons pas décrire ici la technique du *lavage de l'estomac*. Nous renvoyons nos lecteurs aux ouvrages spéciaux et notamment au livre si intéressant de MM. Debove et Rémond (1). On choisira de préférence le tube de Faucher ou mieux encore la sonde rigide de M. Debove. Tous les autres instruments sont compliqués ou dangereux.

Le nombre des lavages à faire est variable selon les cas. Lorsque l'hypersécrétion est à son début, on se contentera de pratiquer cette opération deux ou trois fois par semaine. Il arrive souvent qu'on voit ainsi l'acidité diminuer dans de fortes proportions. Mais si la gastro-saccarrhée est abondante, il convient de faire le lavage tous les jours et même plusieurs fois par jour. Généralement on opère le matin à jeun. On peut aussi pratiquer le lavage assez tard dans la soirée, par exemple, vers dix ou onze heures du soir. En évitant ainsi, aux malades, des douleurs nocturnes on leur permet de prendre quelque sommeil. Enfin, dans les cas où l'on jugera nécessaire de vider l'estomac plusieurs fois par jour, on aura soin de le faire le plus loin possible des repas, afin de permettre l'évacuation dans l'intestin de la plus grande quantité possible d'aliments.

Il est prudent, dans tous les cas, de pratiquer soi-même le lavage et de ne pas en confier le soin aux malades, qui ont une grande tendance à en abuser.

L'évacuation de l'estomac peut être pure et simple. Il est d'habitude d'en pratiquer ensuite le lavage, avec de l'eau pure, froide ou tiède, de l'eau légèrement alcalinisée, de l'eau boriquée. Sous cette influence, la douleur disparaît, l'irritation gastrique s'atténue, et par conséquent la muqueuse a moins de tendance à sécréter. De plus, les aliments ne se trouvent pas immédiatement en contact d'un liquide tel que la digestion salivaire s'arrête aussitôt; enfin elle empêche la surcharge de l'estomac.

Quelques auteurs, considérant que l'hypersécrétion est le résultat d'une véritable gastrite, ont pensé que le lavage de l'estomac, à l'aide de solutions cautérisantes, s'imposait et devait amener d'excellents résultats. Reichmann conseille les lavages d'estomac avec des solutions de nitrate d'argent à 1 ou 2 p. 1000. M. Hayem a aussi proposé dans ces cas des lavages au permanganate de potasse, à 1 p. 1000, ou à l'acide salycilique, dans les mêmes proportions. Il dit en avoir obtenu de bons résultats. Notons en passant que cet auteur proscrit les lavages à l'eau boriquée et surtout au borax,

(1) Debove et Rémond. *Lavage de l'estomac*, 1892.

comme irritants. Ils seraient souvent suivis d'exsudation sanguinolente.

Quelques auteurs, Boas notamment, se sont élevés contre cette méthode thérapeutique. Ses reproches sont injustes, et l'on peut dire que le lavage de l'estomac, pratiqué méthodiquement, est un puissant moyen thérapeutique. Il n'y a qu'une contre-indication à son emploi, c'est l'existence d'un ulcère de l'estomac.

Régime. — Nous n'avons eu jusqu'ici en vue que le traitement médicamenteux. Nous allons maintenant aborder la question du régime qui, dans l'espèce, a une importance capitale.

Quelques auteurs allemands et anglais, Tsiemmsen (1), Leube (2), Ewald, Williams (3), Donkin (4) ont proposé dans les formes graves de l'hyperchlorhydrie, et tout spécialement dans l'ulcère de l'estomac, le repos au lit et l'alimentation rectale. En agissant ainsi, la guérison survient, disent-ils, avec une rapidité surprenante.

Il est bien difficile de faire accepter au malade un traitement aussi sévère. Le *régime lacté* exclusif remplit d'ailleurs à peu près les mêmes indications.

Depuis que Cruveilhier a démontré ses effets salutaires dans le traitement de l'ulcère rond, le régime lacté exclusif est aujourd'hui universellement employé. On peut prescrire le lait cru ou cuit, pur ou coupé, aromatisé ou non.

Le lait est un aliment complet. Pour que l'alimentation soit suffisante, il faut en donner de grandes quantités. D'après les calculs des physiologistes, l'homme adulte doit absorber quotidiennement au minimum :

Matières azotées	124
Matières grasses	132
Sucre de lait.	208

L'analyse du lait démontre que quatre litres de lait représentent à peu près la quantité de principes nécessaires.

Des expériences de Clopatt et de M. Hayem, il résulte que les principaux caractères de la digestion du lait sont les suivants : faible excitation stomacale, digestion courte, absorption de l'acide chlorhydrique libre par les albuminoïdes. On ne peut désirer mieux chez les hyperchlorhydriques.

Malheureusement, quatre litres de lait ne sont pas acceptés par bien des malades. Outre qu'ils amènent le dégoût, ils provoquent quelquefois des vomissements, d'autres fois de la diarrhée. Il est vrai qu'on peut remédier à ces inconvénients en réduisant la quantité de lait. On le rend alors plus nutritif, en y ajoutant du lait concentré, de la poudre de lait, une petite quantité de pâtes alimentaires, du pain, etc.

Malgré tous ces expédients, le régime lacté exclusif ne peut être *longtemps* imposé aux malades. Il faut le réserver pour les périodes d'exacerbation de l'hyperchlorhydrie, ou pour les formes graves d'ulcère rond.

Dans les périodes de calme et de rémission, il vaut mieux conseiller un régime moins rigoureux et moins difficile à observer.

Quand on prescrit un régime à un hyperchlorhydrique, il faut se souvenir qu'il convient de remplir deux indications principales : 1° *Éviter l'irritation gastrique ;* 2° *donner à l'estomac des aliments qu'il digère facilement et promptement.*

Pour éviter l'irritation gastrique, il convient avant tout de proscrire l'usage des *boissons alcooliques.*

Les vins sont nuisibles, et par leur composition naturelle, et souvent aussi par les falsifications qu'on leur a fait subir. Ils irritent l'estomac par leur acidité (4 à 6 p. 1000), et augmentent la sécrétion gastrique. Les vins rouges sont plus à craindre encore que les vins blancs. Quelques médecins croient pouvoir conseiller la bière. Cette boisson est moins irritante que le vin, sans pourtant être tout à fait inoffensive ; en tous cas, les malades devront toujours la couper de deux tiers d'eau.

La digestion gastrique de l'alcool a été l'objet de travaux assez intéressants. D'après Gluzinski (1), l'ingestion d'alcool arrête d'abord la digestion gastrique, puis dès que l'alcool a quitté l'estomac, la phase digestive est activée et l'acide chlorhydrique monte à un taux très élevé. Wolffhardt est arrivé au même résultat.

Les boissons aromatiques, le café, le thé devront aussi être évités. Ils excitent la sécrétion gastrique. Le chocolat, qui contient 50 p. 100 de graisse (beurre de cacao) et des alcaloïdes excitants (théobromine), est aussi à éviter.

La véritable boisson de l'hyperchlorhydrique est le lait pur ou coupé. Si la répugnance des malades est trop grande ils pourront l'aromatiser légèrement avec un peu de thé ou de café.

Les condiments, les épices, le poivre, le sel, le vinaigre sont essentiellement nuisibles. Il en est de même de toutes les sauces composées de corps gras et de condiments.

Nous avons vu plus haut comment se comportaient dans un suc gastrique hyperacide, les principales substances alimentaires. Il convient de nous en souvenir pour instituer le régime des malades.

Les *aliments azotés* sont bien et rapidement digérés, dans la majorité des cas. Ils formeront la base de l'alimentation.

La viande est le principal aliment des hyperchlorhydriques. On admet que les viandes les plus digestibles sont celles de bœuf, de poulet et de mouton. Elles doivent être de préférence bouillies (Leube), rôties ou grillées. Boas permet aussi le gibier frais. On doit, en revanche, absolument proscrire le gibier faisandé. Il en est de même des viandes salées et fumées, de la charcuterie. Le jambon que quelques médecins recommandent, est un aliment parfait pour les hypochlorhydriques. Il est funeste aux hyperchlorhydriques.

Les déchets (cervelle, pieds de veau et de mouton, tête de veau, etc.), doivent être repoussés.

Quelques auteurs recommandent la viande crue râpée, plus facile à digérer, et qui séjourne moins dans l'estomac.

Le poisson est presque aussi nutritif que la viande. On pourra donc en donner aux hyperchlorhydriques. Il importe, toutefois, de conseiller les poissons à chair maigre, la sole, le brochet, le merlan, la barbue, etc., à l'exclusion des poissons à chair grasse (saumon, anguille, etc.), qui contiennent une proportion assez forte d'huile. Le homard, les crevettes, malgré leur mauvaise réputation, sont bien supportés par les dyspeptiques dont nous nous occupons. Les huîtres, au contraire, doivent leur être défendues.

Le blanc d'œuf est un excellent aliment. Il se digère

(1) Tsiemmsen. Ueber Behandlung des Magengeschwürs, *Volk. Samml. Klin. Vortr.*, n° 15.

(2) Leube. *Magenkrankheiten*, S. 117.

(3) Williams. *The Lancet*, 1874.

(4) Donkin. *Id.*, 1890.

(1) Gluzinski. *Deuts. Arch. f. klin.*, 1886.

mieux cru que cuit. Le jaune, qui est une émulsion de graisse, n'est pas attaqué par le suc gastrique, mais il ne paraît pas irriter l'estomac. Bref, l'œuf en nature (œuf à la coque) ou préparé avec du lait, sous forme de crème, est à conseiller chez tous les hyperchlorhydriques.

Les albuminoïdes utilisent et neutralisent l'excès d'acide chlorhydrique et diminuent ainsi l'irritation gastrique. Quelques auteurs, au contraire, les croient nuisibles, en se basant sur ce fait constaté déjà depuis fort longtemps par les physiologistes, et tout récemment encore par M. Hayem, que ces aliments sont les plus puissants excitants de la sécrétion gastrique. Ils conseillent donc de la bannir de l'alimentation et substituer au *régime carné*, le *régime végétarien* (1), espérant ainsi obtenir le repos de l'estomac. Il y a lieu, cependant, de faire remarquer que rien n'est plus hétéroclite que ce régime, dans lequel entrent le pain, les œufs, les légumes verts, les féculents et les fruits, et qui contient, en somme, tous les principes alimentaires.

De plus, il est inexact de dire que les *féculents* permettent le repos de l'organe en diminuant l'excitation stomacale. On sait déjà que la digestion du pain s'accompagne de la production d'une grande quantité d'acide chlorhydrique libre (repas d'Ewald). M. Hayem a fait également des repas d'épreuve avec la purée de pommes de terre, et il a constaté que « les féculents plus encore que le pain, facilitaient la mise en liberté d'acide chlorhydrique. »

De plus, s'il y a stase alimentaire, les féculents s'accumulent dans l'estomac. Dans le contenu gastrique retiré par la sonde, on voit qu'ils forment une épaisse bouillie dont la présence contribue à provoquer la sécrétion en irritant l'estomac, et à augmenter l'ectasie gastrique. Il y a donc tout avantage à supprimer de l'alimentation des hyperchlorhydriques le pain, les pâtisseries, les légumes secs, les farineux. Malheureusement ils sont nécessaires à la nutrition, et la diète carnée exclusive donne souvent de très mauvais résultats, au point de vue de la santé générale. Il faut donc chercher le moyen de faire tolérer les amylacés en petite quantité et d'en assurer la digestion.

On peut donc, dans ce but, saturer l'acidité gastrique à l'aide des alcalins, immédiatement avant l'ingestion de ces substances. On peut adopter, par exemple, la méthode de M. Bouveret. Il fait un lavage d'estomac le matin. Puis, le patient ingère 3 à 4 grammes de bicarbonate de soude; il fait ensuite son déjeuner, composé presque exclusivement d'aliments amylacés.

Naturellement il y a lieu de choisir les substances les plus légères. Le pain, sous toutes ses formes, est à proscrire. On pourra permettre les pâtes d'Italie bien cuites, vermicelles, nouilles, macaroni, la semoule, le gruau de riz, l'arrow-root, le tapioca, les biscottes, les cakes anglais, les milks simples, les grisini, les gondolos. A la rigueur, on pourra prescrire de la bouillie très cuite de pommes de terre. Les autres féculents sont à éviter.

Il serait préférable encore de substituer aux féculents des substances hydro-carbonées, les fruits très mûrs, surtout le raisin, les prunes, les pêches, crues ou plutôt encore en compote. Enfin, en l'absence de fruits, on pourra donner à la dose de 50 à 100 grammes par jour, de la glucose ou mieux encore de la lactose.

Les *graisses* ne sont pas digérées dans l'estomac; en présence de la trop grande acidité du chyme versé dans l'intestin, elles sont mal élaborées par le suc pancréatique. Il est vrai qu'elles sont utiles pour la nutrition. Mais la quantité de beurre contenue dans un à deux litres de lait est amplement suffisante à ce point de vue.

Tel est le régime à conseiller d'une manière générale aux hyperchlorhydriques. On conçoit que, selon la gravité de la maladie, il y ait lieu de l'exagérer ou de l'atténuer. Chez les hyperchlorhydriques simples, on pourra se contenter de supprimer les boissons alcooliques, les graisses, bref les substances excitantes. Au contraire, on devra appliquer le régime dans toute sa rigueur chez les hypersécréteurs, surtout s'ils sont déjà atteints de dilatation de l'estomac.

Alimentation artificielle. Suralimentation. Gavage. — Tout ce que nous venons de dire s'applique aux malades qui, tout en ayant une affection sérieuse, ont encore conservé l'appétit et un état général à peu près satisfaisant. Mais chez beaucoup de dyspeptiques, la neurasthénie, l'anémie et la cachexie surviennent. Alors l'appétit se perd, les forces diminuent et l'état général s'aggrave malgré toutes les médications. Heureusement, nous possédons dans la suralimentation par la sonde, le gavage, un moyen héroïque dont on constate rapidement les bons effets (1).

L'introduction de la sonde se fait comme pour le lavage. Toutefois, dans le cas d'ulcère, il est prudent de ne pas pousser le tube jusque dans l'estomac. On verse dans l'entonnoir le mélange alimentaire suffisamment dilué.

On peut simplement faire de l'alimentation artificielle. Dans ce cas, on introduit du lait, du bouillon, des œufs, de la viande râpée, etc. Il vaut mieux suralimenter le malade, « c'est-à-dire faire pénétrer dans l'estomac et permettre l'assimilation d'une quantité d'aliments de beaucoup supérieure à celle que l'on ingère normalement ». On doit alors employer la poudre de viande qui représente, grâce à la perte d'eau qu'elle a subie, quatre fois son poids de viande crue. L'état de division extrême de la viande en rend la digestion facile. Comme véhicule on prend du lait, du bouillon, de l'eau. Il est bon de commencer le traitement par des doses faibles, 25 grammes environ de poudre. On peut ensuite en donner 50 et même 100 grammes. Dans tous les cas, il faudra alcaliniser le mélange avec 10 grammes environ de bicarbonate de soude.

On peut ajouter à la poudre de viande des substances amylacées : de la poudre de lentilles ou des farines alimentaires. M. Debove a montré qu'en chauffant l'amidon à 180 degrés, on obtenait une substance soluble permettant l'introduction d'une grande quantité de matières hydrocarbonées sous un faible volume. La glucose et surtout la lactose, à la dose de 100 à 150 grammes par jour, seront substituées avec avantage aux féculents. Ce sont des amylacés tout digérés.

III

TRAITEMENT GÉNÉRAL. — Dans bien des cas, l'hyperchlorhydrie n'est pas une maladie isolée. Elle est associée à un état général plus ou moins défectueux, qu'il faudra reconnaître et soigner en même temps que les troubles gastriques.

(1) DUJARDIN-BEAUMETZ. *Le régime alimentaire*, 1889. — BARDET. *Les nouveaux remèdes*, 1892.

(1) DEBOVE. Soc. méd. des hôpit., 1882. — DEBOVE et RÉMOND. *Lavage de l'estomac*, 1892.

Le plus souvent, la dyspepsie évolue sur un terrain névropathique. Chez les individus prédisposés, les perturbations d'ordre moral ou physique jouent le rôle d'agents provocateurs et font éclater les accidents. En interrogeant les malades, on trouve souvent à l'origine de leur affection des chagrins, des traumatismes moraux. Aussi, faut-il leur recommander d'éviter les préoccupations, les excès de travail intellectuel, le surmenage, sous quelque forme que ce soit.

Dans les phases d'exacerbation de la maladie, une vie calme, les congés, les vacances, le séjour à la campagne amènent un grand apaisement. Le séjour au bord de la mer est mal toléré, et il importe de le déconseiller au profit du séjour dans les montagnes.

Quelquefois, la dyspepsie est provoquée par l'état de souffrance d'un organe plus ou moins éloigné. On sait la fréquence des *dyspepsies réflexes* liées aux maladies utérines, à l'entéroptose, au rein déplacé, etc. Il importe de s'en souvenir, car si l'on néglige d'instituer un traitement approprié à ces différents états, les troubles gastriques qui en sont la conséquence résisteront à toutes les médications.

Au début de l'hyperchlorhydrie, il est indiqué de donner aux malades des substances destinées à diminuer l'excitation habituelle du système nerveux : les bromures de potassium, de sodium, d'ammonium à la dose de 2 à 3 grammes par jour, les préparations à la valériane ont des effets assez heureux.

Dans les formes graves de l'affection, alors que les malades sont affaiblis ou neurasthéniques, on appliquera avec avantage la méthode de Weir Mitchell (1). On sait qu'elle comporte, outre la suralimentation, l'isolement aussi complet que possible, le repos, le massage général et l'électricité. On peut y ajouter l'hydrothérapie sous forme de douches, tièdes plutôt que froides.

Traitement des hyperchlorhydries aiguës. — Tout ce que nous venons de dire s'applique au traitement de l'hyperchlorhydrie chronique. Dans les formes aiguës de la maladie, la conduite à tenir est tout autre. Quelques auteurs ont prétendu que les alcalins à haute dose, le lavage de l'estomac, etc., pouvaient amener la cessation d'une crise. Nous ne le croyons pas. Jamais ces pratiques ne nous ont réussi. Dans la gastroxynsis comme dans la crise gastrique proprement dite, l'injection de morphine est le seul moyen de calmer la douleur et le vomissement.

La prophylaxie des crises se réduit à peu de chose. Cependant, si on peut soustraire les malades aux excès de travail, aux émotions de toute sorte, on constatera souvent une heureuse modification dans l'intensité et la ténacité des crises. Cela est surtout vrai en ce qui concerne la gastroxynsis.

(1) Voir à ce sujet : Weir-Mitchell. *Du traitement méthodique de la neurasthénie*, trad. O. Jennings, Paris 1883. — Bouveret. *La neurasthénie*, 1891.

THÈSES DE LYON

Résultats éloignés de l'astragalectomie chez les enfants, pour lésions inflammatoires spontanées du cou-de-pied, par le docteur E. Erussard, médecin stagiaire au Val-de-Grâce (thèse de Lyon, 1893). — L'auteur base son travail sur vingt-six cas empruntés à la littérature ou observés dans le service de M. le professeur A. Poncet : ces derniers se rapportent à des malades opérés depuis un laps de temps variant de huit à trente-quatre mois et récemment examinés. Il a eu en vue principalement la résection de l'astragale seul ; dans les nombreux cas où il faut agir sur l'extrémité inférieure du tibia, sur le calcanéum, le scaphoïde, ces opérations atypiques comportent des chances de réinoculation tuberculeuse plus grandes et des résultats définitifs bien différents. Il suit de là que les résultats seront d'autant meilleurs que l'intervention aura eu lieu à une date plus rapprochée du début de l'affection.

De ses observations, l'auteur conclut que l'opération altère peu la forme du pied. La voûte plantaire conserve sa forme et l'ablation de l'astragale, au lieu de la diminuer, a une tendance manifeste à l'accuser davantage. On observe assez fréquemment l'épaississement de la partie postérieure du talon, dont le diamètre transversal s'élargit, ce qui s'explique par la présence du calcanéum, qui vient se placer entre les deux malléoles et tend à les écarter. De régénération de l'astragale, il ne saurait être question, mais la déformation du cou-de-pied s'atténue avec le temps, les reliefs tendineux s'accusent et la forme de la région se reconstitue, chez les jeunes sujets, avec une telle netteté que l'illusion est complète.

Dans la direction du pied on n'observe qu'un léger degré d'équinisme ou de varus ; ce n'est souvent qu'une simple chute du pied, le sujet étant assis les jambes pendantes, et qu'on ne peut apprécier que par comparaison avec le côté sain.

Les mouvements de la jointure persistent avec une intégrité fonctionnelle presque complète, lorsque la lésion était confinée à l'astragale seul ou à l'une des synoviales voisines, mais lorsque l'étendue des lésions a nécessité une intervention plus étendue, portant, par exemple, sur l'extrémité inférieure des os de la jambe, on doit redouter une ankylose possible. Il est rare, cependant, que cette ankylose soit complète, elle compromet peu la fonction : les articulations de Chopart, de Lisfranc s'assouplissent et suppléent par des mouvements de glissement à l'immobilisation relative du cou-de-pied. Dans les cas où s'est constituée une néarthrose tibio-calcanéenne, il se forme des trousseaux fibreux très serrés, qui relient le calcanéum aux deux montants de la mortaise tibio-péronière, rendant ainsi impossibles les mouvements de latéralité.

Des résultats fort intéressants sont ceux qui concernent la marche et la station debout : l'auteur a donné à ces recherches un surcroît de précision, en prenant des empreintes du pied sain et du pied malade pendant la marche. Le sujet appuie surtout sur le bord externe du pied, ce qui constitue une des conditions les plus avantageuses pour la solidité de la station ; les conditions sont absolument inverses de celles que l'on rencontre dans le pied plat valgus douloureux. Certains opérés ont pu accomplir des trajets de 7 à 8 kilomètres.

La résection de l'astragale ne semble pas avoir une influence bien notable sur le développement du squelette du pied ; c'est ce qui ressort des mensurations comparatives des deux pieds, prises, chez de jeunes sujets, plusieurs années après l'opération ; en tout cas, le pied opéré reste plus court que le pied sain, d'environ 2 centimètres.

En résumé, le pied opéré conserve sa forme normale, et plus on s'éloigne du moment de l'intervention, plus les différences apparentes entre les deux pieds tendent à s'atténuer. C'est lorsque l'opération a été pratiquée chez de jeunes sujets, que le résultat définitif est le meilleur.

Il résulte de ces observations qu'on doit pratiquer de bonne heure la résection de l'astragale dans les ostéo-arthrites tuberculeuses du cou-de-pied. L'intervention est d'autant meilleure au point de vue du succès définitif, qu'elle est plus précoce : cette astragalectomie hâtive est vraiment l'opération de choix, l'opération digne des méthodes antiseptiques.

M. Poncet la conseille et la pratique à une époque aussi rapprochée que possible du début de l'affection, c'est, suivant lui, la

seule opération vraiment curative du plus grand nombre des ostéo-arthrites tuberculeuses du cou-de-pied. Les résultats éloignés sont excellents : déformation peu marquée du pied opéré, grande solidité de la nouvelle articulation, marche facile, sans claudication. COLLET.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de chirurgie de guerre (1), par E. Delorme.

Ce deuxième volume, qui complète l'ouvrage, comprend deux parties principales : les lésions des os par les armes de guerre, les blessures des différentes régions. Il se termine par un chapitre sur l'organisation et le fonctionnement du service de santé en campagne.

Le travail de M. Delorme est une œuvre considérable. C'est un grand honneur pour le chirurgien qui a eu le courage de l'entreprendre et le talent de la mener à bien.

Nous voudrions pouvoir en donner le compte rendu complet, mais cet ouvrage est de ceux que l'on n'analyse pas, de ceux qu'on consulte, qu'on étudie, mais qu'on ne saurait se contenter de feuilleter. Riche en faits expérimentaux, en observations, en déductions cliniques et opératoires, ce livre qui doit, pour son auteur, représenter bien des années de recherches et de travail, sera le vade-mecum de tout médecin d'armée et même de tout médecin français que peuvent, à un moment donné, intéresser les choses de la chirurgie de guerre.

Nous allons d'ailleurs rendre compte d'un des chapitres de l'ouvrage pour que nos lecteurs puissent ainsi avoir une idée sommaire sur le plan, la nature et la valeur de l'ouvrage.

Le chapitre X traite des blessures articulaires.

Ces plaies sont parfois non pénétrantes. Elles présentent un intérêt moindre. Les *plaies pénétrantes* sont plus importantes à considérer. Après avoir étudié leur fréquence et leur siège habituel, M. Delorme divise les plaies articulaires en trois catégories, suivant que ces plaies sont produites par les armes blanches, les balles, ou les petits éclats des gros projectiles. Il passe en revue les symptômes, la douleur, l'impotence fonctionnelle, l'état local, l'épanchement, les orifices d'entrée et de sortie et surtout recherche s'il y a ou s'il n'y a pas lésion osseuse.

C'est alors que sont étudiées les attritions et ablations du cartilage articulaire, les contusions et dépressions de l'épiphyse, les écornures, rainures, sillons et gouttières, qu'on peut retrouver à la surface des os, les perforations complètes ou incomplètes, l'état du foyer esquilleux, le trajet, l'état des orifices osseux, la comminution de l'os.

M. Delorme ne se contente pas de sèches descriptions anatomo-pathologiques, il étudie le mode de production des différentes lésions, suivant la distance du tir, le calibre et la nature du projectile, de sorte qu'il peut, dans nombre de cas, avec ces données extrinsèques, avoir sur l'état d'une jointure blessée des notions qui donneront de la précision au diagnostic et qui seront souvent un guide pour le traitement.

Dans un chapitre fort intéressant, l'auteur passe ensuite en revue les causes qui influencent les dispositifs des fractures articulaires, qui en augmentent ou en diminuent l'étendue de traits fissuriques : c'est-à-dire le point osseux frappé, la vitesse, la nature et les diamètres du projectile, la disposition architecturale de l'os.

En possession de tous ces renseignements, le chirurgien est prêt pour le diagnostic; M. Delorme pèse, l'un après l'autre, tous les différents signes, leur valeur, leur signification diagnostiquée. Mais non content d'arriver au diagnostic des lésions immédiates, il aborde la question de la marche et du pronostic des plaies pénétrantes osseuses; compare les anciennes et les nouvelles statistiques et fait voir que tout dépend souvent d'un pansement antiseptique plus ou moins précoce.

Vingt grandes pages sont ensuite consacrées à l'étude si délicate du traitement de ces plaies articulaires. Faut-il faire de la simple conservation et dans quel cas peut-on la tenter? Quand est-elle indiquée? Quand faut-il recourir à l'arthrotomie, pratiquer une résection? Cette résection sera-t-elle immédiate, précoce ou tardive? Quand, enfin, le chirurgien sera-t-il réduit, comme dernière ressource, à l'amputation du membre blessé? Ce sont ces graves et intéressantes questions que M. Delorme se pose et résout en clinicien consommé, en chirurgien instruit et hardi, qui sent tout le poids de la responsabilité qui incombe, en cas de guerre, au chirurgien d'armée.

Ce chapitre des blessures articulaires se termine par l'étude des résultats obtenus à la suite des différentes méthodes de traitement et par l'examen de la situation légale des militaires qui ont subi des traumatismes articulaires.

D'après cette courte analyse, nos lecteurs peuvent apprécier la haute valeur scientifique de l'ouvrage de M. Delorme, qui fera époque dans l'histoire de la chirurgie d'armée.

Nouveaux éléments de chirurgie opératoire (1), par M. Chalot.

Il est presque inutile de présenter à nos lecteurs la deuxième édition du livre du professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de Toulouse. L'ouvrage est resté dans l'esprit et dans le cadre primitif de la première édition. Ce sont toujours les opérations *typiques* que M. Chalot a présentées sous une forme aussi succincte et aussi complète que possible. Il y a décrit avec soin toutes les opérations qui peuvent, presque indifféremment, être pratiquées sur le cadavre et sur le vivant avec la même technique essentielle.

L'auteur a fait tous les remaniements et toutes les additions nécessaires afin de mettre cette nouvelle édition *au point* de la chirurgie actuelle.

Le livre de M. Chalot est divisé en deux parties principales : la chirurgie générale et la chirurgie spéciale.

Dans la première partie, sont étudiées les opérations sur la peau, les vaisseaux, les tendons, les muscles, les nerfs, les os, les cartilages, les articulations, les amputations et les résections.

La deuxième partie, divisée en six chapitres, est consacrée aux opérations qui se pratiquent sur les appareils visuel et auditif, sur le nez et les voies respiratoires, sur l'appareil digestif et ses annexes, sur l'appareil uro-génital de l'homme et de la femme.

L'hérédité normale et pathologique (2), par André Sanson.

La question de l'hérédité est, depuis les travaux de Darwin surtout, une de celles qui passionnent le plus les biologistes et même le public lettré. Dans quelle mesure l'hérédité peut-elle, à côté de la perpétuité des traits principaux de l'espèce, assurer la transmission, des ascendants aux descendants, de façons d'être acquises par les individus? c'est là une importante question d'histoire naturelle et de philosophie. La question de l'hérédité pathologique n'intéresse pas moins les médecins et on sait de quelle vogue, justifiée par les faits, jouit actuellement la notion de la dégénérescence héréditaire et, en première ligne, de la dégénérescence névropathique.

M. Sanson étudie les trois grands éléments, les trois grandes modalités de l'hérédité : l'hérédité individuelle, l'hérédité de famille et l'hérédité de race.

Les individus possèdent, à un degré plus ou moins élevé, le pouvoir de transmettre à leurs descendants certaines particularités de leur structure ou de leur vitalité. L'un des deux géniteurs a souvent ainsi une influence prépondérante sur la façon d'être du produit.

---

(1) In-8°, t. II. Prix : 26 francs. — Paris, F. Alcan.

(1) Petit in-8°. Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

(2) In-8°. Prix : 8 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

D'autre part, le type familial tend toujours à se reproduire, surtout lorsque les croisements sont peu étendus et c'est souvent, non à son père ou à sa mère, mais à son grand-père ou à sa grand'mère, ou à quelqu'un de ses aïeux, que ressemble l'individu : c'est l'atavisme.

L'action de l'hérédité de race est plus importante encore que l'influence de l'hérédité de famille et l'hérédité individuelle. Malgré des croisements et des influences diverses, les races humaines conserveraient à travers les siècles une remarquable unité, unité psychologique en particulier. Le livre se termine par un parallèle de la race française et de la race allemande, destiné à appuyer et à démontrer cette proposition. Ce parallèle n'est-il pas un peu de convention?

L'auteur paraît avoir surtout voulu lutter contre l'abus que l'on fait en philosophie et en sociologie de la doctrine du transformisme, bien que son livre soit écrit, non dans un sens idéaliste, mais dans un sens purement positiviste. Il tend à démontrer que ce qui domine l'évolution des sociétés, c'est surtout l'hérédité de race, c'est là l'élément qu'il faut avoir en vue quand on veut agir sur les nations ; il faut, en somme, les mettre à même de se développer dans le sens de la force héréditaire qui les domine depuis des siècles.

Le livre de M. Sanson est rempli de faits intéressants; nous aurions tendance même à trouver que la démonstration y est trop abondante, de telle sorte que les idées d'ensemble qui y sont soutenues ne se dégagent pas toujours facilement de l'accumulation des preuves. C'est du moins l'impression qu'il nous a produite et cela fait peut-être plus la critique de notre esprit que celle du livre. Quoi qu'il en soit, et malgré ses défauts, bien qu'on y sente trop d'enthousiasme philosophique, nous en recommandons la lecture à tous ceux qu'intéresse la grande question de l'hérédité et de la sélection.

Éléments d'ophtalmologie à l'usage des médecins praticiens (1), par M. Gayet.

Le titre l'indique et la préface l'explique, ce livre est destiné à vulgariser, auprès des médecins généraux, les parties de l'ophtalmologie accessibles à un examen non spécial. Les conjonctivites, les kératites, les affections des voies lacrymales sont donc traitées avec beaucoup de menus détails et le souci principal de l'auteur a été d'être compris de médecins non familiarisés avec l'ophtalmologie.

M. le professeur Gayet, un des anciens de la profession, est doué d'une vaste expérience et le spécialiste trouvera aussi dans ce livre à glaner çà et là quelques détails pratiques importants à connaître et à noter.

L'inoculation préventive contre le choléra morbus asiatique (2), par J. Ferran, traduit par le docteur Duhourcau (de Cauterets).

On se rappelle le bruit fait en 1885 par les vaccinations anticholériques pratiquées en Espagne, par le docteur Ferran. MM. Brouardel et Charrin furent envoyés pour étudier la nature des injections du médecin espagnol et leur résultat. Les savants français pensèrent ne s'être pas trouvés en présence d'un procédé suffisamment scientifique pour qu'on pût lui attribuer de l'importance. M. Gamaléia, élève de M. Pasteur, ayant présenté à l'Académie des sciences un mémoire sur la vaccination préventive du choléra asiatique, M. Ferran réclama la priorité de cette découverte. Le livre que vient de traduire M. Duhourcau continue cette polémique et cette revendication.

M. Ferran réclame l'honneur d'avoir le premier fait à titre d'inoculation préventive des injections de bouillon de culture de bacille virgule tué par la chaleur. Il publie des statistiques destinées à montrer non seulement que ces inoculations sont inoffensives, mais aussi qu'elles garantissent réellement contre la contagion du choléra. Les inoculés auraient fourni beaucoup moins de décès cholériques que les individus non inoculés.

(1) In-8°. Prix : 8 francs. — Paris, G. Masson.

(2) In-8°. Prix : 7 fr. 50. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour deux places de chirurgien au Bureau central, vient de se terminer par la nomination de MM. Delbet et Rochard.

— M. Joseph Körösi, directeur du Bureau de statistique de la ville de Budapest, a fondé un prix de 1 500 francs, qui sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur le but et le progrès de la démographie. L'auteur devra préciser la tâche scientifique de la démographie, faire la critique des différentes théories régnantes et des plus importants travaux démographiques faits dans les principaux pays de l'Europe et des États-Unis d'Amérique pendant les cinquante dernières années. L'auteur aura donc à mettre en relief principalement le développement des recensements et les progrès de la statistique de natalité et de mortalité, en établissant où, quand et par qui ces branches de la science démographique ont été perfectionnées.

L'ouvrage peut être rédigé en langue allemande, anglaise, française, italienne. Il doit être envoyé, sans aucune indication pouvant révéler le nom de l'auteur, avant le 1er mars 1894, à M. Joseph Körösi, à Budapest. L'auteur mettra son nom dans une enveloppe cachetée qu'il joindra à l'envoi de son mémoire. Les ouvrages des concurrents seront examinés par les membres du comité mentionné ci-après. Conformément au vote de ce jury, le prix sera décerné dans la séance générale d'ouverture du VIIIe Congrès international d'hygiène et de démographie en 1894, à Budapest, à l'auteur de l'ouvrage ayant la plus grande valeur absolue.

Le jury se compose des membres suivants : M. le docteur Jacques Bertillon, directeur des travaux statistiques de la ville de Paris; M. Luigi Bodio, directeur général de la statistique d'Italie, secrétaire général de l'Institut international de statistique ; M. le docteur V. v. John, professeur à l'Université de Innsbruck; M. Joseph Körösi, directeur du bureau de statistique de la ville de Budapest; M. le docteur W. Lexis, vice-président de l'Institut international de statistique, professeur à Göttingue; M. le docteur W. Ogle, du Registrar General of births deaths and marriages, à Londres.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bartin (de Chauriat); Beau (de Sumène); Emile Blanc, ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Lyon; Delansorne, décédé à Sao-Paolo (Brésil) le 19 mars 1893; Delkaris, médecin stagiaire au Val-de-Grâce; Duchateau (de Bessines), doyen des conseillers généraux de la Haute-Vienne ; Flornoy, ancien médecin des hôpitaux de Bordeaux; Lefebvre (de Bondeville); Paulus (de Montegnée); C. Raspail, député du Var; Raullet (d'Aumale) ; H. Viallanes, professeur à l'École de médecine de Dijon.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

49

PANCRÉATINE DEFRESNE

Adoptée officiellement par la Marine et les Hôpitaux de Paris.

DÉGOUT DES ALIMENTS.	LIENTÉRIE.
DIGESTIONS DIFFICILES.	GASTRALGIE.
DYSPEPSIE.	GASTRITE, ETC., ETC.

DOSES: **Pancréatine Defresne** : 2 à 4 cuillerettes.
Pilules digestives Defresne : 2 à 4 pilules.

Élixir et Sirop.

Détail : Ph^ie, 2, rue des Lombards, Paris.
DEFRESNE, auteur de la Peptone pancréatique.

80

DYSPEPSIES — GASTRALGIES

PEPSINE BOUDAULT

« *En prescrivant simplement : Pepsine, le pharmacien est obligé de ne donner que celle du Codex. Cette pepsine ne doit peptoniser que 20 fois son poids de fibrine, tandis que la* **Pepsine Boudault** *peptonise* **50 fois** *son poids.*
« Le *Vin* et l'*Elixir* de pepsine du Codex ne doivent peptoniser que la moitié de leur poids de fibrine, tandis que le **Vin** et l'**Elixir de Pepsine Boudault** peptonisent **deux fois** leur poids de fibrine, soit **quatre fois plus.** »

79

BESANÇON (DOUBS)

BAINS SALINS DE LA MOUILLÈRE
(aux portes de la Ville)

SOURCES SALÉES DE MISEREY
CLASSE DES CHLORURÉES SODIQUES FORTES BROMO-IODURÉES, ATHERMALES

STATION et ÉTABLISSEMENT BALNÉAIRE DE PREMIER ORDRE

A 6 h. 1/2 de Paris. — A 5 h. de Lyon.

55



GOUTTES LIVONIENNES

de TROUETTE-PERRET
(Créosote, Goudron et Tolu)

LE REMÈDE LE PLUS PUISSANT contre les **Affections des voies respiratoires.**

4 capsules par jour aux repas.

E. TROUETTE, 15, r. des Immeubles-Industriels, Paris.

65

SANTAL SAVARESSE

en capsules anglaises de MEMBRANE ORGANIQUE
Ces capsules se dissolvent dans les **intestins**, sans nausées ni troubles digestifs.
EVANS LESCHER ET WEBB, LONDRES.
Paris : BÉRAL, ph^ien, r. de la Paix ; MARCHAND, r. Grenier-St-Lazare ; GONOR, r. Barbette, et ph^ies.

47

INSOMNIES

Cachets de 0,20^cg
Perles de 0,10^cg

CHLORALOSE PUR

de BAIN & FOURNIER

Hypnotique nouveau, supérieur à tous les hypnotiques connus.

JAMAIS DE TROUBLES DIGESTIFS, LE SEUL SANS DANGER POUR LES MALADIES DU CŒUR

B. Bain et Fournier, 43, rue d'Amsterdam et Ph^ie, 56, rue d'Anjou,
seuls préparateurs et seuls possesseurs des véritables formules.

66

VIN DE PEPTONE CATILLON

30 gr. viande et 0,40 phosphates p^r verre à madère.
Rétablit les forces, l'appétit, les digestions.
Très utile à tous les malades affaiblis, à ceux qui ne peuvent digérer ou qu'on veut suralimenter.

16

SOLUTION DE SALICYLATE DE SOUDE

DU DOCTEUR CLIN
Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris
(PRIX MONTYON)

La Solution du Docteur Clin, toujours identique dans sa composition et d'un goût agréable, permet d'administrer facilement le *Salicylate de Soude* et de varier la dose suivant les indications qui se présentent.

Employée dans le traitement des Rhumatismes aigu et chronique, de la Goutte, de la Gravelle, etc., cette Solution contient très exactement :

2 grammes *Salicylate de Soude* par cuillerée à bouche.
0,50 centigr. *Salicylate de Soude* par cuillerée à café.

GROS : **Clin & Cie**, 20, r. des Fossés-St-Jacques, Paris. — DÉTAIL : *Dans les bonnes Pharmacies.*

29

ÉLIXIR ET DRAGÉES FERRO-ERGOTÉS MANNET

Chloro-anémie, Métrorrhagies, Métrite, Incontinence d'urine. — 2, pl. Vendôme, Paris.

32

QUINIUM ROY GRANULÉ

Extrait normal de quinquina soluble *A. Roy*

33

SIROP DU DOCTEUR REINVILLIER

Au Phosphate de chaux gélatineux.

Phthisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

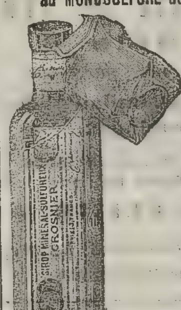
Huile phosphorée titrée pour frictions.

Ph^ie VIRENQUE, 8, place de la Madeleine, et ph^ies.

99

SIROP CROSNIER

MINÉRAL-SULFUREUX
au MONOSULFURE de SODIUM INALTÉRABLE et GOUDRON



Laryngites, Catarrhes, Bronchites, Phtisie.
DERMATOSES

Dose : une cuillerée à bouche matin et soir, 1 heure avant ou 2 heures après le repas.

...... A ces divers points de vue, la préparation de Crosnier vient donc combler une véritable lacune en permettant aux praticiens de compter sur la bonne conservation d'un médicament bien dosé et facile à faire accepter par les personnes les plus délicates.

(Extr. du Rapport officiel de l'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS, 7 août 1877.)

PARIS : 21, rue Vieille-du-Temple, et Ph^ies.

44

ICHTHYOL

PRODUITS SANITAIRES & ANTISEPTIQUES — S F A — PARIS

s'emploie avec succès dans les *maladies des femmes* et la *chlorose*, dans la *gonorrhée*, dans les *maladies de la peau*, des *organes digestifs et circulatoires*, de la *gorge* et du *nez*, et dans les *affections inflammatoires et rhumatismales* de tout genre.

Les bons effets de l'**Ichthyol**, prouvés par des observations *expérimentales* et *cliniques* sont dus en partie à ses qualités *résolutives, sédatives* et *antiparasitaires*, en partie à son action *stimulant la résorption* et *augmentant l'assimilation.*

LES MONOGRAPHIES SCIENTIFIQUES SONT ENVOYÉES GRATIS ET FRANCO SUR DEMANDE PAR LA
Société française de produits sanitaires et antiseptiques,
31, rue des Petites-Écuries, Paris

10

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ Mariani** est prescrit avec succès, par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du Diabète, l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites** et **les Granulations de la Gorge**, etc.

Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux à trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

MARIANI, ph^ien, 41, B^ard Haussmann, et t^tes ph^ies.

79

BAINS D'EAUX-MÈRES

de Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurés et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi. Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.
Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.
Paris, Pharmacie centrale et principales ph^ies.

43

GALACTOGÈNES JOLIVET SIROP, SEL OU VIN



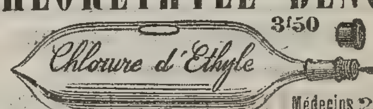
Augmentent la **qualité** et la **quantité** du lait des nourrices et constituent le **meilleur tonique**, aussi bien pour la mère que pour l'enfant, pendant l'allaitement.

JOLIVET,
114, faub. St-Honoré, Paris.
Envoi gratuit d'un Sel échantillon sur demande aux Médecins.

Prix : Sirop, **3** fr. ; Sel, **3** fr. ; Vin, **4** fr.

11

CHLORÉTHYLE BENGUÉ



ANESTHÉSIE LOCALE — NÉVRALGIES

Dr BENGUÉ, ph^ien, 31, rue La Bruyère, Paris.

99

EAU RECONSTITUANTE & DIGESTIVE

DE

RENLAIGUE

(PUY-DE-DÔME)

ANÉMIE, CHLOROSE, DYSPEPSIE

42

BAIN DE PENNÈS

HYGIÉNIQUE, RECONSTITUANT, STIMULANT,
Remplace **Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux**, surtout les **bains de mer**,
Exiger Timbre de l'État — Pharmacies. Bains.

51

KOLA ROY

Donne la force aux débilités.
2 à 4 cuillerées par jour aux repas.
Th. ROY, pharmacien, Asnières (Seine).

24

IODOL

Nouvel antiseptique succédané de Iodoforme sans odeur et sans action toxique.

Dépôt à Paris chez Martin REINICKE, 39, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie et chez les drog^tes.

68

DIGITALINE D'HOMOLLE & QUEVENNE

Approbation de l'Académie de médecine.
MÉD. D'OR DE LA SOCIÉTÉ DE PHARM. DE PARIS.

Le nouveau Codex a décidé, qu'à moins de désignation spéciale, c'est toujours la *Digitaline* découverte par **Homolle et Quevenne** (1) qui doit **SEULE** être délivrée.

Doses p^r jour Granules (1 à 3). — Solution p^r us. int. (10 à 30 g^ttes.
(1) A cause des *imitations impures*, formuler la **Vraie Digitaline d'Homolle et Quevenne.**

Ph^ie COLLAS, 8, r. Dauphine, Paris, et t^tes ph^ies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 5 juin 1893.

Dans l'un de nos derniers numéros nous faisions allusion au rôle du médecin militaire en temps de guerre, montrant ce que ce rôle était délicat et complexe. Nous disions qu'au moment de la mobilisation, les quatre cinquièmes des postes médicaux seraient remplis par des médecins civils, insuffisamment préparés pour la lourde responsabilité qui leur incomberait subitement.

Nous ne croyions pas avoir la vérification si prompte de nos assertions. Actuellement, 65 médecins ont été convoqués à Paris pour accomplir une période d'instruction militaire. Les uns appartiennent à l'armée territoriale et ont été rendus à la vie civile. Les autres, plus jeunes, appartenant à la réserve de l'armée active, sont encore en cours d'instruction. Les premiers, les aînés, ont des grades plus élevés, et soit par hasard, soit que la direction du service de santé l'ait ainsi voulu, un grand nombre de ces médecins-majors appartiennent à la Faculté comme professeurs titulaires ou professeurs agrégés, et aux hôpitaux, comme médecins, chirurgiens ou accoucheurs. Sans être grand prophète, tout porte à croire que ces aînés, ces haut gradés, tant au point de vue scientifique qu'au point de vue militaire, seront, dès le premier jour de la mobilisation, chargés d'un service important.

Il nous a paru intéressant de connaître l'impression que ces « maîtres » de l'armée territoriale avaient emportée de leur période d'instruction.

Tous à l'unanimité se louent du zèle, de l'intelligence avec lesquels leurs conférenciers se sont acquittés de leur tâche ardue. Tous ont admiré l'accent convaincu avec lequel leurs chefs militaires exposaient les devoirs éventuels du médecin d'armée. Tous sont sortis de ces « treize jours » emportant eux aussi une conviction, c'est qu'on venait de soulever devant eux des voiles qui leur cachaient des organisations absolument inconnues ; ils ont pu constater les perfectionnements incontestables qui assurent au soldat valide ou malade, à la caserne ou à l'hôpital, une hygiène meilleure et une alimentation mieux comprise. Mais tous se sont retirés, profondément attristés de leur peu de savoir et des pénibles résultats dont leur ignorance pourrait être la conséquence. Ils ont compris, qu'au moment où la nation aurait besoin d'eux, ils seraient impropres à lui rendre le service réclamé. Quelle que soit leur valeur scientifique, quelle que soit leur habileté de médecin traitant, ils ont compris qu'ils allaient tout à coup se trouver sur un autre terrain qu'ils ne connaissent pas. Les blessés et les malades qui leur seront confiés seraient, sans aucun doute, bien traités, bien soignés, si le médecin, devenu médecin d'armée, savait leur assurer le cantonnement convenable, et surtout les aliments, s'il savait renouveler son matériel, ses médicaments, ses objets de pansement, etc. Le médecin civil dans une ambulance, sera perdu au milieu d'un corps d'armée, dont il ne connaît ni la composition, ni l'ordonnancement, il se perdra dans les ordres à recevoir et à donner, et au moment des combats, là où le médecin a besoin de toute son initiative, de toute son énergie, il sera terrifié de son ignorance.

Sans aucun doute, les leçons si nettes et si méthodiques de leurs collègues de l'armée auront pour résultat d'inciter les médecins civils à l'étude du règlement du service de santé. La période d'instruction finie, les médecins territoriaux sont sortis désireux de s'instruire encore, ils se sont même procuré les livres nouveaux qui traitent de ces questions difficiles, mais combien d'entre eux, repris par les nécessités de la vie journalière, en découperont les pages ? Et même, en admettant comme véritable cette étude du règlement, combien insuffisante serait-elle?

Si les membres de la Commission de l'armée au Sénat voulaient s'éclairer près de ceux qui savent, près de ceux qui pourraient leur dire ce qui est et leur étaler la vérité nue, ils reconnaîtraient qu'il est bien bizarre que, après avoir reconnu l'insuffisance du service de santé à la dernière guerre, après l'avoir organisé sur de nouvelles bases, après lui avoir donné une autonomie qui a déjà assuré tant de progrès, on vienne, pour une question de fausse égalité, le désorganiser le jour où l'on aura besoin de son action.

Nous ne demandons, pour l'étudiant en médecine, ni grades, ni galons, ni solde ; là serait l'inégalité et la faveur. Nous demandons, plus dans l'intérêt national que dans le sien, que l'étudiant soit utilisé avec toutes ses forces vives, qu'on lui apprenne ce qu'il a besoin de savoir, et de savoir

à fond le jour où viendrait la mobilisation. Nous demandons que le jour où il quittera la caserne ou l'hôpital, il soit reconnu apte à devenir, le cas échéant, un bon médecin d'armée et non pas un bon caporal ou un passable sous-officier.

Serons-nous entendu? Si notre plaidoyer n'a pas le don de convaincre, nous ne demandons qu'une chose aux sénateurs chargés d'édicter la loi, c'est de s'informer près de ceux qui, réellement compétents dans les choses médicales et militaires, pourront donner à la Commission sénatoriale un avis sincère et réellement éclairé.

Les accidents causés par l'ingestion des viandes avariées sont évidemment connus depuis longtemps, mais ils sont plus couramment décrits au point de vue de l'hygiène et de la médecine légale, qu'au point de vue clinique, hormis les cas de botulisme fréquents en Allemagne et fréquemment observés.

M. Juhel-Rénoy (Société médicale des hôpitaux, 2 juin) a pu réunir quatre observations singulièrement intéressantes, qu'il réunit dans un mémoire sous le titre « d'intoxication alimentaire d'origine carnée ». Dans tous ces cas, les phénomènes d'intoxication furent consécutifs à l'ingestion de la viande de porc.

Les quatre malades de M. Juhel-Rénoy ont présenté toute une série de phénomènes morbides, les uns, légers, rappelant ceux de l'indigestion la plus vulgaire; les autres, plus graves, faisant penser à l'invasion d'une fièvre typhoïde; les autres, plus graves encore, simulant soit la variole, soit la phtisie aiguë, soit même la méningite cérébro-spinale.

Il est intéressant de résumer quelques-unes des observations de M. Juhel-Rénoy, car, dans tous ces cas, les difficultés du diagnostic paraissent considérables.

Un de ces malades, surmené, fut envoyé à l'hôpital d'Aubervilliers comme atteint de variole. C'est deux heures après l'ingestion de saucisses de mauvaise qualité, que ce jeune homme fut pris de frisson, de rachialgie, de dysphagie, de céphalée... Puis, deux jours après l'apparition de ces prodromes, on vit survenir, au niveau des bras et du tronc, une éruption dont les éléments consistaient surtout en des plaques rouges... Cet exanthème fit porter le diagnostic de variole.

Bientôt des taches ecchymotiques apparurent sur le voile du palais, l'anorexie devint absolue, les urines devinrent albumineuses et très riches en indican.

L'éruption prit l'aspect de l'érythème polymorphe, sur les jambes les éléments éruptifs simulaient l'érythème noueux.

Pendant deux jours, la température resta à 40 degrés.

Un autre malade eut des accidents encore plus graves. Il s'agit d'un jeune homme de seize ans, surmené aussi, qui, sept heures après l'ingestion de saucisses et de jambon fumé, fut pris de céphalée et de vomissements, de photophobie, d'une sensation de brisement extrême. Le lendemain, une amygdalite à points blancs parut; puis, une éruption rubéolique généralisée.

Un autre malade, enfin, eut au maximum tous les symptômes de l'intoxication : vomissements, céphalée, douleur extrêmement vive à la nuque, accompagnée de contracture, hyperesthésie généralisée, diarrhée, éruption scarlatiniforme... La contracture était telle qu'on pensa à la méningite cérébro-spinale.

En somme, d'après l'étude comparée de ces différents cas, on peut tracer un tableau symptomatique assez net de l'intoxication d'origine carnée.

L'étiologie est identique dans tous ces cas : les symptômes survinrent après l'ingestion de viande de porc.

Mais les phénomènes furent chaque fois d'autant plus graves que la viande était moins cuite.

Le passé pathologique du malade paraît avoir une importance grande, eu égard à la survenue des accidents observés.

L'alcoolisme, le surmenage, ont été signalés presque toujours.

Les symptômes fondamentaux existent en :

Diarrhée d'odeur infecte, état nauséeux, vomissements répétés, violents. En somme, c'est d'abord le tableau de l'indigestion banale.

Fréquemment, on note de la dysphagie, des sueurs profuses et même une tendance à la syncope.

Les forces tombent très rapidement.

Tous ces accidents surviennent généralement cinq à quinze heures après l'ingestion des viandes avariées. Les éruptions sonf très fréquentes et affectent différents types : érythème polymorphe, scarlatiniforme, ortié ou roséolique.

Cette intoxication peut simuler la fièvre typhoïde ou les fièvres éruptives.

Notons encore que les urines sont albumineuses et toujours très riches en indican.

Au point de vue thérapeutique, il est bon d'employer les purgatifs (calomel), puis l'antisepsie intestinale. Il importe aussi de provoquer la diurèse.

Cette très importante communication de M. Juhel-Rénoy a occupé toute la séance de la Société médicale des hôpitaux et soulevé une discussion à laquelle ont pris part MM. Faisans, Sevestre, Hanot, Rendu, Netter et Ballet.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Recherches sur les modifications de l'excrétion de l'urée au cours de certaines maladies chirurgicales, et surtout après les grandes opérations. Conséquences au point de vue de la thérapeutique et des soins consécutifs aux opérations.

(Note présentée à l'Académie des sciences par M. Just Championnière, chirurgien à l'hôpital Saint-Louis.)

Dans l'étude des maladies chirurgicales, on a cherché à tirer des examens de l'urine des éléments de diagnostic et de pronostic. En outre des grandes cachexies albuminuriques et diabétiques, on a pensé trouver dans la détermination du taux de l'urée un secours précieux pour le diagnostic. La diminution de l'urée chez les sujets atteints de cancers viscéraux a même paru, à certains chirurgiens, constituer un signe pathognomonique de ces cancers.

Depuis six années, j'ai fait étudier régulièrement tous les grands opérés de mon service. Antérieurement, j'avais fait faire cette étude pour certains d'entre eux seulement et les conclusions qui suivent, obtenues après plusieurs centaines d'examens, sont sensiblement différentes de celles admises jusqu'ici.

La diminution du taux de l'urée, qui, du reste, s'accompagne habituellement d'une diminution parallèle de la quantité de liquide urinaire rendue, est bien loin de caractériser toujours les cancers viscéraux. On la trouve surtout dans les cas où ces cancers ont déjà déterminé une déchéance organique considérable; dans

le cas où la santé générale est conservée, le taux est souvent voisin de la normale.

Cette diminution m'a paru plus commune dans les cancers des ovaires que dans les autres cancers viscéraux. On peut voir, dans ces cas, l'urée quotidienne abaissée de 6 à 5 grammes et même à 3 grammes.

Toutefois, même avec les cancers des ovaires, on peut trouver le taux de l'urée à peu près normal. J'ai depuis longtemps considéré cette condition comme favorable au point de vue opératoire. Ayant tenu compte de ce renseignement pour mes opérations, j'ai vu la mortalité si grave de ces sortes d'opérations faire place à des proportions de guérison véritablement satisfaisantes.

Mais si j'ai trouvé que bien des maladies malignes s'accompagnaient encore d'un taux d'urée assez élevé, j'ai pu constater que certaines maladies non malignes des ovaires s'accompagnaient fréquemment d'une diminution extraordinaire du taux de l'urée. Ce sont surtout les petites lésions des ovaires, les ovarites à petits kystes, désignées aussi sous le nom d'*ovarites scléro-kystiques*, qui ont présenté cette particularité. Dans ces cas, l'abaissement du taux de l'urée témoigne d'une cachexie grave. Il nous fait comprendre que ces maladies des ovaires, que l'on considère d'ordinaire comme compatibles avec la survie, détruisent la santé générale, mettent indirectement la vie en péril et méritent l'attention du médecin.

Si, chez ces cachectiques, on veut faire impunément des opérations, soit l'ablation des ovaires malades, il faut, par des soins, par le repos, par le régime, faire se remonter, au moins passagèrement, ce taux de l'urée.

Augmentation de la décharge de l'urée après les grandes opérations. — Quel que soit le taux primitif de l'urée dans l'urine aussitôt après l'opération, ce taux augmente dans d'extraordinaires proportions. C'est du premier au troisième jour après l'opération que se produit cette augmentation. Le maximum est ordinairement atteint le troisième jour, quelquefois le second. Cette élévation est d'autant plus remarquable, qu'à ce moment, on ne pourrait la mettre sur le compte des « ingesta ». L'opéré que je soigne est toujours à la diète dans cette période.

Il est commun que le taux de l'urée soit triplé, il est souvent doublé. Si le chiffre était bas, il peut être proportionnellement énorme. Je l'ai vu passer de 5 à 25 grammes. Dans un cas de chiffre premier plus normal, j'ai vu, chez une femme, après une fixation de l'utérus à la paroi abdominale, le chiffre de l'urée excrétée, passer de 13 à 45 grammes le troisième jour.

En somme, il faut considérer cette élévation du taux de l'urée dans l'urine comme une conséquence directe des suites des opérations.

Au bout de quelques jours ce maximum s'abaisse, le sujet revient au voisinage de la normale, et si on l'avait trouvé très cachectique avec des abaissements habituels de l'urée, à la suite de l'opération qui l'a guéri, on le retrouve avec des chiffres normaux après la guérison.

J'ai ainsi retrouvé entre autres une femme, guérie par l'ablation d'ovaires à petits kystes, qui présentait 25 grammes d'urée quotidienne, alors qu'au moment de l'opération on n'avait constaté que 7, 8 ou 10 grammes comme maximum.

Cette décharge nécessaire d'urée peut être expliquée par l'ébranlement du système nerveux, soit par la résorption des épanchements sanguins, soit surtout par la résorption nécessaire d'éléments anatomiques nombreux, compromis par le traumatisme.

En tout cas, au point de vue de la pratique chirurgicale, elle demande un rein, sinon sain, du moins suffisant.

Pour l'accomplissement de cette fonction, le rein doit être aidé dans la mesure du possible. Or, le premier secours qu'on puisse lui donner, c'est de ne pas ajouter à ses nécessités d'élimination par l'administration des purgatifs. Cette administration, qui m'a toujours paru plus particulièrement précieuse dans la chirurgie abdominale, doit être faite après toutes les opérations.

On revient ainsi, par suite d'une observation scientifique rigoureuse, à deux pratiques de la chirurgie du passé, trop abandonnées de nos jours, la diète et les purgatifs dans les jours qui suivent les opérations.

J'estime donc que l'examen du taux de l'urée doit précéder et suivre toutes les opérations. Il donne de précieuses indications sur l'état de la santé générale du sujet et sur certaines préparations qu'il est nécessaire de lui faire subir.

Cet examen nous apprend aussi que l'opéré étant tenu de consommer une partie de lui-même, il n'y a pour lui aucune nécessité d'alimentation immédiate. Au contraire, cette alimentation peut être pernicieuse.

D'après certains faits que j'ai observés, il y aurait intérêt à étudier chez les sujets à opérer non seulement ceux qui présentent une diminution de l'urée, mais aussi ceux qui en présentent un excès. J'ai vu survenir certaines complications opératoires chez des sujets qui, avant toute opération, avaient eu dans l'urine des excès considérables d'urée.

LUXATION DU GENOU EN AVANT ET EN DEHORS

Par M. Delorme,

Professeur à l'École du Val-de-Grâce.

Les luxations du genou en avant et en dehors sont si exceptionnelles, que j'ai cru devoir publier le fait suivant. Il s'agit d'une luxation incomplète et récidivante.

Le dragon O..., très vigoureux, sans tare articulaire, se livrait, le 4 décembre 1891, à l'exercice du saut de mouton. Il venait de sauter sur le dos de trois de ses camarades placés côte à côte quand, au moment où le pied droit toucha le sol, il entendit un craquement et éprouva une douleur très aiguë qui provoqua sa chute sur le côté opposé au genou atteint; le pied et avec lui la jambe droite avaient été brusquement portés en abduction. Ses camarades réduisirent sur-le-champ et sans efforts un déplacement qui, au dire de cet homme, était semblable à celui que vous pourrez constater. Le gonflement de l'article fut modéré et l'épanchement extra-articulaire passa inaperçu. Deux mois après, O... reprenait son service, d'ailleurs peu pénible, le genou contenu par une genouillère. L'immobilisation, après l'accident, n'avait été que relative.

Près d'une année après, le 23 octobre 1892, en descendant de cheval, son pied droit rencontrant un caillou se porta, et avec lui la jambe, en abduction. La luxation se reproduisit aussitôt. Nouvelles douleurs, moins vives que la première fois; même impotence fonctionnelle. Réduction facile et immobilisation relative pendant un mois.

Le 6 novembre suivant, en decendant un trottoir, la luxation se reproduisit pour la troisième fois. A partir de ce moment, O... put renouveler le déplacement à volonté. Quand le membre est dans l'extension complète, celui-ci est solide et la luxation est impossible; mais le malade cherche-t-il à avancer le membre inférieur droit, le fléchit-il ou l'appuie-t-il sur le bord interne du pied de façon à produire une légère abduction du genou, immédiatement la surface articulaire du tibia se déplace en avant et en dehors.

Lorsque la luxation est produite, le genou est légèrement fléchi, les condyles du tibia, dont on sent très facilement le rebord, dépassent en avant le niveau de l'extrémité inférieure du fémur de plus de 2 centimètres. Le pouce, en déprimant la peau, se loge facilement dans l'espace compris entre le rebord du tibia et l'extrémité du fémur; cependant, à la vue, la dépression sustibiale est faible.

En dehors, le condyle externe du tibia déborde le condyle fémoral externe d'un bon centimètre; en dedans, le condyle interne du fémur dépasse de la même étendue le niveau du condyle tibial correspondant.

En arrière, les condyles fémoraux font une saillie très marquée. Le condyle externe, par sa partie interne, répond à l'axe du

creux du jarret; le condyle interne accuse la saillie postéro-interne du genou. Il n'y a pas de rotation notable du fémur sur le tibia. Quant à la rotule, elle reste verticale, et s'applique sur l'espace fémoral inter-condylien.

Quand le membre est étendu et la luxation réduite, on ne peut imprimer au genou de mouvement de latéralité; dans la flexion, ces mouvements sont possibles, mais bornés. Par contre, les mouvements de rotation du tibia sur son axe sont faciles et étendus, que le membre soit dans la flexion ou l'extension.

On ne note aucun trouble vasculo-nerveux, le triceps a presque son volume et sa force normale.

Il serait difficile de déterminer ici, à défaut d'une constatation directe, quelles sont les lésions ligamenteuses ou capsulaires qui ont pu permettre ce déplacement. Dans la seule autopsie que nous possédions, celle d'Hargrave, le ligament rotulien était intact; il est facile aussi de constater son intégrité sur notre malade. Le ligament latéral interne était complètement rompu, l'externe déchiré en partie. Sur O..., on ne sent pas, quand le fémur est reporté en arrière, la corde de ces ligaments latéraux. La facilité avec laquelle se reproduit le déplacement et surtout la rotation en dedans si rapidement limitée sur le genou sain, par le croisement des ligaments croisés, fait croire que ces ligaments ont été, sur ce malade, au moins partiellement déchirés. Sur le blessé d'Hargrave, le ligament croisé antérieur était rompu en travers.

J'ai proposé à O... de contenir son articulation avec une genouillère de cuir consolidée par des attelles, ou d'ankyloser son genou dans la rectitude par une résection. Comme cet homme marche assez bien quand le genou est consolidé par une bande de flanelle, moyen conseillé par M. le docteur Salesses, il a préféré le premier au second mode de traitement.

Deux remarques pour terminer : la luxation s'est produite pendant un mouvement d'abduction du pied et de la jambe; elle se reproduit à volonté quand le malade exécute ce mouvement; mais il faut admettre que l'axe du fémur était aussi, au moment de l'accident, oblique de haut en bas pour que le déplacement du tibia ait pu se faire en avant.

Ce fait affirme une fois de plus l'utilité d'assurer une immobilité suffisamment prolongée après la luxation. Chez O..., évacué rapidement d'un hôpital où sévissait la fièvre typhoïde, la contention a peut-être été insuffisante; aussi, comme les malades d'Hargrave et de Bruch, présente-t-il une luxation récidivante.

VERSION SPONTANÉE PELVIENNE

DANS UN CAS DE PRÉSENTATION DE L'ÉPAULE GAUCHE, PREMIÈRE POSITION AVEC PROCIDENCE DU BRAS, DÉGAGEMENT PAR LE SIÈGE, LE FŒTUS PLIÉ EN DOUBLE; MORT PAR URÉMIE DYSPNÉIQUE.

Par le docteur Prunac (de Clermont-l'Hérault),
Ancien interne des hôpitaux de Lyon.

Je suis appelé, le 11 février dernier, auprès de la femme G... (de Lacoste), multipare, en travail depuis deux heures du matin; je ne peux me rendre auprès d'elle que dans l'après-midi. Les six accouchements antérieurs n'ont rien présenté de particulier, le travail a toujours été de courte durée.

La rupture de la poche des eaux date de trois heures du matin. Les contractions utérines se succèdent avec une grande fréquence. L'un des bras est en procidence complète, le dos de la main et le pouce sont tournés vers la cuisse gauche de la femme, le bras est cyanosé, noirâtre et fortement œdématié. L'auscultation des bruits du cœur donne des résultats négatifs. On m'apprend que, malgré cette présentation vicieuse, la sage-femme a administré 2 grammes de seigle ergoté à deux heures de l'après-midi.

En pratiquant le toucher pour me rendre compte de la position, ma main ne peut pénétrer dans l'utérus dont le col se contracte avec une telle violence sur l'épaule, qu'il m'est impossible de le franchir pour aller à la recherche des pieds; je peux néanmoins atteindre le creux axillaire et l'omoplate dont je sens l'angle inférieur à gauche et en arrière. C'était donc bien une première position de l'épaule gauche.

Après des tentatives infructueuses faites par mon confrère, M. le docteur Bazin, et moi, nous quittons la malade à sept heures du soir pour la revoir dans la matinée, et nous prescrivons quelques lavements laudanisés pour vaincre les contractions utérines provoquées par le seigle ergoté.

A deux heures du matin, la femme G..., après de violentes douleurs, accouche spontanément d'un fœtus mort-né, normalement conformé, et de moyen volume; le dégagement s'était fait par le siège, le fœtus plié en double.

Le lendemain, rien d'anormal; rétention d'urine qui nécessite le cathétérisme; l'urine renferme une notable quantité d'albumine, pas de frissons, lochies abondantes sans odeur spéciale : pouls 80, respiration 24, température 37°5; le ventre est souple, indolore, rien du côté de l'utérus et des annexes; par le toucher, rien dans les culs-de-sac vaginaux. Même état jusqu'au 14 février au matin, pouls 102, température 39°7, respiration 64, dyspnée considérable, rythme respiratoire de Cheyne-Stokes, rien à l'auscultation, anurie, la vessie est vide et ne renferme pas traces d'urine. La malade meurt dans la matinée.

L'observation qui précède nous a paru intéressante à divers titres. S'il arrive parfois que la nature se charge d'accomplir elle-même la version dans la présentation des plans latéraux, c'est le plus souvent dans des conditions particulières qui nécessitent l'intégrité de la poche des eaux, une abondance du liquide amniotique, une mobilité considérable du fœtus et de violentes contractions utérines. Les cas de version spontanée, mentionnés par les auteurs dans les circonstances précédentes, sont encore assez fréquents.

Mais il en est autrement quand la rupture de la poche des eaux date de plusieurs heures, quand, avec un utérus à sec, il existe une procidence complète du bras, et c'est ici le cas de notre malade. Dans ces conditions, la version spontanée constitue un mode de terminaison fort rare de l'accouchement; pour se produire, elle exige une amplitude considérable du bassin, un fœtus petit et de violentes contractions utérines. Ces trois conditions se trouvaient réunies dans notre observation, et nous pensons que si l'emploi irrationnel de l'ergot, administré par la sage-femme, a pu amener la mort du fœtus, il a contribué dans une large mesure à produire ce mode anormal de dégagement en provoquant de violentes et d'énergiques contractions.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 mai 1893. — Présidence de M. Périer.

COMMUNICATION

Perforation de la voûte palatine. — M. QUÉNU fait connaître un procédé de restauration des perforations de la voûte palatine. Il a appliqué une première fois ce procédé il y a trois ans. Il s'agissait d'une fistule du sinus maxillaire consécutive à un kyste osseux; pour fermer la fistule, il tailla deux lambeaux muqueux, l'un, palatin, à un demi-centimètre de l'orifice fistuleux, et l'autre, labial; il les adossa et obtura ainsi l'orifice. La guérison s'est maintenue.

Récemment, il a appliqué ce même procédé chez un malade qui, à la suite d'un coup de fusil, tiré sous le menton, s'était

enlevé une partie de la langue et du nez et présentait une perforation de la voûte palatine faisant communiquer les cavités buccale et nasale. Pour fermer cet orifice palatin, M. Quénu tailla, à 1 centimètre en arrière de la perte de substance, un lambeau qu'il décolla, puis, l'ayant mobilisé, il l'a rabattu sur l'orifice, en adossant sa surface cruentée à pareille surface d'un lambeau, emprunté à la lèvre supérieure; il les réunit par des points de suture et la fistule a été ainsi fermée.

M. DELORME rappelle que, dans le second volume de son Traité de chirurgie, il a indiqué plusieurs procédés opératoires, dont l'un consiste à prendre un lambeau à la joue et à la lèvre. En 1888, il a communiqué l'observation d'un blessé dont les deux tiers antérieurs de la voûte palatine avaient été détruits et dont il avait obtenu la guérison, en lui faisant une sorte de voile du palais antérieur fixe, aux dépens de la lèvre supérieure sur laquelle il avait taillé un lambeau.

M. BERGER fait observer que cette question a été traitée par différents chirurgiens étrangers. L'un deux, Israël, a mis en pratique ce procédé ou quelque autre méthode à lambeau ayant beaucoup d'analogie avec les procédés en question.

RAPPORT

Martellement du gros orteil. — M. CHAUVEL fait un rapport sur une observation adressée par M. Godin, dans laquelle il s'agit d'un soldat qui présentait au gros orteil et au second orteil du pied gauche cette déformation que l'on a désignée sous le nom d'orteils en marteau. M. Godin a pratiqué la résection d'une portion de la première phalange et a obtenu ainsi un parfait redressement du gros orteil qui était martelé.

M. Chauvel exprime le regret que M. Godin n'ait pas, du même coup, dans la même séance, opéré, chez ce malade, le second orteil.

En terminant, M. le rapporteur se demande si, aujourd'hui que les opérations à faire dans ces cas sont si bénignes, il n'y aurait pas lieu de revenir sur les règlements qui dispensent du service militaire les hommes atteints de cette infirmité.

M. REYNIER a pratiqué une vingtaine de fois l'opération dont il s'agit pour le redressement d'orteils en marteau. C'est, en effet, une opération très bénigne. Il n'a vu qu'une seule fois le martellement du gros orteil. Dans tous les cas, il fait une simple incision, une résection des extrémités osseuses; il se sert de la pince coupante ou simplement de la gouge et du maillet.

M. BERGER ne croit pas qu'il y ait lieu de comparer le martellement à l' « hallux valgus »; ce sont là, au point de vue thérapeutique, des affections qui doivent être différenciées. Pour le martellement, très rare sur le gros orteil, M. Berger opère, d'habitude, par une incision transversale, en ne réséquant que la partie antérieure de la première phalange. Dans un cas, il a remplacé cette incision par une incision longitudinale.

M. RECLUS pense avec M. Berger qu'il n'y a nulle analogie à établir entre l'hallux et le martellement; quant au fait dont a parlé M. Chauvel, on peut se demander s'il ne s'agit pas simplement d'une rétraction des orteils.

M. Reclus en a vu un cas chez un jeune homme, qui, par suite de cette lésion sur le deuxième orteil, marchait très difficilement; il a suffi de faire la section du tendon extenseur pour obtenir le redressement.

M. KIRMISSON fait observer que, dans les rétractions des orteils, la phalange est ordinairement saine et la résection doit porter uniquement sur le métatarsien; dans l'orteil en marteau, au contraire, il est utile de faire porter la résection sur les deux extrémités articulaires.

L'observation de M. Chauvel paraît bien être un cas d'orteil en marteau et non une rétraction du tendon extenseur.

M. MONOD a fait deux fois la section du tendon pour des orteils en griffe et aussitôt le redressement a été possible; le traitement ne doit pas être le même que pour l'orteil en marteau.

M. BERGER dit qu'il y a des cas où le diagnostic peut être difficile à cause de l'incertitude dans laquelle on se trouve au point de vue de la pathogénie de l'orteil en marteau. Quelquefois ce dernier coïncide avec le pied plat. M. Berger en cite un exemple : un enfant de cinq ans marchait fort mal; des deux côtés, existait une difformité du deuxième orteil, offrant les caractères du martellement; c'est ce que l'on notait quand on faisait marcher l'enfant; mais s'il était au repos, le redressement des orteils était possible et la concavité plantaire se formait. M. Berger n'a pu expliquer cette double attitude que par suite de la distension du tendon fléchisseur sous l'influence de la disparition de la voûte plantaire. Cet enfant a guéri par le port d'une semelle spéciale.

M. DELORME dit que, lorsque l'on a affaire aux orteils en griffe, il est indiqué de commencer à les traiter par l'électrisation qui très souvent réussit.

PRÉSENTATION DE MALADE

Trépanation du crâne. — M. CHAMPIONNIÈRE présente un malade qu'il a trépané il y a trois semaines. Cet homme était tombé d'une hauteur de 7 mètres. Il avait immédiatement perdu connaissance et il ne se réveilla que dix-neuf jours après, ayant complètement oublié tout ce qui s'était passé. Il n'eut pas d'accidents épileptiformes, ni d'accidents paralytiques, mais il se plaignait d'une douleur vive généralisée à toute la tête et avait un sentiment de vertige insupportable. Or ces deux phénomènes, la douleur et le vertige, sont des indications très nettes de la trépanation. Après cette opération, on constate toujours, dans ces cas, une grande amélioration et souvent une disparition définitive des accidents. Chez ce malade, M. Championnière fit une ouverture de 6 centimètres; il trouva la dure-mère intacte, la fendit et constata sur les méninges une teinte grise et des petits points blanchâtres qui ne pouvaient laisser aucun doute sur l'existence d'une méningo-encéphalite commençante. Tous les accidents disparurent après la trépanation.

M. Championnière insiste beaucoup, dans ces cas, sur les avantages d'une intervention précoce.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Manifestations syphilitiques récidivant in situ (1),
par le docteur A. DELANSORNE.

Cette thèse aborde un point intéressant de syphiligraphie. Chez certains syphilitiques, on voit les accidents spécifiques se reproduire dans la même région, par poussées successives, avec une singulière ténacité, ces accidents peuvent avoir l'apparence de chancres, de plaques muqueuses, de syphilides tertiaires ou de syphilomes gommeux. Cette récidive est quelquefois favorisée et entretenue par des irritations banales qu'il importe de supprimer, mais parfois aussi elle se présente sans cause appréciable, constituant aussi une sorte de malignité locale.

Ces récidives sont pour la syphilis une véritable aggravation. Elles méritaient d'être signalées et étudiées d'une façon particulière.

Asepsie et antisepsie chirurgicales (2),
par MM. TERRILLON et CHAPUT.

Ce petit ouvrage est essentiellement personnel et pratique, il indique les méthodes et les procédés employés par les auteurs à la Salpêtrière. Le lecteur ne doit donc pas s'attendre à y trouver tous les procédés connus. Mais il indique d'une manière détaillée et précise une méthode qui a pour elle l'épreuve de l'expérience et qui se recommande par sa simplicité et la facilité de son exécution.

(1) In-8°. Prix : 6 francs. — Paris, G. Steinheil.
(2) In-18. Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Étude sur la situation sanitaire de Nantes pendant le 2e semestre de l'année 1892, par le docteur G. Bertin.

Relevons seulement les conclusions qui concernent le choléra. La maladie aurait été apportée et implantée par une femme venue de Paris; elle a présenté en 1892 une gravité plus grande qu'en 1884.

L'histoire de cette épidémie nantaise prouverait bien, d'après M. Bertin, la nécessité et l'utilité des mesures de prophylaxie et de lutte contre le choléra, qui ont été formulées par MM. Proust et Brouardel.

L'érysipèle (1), par P. Achalme.

Depuis que les recherches bactériologiques ont été inaugurées en médecine, l'histoire de l'érysipèle a été en quelque sorte renouvelée. Après avoir admis tout d'abord que son développement devait être attribué à un bacille spécial, on en est arrivé à admettre que ce bacille est intimement parent, sinon même identique, avec le streptocoque pyogène. On a donc ainsi *spécifié* les rapports que la clinique avait reconnus entre l'érysipèle, les suppurations et la fièvre puerpérale. Ces notions bactériologiques ont éclairé aussi la survenue de certaines complications viscérales, de la pneumonie en particulier. Il y avait donc lieu de présenter au public médical une histoire d'ensemble de l'érysipèle en donnant une large place à ces notions nouvelles. M. Achalme s'est acquitté de cette tâche avec beaucoup de talent. Il a su tenir la balance égale entre le laboratoire et la clinique.

Maladies des pays chauds (2), par H. de Brun.

Petit manuel renfermant l'histoire très abrégée des principales maladies spéciales aux pays chauds : coup de chaleur, anémie tropicale, peste, fièvre jaune, choléra, dengue, biribéri, maladie du sommeil, etc. M. de Brun est, on le sait, professeur de clinique interne à la Faculté de Beyrouth; il a donc une compétence particulière dans cet ordre de questions.

L'endocardite aiguë (3), par V. Hanot.

Dans ce petit volume, il n'est question que de l'endocardite aiguë, et plus particulièrement encore de l'étiologie de cette endocardite; on y trouvera donc « surtout l'exposé de la plupart des causes des maladies du cœur d'origine valvulaire ». M. Hanot a fait sur ce sujet, à l'École de médecine, un cours fort remarqué; ce sont évidemment ses notes qui lui ont servi pour la rédaction de cette étude d'ensemble.

Les tumeurs blanches chez l'enfant (4), par M. A. Broca.

Ce petit livre fait partie des aide-mémoire publiés sous la direction de M. Léauté. M. Broca y a indiqué les principaux moyens employés dans le traitement des tumeurs blanches chez l'enfant. Il a surtout insisté sur ceux que le temps a pu consacrer. Il a su faire voir que les moyens classiques et efficaces chez l'adulte devaient être souvent modifiés dans la pratique infantile, qui doit résolument être beaucoup plus conservatrice.

Chez l'enfant il faut, la plupart du temps, renoncer aux résections typiques, excellentes au contraire chez l'adulte; les opérations parcimonieuses et économiques deviennent les procédés de choix.

Après avoir étudié ce qu'est la tumeur blanche chez l'enfant, quels sont les désordres qui l'accompagnent, les accidents qui la compliquent, M. Broca aborde la thérapeutique dont il divise l'étude en quatre chapitres :

1° Traitement médical, général;

2° Traitement local non sanglant et orthopédique;

3° Résections typiques;

4° Résections atypiques.

Nous nous plaisons à répéter, avec M. Broca, cette phrase qui termine son travail, car elle est l'expression exacte de la vérité : « Si une tumeur blanche est soumise, *dès le début*, à une thérapeutique rationnelle et attentive, le succès est presque constant, sans mutilation grave. »

(1) In-16. Bibl. Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.
(2, 3, 4) Petit in-8° (Encycl. scient. des aide-mémoire). Prix : broché, 2 fr. 50; relié, 3 francs. — Paris, Gauthier-Villars et G. Masson.

Étude anatomo-pathologique sur les lésions pulmonaires d'origine cardiaque (1), par le docteur P. Ducellier.

Chez les cardiaques, il existerait des lésions pulmonaires comparables à celles que l'on observe dans le foie et dans le rein. On constate successivement des phases de congestion œdémateuse, de splénisation et de sclérose pigmentaire. Ces trois stades se présentent souvent simultanément dans les mêmes poumons, se reliant les uns aux autres par des gradations insensibles.

Ceux que la question intéresse trouveront dans ce travail inaugural des détails sur les lésions scléreuses du poumon cardiaque.

Avec la congestion, la splénisation et la sclérose, on voit souvent coïncider des foyers hémorragiques d'aspect assez différent.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Dimanche matin a eu lieu l'inauguration de la statue de Théophraste Renaudot, fondateur de la *Gazette* et créateur des consultations charitables. Tous les journaux politiques ayant donné les détails de cette cérémonie, il ne nous reste qu'à adresser nos plus cordiales félicitations à M. Gilles de La Tourette, qui a su créer le mouvement d'opinion auquel nous devons cette statue et mériter ainsi la croix de chevalier de la Légion d'honneur, qui lui a été remise à la fin de la cérémonie par M. le ministre de l'Intérieur, président du conseil.

— Vendredi a eu lieu à l'hôpital Necker l'inauguration du nouvel amphithéâtre des cliniques chirurgicales de la Faculté. On remarquait dans l'assistance, au milieu de nombreux médecins et chirurgiens des hôpitaux, MM. Verneuil, de l'Institut; Liard, directeur de l'enseignement supérieur; Brouardel, doyen de la Faculté; Poubelle, préfet de la Seine; Peyron, directeur de l'Assistance publique, et plusieurs conseillers municipaux. Quelques discours ont été prononcés, au nom de l'État, de la Faculté, de la Ville de Paris et de l'Assistance publique. M. Le Dentu, dans une improvisation émue, a remercié le Conseil municipal et l'Assistance publique, à la libéralité desquels on devait cet amphithéâtre modèle, et a demandé qu'on voulût bien associer, aux remerciements qui lui sont adressés, M. Belouet, l'architecte de l'Administration, qui a su mener à bien une installation aussi complexe.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. le docteur Régis est chargé d'un cours complémentaire des maladies mentales.

— *École de médecine de Marseille.* — M. le docteur Gourret est chargé d'un cours de minéralogie et d'hydrologie.

(1) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, G. Steinheil.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** D. — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous avons à signaler une importante communication de M. le professeur Dieulafoy sur la maladie de Bright, sur ce qu'il appelle les petits accidents du brightisme. L'albuminurie et les œdèmes étant des symptômes inconstants et qui manquent souvent, il faut s'attacher à pouvoir porter de bonne heure le diagnostic de cette affection, en se basant sur d'autres signes. Ce sont ces signes que fait connaître M. Dieulafoy et dont on trouvera la description dans le résumé de sa communication.

M. Verneuil a présenté un jeune garçon sur lequel M. Quénu a pratiqué une thoracotomie pour une ancienne pleurésie purulente datant de deux ans et demi. Le résultat est très bon.

A la fin de la séance, la parole a été donnée à M. Just Championnière pour une intéressante communication sur le traitement du pied-bot varus équin par l'ablation de la plupart des os du tarse, et à M. Berlioz (de Grenoble) pour la lecture d'une note sur un vernis antiseptique, le stérésol.

L'Académie a élu, à une très forte majorité, M. Debove membre titulaire dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale, en remplacement de M. Desnos. Tout le monde applaudira à ce choix, et nous sommes heureux d'adresser nos félicitations au jeune et éminent professeur, dont nos lecteurs connaissent les importants travaux sur les affections nerveuses et les maladies de l'estomac.

L'Académie s'est ensuite formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Gariel sur les titres des candidats correspondants nationaux (section de physique et chimie).

Les candidats sont classés dans l'ordre suivant : en première ligne, M. Fleury (de Nantes); en deuxième ligne, M. Linossier (de Lyon) ; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Bergonié (de Bordeaux), Bleicher (de Nancy), Hugounenq (de Lyon) et Lacour (du Mans).

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Duplay.

La tuberculose rétro-calcanéenne.

Le malade couché au n° 22 de la salle Trélat, et que nous allons opérer ce matin, offre une affection bien minime, bien localisée, mais offrant, en raison de sa fréquence relative, des difficultés de son diagnostic et de son pronostic au début, un intérêt réel. C'est un cuisinier obligé par sa profession à se tenir debout pendant toute la journée; il est âgé de trente ans. Il y a huit mois, tandis qu'il faisait ses vingt-huit jours, il commença, à la suite de quelques fatigues d'ailleurs, dit-il, assez légères, à éprouver une douleur en arrière du talon gauche. Cette douleur avait son maximum le matin. Elle disparaissait par la marche, quand le mal, suivant l'expression du malade, s'échauffait. Mais le soir, si la marche avait été un peu prolongée, il existait déjà une vive sensibilité à la pression et un certain gonflement.

Ce ne fut qu'au bout de trois mois que ce malade se décida à consulter un médecin. On lui conseilla l'application d'un vésicatoire, et, en cas d'insuccès, celle de pointes de feu. L'application du vésicatoire ne détermina aucune amélioration, et le malade négligea d'aller se faire mettre les pointes de feu. Le gonflement et la douleur augmentant, il se décida, le 20 février, à entrer dans le service.

Au moment de l'entrée, la tuméfaction était volumineuse mais elle était nettement limitée à la partie postérieure du talon, au niveau des insertions du tendon d'Achille. Elle n'atteignait pas tout à fait la pointe du talon. Latéralement, elle débordait un peu à droite et à gauche, se dirigeant vers les malléoles. La peau, de coloration normale, était un peu chaude.

La consistance de la tuméfaction était tout à fait spéciale. La grosse masse profonde était de consistance absolument osseuse et dure. Les prolongements latéraux plus superficiels offraient, au contraire, une mollesse pseudo-fluctuante de liquide ou de fongosités. La pression, douloureuse sur toute l'étendue, l'était particulièrement au voisinage du tendon d'Achille.

En huit jours, le repos détermina une amélioration considérable. Si le gonflement dur persista, le gonflement malléolaire pseudo-fluctuant disparut. Tout au plus en retrouve-t-on trace en un point au côté externe du tendon. La douleur spontanée a disparu. La douleur provoquée n'existe plus qu'à l'extrémité de l'insertion du tendon. J'ajoute que

tout le reste du calcanéum est sain. Les articulations tibio-tarsienne, médio-tarsienne, les os du tarse sont également indemnes. L'état général, sauf un peu de pâleur et d'amaigrissement tenant sans doute à l'atmosphère confinée, est absolument bon.

Il s'agit donc, en résumé, d'une affection à siège osseux, à forme inflammatoire ainsi que l'ont montré les douleurs spontanées et à la pression la chaleur de la peau, à marche chronique durant depuis huit mois déjà. Dans la description clinique de cette affection, la localisation si exacte au bord postérieur du calcanéum, doit vous frapper particulièrement. C'est ce point spécial qui peut expliquer la pseudo-fluctuation perçue au moment de l'entrée. A ce moment, nous avons fait trois hypothèses : un abcès froid, des fongosités, un épanchement séreux. L'idée d'abcès froid doit être écartée en raison de la résolution rapide. L'idée de fongosités devient également, du fait de cette résolution, bien peu vraisemblable. En revanche, l'idée d'un épanchement séreux se comprend très bien, puisqu'il existe en ce point une bourse séreuse de glissement. Les bourses séreuses, et en particulier celle du calcanéum, sont un des sièges de prédilection des synovites séreuses ou fongueuses. Notre diagnostic s'est donc augmenté d'un élément nouveau : ostéite du calcanéum avec épanchement séreux de la bourse rétro-calcanéenne.

L'origine de ces épanchements séreux est si souvent la blennorragie, qu'il était indispensable de rechercher cette cause. Le malade a bien eu deux chaudepisses, mais la dernière est guérie depuis deux ans déjà. La synovite blennorragique est d'ailleurs plus aiguë. Elle ne s'accompagne pas d'ostéite.

Relativement à l'ostéite, l'âge du malade nous empêche de penser à une ostéite de développement. Rien n'éveille, dans les antécédents ni les symptômes, l'idée de syphilis. L'idée d'ostéite tuberculeuse reste donc seule. Elle doit être adoptée, bien que les antécédents héréditaires et personnels soient relativement bons. Toutefois le père du malade est mort d'une pleurésie purulente dont la durée a été de dix-huit mois. Le malade lui-même aurait eu un abcès du pied à douze ans, abcès dont il est difficile de préciser la nature.

Bien que les lésions de l'os prédominent actuellement sur celles de la bourse séreuse, il est probable que c'est par cette dernière qu'a commencé la tuberculose. C'est en effet la marche ordinaire. D'ailleurs si le calcanéum avait été atteint primitivement, on ne s'expliquerait pas bien la localisation si exacte des lésions au niveau de la séreuse. En revanche, les fongosités de la bourse ont pu détruire rapidement la paroi séreuse si mince et attaquer l'os. Plusieurs faits que j'ai observés antérieurement confirment cette manière de voir. Je vous en citerai seulement deux qui montrent les degrés progressifs de la lésion.

La première observation est celle d'une jeune fille de quinze ans, manifestement lymphatique. Elle offrait en arrière du calcanéum un gonflement limité aux insertions du tendon d'Achille, débordant ce tendon de chaque côté. Ce gonflement était constitué par du liquide et des fongosités pâteuses. Il y avait à peine de dureté osseuse. L'incision fut faite sur un des côtés. Les fongosités étaient assez abondantes, mais l'os, minutieusement examiné et gratté, n'offrait nulle part de dénudation ni d'altération. Une fistule après l'opération persista pendant près d'un an. Grâce à un traitement thermal à la Bourboule qui put être suivi, la guérison survint et, depuis, s'est maintenue complète.

La deuxième observation est celle d'une jeune fille de vingt ans, offrant absolument les mêmes lésions, mais avec un gonflement osseux. Dans une première opération, l'incision faite évacua du liquide, des fongosités. Un point osseux dénudé fut constaté. L'os fut gratté à ce niveau, mais d'après les renseignements qu'on me donna, le grattage aurait été peu complet. Non seulement une fistule persista, mais les lésions reparurent, le gonflement s'accentua. Dans la seconde opération que je dus faire, je fis une large incision bilatérale, je grattai et évidai complètement l'os jusqu'à ce que je fusse complètement sûr d'être dans un tissu entièrement sain. La guérison fut, cette fois, complète.

Cette intervention radicale est nécessaire malgré l'apparence bénigne de l'affection. En réalité, le pronostic est assez grave, du fait de la persistance, de l'extrême rareté des guérisons spontanées ou par le simple traitement médical, enfin du fait de la nature tuberculeuse. Peut-être si notre malade était d'une situation plus aisée, s'il pouvait se soigner longtemps, pourrait-on tenter le traitement par la révulsion, la compression, les résolutifs, les eaux minérales. L'amélioration remarquable survenue par le repos semblait nous y encourager. Mais en réalité, il s'agit d'une amélioration assez trompeuse ayant porté sur l'épanchement séreux surajouté et non sur l'ostéite. Si ce malade reprenait sa profession pénible, une rechute serait absolument certaine. Il faut donc intervenir et intervenir d'une façon radicale pour détruire complètement le foyer tuberculeux. L'incision sera d'abord faite d'un côté, mais une incision bilatérale sera presque sûrement nécessaire pour bien gratter la bourse séreuse, pour bien rechercher le point ou les points dénudés du calcanéum, pour évider l'os jusqu'au tissu complètement sain. La guérison demandera toujours un certain temps. Mais ce temps sera d'autant moins long, le danger de fistule sera d'autant moindre que l'opération aura été plus complète.

TRAITEMENT DU PIED-BOT VARUS ÉQUIN

PAR L'ABLATION DE LA PLUPART DES OS DU TARSE

Par M. le docteur Just CHAMPIONNIÈRE,

Chirurgien à l'hôpital Saint-Louis.

Le traitement opératoire du pied-bot a été profondément changé par la chirurgie moderne et des opérations ont pu modifier des pieds-bots si compliqués, qu'ils semblaient autrefois tout à fait incurables.

L'ablation de portions d'os ou d'os du tarse, ablation de l'astragale, a pu être accomplie avec grand succès. M. Championnière a pratiqué l'ablation de l'astragale aussitôt qu'elle a été préconisée.

Depuis, il a beaucoup perfectionné sa méthode et il peut en donner aujourd'hui une statistique de treize cas, tous heureux, et présenter une formule opératoire d'une extrême simplicité.

Dans le traitement des formes graves du pied-bot varus équin, il faut enlever non seulement l'astragale, mais tous les os du tarse qui gênent le redressement. C'est ainsi qu'il a enlevé l'astragale, le cuboïde, le scaphoïde, les cunéiformes et même plusieurs fois la partie antérieure du calcanéum.

Si l'antisepsie est parfaite, la réparation de ces plaies est d'une simplicité telle qu'on doit s'abstenir de tout appareil inamovible.

En mobilisant très vite les pieds opérés, on obtient une souplesse suffisante.

Il est inutile de faire des sections tendineuses complémentaires.

Malgré ces pertes osseuses considérables, la voûte du pied est

solide et élevée, alors qu'*a priori* on devait penser qu'elle serait écrasée.

Le pied est seulement un peu raccourci et sa forme ne diffère pas de celui du côté opposé.

Les opérés marchent très vite de la troisième à la sixième semaine, sans boiterie et sans appareil spécial, avec des souliers à contreforts un peu solides.

Les opérés marchent à plat sur le sol de la façon la plus normale. La réparation est si simple, que M. Championnière estime qu'il ne faut jamais ménager un os du tarse, mais aller dans l'ablation des os jusqu'à ce que toute difformité soit immédiatement corrigée.

Sur les treize opérations, toutes faites pour cas d'une extrême gravité, le succès a été complet et d'autant plus rapide que l'opération a été plus large.

Ces résultats sont si satisfaisants, qu'on peut établir cette conclusion paradoxale qu'un pied-bot compliqué ainsi traité est guéri plus vite et d'une façon plus satisfaisante que les pieds-bots peu marqués, pour lesquels on se contente nécessairement des sections tendineuses, qu'il faut faire suivre de l'application d'appareils.

Mais il faut que l'opération soit large jusqu'à l'excès et il faut que l'antisepsie soit irréprochable ; ce sont les conditions nécessaires de la réparation.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 juin 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

CORRESPONDANCE

Elle comprend des lettres de MM. Rendu, Straus et Fernet, qui se portent candidats à la place vacante dans la section de pathologie interne.

COMMUNICATION

Du brightisme. — M. DIEULAFOY veut attirer l'attention sur quelques symptômes nouveaux de brightisme. On connaît bien, dit-il, les différentes modalités de l'urémie, l'urémie épileptiforme, l'urémie délirante, l'urémie comateuse ou apoplectiforme, l'urémie dyspnéique, la céphalée urémique, l'urémie cardio-aortique, l'urémie rénale. Toutes ces différentes formes peuvent-elles se révéler par des symptômes précoces? C'est ce que veut étudier M. Dieulafoy.

Sur soixante observations de brightiques, recueillies dans son service, l'albuminurie manquait dans un quart des cas.

Il relate un certain nombre d'observations, qui se ressemblent toutes : accidents urémiques plus ou moins intenses, petits signes du mal de Bright et, durant tout le séjour des malades à l'hôpital, pas la moindre trace d'albumine.

Par contre, beaucoup de sujets ont de l'albumine dans les urines à divers moments de la journée, ces sujets n'auront jamais d'accidents urémiques; car, n'ayant pas de lésions rénales, ils ne seront jamais des brightiques.

L'albuminurie étant inconstante, quels sont les signes qui peuvent permettre de reconnaître les accidents urémiques?

Ces petits accidents précoces de la maladie de Bright, qui peuvent exister sans l'albuminurie, sont les suivants :

Troubles auditifs, beaucoup plus fréquents encore que les troubles oculaires, marqués par des bourdonnements d'oreille, de la dureté de l'ouïe, très rarement de la surdité; M. Dieulafoy les a constatés 34 fois sur 60 ; vertige de Ménière, vertige rebelle à toutes les médications, même au sulfate de quinine, et qui cède en quelques jours au régime lacté; phénomènes du doigt mort, localisé à quelques doigts pour les deux mains, rarement à tous, durant quelques minutes à un quart d'heure; les démangeaisons, attirant l'attention par leur ténacité; envies fréquentes d'uriner, la pollakiurie, confondue autrefois, à tort, avec la polyurie.

Il est un autre symptôme sur lequel M. Dieulafoy a le premier insisté : c'est l'impressionnabilité exagérée des brightiques au froid, c'est la chryestésie. Elle existe surtout aux membres inférieurs, aux genoux, aux mollets, aux pieds. Cette chryestésie a été signalée 37 fois sur 60 observations. M. Dieulafoy cite encore le signe de la temporale : l'artère se dessine sous forme de flexuosités saillantes; elle est dure et simule une artère athéromateuse.

A côté de ces petits accidents, il faut citer les crampes dans les mollets, fort douloureuses, survenant la nuit, réveillant les malades. C'est un des accidents les plus constants. M. Dieulafoy l'a observé 46 fois sur 60 observations.

Les épistaxis, peu abondantes, se répétant tous les jours, pendant plusieurs jours, plusieurs semaines, sont consignées 34 fois sur 60 observations.

M. Dieulafoy a décrit également, au nombre de ces petits accidents, un symptôme auquel il a donné le nom de secousse électrique. Au moment où le malade va s'endormir ou est endormi, il est réveillé brusquement par une secousse unique, violente, comparable à une décharge électrique, véritable convulsion clonique. Ce symptôme est noté 25 fois sur 60.

Ce sont ces petits accidents du brightisme qui, à défaut des œdèmes et de l'albuminurie, permettront de faire le diagnostic du mal de Bright. Isolés, ils ont peut-être peu de valeur; groupés, ils imposent le diagnostic.

Ces petits accidents prennent, à plus forte raison, une grande importance lorsqu'ils coexistent avec les œdèmes et l'albuminurie. En effet, ils sont souvent associés aux grands symptômes de la maladie de Bright. Mais il ne s'agit pas de ces malades. Il s'agit de ceux qui ont eu des accidents peu bruyants, jusqu'au jour où surviennent les accidents graves. C'est ce que l'on voit chez les goutteux et les arthriques ; chez les syphilitiques; chez des gens atteints de maladie infectieuse, fièvre typhoïde, pneumonie, scarlatine. Chez ces malades, les petits accidents du brightisme sont rattachés à la maladie causale, comme la céphalée, par exemple, à la syphilis, et cela jusqu'au jour où les grands signes de l'urémie font reconnaître l'erreur. Il est un critérium qui permet de déceler ces accidents, c'est leur amélioration sous l'influence du régime lacté.

M. Dieulafoy termine par les conclusions suivantes :

Autant l'albuminurie est un symptôme inconstant, infidèle et trompeur, autant la présence des petits accidents du brightisme peut être d'un secours précieux dans le diagnostic de la maladie de Bright, à toutes ses périodes, dans ses formes plus ou moins frustes, dans ses formes plus ou moins latentes. Il y a une grande urémie et une petite urémie.

Ce qui domine la situation dans la maladie de Bright, à toutes ses phases, ce qui crée le danger, ce n'est pas ce qui passe au travers des reins, c'est ce qui ne passe pas. Ce n'est pas parce que les reins laissent passer tous les jours quelques centigrammes ou quelques grammes d'albumine, qu'il y a danger; le danger vient de ce que les reins altérés ne laissent plus passer, en quantité voulue, les éléments de dépuration qui constituent la sécrétion urinaire normale.

Le poison retenu dans l'économie peut s'y accumuler rapidement et à forte dose, si la dépuration urinaire est gravement compromise, et alors éclatent les grands symptômes de l'urémie brightique. Mais si l'atteinte portée à la dépuration urinaire est légère, le poison met un temps plus ou moins considérable à s'accumuler dans l'économie et le malade est sous le coup de cet état que je viens de décrire sous la dénomination de brightisme latent ou petite urémie.

La constatation du brightisme n'implique pas fatalement un pronostic grave pour l'avenir. Fort heureusement, bien des gens, des syphilitiques, des goutteux, des chlorotiques, sont entachés de brightisme sans arriver fatalement aux grands accidents urémiques. Mais quand on a les petits accidents du brightisme, c'est un avertissement dont il faut tenir compte ; il faut se soigner et se soigner rigoureusement, qu'on soit albuminurique ou qu'on ne le soit pas.

D'autres conclusions s'imposent encore, c'est que l'albuminurie ne doit pas être notre guide, ni dans le pronostic, ni dans le traitement du mal de Bright. Au point de vue du pronostic, ce ne sont pas les gens qui ont les urines les plus albumineuses qui sont le plus gravement compromis; on peut être fort malade avec peu d'albumine ou pas d'albumine du tout.

Au point de vue du traitement, je pense, pour ma part, que le régime lacté domine le traitement et il ne doit pas être seulement imposé aux brightiques albuminuriques, il doit être imposé à tout individu présentant la grande ou la petite urémie avec ou sans albuminurie.

La question du brightisme, ainsi envisagée, pourra nous permettre, je le crois, d'élargir le cadre de l'ancienne description de la maladie de Bright. Cette description ne sera plus strictement resserrée dans la dichotomie des néphrites parenchymateuses, car les petits accidents du brightisme évoluent dans toutes les formes des néphrites. Le brightisme s'associe volontiers à quelques états pathologiques auxquels j'ai déjà fait allusion et ces associations morbides méritent d'attirer toute notre attention.

Au nombre de ces associations, je fais figurer, comme étant la plus importante, le brightisme arthritique, le syphilo-brightisme et le chloro-brightisme.

PRÉSENTATION DE MALADE

Thoracotomie. — **M. VERNEUIL** présente un jeune malade opéré par M. Quénu, qui fit une thoracotomie pour une ancienne pleurésie purulente, datant de deux ans et demi. Le malade est actuellement bien guéri. Le résultat opératoire est excellent.

M. Verneuil fait remarquer que, chez ce malade, M. Quenu a fait une incision postérieure embrassant la pointe de l'omoplate, ce qui permit d'obtenir un volet thoracique comprenant l'omoplate.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicales.

Au premier tour, le nombre des votants étant 67, majorité 34, M. Debove obtient 56 voix, M. Hallopeau 5, M. Laveran 3, M. Ferrand 1, M. Huchard 1 ; 1 bulletin blanc.

En conséquence, M. Debove est proclamé élu.

LECTURES

Stérésol dans la diphtérie. — **M. BERLIOZ** (de Grenoble) fait une communication sur l'emploi du stérésol dans le traitement de la diphtérie. Il s'agit d'un vernis antiseptique à base de phénol qui adhère aux muqueuses et à la peau.

Traitement du pied-bot varus équin par l'ablation de la plupart des os du tarse. — **M. JUST CHAMPIONNIÈRE** donne lecture d'une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 622.)

L'Académie se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

La santé de Talleyrand.

SON HYGIÈNE ET SES MÉDECINS.

Par M. le docteur CABANÈS.

I

L'homme qui, depuis soixante ans, « jouait les peuples et les couronnes sur l'échiquier de l'univers », l'incarnation de toutes les apostasies,

..... le parjure vivant,
Talleyrand-Périgord, prince de Bénévent,

avait reçu de Louis XVIII l'ordre formel de se faire oublier. L'incomparable cabotin était à bout de rôle : il acceptait l'exil, mais se refusait à en savourer l'amertume. Il se résignait à la retraite, mais en s'entourant du luxe et du confortable dont son ambition et ses appétits lui faisaient, depuis longtemps, une nécessité.

Tout comme un souverain déchu il emmenait sa cour à sa suite : la tourbe des faméliques et des parasites, qui aiguisaient son mépris de l'espèce humaine ; le bouffon spirituel et cynique pour faire grimacer son sourire éteint; le plus habile cuisinier de l'Europe, Carême en personne pour stimuler son palais blasé ; la toute gracieuse duchesse de Dino, la plus charmante et la plus séduisante des nièces. Sans compter une meute, des piqueurs, une armée de valets, pour lui rappeler sa royale escorte d'autrefois. Chasseur, libertin et gourmand, le lot était respectable : mais le prince aimait plus que la bonne chère et les femmes, il adorait le jeu.

Dans cette somptueuse résidence de Valençay, bizarre construction mauresque égarée dans une forêt de chênes, le soir venu, les lumières éteintes, on distillait l'ennui. Alors commençaient ces interminables parties de whist, entremêlées de causeries, où pétillait la verve narquoise de l'amphitryon, autour d'un modeste tapis vert qui aidait à rappeler au diplomate le temps où il jonglait devant un parterre de rois.

Comme bien on pense, le prince tenait le dé de la conversation. Les claqueurs à gages, qui composaient l'auditoire, n'avaient que le droit au silence.

Un homme avait, seul peut-être, conservé son franc parler. Ce partenaire qu'il redoutait à la table de jeu, ce personnage dont il sollicitait et suivait parfois les avis, était son principal médecin, le docteur Bourdois de la Motte. Pour gagner la confiance de cette mobile et capricieuse personnalité, et surtout pour la conserver, il fallait avoir fait ses preuves. Le docteur Bourdois était né la même année que Talleyrand, en 1754, le 14 septembre. Avant de connaître le prince, il avait fait un brillant apprentissage. Par une heureuse faveur du sort, dès le début de sa carrière, il avait été comblé d'honneurs.

En 1788, il avait obtenu la survivance de Malouët, dans la charge de premier médecin de Mme Victoire, tante de Louis XVI. En cette qualité, il logeait au palais du Luxembourg. Monsieur, depuis Louis XVIII, voulant se l'attacher, l'avait nommé intendant de sa bibliothèque, de son cabinet de physique et de sa collection d'histoire naturelle. Il avait alors trente-quatre ans.

En 1791, Monsieur part pour l'émigration. Depuis quelques mois, Mmes Adélaïde et Victoire, les tantes du roi, l'avaient précédé en suivant une autre route. Malouët les avait accompagnées.

Mesdames, qui avaient pris la route d'Italie, furent bientôt arrêtées par la municipalité d'Arnay-le-Duc, et gardées à vue jusqu'à ce que l'Assemblée eût statué sur leur sort.

On n'aura garde d'oublier, en pleine période révolutionnaire, le rôle de dévouement de Bourdois de la Motte dans ces tristes circonstances. Dénoncé, persécuté, Bourdois ne tardait pas à être incarcéré à la Force, comme suspect de royalisme. Il eut l'adresse de se faire réclamer pour un service public, et se fit envoyer aux armées.

A la fin de 1793, il était nommé médecin en chef du corps qui opérait sur le Var. Là il se liait avec un homme qui devait avoir la plus grande influence sur sa destinée. Le hasard de la guerre venait de le rapprocher de Bonaparte, alors simple chef de bataillon d'artillerie.

Les relations du médecin avec le futur empereur furent, tout d'abord, empreintes d'une cordialité affectueuse. La politesse exquise de Bourdois, son langage aussi éloigné de la basse flatterie que d'une franchise brutale, avaient conquis cette nature abrupte, qui déguisait, sous un extérieur dominateur, des trésors de sensibilité. Après une expédition, dont toutes les étapes furent marquées par un triomphe, le brillant général revenait à Paris pour se griser des acclamations populaires, et aussi pour y méditer le coup de force qui devait réaliser le rêve de son ambition.

Bonaparte, qui habitait alors rue Neuve-des-Capucines un

modeste appartement, convia plusieurs fois à sa table son ancien compagnon d'armes.

Quelque temps plus tard, il le nommait médecin en chef de son armée de l'intérieur.

Un jour que Bourdois déjeunait dans l'intimité d'un repas familial, un courrier vient lui annoncer le départ de Bonaparte pour l'Italie, en même temps qu'il lui apportait sa nomination comme directeur du service de santé de l'armée.

L'invitation ressemblait fort à un ordre ; Bourdois eut la maladresse de s'y dérober. Sa jeune femme était, disait-il, de complexion délicate, sa clientèle occupait toute son activité. En réalité, son humeur pacifique et ses goûts casaniers le retenaient seuls à Paris.

Bonaparte, qui ne tolérait point qu'on ne se livrât pas à lui sans réserves, accepta difficilement de telles excuses, et fut bien près de ne jamais pardonner à Bourdois.

Il ne fallut rien moins que la finesse diplomatique de Talleyrand, qui, dans l'intervalle, avait confié sa santé au docteur Bourdois, pour favoriser un rapprochement.

Dans un de ces élans d'indulgence, dont il était peu prodigue, Napoléon consentit à oublier les injures faites à Bonaparte. En 1811, l'empereur nommait Bourdois médecin du roi de Rome.

Le docteur, tout heureux d'être rentré en grâce, se confondait en remerciements :

« Tout est oublié, lui répliqua l'empereur, commencez votre service. Je veux fonder à Meudon un collège de princes, vous en serez aussi le médecin. » Et, au moment où il se retirait, l'empereur ajoutait, en riant :

« Depuis notre dernière entrevue, me trouvez-vous grandi ? »

Et comme Bourdois entamait un éloge dithyrambique des hauts faits d'armes de l'empereur :

« Non, non, ce n'est pas là ma pensée, c'est de ma taille réelle qu'il s'agit, j'ai regretté souvent de n'avoir pas la vôtre. Ah ! si, en Égypte, j'avais eu les avantages physiques de Kléber, c'eût été pour moi d'une valeur immense. »

Dès ce moment, Bourdois eut à la cour une situation considérable. Outre son traitement annuel de 45 000 francs, sa voiture, sortant des écuries impériales, il fut nommé conseiller de l'Université, reçut de nombreuses dotations, avec le titre de baron, et fut décoré de tous les ordres possibles.

Mais il avait à compter avec Corvisart, dont l'autorité s'exerçait sur tout le personnel de santé de l'empereur et de son entourage, et qui souffrait difficilement la contradiction, d'autant que les manières de Bourdois, toujours courtois et affable, contrastaient singulièrement avec la brusquerie et la brutalité, toute de surface, de Corvisart. Ce n'est pas sans quelque dépit que celui-ci voyait tous les jours diminuer son prestige.

Aussi ne manquait-il pas une occasion d'affirmer sa suprématie : Un jour, il avait annoncé sa visite chez le roi de Rome, et convoqué son médecin et son chirurgien, M. Auvity. Il avait ordonné qu'on déshabillât le jeune prince, avait examiné avec soin tout son corps, et s'était retiré sans mot dire.

Bourdois dut en souffrir dans sa vanité blessée, mais n'en laissa rien paraître.

Il fut suffisamment vengé (1), quand, appelé au lit de mort de Corvisart, il vit l'infortuné grand homme implorer le pardon de sa conduite passée !

Avec cette observation pénétrante qui le distinguait, Corvisart avait deviné la valeur d'un homme qu'il avait toujours tenu en profonde estime, bien que sa nomination eût été signée à son insu.

Du reste, s'il faut en croire un de ses biographes (2), « le docteur Bourdois de la Motte était le type des médecins de cour, le modèle de l'urbanité, de la politesse exquise, de l'homme bien élevé, possédant au suprême degré la science du salon, celle de bien dire et de dire à propos.

Il ne lui manqua peut-être qu'un peu d'égoïsme, pour être tout à fait un *homme comme il faut*... Sa conversation avait du feu, du sens, de la verve, mais sans épigramme, sans ironie, sans aucune recherche d'esprit ; on pouvait la prendre comme une bonne, une fine et délicate causerie, que les vieillards aimaient, et où les jeunes gens trouvaient toujours à profiter. »

Serons-nous maintenant surpris qu'il ait conquis Talleyrand, ce causeur enjoué, cet aimable impertinent, tout pétri de bonne grâce et de séductions ?

Talleyrand, qui se connaissait en hommes, l'avait de suite nommé médecin du ministère des Relations extérieures : importantes fonctions qui mettaient Bourdois en rapport avec tout nouvel ambassadeur, ou tout chargé d'une mission extraordinaire.

La tâche n'était pas au-dessus de ses forces : il se montra, en tout point, digne de la confiance que le prince lui témoignait.

Sa tenue et ses façons avaient séduit tout son entourage. Elles lui gagnèrent aussi les femmes qu'il eut l'habileté de mettre toujours dans son jeu, par sa douceur et sa bienveillante aménité. Mais il reprenait bien vite sa froideur et sa réserve hautaines, quand il jugeait que sa dignité courait le risque d'être compromise.

En quelque circonstance qu'il se trouvât, cette dignité ne l'abandonnait jamais. Talleyrand lui-même, si expert en la matière, était le premier à le reconnaître.

« Il vient chez moi deux hommes, répétait-il souvent, sur lesquels on se trompe toujours : Cobentzel qu'on prend pour mon médecin, et Bourdois pour un ambassadeur. » Sa taille élevée, sa figure longue et sévère, ses traits fortement accusés, son profil de médaille, tout concourait à faire illusion sur sa qualité.

Et, à ce propos, on parla et on rit longtemps à la cour de Napoléon Ier d'une aventure, dont le valet de chambre Constant (1) nous a conservé le piquant récit.

Se sentant malade depuis plusieurs jours, l'ambassadeur persan, Asker-Kan, envoyé à Paris en mission par son gouvernement, persuadé que la médecine française parviendrait plus promptement à le guérir que les officiers de santé persans, ordonna qu'on fît venir M. Bourdois, l'un des plus habiles médecins de Paris, dont il connaissait le nom, ayant toujours soin de s'informer de toutes nos célébrités dans tous les genres.

On s'empressa d'exécuter les ordres de l'ambassadeur ; mais, par une singulière méprise, ce ne fut pas le docteur Bourdois qu'on pria de se rendre auprès d'Asker-Kan, mais le président de la Cour des comptes, M. Marbois, qui s'étonna beaucoup de l'honneur que lui faisait l'ambassadeur persan, ne voyant pas d'abord quel rapport il pouvait y avoir entre eux.

Cependant il se rendit avec empressement auprès d'Asker-Kan, qui put, sans peine, prendre le costume sévère de M. le président de la Cour des comptes pour un costume de médecin.

A peine M. Marbois est-il entré que l'ambassadeur lui présente la main, lui tire la langue en le regardant ; M. Marbois est un peu surpris de cet accueil, mais pensant que c'était sans doute la manière orientale de saluer les magistrats, il s'incline profondément, serrant humblement la main qu'on lui présentait. Il était dans cette position respectueuse, lorsque quatre des serviteurs de l'ambassadeur lui apportent et lui mettent sous le nez, à titre de renseignements, un vase d'or à signes non équivoques. M. Marbois en reconnut l'usage avec une surprise et une indignation inexprimables. Il recule avec colère, demande vivement ce que signifie tout cela et s'entendant appeler M. le docteur : « Comment ! s'écria-t-il, M. le docteur ? — Mais oui, M. le docteur Bourdois. » M. Marbois était confondu. La parité de désinences de son nom et de celui du docteur avait provoqué cette désagréable mésaventure.

(1) En 1839, Bourdois fut chargé de faire le rapport sur la proposition de placer le buste de Corvisart dans la salle des séances de l'Académie de médecine. Il s'acquitta de sa tâche avec la plus louable impartialité. (Voir *Mém. de l'Acad. roy. de méd.*, t. IV, p. 53 et suiv.)

(2) Réveillé-Parise. *Gaz. méd de Paris*, 1838.

(1) *Mémoires de Constant*, t. IV, p. 56.

Le docteur Bourdois était pourtant très connu de tout le corps diplomatique. Dans le temps où les principicules d'Allemagne étaient accourus à Paris pour y défendre leurs intérêts menacés, il n'en était pas un qui ne simulât une maladie pour gagner à sa cause le médecin intime de Talleyrand. Sous feinte de consultation, ils cherchaient tous à capter la confiance du bon docteur, qui devenait ainsi leur tuteur auprès de son illustre maître.

De là, cette pluie de tabatières en or, dont il fit fondre pour près de 50000 francs, au moment de l'acquisition de sa maison de campagne, et dont il réserva les plus belles pour son inestimable collection d'objets d'art.

Le docteur Bourdois était, en effet, un fin connaisseur et un amateur de goût. Avec les traditions de l'ancienne Faculté, il avait conservé celles de l'ancienne Cour. Ses occupations professionnelles ne lui firent jamais oublier ses devoirs mondains. Habillé vers neuf heures, après avoir pris son chocolat ou son café, il partait dans sa voiture et ne rentrait plus que dans la soirée. Les visites aux malades alternaient avec les visites de politesse ou d'amitié.

S'il fréquentait des personnages de distinction, il aimait aussi à recevoir tout ce que Paris comptait de gens de lettres (1) ou d'artistes, qui se rencontraient chez lui avec les plus grands noms de l'armée, de la magistrature et des finances.

Les maréchaux Macdonald et Sebastiani, le banquier Laffitte et Chauveau-Lagarde, y coudoyaient les peintres Gérard et Isabey et l'héroïque Regnauld de Saint-Jean d'Angely.

La demeure du docteur Bourdois était une des plus somptueuses de la capitale. Chacun de ses obligés avait à cœur de lui laisser une marque de sa gratitude. Isabey et Cicéri avaient tenu à décorer eux-mêmes son salon et avaient peint, sur deux superbes panneaux, deux scènes relatives à l'art de guérir. Le *Temple d'Esculape* et les *Jardins d'Épidaure* étaient les toiles que Bourdois montrait avec le plus d'orgueil à ses visiteurs.

Le dimanche, le docteur recevait plus volontiers à la campagne. Il habitait, près de Ville-d'Avray, un vaste corps de logis qui avait appartenu à Linguet; c'est de là que le célèbre pamphlétaire avait été arraché pour gravir les degrés de l'échafaud.

Le docteur Bourdois s'y livrait au jardinage et naturellement sacrifiait à cette passion, venue sur le tard, des sommes considérables. En serviteur respectueux et soumis, il se rendait à Valençay quand Talleyrand l'y appelait, mais c'était plutôt pour être son partenaire au whist que pour lui donner ses soins.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les angines à fausses membranes (2), par Pierre Boulloche.

Il a déjà été publié dans cette collection un volume de M. Bourges, qui porte pour titre la « diphtérie ». Dans le présent volume les angines diphtériques occupent la place la plus importante : cependant le double emploi n'est pas complet, parce qu'il est surtout ici question de l'angine et de la fausse membrane. On trouvera dans le travail de M. Boulloche une étude détaillée des angines à fausses membranes, qui empruntent précisément leur principal intérêt à leur analogie clinique, très étroite souvent, avec les angines diphtéritiques.

La désinfection publique (3), par J. Arnould.

Beaucoup de personnes seront heureuses de voir cette question traitée d'une façon compendieuse (ce qui veut dire claire et résumée), par un auteur compétent. Quand faut-il désinfecter, à la suite de quelles maladies, quels sont les agents de désinfection qu'il faut employer, et, enfin, comment faut-il les employer? telle est la division adoptée dans ce petit volume.

A une époque où les municipalités et les médecins doivent avoir des notions précises sur l'utilité et la pratique de la désinfection, il était bon de mettre en leur main un manuel, dans lequel ils pourraient trouver facilement des renseignements sur les maladies qui demandent la désinfection, sur la valeur des désinfectants et sur les principes d'organisation d'un service public de désinfection. Voilà qui est fait. Nous recommandons donc la lecture de ce petit manuel.

(1) Voir les couplets de Désaugiers sur l' « Anniversaire de la naissance du docteur Bourdois », *Drôleries médicales* de Witkowski, p. 52.

(2 et 3) In-16. Bibl. Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours de l'adjuvat vient de se terminer par la nomination de MM. Auvray, Launay, Riche, Mayet et Picou.

— Par décret, en date du 2 juin 1893, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Brionne, Le Coarer, Delpech, Chevalier, Mavel, Thasserd-Haste, Mathieu, Margerite, Baroux, Pradet, Nollet, Magnier, Coutray de Pradel et Juvigny.

— Par décret, en date du 3 juin 1893, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur, MM. les docteurs Gilles de la Tourette et Houdart (de Pontarlier).

— Par décrets, en date du 5 juin 1893, M. le médecin principal de deuxième classe Strauss, adjoint au directeur du service de santé au ministère de la Guerre, est nommé membre de la commission supérieure des sociétés d'assistance aux blessés et malades des armées de terre et de mer, en remplacement de M. le médecin principal de première classe Lemardelay, nommé directeur du service de santé de la brigade d'occupation de la Tunisie.

— La chaire de clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale, de la Faculté de médecine de Paris, est déclarée vacante.

— Des médailles d'honneur ont été décernées, en témoignage du dévouement dont elles ont fait preuve, au cours de l'épidémie cholérique qui a sévi, en France, dans le courant de l'année 1892, aux personnes dont les noms suivent :

Médaille de vermeil : M. Sainz, interne provisoire des hôpitaux de Nantes.

Médailles d'argent : MM. les docteurs Laugier et Sapelier (de Nanterre), Sombret, médecin à Gravelines.

Médailles de bronze : MMmes Aubert, en religion sœur Sainte-Ambroise, et veuve Desclées, infirmières à l'hospice de Lisieux; Mme Pronost, en religion sœur Alexandrine, à Briec.

— M. le professeur Charpy (de Toulouse) est nommé officier de l'Instruction publique.

— M. le docteur Bézy, chargé des fonctions d'agrégé près la Faculté de médecine de Toulouse, est nommé officier d'Académie.

— M. Saillard, directeur de l'École de médecine de Besançon, est nommé chevalier du Mérite agricole.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Delasiauve, ancien médecin en chef de la Salpêtrière, décédé à l'âge de quatre-vingt-neuf ans.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de clinique obstétricale, par Ch. MAYGRIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, recueillies par le docteur DEMELIN, chef de clinique de la Faculté. 1 vol. in-8° de 210 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

Thérapeutique des maladies de l'estomac et de l'intestin (*Bibliothèque de thérapeutique médicale et chirurgicale*, publiée sous la direction de MM. Dujardin-Beaumetz et Terrillon), par le docteur Albert MATHIEU, médecin des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-18 jésus de 400 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

La maladie et la mort de François II, roi de France, par le docteur POTIQUET. 1 vol. in-16, double couronne avec portraits et vignettes dans le texte ; broché. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

Le Mont-Dore et ses eaux minérales ; étude médicale, par le docteur Em. EMOND, médecin consultant au Mont-Dore. 3e édition. 1 vol. in-18 de 195 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Leçons sur le traitement des névroses, par le docteur E-C. SEGUIN (de New-York), précédé d'un avant-propos de M. le professeur CHARCOT, 1 vol. in-8° de 98 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

De la valeur et des effets du lait bouilli et du lait cru dans l'allaitement artificiel, par le docteur H. DROUET. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Hygiène et traitement du diabète (3e édition), par le docteur E. MONIN. 1 vol. in-12. — Prix 3 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Contribution à l'étude de l'état mental des hystériques ; dénonciation de crimes imaginaires ; chromhydrose simulée, par le docteur LONGBOIS (de Joigny). 1 broch. in-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Ollier-Henry.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De l'intervention chirurgicale dans l'hypertrophie de la prostate.

Par GERVAIS DE ROUVILLE,
Interne des hôpitaux.

Les indications de l'intervention opératoire dans l'hypertrophie de la prostate sont relativement rares. La plupart des prostatiques trouvent dans la thérapeutique médicale, dans l'hygiène et dans l'usage plus ou moins répété du cathétérisme, des ressources suffisantes. Mais il n'en est pas toujours ainsi et le calme relatif de cette « vie cathétérienne » est trop souvent troublé par des accidents ou des complications qui peuvent nécessiter, de la part du chirurgien, une intervention active. Depuis longtemps, on pare à ces accidents infectieux ou douloureux par l'ouverture de la vessie, mais ce n'est là qu'un traitement *indirect* de l'hypertrophie de la prostate qui ne touche en rien à la *cause* première des accidents.

Aussi est-on allé plus loin, et pour faire cesser ou prévenir les accidents, on a tenté d'en *faire disparaître la cause*; on a supprimé l'obstacle prostatique. Cette dernière méthode, véritable cure radicale de l'hypertrophie de la prostate, est encore à l'étude; elle a donné lieu, dans ces derniers temps, à de nombreux travaux. La légitimité de cette intervention est actuellement défendue par des chirurgiens de grand talent, mais elle est contestée par d'autres spécialistes d'égale valeur.

Mettant largement à profit les récentes publications et les faits que nous avons observés cette année, nous passerons en revue les opérations dirigées contre l'hypertrophie prostatique. Elles sont de deux ordres : *palliatives* et *curatives*.

Entre les méthodes franchement palliatives, dont le modeste but est de combattre les complications de l'hypertrophie de la prostate, et la prostatectomie qui supprime ou plutôt a la prétention de supprimer la cause de ces complications, se place la *prostatotomie*, que l'on voudrait assimiler à l'uréthrotomie interne, et dont l'efficacité est subordonnée à l'emploi du drain mis à demeure entre les deux lèvres de l'incision glandulaire.

Mais quel que soit le mode d'intervention, il s'adresse à ces deux complications de l'hypertrophie de la prostate qui dominent l'histoire clinique de cette affection : la *rétention d'urine* et la *cystite*. C'est en elles que les interventions opératoires, palliatives ou curatives, trouvent leur indication.

I

TRAITEMENT PALLIATIF. — *Ponctions capillaires*. — Un prostatique est atteint de rétention d'urine ; la médication décongestionnante, le cathétérisme, ont été vainement essayés. Il faut recourir à la ponction hypogastrique. (On a définitivement abandonné aujourd'hui la voie rectale suivie par Fleurant, la voie périnéale de Dionis, la voie sous-pubienne de Voillemier et la ponction périnéale de Howlett, dans laquelle le trocart passait entre le rectum et la prostate.) Dans la grande majorité des cas, dès le lendemain, l'évacuation se fera par le canal, le cathétérisme sera devenu facile. C'est que, comme notre maître, M. Tuffier, l'a bien montré dans sa thèse, la rétention d'urine est alors le fait de la congestion de la prostate; la vessie distendue comprime les vaisseaux veineux péri-prostatiques et augmente encore la congestion de la glande. « C'est un échange de mauvais procédés entre la prostate et la vessie. » La ponction supprime la distension vésicale et la prostate revient à des proportions moindres.

Le manuel opératoire de la ponction hypogastrique est des plus simples : on ne néglige aucune précaution antiseptique; l'aiguille moyenne de Dieulafoy ou de Potain, adaptée à l'appareil aspirateur correspondant, est tenue de la main droite, dont l'index limite environ 4 à 7 centimètres de la pointe, suivant que la paroi abdominale à traverser est plus ou moins épaisse ; on l'enfonce d'un seul coup, immédiatement au-dessus du pubis, et on la dirige au-dessous du promontoire ; si elle est bien dans la cavité vésicale, l'aiguille doit se mouvoir librement et en tous sens. Cette petite opération est sans dangers ; elle est utile, elle est souvent efficace, mais elle peut être insuffisante.

Des notions anatomiques précises ont fait disparaître la crainte de blesser le cul-de-sac péritonéal, accident du reste sans importance, si l'opération est faite aseptiquement. L'infiltration d'urine dans le tissu cellulaire de la cavité de Retzius est moins sûrement évitée. M. Pouliot (1) rapporte de cet accident plusieurs cas. Notre maître,

(1) POULIOT. Thèse de Paris, 1868.

M. Tédenat en a tout récemment observé un dans son service (1) et nous-même avons actuellement, dans nos salles, un malade qui en est un bel exemple. Cette infiltration n'est à redouter que si l'urine est septique. Les expériences de M. Tuffier (2) ont montré que l'urine normale, privée de germes, quelle que soit sa réaction chimique, qu'elle renferme ou non du carbonate ou du sulfhydrate d'ammoniaque, est incapable de produire les accidents que l'on attribue généralement à son épanchement dans les tissus. Or l'urine du prostatique n'est pas fatalement septique, mais elle l'est le plus souvent de par les cathétérismes antérieurs; il peut suffire alors de quelques gouttes ayant suivi la sortie du trocart, pour qu'une infiltration uro-purulente se fasse dans le tissu cellulaire pré-vésical. Il faut donc avoir le soin, avant de retirer l'aiguille, de laisser pénétrer l'air dans l'appareil ou d'injecter une solution antiseptique, comme le fait M. Tuffier.

L'observation de Bergomier, qui fait impunément vingt-huit ponctions sus-pubiennes en vingt et un jours, celle de Deneffe qui, en quinze jours, ponctionne dix-sept fois la vessie, sans accidents, dans un espace égal aux dimensions d'une pièce de 5 francs, prouvent que c'est là une opération inoffensive et qui peut être pratiquée aussi souvent qu'il est nécessaire.

Mais toutes les rétentions d'urine ne sauraient retirer des ponctions hypogastriques un égal bénéfice. La ponction ne sera jamais qu'une méthode de traitement temporaire, qu'un mode de traitement d'urgence, dont on ne devra attendre un résultat durable qu'autant que l'on aura des raisons de supposer que l'obstacle à la miction n'aura lui-même qu'une *existence temporaire*; d'où il suit que la rétention d'urine, provoquée par la congestion passagère de la prostate, ou même une fausse route, sera la principale indication à la ponction sus-pubienne. Ainsi compris, l'emploi de cette méthode est des plus précieux et nous ne saurions nous ranger à la manière de penser et d'agir de M. Poncet (de Lyon) qui préfère avoir d'emblée recours à la cystotomie sus-pubienne.

Mais plusieurs jours de ponctions n'ont pas rendu possible l'introduction de la sonde. Faut-il continuer l'emploi de cette méthode indéfiniment? N'est-il pas plus logique, et de meilleure intervention, d'assurer à l'urine une voie d'écoulement artificielle permanente? C'est l'avis de notre maître, M. Tuffier, qui estime qu'alors le méat hypogastrique ou la boutonnière périnéale seront avantageusement pratiqués. Mais ce n'est pas là la seule indication à ces nouvelles interventions. A la suite de quelques ponctions, l'urine, qui s'écoule par l'aiguille, primitivement claire, devient trouble; malgré des lavages antiseptiques, le malade a de la fièvre, des troubles digestifs; ouvrir largement la vessie, en assurer le drainage immédiat, devient alors une opération d'urgente nécessité.

Ainsi donc, rétention d'urine avec obstacle *persistant* au cathétérisme, malgré des ponctions répétées, signes d'intoxication se développant à la suite de ponctions, ramenant une urine trouble, purulente, infection locale : voilà deux grandes contre-indications à l'emploi continué des ponctions sus-pubiennes. Dans le premier cas, il faut créer à l'urine une voie d'écoulement artificielle permanente; dans le deuxième, il faut ouvrir la vessie, la drainer et la maintenir ouverte, tant que l'état général du malade et les caractères de son urine le rendront nécessaire. Reste à déterminer par quels procédés :

1° *Ponction avec canule ou sonde à demeure.* — C'est là une intervention ou inutile ou timide : inutile, si elle s'adresse à une rétention d'urine de cause passagère; elle ne saurait, dans ce cas, être mise en parallèle avec la ponction capillaire qui atteint le but poursuivi, avec des dangers moindres encourus par le malade; timide, si elle s'adresse à une vessie infectée, réclamant de fréquents lavages et un drainage régulier; elle constitue alors une demi-mesure à laquelle la cystotomie sus-pubienne ou périnéale est infiniment supérieure et malgré les succès incontestables dont lui sont redevables Lalesque, Deneffe et Felheisen, cette méthode doit céder le pas à la cystotomie hypogastrique qui expose moins à la blessure du péritoine et surtout qui, mieux que toute autre opération, permet d'examiner directement la cavité vésicale, de la laver, de la désinfecter et de la débarrasser des calculs secondaires qui, si souvent, habitent la vessie des prostatiques infectés.

2° *Cystotomie sus-pubienne.* — Dirigée contre les accidents de l'hypertrophie prostatique, elle a été pratiquée, pour la première fois, par M. Sédillot, en 1868. L'exemple de ce chirurgien a été suivi, depuis, par Bœckel, Rohmer, Thompson, Mac Guire et Richart Lane, Helmuth, MM. Tédenat, Tuffier et bien d'autres; cette opération, dont le manuel opératoire vient d'être tout récemment modifié d'une façon si heureuse par M. Poncet (de Lyon), a donné les meilleurs résultats (1). Elle reconnaît deux grandes indications : la *rétention d'urine* dans les cas que nous venons de spécifier et les *cystites graves*, que l'emploi du nitrate d'argent ou celui du cathétérisme ont été impuissants à guérir.

Les procédés ont varié avec les opérateurs : Mac Guire pratique l'orifice cutané plus haut que l'orifice vésical, de telle sorte que ces deux orifices sont réunis par un trajet de 6 à 7 centimètres, oblique en haut et en avant; mais les parois de ce canal sont constitués par du tissu cicatriciel, dépourvu de toute souplesse. Morris a modifié de la façon suivante le procédé de Mac Guire. Il fait d'abord une incision verticale de 10 centimètres intéressant toute l'épaisseur de la paroi abdominale; il prolonge cette incision de 5 centimètres n'intéressant, cette fois, que la peau; de chaque côté de l'incision, il taille un lambeau long de 8 centimètres et large de 1 centimètre, formé uniquement de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané; il laisse adhérentes les extrémités de ces lambeaux dont il suture les bords libres aux lèvres de la plaie vésicale avec du catgut fin; la vessie entraîne les bords du lambeau qui vont constituer, au canal que suivra l'urine, des parois cutanées et par conséquent souples; il draine quarante-huit heures.

M. Jaboulay (de Lyon) a proposé dernièrement de pratiquer la cystotomie sus-pubienne à travers le muscle grand droit de l'abdomen. Ayant constaté que, chez les opérés de M. Poncet, les aponévroses de la ligne blanche n'arrivent pas à resserrer l'orifice médian, et s'inspirant de l'idée de Witzel qui pratique à travers ce muscle les anus iliaques, de Girard qui creuse à travers cette voie ses bouches stomacales, il a tenté d'encadrer le nouveau méat d'un sphincter contractile, dont il a pu constater « l'évident fonctionne-

(1) Sauvajol. Thèse de Montpellier, 1891.
(2) Tuffier. Soc. de biol., 1890.

(1) S. Bonan. Th. de Lyon, 1892.

ment » quelques semaines après l'opération. Le procédé le plus généralement employé est la taille sus-pubienne qui, dans ses grandes lignes, ne diffère pas de la cystotomie hypogastrique pour calculs vésicaux. Voici celui que nous avons vu employer cette année : position de Trendelenburg, pas de ballonnement rectal ; incision médiane sus-pubienne de 6 centimètres ; suture de la paroi vésicale aux muscles (catgut) ; incision de la vessie de 3 centimètres et suture de la muqueuse à la peau (soie) ; fermeture exacte de tout le reste de la plaie abdominale ; grosse sonde américaine de caoutchouc ou tubes Périer-Guyon (Poncet, Bœckel, Tuffier) en permanence aussi longtemps que l'état local ou vésical le nécessite.

L'opération est terminée et les choses laissées en l'état pendant un certain nombre de jours, au bout desquels la conduite du chirurgien variera suivant les circonstances. Deux cas peuvent se présenter : ou bien il devient inutile d'entretenir la fistule, la miction est devenue possible par l'urèthre, le tube est alors enlevé et la fistule se cicatrise spontanément ; ou bien le méat hypogastrique reste indispensable ; pour maintenir béante l'ouverture vésico-abdominale, les moyens employés diffèrent avec les opérateurs : Bœckel reste fidèle au clou d'étain de Sédillot, Rohmer se sert d'une canule en étain, analogue à une canule à trachéotomie et munie, à son orifice externe, d'un bouton perforé, auquel il est facile d'adapter un tube en caoutchouc. Thompson fixe au niveau de la fistule une plaque d'argent que traverse une sonde en gomme n° 33 de la filière française, allant, par son extrémité vésicale, puiser au niveau des uretères l'urine arrivant dans la vessie et la déversant, par son autre extrémité, dans un urinal ordinaire. Dans un cas rapporté dans la thèse de notre ami M. Sauvajol, M. Tédenat s'est servi d'une canule en gutta-percha, qu'une sonde en caoutchouc rouge de Nélaton reliait à un urinal, simple mise à demeure d'une sonde de Malécot (Tuffier). Enfin M. Diday (de Lyon) vient de publier, à cet égard, une auto-monographie fort intéressante démontrant l'utilité et la suffisance du cathétérisme intermittent.

Si nous essayons de nous faire une idée de la valeur thérapeutique de cette opération, nous arrivons facilement à cette conviction qu'elle constitue une intervention efficace. L'infiltration d'urine n'est plus à redouter par le procédé de M. Poncet ; le choc opératoire est minime ; les résultats sont excellents, l'écoulement de l'urine se fait aisément par le nouveau méat ; les lavages de la cavité vésicale sont faciles et les tubes-siphons de Périer-Guyon rendent les plus grands services. Ce n'est pas une opération grave ; la statistique relevée par M. Vignard le démontre : sur 6 morts consécutives à la cystotomie sus-pubienne, il n'en est pas une, ainsi que le fait remarquer ce chirurgien, qui soit directement imputable à l'opération. Un malade de Buckston-Browne, âgé de soixante-dix-huit ans, meurt de consomption, trois jours après l'intervention ; l'autre, vieillard de quatre-vingt-trois ans, est emporté au bout de huit jours, par des phénomènes de bronchite et de consomption ; Bœckel opère ses deux malades en pleine cachexie et M. le professeur Guyon fait, pour ainsi dire, une opération de complaisance à ses deux moribonds. Un malade de M. Tédenat meurt, six jours après l'opération, de pneumonie grippale. A côté de ces quelques cas, malheureux en soi, mais dont on ne saurait, en toute justice, rendre responsable la cystotomie, que de longues améliorations ou de guérisons complètes ! Pour notre part, nous avons vu un malade qui dut certainement sa survie à cette intervention (Richardson, Sédillot, Poncet, Thompson, Hunta, Mac Guire, Schwartz, Tédenat, Tuffier et de Rouville).

3° *Boutonnière périnéale.* — Les indications de cette uréthrotomie externe sur conducteur sont les mêmes que celles de la cystotomie sus-pubienne. Witehead, Braun, Harrisson, Annandale sont les adeptes fervents et exclusifs de cette méthode. Voici comment Thompson en décrit le manuel opératoire « : Le malade est placé dans la position de la taille latérale ; l'incision est pratiquée sur un conducteur-cathéter cannelé, le long du raphé médian du périnée ; l'index gauche étant introduit dans le rectum, on enfonce, le tranchant tourné en haut, un long et étroit bistouri à 15 ou 18 millimètres au-dessus de l'anus, jusqu'à ce que sa pointe vienne rencontrer la cannelure du conducteur, dans la portion membraneuse de l'urèthre, qui est incisée sur une longueur d'une douzaine de millimètres. On retire alors l'index gauche du rectum et après l'avoir nettoyé et lavé, on le fait pénétrer dans l'urèthre, le long du conducteur, jusqu'au col vésical ; après quoi, le susdit conducteur est enlevé. Si, après une exploration très minutieuse, on n'a rien trouvé à extraire, une grosse sonde en caoutchouc vulcanisé ou un tube du calibre n° 18 ou 20 de la filière anglaise est fixé à demeure au moyen de liens se rattachant à un bandage qui forme ceinture autour de la taille ; ce drainage doit être maintenu pendant sept, dix ou douze jours, et même davantage, suivant les circonstances, surtout si le malade en éprouve un bien-être et un soulagement notables. »

Witehead (de Manchester) incise le périnée suivant une ligne oblique étendue du raphé médian au milieu de l'espace compris entre la tubérosité ischiatique gauche et l'anus ; il fait ainsi à la peau une incision plus longue, qu'il considère comme indispensable à la permanence du méat périnéal.

M. Vignard rapporte dix cas de boutonnière périnéale avec une seule mort, c'est un malade de Thompson présentant un état général grave et des phénomènes de cystite douloureuse nécessitant le passage d'une sonde seize à dix-huit fois par jour : la cessation complète des douleurs suivit immédiatement l'opération, mais le malade mourut d'épuisement quelques jours plus tard. L'intervention fut suivie d'un bon résultat chez les autres opérés qui virent disparaître leur rétention d'urine et les phénomènes de cystite intense, dont ils souffraient depuis un temps plus ou moins long. La statistique de Harrisson plaide également en faveur de cette opération, de telle sorte que l'on ne saurait se baser sur l'élément gravité opératoire, pour faire son choix entre la cystotomie sus-pubienne et la boutonnière périnéale. Ainsi que l'écrit M. Vignard, deux points paraissent solidement établis dans l'histoire des opérations palliatives : elles sont d'exécution facile et leur gravité n'est pas grande.

Dans l'immense majorité des cas, le méat sus-pubien doit être, à notre avis, préféré au méat périnéal. Et d'abord il est une circonstance clinique qui permet d'éliminer d'emblée la boutonnière périnéale. La sonde conductrice est arrêtée à l'entrée de la région prostatique, qu'elle ne peut franchir ; l'opération par le périnée serait, dans ce cas, difficile, longue, hésitante, et le chirurgien ne saurait être certain de tomber sur l'urèthre. Un prostatique est atteint de rétention d'urine, le cathétérisme évacuateur est possible, mais

difficile, et ce n'est qu'au prix de longs tâtonnements et de vives souffrances que l'instrument peut être passé ; la sonde à demeure, nettement indiquée dans les cas de ce genre, ne peut être supportée; la chose est rare, mais se voit. M. Vignard conseille alors la boutonnière périnéale. Nous ne saurions nier que l'opération soit facile sur conducteur ; nous avons vu ses bons résultats, mais la cystotomie sus-pubienne ne le lui cède en rien à ces différents points de vue et elle offre l'immense avantage d'ouvrir une voie plus large, de permettre un examen plus facile de la cavité vésicale et de constituer, à l'occasion, le premier temps d'une opération radicale, dont le chirurgien a le devoir, dans certains cas déterminés, de poursuivre la réalisation. Et la voie sus-pubienne nous paraît, dans ces conditions, d'autant plus indiquée, qu'à la suite de ces cathétérismes difficiles, la vessie est singulièrement menacée d'inoculations septiques et la cystite nous paraît une indication absolue à la méthode hypogastrique. La cystotomie sus-pubienne a fait ses preuves à cet égard; la fistule permanente s'obtient facilement ; le drainage est-il nécessaire, la vessie s'accommodera mieux d'un drain rasant le pubis, éloigné de la région du col, et si le port d'un appareil, situé à la région hypogastrique, a pu paraître intolérable à certains malades, combien plus incompatible avec l'existence doit être un urinal fixé à la région périnéale !

La boutonnière périnéale ne nous paraît indiquée que s'il existe un obstacle prostatique en barre, dont l'incision sera facile par cette voie; mais il s'agit alors de prostatotomie périnéale, tandis que l'opération de Thompson n'intéresse pas la prostate.

II

Traitement radical. Prostatectomie. — Trois voies conduisent à la prostate : la voie uréthrale, la voie périnéale et la voie sus-pubienne; la taille haute est l'opération de choix pour l'extirpation de la glande; la taille périnéale trouve dans la prostatotomie sa principale indication ; la voie uréthrale semble de plus en plus abandonnée; seule, la méthode de Bottini lui assure actuellement un regain d'actualité.

1° *Méthode uréthrale.* — MM. Mercier, Gouley, Le Roy d'Étiolles ont chacun leur instrument spécial ; le principe de la méthode reste le même : l'instrument est introduit par le méat dans l'urèthre jusqu'à l'obstacle prostatique qu'il incise, excise ou broye.

Mais, par cette voie, longue et étroite, l'instrument agit à l'aveugle, son action est difficile à limiter ; de plus, reproche plus grave, cette méthode exposerait à de nombreux accidents, dont l'hémorragie n'est pas le moindre : Bottini détruit la tumeur prostatique avec le galvanocautère; l'opération est d'exécution rapide; la chaleur fournie par les accumulateurs est telle qu'une seule séance, de quelques minutes, suffit à la destruction de l'obstacle ; l'hémorragie n'est pas à craindre; les résultats fonctionnels sont à prendre en considération : sur 57 prostatectomies uréthrales, Bottini signale 2 morts, 32 guérisons complètes, 11 améliorations, 12 états stationnaires. A l'une des dernières séances de la Société de médecine de Londres, Bruce Clarke déclare avoir obtenu, par ce procédé, de bons résultats chez quatre malades : Kasper se montre également partisan de la méthode. En présence de ces résultats, il serait imprudent de porter actuellement sur l'opération de Bottini un jugement définitif; l'avenir, en accumulant les faits, montrera ce qu'on est en droit d'en attendre.

2° *Prostatotomie périnéale.* — La boutonnière périnéale, que nous avons étudiée comme méthode palliative, sectionne l'urèthre au niveau de sa portion membraneuse, et, dans l'opération de Thompson, la prostate n'est pas intéressée. La méthode d'Harrisson consiste à inciser par le périnée la barre prostatique, et à maintenir écartées, à l'aide d'un drain périnéal, les deux lèvres de l'incision : incision sur conducteur de l'urèthre membraneux ; introduction du doigt indicateur dans la portion prostatique qu'il explore et qui reconnaît la variété anatomique de l'hypertrophie. Incision médiane de la barre prostatique, qu'un bistouri boutonné courbe commence, et que l'index ou une grosse bougie achève. Introduction du tube à drainage, coudé à son extrémité vésicale, afin d'assurer le drainage du bas-fond vésical. Ce drain est en gomme élastique, il se compose de deux tubes, l'un externe, restant à demeure, l'autre interne, pouvant être enlevé, nettoyé et replacé ensuite. Harrisson insiste, avec raison, sur l'importance du drain interposé aux deux lèvres de la plaie prostatique, auquel il attribue le principal rôle dans les résultats obtenus ; il le laisse de six à douze semaines, ne le retirant d'une façon définitive que lorsque l'urine s'écoule spontanément par le canal, ou lorsqu'il est devenu possible d'introduire facilement un cathéter dans la vessie. Schmidt, Watson, Tédenat l'ont suivi.

On a fait à la prostatotomie périnéale divers reproches ; on a dit que la voie est étroite, obscure; elle exposerait à la blessure de vaisseaux importants et favoriserait l'éclosion des accidents septicémiques ; dans les cas de périnée gras avec prostate peu hypertrophiée, l'opération serait difficile à pratiquer, et M. Rouchaud nous dit que M. Pousson a fait sur le cadavre des expériences confirmatives de ce fait. L'antisepsie et les moyens d'hémostase dont nous disposons, font disparaître la crainte de la septicémie et des hémorragies, et quelle que soit la valeur des autres arguments formulés, les observations publiées persistent, avec leur résultats favorables. La prostatotomie périnéale reste une excellente intervention dans les cas que nous spécifierons plus loin. Quant aux faits d'atrophie de la prostate, consécutive à cette opération, ils sont encore trop rares pour qu'il soit permis de fonder sur eux de sérieuses espérances.

3° *Prostatectomie périnéale.* — On a enlevé par cette voie tout ou partie de la glande. La prostatectomie totale a été faite par Leisrink dans un cas de tumeur maligne. L'opération est longue, difficile, nullement réglée, et ne saurait trouver dans l'hypertrophie de la prostate une indication rationnelle. Thompson fait de l'hypertrophie de la prostate, dans certaines conditions anatomiques déterminées, une indication à sa boutonnière périnéale. En dépit des résultats favorables d'Harrisson, de Williams, de Landerer, d'Ashurst, le chirurgien doit suivre une autre voie, pour la réalisation de la prostatectomie.

Dittel, concluant de ses expériences que la rétention d'urine des prostatiques est due à l'hypertrophie des lobes latéraux, conseille l'opération suivante : incision allant du coccyx à l'anus et contournant l'anus pour gagner le raphé périnéal ; section du releveur, décollement du rectum, ré-

section cunéiforme des lobes latéraux; l'urèthre est fixé par un cathéter qui le protège; le rectum est facilement respecté, grâce à son tamponnement préalable. C'est la prostatectomie latérale que Dittel n'a, du reste, faite que sur le cadavre. Küster (de Hambourg) l'a pratiquée deux fois sur le vivant, et lui prédit un brillant avenir. Max Schede (1) a obtenu, chez deux prostatiques, un résultat excellent, par l'excision du lobe latéral hypertrophié, à l'aide d'une incision périnéale médiane, contournant la moitié droite de l'anus, en respectant la région sphinctérienne.

4° *Prostatectomie sus-pubienne.* — C'est une taille hypogastrique avec résection de la prostate : paroi abdominale et vessie ont été incisées comme dans la taille classique; les deux lèvres de la plaie vésicale sont maintenues écartées; la région du col apparaît nettement, et le doigt reconnaît la position, la forme, les dimensions de la tumeur prostatique; celle-ci peut être nettement limitée, arrondie, formant un relief saillant et facilement isolable; elle est supportée tantôt par un pédicule mince, tantôt par un pédicule plus large, se continuant insensiblement avec les parties voisines; elle est souvent énucléable, une capsule l'entoure dont l'incision permet l'issue facile de la masse fibreuse. L'anse ou le couteau du galvanocautère, la chaîne de l'écraseur, le serre-nœud ont été employés, M. Tuffier leur préfère le bistouri ou de bons ciseaux courbes qui font un large fossé dans la prostate. S'agit-il d'une hypertrophie prostatique annulaire, Mac Gill conseille d'inciser longitudinalement en haut et en bas, de façon à se trouver en présence de deux demi-anneaux que les doigts énucléeront ou que des ciseaux sectionneront. Une sonde à demeure est introduite par le méat dans l'urèthre; la sonde de Malécot offre l'immense avantage de ne pouvoir sortir spontanément, lorsque son extrémité a dépassé le col.

L'excision du lobe prostatique hypertrophié creuse, dans l'épaisseur même de la glande, une brèche plus ou moins considérable. Dans le cas qui lui est personnel et que nous relatons plus loin, notre maître M. Tuffier a eu recours à un procédé ingénieux qui lui a permis de réunir les deux lèvres de la plaie prostatique, sans entraîner la formation, fatale sans cela, d'une barre prostatique, et en assurant au canal le maximum de largeur possible; il s'agissait d'un lobe médian à pédicule large. Notre maître en fit l'extirpation au bistouri, en creusant de chaque côté du pédicule et en plein tissu glandulaire un véritable fossé, de forme triangulaire, à base supérieure et à sommet inférieur; au lieu de rapprocher par la suture les deux versants du fossé, dans le sens transversal, ce qui aurait diminué la largeur du canal, il réunit la lèvre antérieure ou uréthrale à la lèvre postérieure ou vésicale. L'hémorragie a été insignifiante, et la lecture des observations publiées, déjà nombreuses, prouvent qu'il en est le plus souvent ainsi; toutefois, cet accident a pu, dans quelques cas exceptionnels, devenir inquiétant, et compromettre le résultat de l'opération. De l'avis de notre maître M. Tuffier, le meilleur moyen de se mettre à l'abri d'une semblable complication, consiste dans l'emploi du bistouri et de la suture; ainsi a-t-il procédé dans le cas qui lui est personnel; le résultat obtenu confirme cette manière de voir. Keyes (2) a eu recours à la méthode suivante. A deux reprises différentes, il s'est servi d'un tampon en gaze passée dans le sublimé; il coupe d'abord un carré de quatre épaisseurs de gaze, ayant six pouces de côté, il place par-dessus un carré de neuf épaisseurs de gaze, de quatre pouces de côté, qu'il recouvre encore d'un carré de neuf épaisseurs de gaze, ayant trois pouces de côté. Au centre de ce dernier carré, il fixe un bouton de chemise à l'aide de solides fils de soie, traversant toutes les épaisseurs de gaze superposées; un fil de soie traverse ce bouton, en son centre, et sert à l'extraction du pansement. A chacun des angles du carré de six pouces, il fixe encore un fil de soie. Un explorateur à boule est introduit par l'urèthre, dans la vessie, et vient ressortir par la plaie hypogastrique; le tampon est fixé à la boule à l'aide des fils de soie, et l'explorateur, retiré par l'urèthre, l'entraîne jusque dans la région prostatique; les fils de soie qui sortent par le méat sont fixés par une lamelle de gaze autour de la verge. Il n'y eut pas d'hémorragie et le changement de tampon se fit avec facilité. C'est là un procédé compliqué et inutile avec la suture.

(1) SCHEDE. Soc. méd. de Hambourg, 15 déc. 1891.
(2) KEYES. *Med. Record*, 17 sept. 1892.

L'obstacle prostatique a été excisé; deux méthodes sont en présence pour terminer l'opération, la suture partielle de la vessie et de la paroi abdominale avec drainage vésical à l'aide des tubes Périer-Guyon, et la suture totale de la vessie et de la paroi. On ne saurait sur ce point poser de règles générales, et la conduite du chirurgien variera avec les circonstances. La question de la suture totale de la vessie, après la taille hypogastrique, a fait dans ces dernières années de grands progrès. Les remarquables travaux de MM. Vincent, Tuffier et Dietz ont bien montré la possibilité de la réunion *per primam* de l'incision vésicale; et, tout récemment, M. Legueu vient de bien résumer l'état actuel de la question. Nous pouvons poser en principe que les cas où la prostatectomie sus-pubienne est pratiquée sur des vessies vierges de toute inflammation septique, constituent l'infime minorité. Tout prostatique, chez lequel cette opération sera indiquée, aura traversé la phase de son affection que caractérisent les phénomènes congestifs; la congestion répétée de ses voies urinaires aura fait de sa vessie un milieu favorable à l'infection; d'autre part, le malade aura déjà été fréquemment sondé, ou se sera fréquemment sondé lui-même, et l'asepsie parfaite de ces cathétérismes successifs paraît bien problématique. Dès lors, si l'infection du milieu était une contre-indication formelle à la suture totale, ce n'est certainement pas chez les prostatiques, que l'on pourrait songer à y avoir recours. Heureusement il n'en est point ainsi, et des statistiques déjà nombreuses prouvent la légitimité de cette suture, dans ces conditions. Est-il nécessaire de faire remarquer qu'il y a cystite et cystite, et que les lésions par trop avancées de la paroi vésicale, indurée, épaissie, compliquées de péri-cystite, s'opposeraient à la réunion primitive et imposeraient la suture partielle avec siphonage vésical? La fermeture complète de la vessie se trouverait également contre-indiquée par des lésions scléreuses trop étendues de ses parois; une vessie « émusclée » s'en accommoderait fort mal. L'asepsie opératoire est une condition *sine quâ non* du succès; il en est de même de la suppression complète de l'obstacle au cours des urines.

La suture totale de la paroi abdominale suivra celle de l'incision vésicale. Une sonde n° 16 ou 18 sera mise à demeure dans l'urèthre; on a pu discuter l'opportunité de son emploi, après l'extirpation des tumeurs de la vessie; après la prostatectomie, elle est de toute nécessité. La con-

formation du col vésical vient d'être profondément modifiée; à ce niveau siège une plaie; la sonde à demeure, en assurant l'émission continue des urines, protège la ligne de suture contre une distension dangereuse; elle modèle la région du col, et évite à la plaie, dont elle est le siège, le contact incessant d'une urine, le plus souvent septique, qui nuirait à la cicatrisation. Nous n'insisterons pas sur la description et le mode d'emploi des tubes-siphons Périer-Guyon; leur usage, aujourd'hui répandu, rend la chose inutile. Quant à la suture totale de la vessie, voici le procédé que nous avons vu employer par notre maître M. Tuffier et qui nous paraît être le procédé de choix : suture des deux bords de la plaie vésicale au catgut n° 0; cette suture, à points séparés, distants les uns des autres de 5 millimètres environ, ne comprend pas la muqueuse; une deuxième rangée de suture est faite à la soie et forme suture de Lembert.

Les expériences de M. Tuffier, sur la lithiase urinaire artificielle (1), lui ont démontré que la soie, employée pour les sutures d'une plaie d'un point quelconque de l'appareil urinaire, peut devenir le point de départ d'incrustations; le catgut ne lui a jamais présenté cet inconvénient. La suture de Lembert, à la soie, est une suture de sûreté, destinée à assurer la réunion de l'incision vésicale, dans le cas où la résorption du catgut trop rapide se produirait avant la soudure parfaite des deux lèvres de l'incision. La paroi abdominale sera suturée en étages; suture en surjet au catgut, des plans musculo-aponévrotiques, et de la peau au crin de Florence, points séparés.

Nous venons de décrire le procédé le plus habituel de prostatectomie sus-pubienne. Nous ne ferons que signaler la résection partielle de la symphyse pubienne, telle que l'ont pratiquée Helferich, Kœnig et Rosenbach, et dont Trendelenburg se montre partisan; ainsi que la taille sous-pubienne de Langenbuck qui serait surtout indiquée, d'après Flesch, dans les cas où la vessie, petite et intolérante, résisterait à la distension. La symphyséotomie est restée pendant longtemps une opération purement obstétricale; les assertions de Morisani et de Spinelli, relatives à l'innocuité et à l'efficacité de cette intervention chez la femme, ont été confirmées par les faits déjà nombreux relevés à l'étranger et, depuis quelque temps, en France. Le premier, chez nous, notre maître M. Tuffier en a fait une application chirurgicale, le 11 février 1892, à l'hôpital Beaujon, et dans le cas de tuberculose vésicale où il a pratiqué la symphyséotomie, les manœuvres ont été, de ce fait, singulièrement facilitées. Sans en décrire le manuel opératoire, nous appellerons seulement l'attention sur les avantages que nous semble pouvoir présenter cette intervention, faite à titre d'opération préliminaire, dans certains cas de prostatectomie sus-pubienne. Deux faits nous ont frappé, pendant l'opération pratiquée par notre maître, l'écartement considérable que l'on peut obtenir des deux lèvres de la symphyse; la netteté avec laquelle nous sont apparus le col vésical et la région prostatique de l'urèthre; la voie ouverte est large; la disjonction qui s'opère d'une façon progressive, grâce à un écarteur spécial, peut aller jusqu'à 5 centimètres. Toute la région prostatique et péri-prostatique est facilement explorée. Toutefois cette opération complexe ne sera surtout de mise que pour d'autres altérations prostatiques.

(1) Tuffier. Soc. de biol., déc. 1892.

L'opération pratiquée dernièrement par Tobin (1) tient à la fois des méthodes uréthrale et hypogastrique et ne mérite pas de description spéciale.

La prostatectomie sus-pubienne a été pratiquée déjà un grand nombre de fois, le nombre de ces interventions s'est singulièrement multiplié dans ces derniers temps et les feuilles médicales anglaises et allemandes en renferment de fréquentes observations. En France, cette opération a été pratiquée rarement. M. le professeur Guyon (2) fait la prostatectomie sus-pubienne à un vieillard de soixante-sept ans, atteint de rétention d'urine presque complète, depuis deux ans, et de cystite légère; cathétérisme très difficile, l'hypertrophie est totale, mais porte surtout sur le lobe gauche, barre prostatique. Extirpation de la totalité de la barre et de la saillie du lobe gauche. Sonde à demeure pendant trois semaines; tubes de Périer-Guyon pendant quinze jours. Les suites opératoires sont simples; le cathétérisme est devenu facile pendant les premiers jours qui suivent l'opération (juillet 1889); mais, fin août, l'état du malade est à peu près le même qu'auparavant. La miction volontaire n'a pas reparu.

Notre maître M. Tuffier fait la prostatectomie sus-pubienne, dans un cas qui peut servir de type clinique : un homme de cinquante-deux ans, très bien constitué, a présenté à diverses reprises, depuis sept ans, des crises de rétention d'urine, survenant à l'occasion du moindre excès; plusieurs chirurgiens et spécialistes consultés ont porté le diagnostic d'hypertrophie de la prostate portant surtout sur le lobe moyen, et formulé un traitement approprié (révulsifs, bains, lavements, iodure de potassium à petites doses). L'état du malade fut loin de s'améliorer; les difficultés de la miction s'accentuèrent, et le malade, obligé d'uriner toutes les heures, devait prendre la position accroupie ou même couchée, le siège relevé, pour pouvoir uriner; les crises de rétention aiguë se multiplièrent et le cathétérisme avec la sonde métallique devint nécessaire, difficile à pratiquer et suivi chaque fois d'une hématurie. Au mois de juillet 1892, il vint consulter M. Tuffier. Il ne pouvait, à cette époque, uriner debout et, même dans la situation accroupie, le jet d'urine était fréquemment interrompu brusquement, plus il faisait d'efforts, moins il urinait; il était obligé de se lever, de marcher dans sa chambre, de prendre les positions les plus diverses pour arriver à uriner; il vidait ainsi sa vessie en trois ou quatre fois. Le toucher rectal, le cathétérisme, font reconnaître une hypertrophie prostatique portant sur le lobe gauche et sur le lobe moyen; la manœuvre de Civiale permet de s'assurer de l'intégrité du muscle vésical.

Les ressources de la thérapeutique médicale et du cathétérisme ayant été épuisées sans résultat, le malade réclame une intervention. La prostatectomie sus-pubienne est pratiquée le 16 septembre. Le malade est dans la position de Trendelenburg; injection dans la vessie de 200 grammes d'eau boriquée; pas de ballonnement rectal. Incision classique de la taille hypogastrique; la vessie apparaît, dure, tendue, et incisée dans une étendue de trois travers de doigt; au niveau du col, apparaît nettement le lobe moyen, du volume d'une grosse noix et implanté par un pédicule légèrement rétréci sur la partie latérale gauche de la prostate. Une incision en V, en pleine prostate, circonscrit le

(1) Tobin. *Brit. Med. Journ.*, 1891.
(2) Vignard. Loc. cit.

pédicule, le lobe moyen est enlevé, et les deux lèvres de l'incision réunies au catgut d'avant en arrière, de telle façon que la lèvre antérieure ou uréthrale se trouve accolée à la lèvre postérieure ou vésicale. Suture totale de la vessie; les deux lèvres de l'incision vésicale, non compris la muqueuse, sont réunies au catgut; deuxième plan de suture, à la soie, formant suture de Lembert. La paroi abdominale est complètement fermée, par étages successifs. Une sonde à demeure est placée dans l'urèthre.

Le sixième jour, les sutures sont enlevées; la réunion est parfaite; la sonde à demeure est supprimée; la miction spontanée se fait sans aucune difficulté; mais trois jours après, il se produit une hématurie. La sonde à demeure est remise et laissée jusqu'au 3 octobre. A partir de cette époque, toute douleur disparut et la miction redevint facile. Le malade revu trois mois après est complètement guéri; il urine facilement et sans douleur. Le jet est projeté très loin, et, au toucher rectal, M. Tuffier constate que la prostate a certainement diminué de volume.

La même opération est pratiquée avec succès par M. le professeur Tédenat, chez un homme de soixante-quatre ans, dont l'observation détaillée est rapportée dans la thèse de Sauvajol. Deux mois après l'intervention, le malade quittait l'hôpital « heureux d'avoir subi son opération ». Huit mois plus tard, le malade, revu, jouit d'une excellente santé. Il urine environ toutes les trois heures sans efforts et sans douleurs. Les sondes béniqué n° 50 entrent sans trouver d'obstacles à l'entrée de la vessie.

Deux malades, dont Vignard rapporte l'histoire, sont définitivement guéris : Kummel fait la prostatectomie sus-pubienne à un vieillard de soixante et onze ans, obligé de se sonder depuis un an. Extirpation d'un lobe prostatique saillant du côté gauche. Miction volontaire rétablie, persiste depuis cinq mois.

Une rétention d'urine presque complète existait chez un malade de Belfield (de Chicago), depuis un an. Distension vésicale. Ablation du lobe moyen hypertrophié. Le retour de la miction volontaire suit immédiatement l'opération et se maintient encore plus d'un an après.

La prostatectomie sus-pubienne a donc ses succès; mais elle a aussi ses revers, et ceux-ci sont les plus nombreux. C'est que la cure radicale de l'hypertrophie de la prostate ne doit être tentée que dans certaines conditions anatomiques et cliniques déterminées, sans lesquelles un échec certain serait le résultat d'une pareille intervention.

III

INDICATIONS; CONTRE-INDICATIONS. — Nous venons de passer en revue et d'apprécier les différentes méthodes de traitement curatif de l'hypertrophie prostatique et leurs résultats. Quelles en sont les indications et les contre-indications? C'est là le point difficile de la question.

Tout traitement radical pathogénique, s'adressant à la cause des phénomènes morbides, nécessite la *connaissance exacte de cette cause :* la rétention d'urine des prostatiques est-elle due uniquement à la paralysie essentielle de la vessie, comme le pensaient Civiale, Chopart, Desault, Boyer, et la prostate hypertrophiée ne joue-t-elle aucun rôle dans l'éclosion de cette complication? Ou, au contraire, la saillie prostatique est-elle la seule cause, toute mécanique, qui s'oppose à l'issue de l'urine contenue dans la vessie, ainsi que l'admettent nombre de chirurgiens actuels? De l'idée pathogénique que l'on se fait de la rétention d'urine des prostatiques, découle le traitement à lui opposer, et le traitement radical de cet accident ne saurait être légitime que si l'on admet la persistance ou la possibilité du retour de la contractilité vésicale : supprimer l'obstacle qui siège au col, si le corps de la vessie est paralysé ou fonctionnellement annihilé, c'est évidemment faire œuvre inutile. Au contraire, la musculature vésicale est-elle intacte, ou simplement affaiblie par sa lutte trop longtemps prolongée contre la saillie prostatique, tenter la suppression de l'obstacle, n'est-ce pas le moyen radical d'obtenir le retour normal de la miction; immédiat, dans le premier cas, graduel et progressif dans le second?

Pour Thompson et M. Guyon, l'hypertrophie de la prostate n'est qu'un effet local d'un état général, l'artério-sclérose, qui frappe en même temps tous les points de l'appareil urinaire, par l'intermédiaire du système vasculaire : hypertrophie de la prostate, perte de la contractilité de la vessie par prolifération conjonctive de ses parois, sont deux phénomènes simultanés qui n'ont de commun que la cause qui les engendre entre eux, aucune relation de cause à effet.

Kümmel, Dittel, Belfield et bien d'autres, rendent la prostate hypertrophiée responsable de la sclérose vésicale et de la distension consécutive du réservoir urinaire, et récemment Mausell Moullin (1) défend ardemment cette vue pathogénique; il montre par l'embryologie, l'anatomie comparée et l'anatomie pathologique, que la prostate ne fait pas partie de l'appareil urinaire, mais qu'elle est une dépendance de l'appareil sexuel; la pathologie de cette glande ne saurait donc avoir rien de commun avec celle de l'appareil urinaire; l'hypertrophie de la prostate est pour lui le résultat de la multiplication de ses éléments glandulaires; ce qui se voit bien, dit-il, dans les hypertrophies jeunes; dans les cas d'hypertrophie ancienne, il se fait une prolifération de la trame conjonctive qui finit par amener la disparition du tissu noble de la glande; mais, ajoute-t-il, ces lésions de sclérose ne sont que des lésions secondaires. La sclérose vésicale suit l'hypertrophie de la prostate dont elle est la conséquence; ce qui le prouve bien, ce sont les cas où la vessie recouvre ses fonctions, quand on supprime l'obstacle prostatique (How many I shall discuss later).

La question est complexe et ne saurait être résolue par une formule unique : tous les prostatiques ne se ressemblent pas; ils diffèrent les uns des autres, non seulement pas leur lésion locale, mais aussi par les lésions secondaires dont l'état anatomique de leur prostate peut avoir été le point de départ, ainsi que par leur constitution générale. Autant de points essentiels qu'on ne saurait examiner avec trop de soin dans chaque cas particulier; car, de cet examen dépend la conduite à tenir.

Nous admettons, avec MM. Guyon, Lannois, Tuffier, Tédenat, que la grande majorité des prostatiques sont des scléreux, et nous condamnons l'opinion de Kasper, qui regarde comme toujours et absolument indépendants la sclérose et le prostatisme.

Les rapports de l'artério-sclérose et de l'hypertrophie prostatique sont encore mal définis. Tous les scléreux ne sont pas prostatiques, et tous les prostatiques n'ont pas d'artério-sclérose généralisée, et on peut dire, avec Thomp-

(1) M. MOULLIN. *Brit. Med. Journ.*, 4 juin 1892.

son, que « le pas initial de la causalité », la cause univoque, nous fait encore défaut.

L'artério-sclérose est une maladie générale dont on ignore l'origine. Son évolution anatomo-clinique est mieux connue : les lésions vasculaires commencent, et ce n'est que secondairement, et au bout d'un temps plus ou moins long, que se développent les lésions viscérales. Toutes les artères ne sont pas frappées à la fois, et, à ce point de vue, les dernières recherches de Kasper ont bien leur intérêt, qui, sur 24 cas d'athérome, avec hypertrophie prostatique, indiquent 24 fois l'athérome de l'aorte, 8 fois celui des artères rénales, 8 fois celui des grosses branches vésicales, 9 fois celui des petites, 4 fois celui des artères prostatiques et périprostatiques, et 2 fois seulement l'athérome des vésicales, des rénales et des prostatiques chez le même sujet. M. Regnault est arrivé, tout récemment, à des constatations analogues.

Il doit en être de même des lésions athéromateuses secondaires, viscérales, et la localisation de ces lésions, à tel ou tel organe, est d'observation journalière : le cœur, le rein, le foie peuvent être frappés isolément, et M. Huchard explique le fait en disant que chacun porte en soi un *locus minoris resistantiæ*, proie facile de l'artério-sclérose ; de telle sorte qu'à ne considérer que l'appareil urinaire, rein, uretère, vessie, prostate, peuvent ne pas être frappés simultanément ou à un égal degré ; et, s'il existe des faits incontestables de sclérose vésicale sénile, sans hypertrophie de la prostate, cette glande pourra être le siège de lésions athéromateuses, sans qu'il en soit fatalement de même de la vessie. Dans ces conditions, le muscle vésical faisant effort pour expulser l'urine, s'hypertrophiera, son activité fonctionnelle sera accrue, comme elle l'est par tout obstacle siégeant au col ou dans l'urèthre ; mais cette hypertrophie fonctionnelle au lieu de persister, grâce à une nutrition parfaite du muscle vésical, ainsi que nous le voyons chez les rétrécis, aboutira à la sclérose.

Grâce à son hypertrophie, la vessie du rétréci non artério-scléreux lutte victorieusement pendant de longues années ; celle du prostatique artério-scléreux devient beaucoup plus tôt inférieure à sa tâche ; car, chez lui, à la période physiologique où elle se produit, la lutte aboutit à la sclérose ; surmenée, sa vessie devient rapidement un lieu de moindre résistance, où les lésions athéromateuses se localisent volontiers.

A côté de la localisation à début prostatique, il est certain qu'il faut placer la localisation scléreuse à début vésical, mais il est certainement facile de différencier cliniquement ces deux états.

Ainsi se trouvent conciliées les deux théories que nous exposions au début : l'obstacle prostatique joue son rôle dans la rétention d'urine du prostatique ; la sclérose vésicale joue également le sien. Dans la majorité des cas, les deux états pathologiques coïncident, mais la prostate peut être seule et longtemps seule atteinte, et dans ces cas, plus tôt sera supprimé l'obstacle à la miction, moins grand sera le surmenage vésical, et plus facilement sera obtenu le retour normal de la contractilité vésicale, plus ou moins longtemps compromise. Mac Gill l'a bien compris, quand il a dit : « Jusqu'ici, l'opération n'a été pratiquée que dans des cas aigus et urgents ; mais il n'est pas impossible que dans l'avenir, on puisse y recourir avant l'apparition de tout symptôme aigu. » Et Küster, appréciant les résultats thérapeutiques de la prostatectomie, estime qu'on ne saurait juger la valeur d'une opération, d'après les cas graves où les lésions secondaires ont eu le temps de se développer. Mais les faits valent mieux que le raisonnement, et nous en possédons qui démontrent la persistance de la contractilité vésicale chez les prostatiques.

Civiale a fait connaître un moyen bien simple de se rendre compte du degré de la puissance expulsive de la vessie : « Il suffit d'introduire une sonde ordinaire dans la vessie, le malade étant couché sur le dos ; si le viscère se contracte, le liquide est projeté avec force jusqu'à la dernière goutte ; seulement vers la fin, le jet s'étend moins loin ; dans le cas, au contraire, où la vessie a perdu sa puissance expulsive, en totalité ou en partie, il n'y a de projetées que les premières colonnes du liquide qui la surdistendait, et dès que l'élasticité a produit son effet, l'urine ne coule plus qu'en bavant, d'une manière fort lente ; si l'on appuie la main sur l'hypogastre, ou qu'on engage le malade à tousser, à pousser, il se forme un jet, mais qui cesse aussitôt que la puissance accessoire n'agit plus. » On peut mesurer exactement le degré de cette puissance expulsive, en adaptant à la sonde un tube manométrique. Chez 19 prostatiques, M. Vignard trouve 6 fois la contractilité vésicale absolument nulle ; dans 13 cas, elle existe encore, parfois extrêmement faible, d'autres fois assez intense. Helferich pratiqua la prostatectomie sus-pubienne à un vieillard de soixante-dix ans : la miction normale persiste depuis deux ans. Un malade de M. Schmidt est atteint de rétention complète d'urine ; malgré la prostatectomie sus-pubienne, les phénomènes persistent ; la prostatotomie périnéale, suivie du maintien du gros drain au niveau du col, est alors pratiquée ; dilatation de l'urèthre prostatique et du col vésical, à l'aide des bougies utérines les plus grosses : la miction volontaire reparaît, et dix-huit mois plus tard le malade urine encore spontanément, sans le secours de la sonde. Dans le cours d'une taille périnéale pour calcul, Landerer extirpe involontairement le lobe moyen de la prostate hypertrophié ; les mictions étaient très difficiles depuis plusieurs années ; quinze jours après l'opération, le jet d'urine atteint un mètre et conserve la même puissance un mois plus tard. La miction volontaire persiste depuis cinq mois chez un malade de Kummel, opéré de prostatectomie hypogastrique, et qui, depuis un an, était obligé de se sonder pour uriner.

La prostatectomie sus-pubienne rend la miction normale au malade de notre maître, M. Tuffier, dont nous rapportons l'observation détaillée. La saillie prostatique constituait le seul obstacle à l'émission d'un jet puissant.

Un malade de Belfield est atteint de rétention d'urine presque complète depuis un an : ablation du lobe moyen, suivie du retour de la miction volontaire, persistant encore plus d'un an après. Harrisson fait la prostatotomie périnéale à un vieillard de soixante-treize ans, atteint de rétention chronique ; la miction spontanée est rétablie. La miction spontanée persiste pendant sept mois, chez un deuxième malade de Belfield, rétentionniste depuis un an, auquel est pratiquée la prostatotomie périnéale.

Il résulte de ces faits que la prostatotomie et la prostatectomie sont des opérations légitimes, qu'il faut savoir dûment appliquer.

L'artério-sclérose n'attend pas le nombre des années pour se manifester, et l'hypertrophie ne dédaigne pas les jeunes prostates ; et si la vieillesse est une cause de l'artério-sclérose généralisée, n'est-il pas logique de penser qu'on aura d'autant plus de chances de rencontrer des lésions

scléreuses encore localisées ou peu développées, qu'il s'agira d'un sujet plus jeune (Tuffier), à tissus plus résistants, dont l'hypertrophie de la prostate pourra témoigner seule du développement de lésions athéromateuses encore localisées ?

L'hypertrophie de la prostate revêt des formes anatomiques variées, et ces formes ne sont pas toutes également favorables à une intervention sanglante; Leisrink n'a pas craint d'enlever la totalité de la glande, et M. Delagenière entrevoit la possibilité de cette extirpation, dans un cas présenté par lui à la Société anatomique.

Malgré ces faits, on ne saurait considérer l'hypertrophie totale comme relevant, dans l'état actuel de la science, de l'intervention chirurgicale, et la prostatectomie reste, dans ces conditions, au-dessus des ressources du chirurgien; c'est dans la résection partielle de l'organe, qu'il faut le plus espérer; barre prostatique, lobe moyen volumineux, lobe latéral hypertrophié, sont les variétés anatomiques auxquelles la cure radicale doit tous ses succès; mais ce sont là, malheureusement, les formes les plus rares de l'hypertrophie prostatique, et, comme le dit M. Forgues, c'est dans la prostate, non dans la vessie, que la cure radicale trouve sa plus redoutable cause d'échec.

On connaît bien, à l'heure actuelle, les lésions du rein sénile, que M. Launois résume de la façon suivante : « Altérations scléreuses non systématisées, localisées tantôt sous la capsule, tantôt autour des vaisseaux, tantôt autour des glandules et dans les glomérules, tantôt entre les tubes; et enfin simultanéité de ces diverses localisations. » Ce sont là des lésions purement séniles, qui, le plus souvent, n'entraînent aucun trouble de la fonction urinaire, et qui ne sauraient, par suite, contre-indiquer par elle-même l'intervention chirurgicale. Les prostatiques meurent par les reins, et l'évolution des complications urinaires ascendantes est aujourd'hui bien connue : on sait parfaitement que la rétention de l'urine dans la vessie entraîne un état particulier de tout l'appareil urinaire, que caractérise d'abord la dilatation aseptique de l'uretère, du bassinet et du rein.

La distension vésicale est le point de départ de phénomènes congestifs réflexes, qui ont pour siège l'appareil urinaire tout entier. Notre maître, M. Tuffier, a bien mis ces faits en lumière : de la congestion à l'inflammation il n'y a qu'un pas, et la voie est ouverte à l'infection, qui saisira le moindre prétexte pour envahir un terrain si bien préparé à la dilatation aseptique et à la sclérose non inflammatoire, succéderont la néphrite suppurée, la pyélo-néphrite. Or, la situation du prostatique, vis-à-vis de toute intervention chirurgicale, variera singulièrement avec le degré de ses lésions rénales, et il est certain qu'on ne touchera pas au prostatique devenu, suivant l'expression de M. le professeur Guyon, un « grand urinaire », véritable *noli me tangere* de par ses troubles digestifs, la rougeur et la sécheresse de la langue, la dysphagie buccale, les douleurs lombaires, la polyurie limpide ou trouble, la fièvre, l'amaigrissement rapide; la moindre tentative opératoire ne ferait-elle pas que précipiter un dénouement, que l'uricémie ne va pas tarder à déterminer?

Mais entre ces lésions définitivement constituées, et les lésions scléreuses purement séniles du prostatique au début de son hypertrophie, se déroule toute la gamme des altérations urinaires ascendantes; or, parmi celles-ci, il en est dont les symptômes sont si peu prononcés, qu'on ne saurait que les soupçonner; ça n'est assurément pas en elles que l'intervention chirurgicale saurait trouver ses contre-indications; d'autres, plus avancées, ont leur écho symptomatique net, mais ne sont encore qu'à leur début, et ne sauraient certainement que bénéficier d'une opération qui, supprimant l'obstacle au cours normal des urines, va permettre un drainage efficace de tout l'appareil urinaire.

Quant à l'état du réservoir vésical, nous avons suffisamment insisté sur son importance pour ne pas y revenir ici; nous rappellerons seulement que bien des paralysies vésicales sont plus apparentes que réelles, et que, s'il est des cas nullement contestables, où l'inactivité fonctionnelle de la vessie s'explique aisément, par l'établissement de lésions scléreuses définitives, il en est d'autres, où le simple surmenage, compliqué parfois de lésions conjonctives encore peu avancées, rend suffisamment compte de cette inertie vésicale. L'ablation du lobe prostatique hypertrophié a, dans la plupart des faits publiés, suivi de trop loin le début des lésions du muscle vésical, et tout porte à croire que, pratiquée plus tôt, elle aurait pu porter un secours efficace à bien des vessies, simplement fatiguées par une trop longue lutte.

Des trois périodes classiques de l'évolution symptomatique de l'hypertrophie de la prostate, la première, où les phénomènes congestifs dominent, relève de la thérapeutique non sanglante; la troisième, qui est celle des complications urinaires ascendantes, ne saurait fournir que de rares indications à l'intervention radicale; les troubles, surtout mécaniques de la deuxième, dont l'obstacle prostatique peut être considéré comme la cause, relèveront surtout de la cure radicale qui, enlevant effectivement l'obstacle ou le rendant inoffensif, préviendra les complications, ou les fera disparaître en supprimant leur cause. En tous cas, l'étude clinique approfondie de l'*évolution de la maladie*, des *accidents concomitants* d'artério-sclérose, la *localisation* de l'hypertrophie et surtout l'*état du muscle vésical*, sont autant de conditions qui rentrent en ligne de compte dans cette détermination opératoire.

Nous avons établi que le traitement radical de l'hypertrophie prostatique est, dans certains cas rares, mais indiscutables, absolument rationnel. Comment faut-il intervenir?

Le chirurgien ne saurait s'adresser indifféremment aux différentes méthodes que nous avons passées en revue. Il doit se laisser guider dans son choix par la forme de l'hypertrophie; ce diagnostic anatomique est généralement facile, et c'est, à notre avis, bien compliquer les choses que de mesurer, avec Watson, la « distance périnéale » qui ne doit pas dépasser deux pouces trois quarts ou trois pouces, pour indiquer au chirurgien la voie périnéale; ou d'employer, avec Gouley (de New-York), un instrument spécial, le cystopylomètre. Le toucher rectal, le cathétérisme avec les sondes si variées de courbure que nous possédons, enfin l'étude attentive des symptômes vésicaux présentés par le malade, nous renseignent bien suffisamment sur la variété anatomique de l'hypertrophie. S'agit-il d'une barre prostatique, la *prostatotomie périnéale* la divisera, et le drain dont nous avons vu l'importance sera, par cette voie, facilement introduit et maintenu entre les deux lèvres de l'incision de la glande. Dans le cas d'hypertrophie d'un lobe latéral, la prostatectomie a pu être faite avec succès par le périnée, et nous avons vu Küester pratiquer heureusement l'opération de Dittel. Mais, d'une façon générale, c'est par l'hypogastre

que le lobe prostatique hypertrophié sera le plus facilement extirpé; la section franche au bistouri, avec suture, sera le procédé de choix; la symphyséotomie pourra, à titre exceptionnel, faciliter les manœuvres.

NOUVEAU PROCÉDÉ RAPIDE DE MÉTALLOSCOPIE

A L'AIDE D'UN SUJET HYPNOTISÉ

Par le docteur MORICOURT,
Ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique du docteur Burq.

Lorsqu'on cherche à déterminer le métal qui répond à l'idiosyncrasie d'un malade, c'est-à-dire celui qui peut amener sa guérison, on se heurte parfois à ce que Burq appelait « une aptitude métallique dissimulée », en d'autres termes, à un de ces cas dans lesquels l'anesthésie est tellement profonde qu'il faut laisser le métal appliqué pendant six ou huit heures et même quelquefois pendant plusieurs jours, pour obtenir le retour de la sensibilité. Dans certains cas, ce retour est même d'abord si fugace qu'il faut le saisir, pour ainsi dire, au vol, et qu'il disparaît bientôt pour faire place de nouveau à l'anesthésie. Mais enfin, si court que soit ce retour, il n'en est pas moins un indice précieux. En effet, si l'on persévère dans l'application du métal, on voit bientôt, après une série d'oscillations, la sensibilité persister pendant un temps de plus en plus long, puis devenir permanente. C'est là ordinairement le signal de la guérison, ainsi que nous en avons observé un exemple très frappant, M. Dumontpallier et moi, chez une malade dont nous avons publié l'observation dans la *Gazette des hôpitaux* du 2 avril 1892.

Ce procédé est peu pratique parce qu'il exige une trop grande patience de la part du médecin et des malades. Aussi Burq s'était-il préoccupé depuis longtemps de cette difficulté, et déjà dans son premier traité sur la métallothérapie, paru en 1853, il conseille, pour arriver à un résultat plus rapide : 1° de renforcer l'action du métal en interposant une compresse humide entre lui et la peau ; 2° de faire prendre, à l'intérieur, de l'aconit, de la strychnine, du sulfate de quinine, etc...; 3° de faire des injections hypodermiques de sels métalliques; 4° et surtout d'employer la thermo-métalloscopie.

J'ai indiqué moi-même, dans mon *Manuel de métalloscopie et de métallothérapie* (1), différents procédés consistant à utiliser, chez les sujets hypnotisés, entre autres :

1° L'exagération de la sensibilité qu'ils présentent pendant la période somnambulique, et qui leur permet de ressentir en quelques minutes l'effet des métaux.

2° Pendant la période léthargique, l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, qui permet d'apprécier l'aptitude plus ou moins grande des différents métaux à faire contracter les différents muscles de la face ou contracturer les muscles des membres.

Mais tous les sujets ne sont pas hypnotisables et je viens signaler aujourd'hui un nouveau procédé consistant à utiliser un sujet hypnotisé quelconque, lequel, étant mis en contact avec le malade, permet de reconnaître rapidement l'idiosyncrasie métallique de ce dernier.

Ayant eu à soigner une dame S..., chez laquelle les métaux n'agissaient qu'au bout de longues heures, cette dame

(1) Page 72 et suiv. — Paris 1888, Delahaye.

m'ayant dit connaître une jeune fille qui avait été endormie et qui avait été guérie de différents malaises par la suggestion, je tentai d'utiliser ce sujet pour faire la métalloscopie chez Mme S...

Je pus l'endormir facilement par la fixation du regard et la mettre en état de somnambulisme. Je lui fis prendre les mains de la malade et j'appliquai successivement sur les avant-bras de celle-ci les différents métaux, et il arriva ce fait inattendu, que Mme S... sentit elle-même très rapidement l'action des métaux, et que depuis elle a conservé cette impressionnabilité. Je pus ainsi, chez elle, faire la métalloscopie complète, et par l'emploi combiné des métaux les plus actifs révélés par la métalloscopie, le cuivre et l'étain — elle était polymétallique — obtenir une amélioration très sensible de son état.

Mme S... était névropathique à un haut degré. Quoique ayant toujours trop chaud et ne pouvant supporter de feu, même en plein hiver, dans la pièce où elle se tenait, elle était incommodée par le moindre courant d'air et cela, depuis qu'on lui avait fait le lavage de l'estomac. C'est dans cet organe, en effet, que siégeait le plus fort de son mal. Elle était arrivée à ne plus pouvoir se nourrir que de lait provenant d'une vache nourrie avec de la luzerne séchée depuis huit mois.

L'anesthésie, chez elle, était assez prononcée, les piqûres peu douloureuses et les deux pointes de l'esthésomètre senties seulement à un écartement de 15 centimètres. Elle ne pouvait presque pas mâcher et pour calmer son malaise stomacal, ce qu'elle appelait son poids, elle était obligée de prendre des bains presque toute la journée.

Sous l'influence du cuivre et de l'étain employés à dose presque infinitésimale, tant était grande son impressionnabilité, elle éprouva une amélioration très sensible. Elle put prendre du pain avec son lait, quatre fois par jour, ce qui lui rendit des forces et lui permit de sortir. Elle n'eut presque plus besoin de prendre de bains.

Il résulte donc de cette expérience que l'aptitude métallique latente, chez un sujet malade, peut être rapidement réveillée lorsque l'on met en contact avec le sujet malade un sujet facilement hypnotisable, et cette expérience semble établir que le sujet hypnotisé communique, par le contact, au sujet malade, une impressionnabilité qui met en évidence l'aptitude métallique recherchée.

Tel est le nouveau procédé rapide de métalloscopie dans les cas d'aptitudes métalliques dissimulées pour lequel j'ai voulu prendre date.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 8 juin 1893, M. le médecin-major de deuxième classe Achard est désigné pour le bataillon des régiments étrangers, détaché au Dahomey.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Amiot (de Chartres), Bafoit (de Marcenat), Gaudichier (de Paris), A. Legendre (de Saint-Léger-sous-Beuvray), de Plouzoles (de Crosnes), Poyet (de Fressenneville) et Sucis (de Rouen).

— M. le docteur A.-J. Martin donnera sa prochaine conférence pratique du cours d'hygiène sociale, le dimanche 11 juin 1893, à l'Institut de vaccine animale, rue Ballu, 8, à neuf heures et demie très précises du matin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les vipères de France ; morsures, traitement, par M. KAUFMANN, professeur à l'École vétérinaire d'Alfort. 1 vol. in-18 de 180 pages avec une planche en couleur, cartonné. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Asselin et Houzeau.

Recherches expérimentales sur les leucocytes, par le docteur E. MAUREL. VIIe fascicule : « Action des corps animés des microbes pathogènes et de la bactéridie charbonneuse sur les leucocytes. » 1 vol. in-8° de 115 p. avec fig. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : **20 c.** — Avec Supplément : **30 c.**

Paris, le 12 juin 1893.

Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du professeur Peter. C'est une grande perte pour la science médicale dont il était un des plus dignes représentants, pour la Faculté où son enseignement clinique était des plus appréciés par les praticiens, pour l'Académie dont il était un des orateurs les plus éloquents et les plus écoutés. C'est une grande perte surtout pour ses nombreux élèves qui tous étaient devenus ses amis et qui, aux prises avec les difficultés de la pratique, trouvaient toujours auprès de lui un conseil judicieux, un appui bienveillant.

On pouvait ne pas partager toutes ses opinions, mais il était impossible, même à ses plus ardents adversaires, de ne pas rendre justice à la parfaite honorabilité de son caractère, à la sincérité de ses convictions, au grand talent avec lequel il défendait ses idées, à la courtoisie qu'il apportait dans les discussions.

Ce n'est pas le moment de rappeler ici les nombreux et importants travaux du savant clinicien, ni les ardentes polémiques auxquelles il a pris une si grande part. Mais nos lecteurs qui ont pu, naguère encore, juger de toute la valeur des leçons cliniques du professeur de Necker, tous ses élèves qui gardent pour lui une si affectueuse reconnaissance, tous ceux de nos confrères qui ont pu apprécier son dévouement et son habileté au chevet des malades, tiendront à rendre un pieux et dernier hommage au savant éminent, à l'homme de cœur si bon et d'esprit si fin dont nous déplorons la perte.

Dans un rapport remarquable sur les secours à domicile dans Paris, présenté au Conseil supérieur de l'Assistance publique par M. Fleury-Ravarin, auditeur au Conseil d'État, on lit les articles suivants d'un projet de décret :

ART. 29. — Le territoire de Paris est divisé, au point de vue de l'assistance médicale, en un certain nombre de circonscriptions.

Chacune de ces circonscriptions comprend un ou plusieurs dispensaires rattachés à un hôpital chef-lieu.

ART. 30. — Les consultations gratuites de médecine générale sont données exclusivement aux dispensaires.

Sauf les cas d'urgence constatés par le médecin du dispensaire, la consultation n'est donnée qu'aux malades remplissant les conditions prévues à l'article 26.

ART. 31. — A chaque dispensaire est attaché :

1° Un personnel médical;

2° Un personnel administratif;

3° Un personnel secondaire.

ART. 32. — Un médecin du Bureau central et des médecins-adjoints, désignés par le directeur de l'Assistance publique, sont chargés spécialement :

1° Du service des consultations;

2° De la visite des malades qui demandent à être admis à l'hôpital ou dont l'admission est proposée par les médecins du traitement à domicile.

ART. 33. — L'admission à l'hôpital, sauf les cas d'urgence reconnus à l'hôpital même, ne peut être prononcée que par les médecins du dispensaire, au domicile du malade.

ART. 34. — Les médecins du traitement à domicile et les médecins-adjoints du dispensaire sont nommés au concours par le préfet de la Seine pour trois années commençant au 1er janvier qui suit leur institution.

Dans ce projet, il y a une chose excellente, c'est la suppression du « Bureau central », qui n'est plus devenu aujourd'hui qu'un véritable chauffoir public où, sur 200 présents, il se trouve à peine 10 malades. Il y a une autre chose également bonne, c'est la réorganisation du service des consultations, service qui n'est pas ce qu'il devrait être; nous le démontrerons dans un prochain article. Mais, à côté de cela, il y a des défectuosités que nous nous empressons de signaler avant que le projet de décret ne soit devenu un décret véritable.

D'après M. Fleury-Ravarin, l'admission à l'hôpital ne peut pas être prononcée par le médecin de l'hôpital. Elle ne peut l'être que par le médecin du dispensaire, et « au domicile » du malade.

Cette admission, faite au domicile, par les soins des médecins-adjoints des dispensaires, sous la direction des médecins du Bureau central, a pour but de remédier à cet envahissement des hôpitaux, par des malades qui ne sont pas véritablement indigents et dont le logement, les ressources permettent un traitement en dehors de l'hôpital. En cela, nous approuvons M. Fleury-Ravarin, mais nous ne saurions être de son avis, quand il refuse au chef de service le droit de recevoir un malade directement dans ses salles. Il est injuste de refuser au médecin ou chirurgien d'hôpital, le droit de prendre dans son service un malade, pourvu que ce malade soit dans les conditions administrativement

requises pour l'hospitalisation. C'est s'opposer à tout progrès scientifique, c'est empêcher à jamais tous ces travaux si remarquables qui ont fait la valeur de notre école médico-chirurgicale française. Lorsqu'un médecin ou un chirurgien a spécialement étudié une affection, ne voit-il pas affluer de toutes parts des malades, porteurs de cette affection, malades envoyés par des médecins de la ville, envoyés par d'autres malades, ou venus d'eux-mêmes ?

En outre, cette division de Paris en circonscriptions hospitalières, bonne d'une façon générale, devient mauvaise, si ces circonscriptions sont absolument fermées. D'ailleurs, elle est impraticable pour certaines spécialités, les yeux, le larynx, les voies urinaires, puisqu'il n'existera pas des services spéciaux dans chacune des circonscriptions hospitalières. Elle supprime le droit qu'a le malade de choisir son médecin, dont il connaît la réputation au point de vue du cas qui l'intéresse, ou de retourner près d'un médecin qui l'a déjà soigné.

Les médecins et les malades sont susceptibles de changer les uns d'hôpital, les autres de domicile, et de n'avoir plus la même circonscription hospitalière. Par exemple, une malade aura été opérée par un chirurgien à l'hôpital Saint-Louis ; mais ce chirurgien a changé d'hôpital ou bien la malade a changé de quartier, admet-on que cette malade soit condamnée à ne plus voir son chirurgien, puisqu'elle ne pourra le voir ni à la consultation qui lui sera retirée, ni dans son nouveau service qui lui sera interdit ? Ce serait une faute d'adopter de pareilles mesures.

Les modifications proposées par M. Fleury-Ravarin ne peuvent être acceptables, qu'à la condition de subir de nombreuses exceptions, et de n'être pas appliquées dans un sens trop restreint et trop administratif.

Les cas de mamelle supplémentaire ne sont pas rares dans la science, mais diverses circonstances concomitantes peuvent les rendre plus intéressants. C'est ainsi que dans l'observation que M. Marie rapporte à la Société médicale des hôpitaux (séance du 9 juin), on voit que le sein supplémentaire existait dans la même famille depuis quatre générations.

Outre ce fait curieux d'hérédité, on a noté que, sur 15 frères et sœurs du père de la malade, il y eut 6 jumeaux, et que sur 12 frères et sœurs de la malade elle-même, il y eut 4 paires de jumeaux appartenant tous au sexe masculin. Ceci est d'autant plus curieux, qu'on croit généralement que le fait de procréer des jumeaux appartient à la mère.

A ce propos, M. Legendre rappelle l'histoire d'un poète écossais, publiée récemment, lequel eut de sa femme deux fois deux jumeaux et aussi deux fois deux jumeaux de sa maîtresse. Ces faits prouvent bien l'influence paternelle.

M. Rendu rapporte à la Société deux cas de mort rapide au cours de la pneumonie grippale. Les deux observations présentent entre elles de nombreuses analogies cliniques : bénignité apparente des signes physiques pendant la vie, guérison paraissant définitive, puis survenue rapide d'accidents mortels que l'examen anatomo-pathologique ne peut expliquer. L'existence d'une myocardite ne pouvant être soupçonnée, on est amené à penser que, dans les deux cas, il s'est agi d'une paralysie du pneumogastrique, d'un trouble fonctionnel d'origine bulbaire. On peut, procédant par analogie, assimiler ces faits aux névrites si fréquentes dans l'infection grippale.

Voici, très résumées, les observations de M. Rendu :

La première malade entre à l'hôpital avec les signes d'une grippe de moyenne intensité : on trouve les symptômes d'une laryngo-bronchite diffuse compliquée, pendant son évolution, d'un foyer de broncho-pneumonie.

Ces signes disparaissent d'ailleurs rapidement, ne laissant derrière eux que de la fatigue et de la courbature. Puis, quelques jours après, sans signe prémonitoire, la malade meurt subitement, sans que rien, à l'autopsie, soit venu donner la raison de ce dénouement rapide.

L'histoire de la seconde malade est presque calquée sur la précédente. La malade était entrée à l'hôpital vers le huitième jour d'une grippe assez sévère. Malgré tout, les phénomènes inquiétants semblaient éteints, lorsque cette femme fut prise d'une sensation d'anéantissement indéfinissable, de phénomènes d'asphyxie qui entraînèrent la mort en moins d'une heure.

Autopsie négative comme dans le premier cas.

Ce sont là des faits qui méritent d'attirer l'attention et que l'on aura probablement encore l'occasion d'observer et de mieux comprendre, maintenant que les épidémies de grippe se succèdent chez nous avec une malheureuse régularité.

On sait qu'actuellement on cherche à classer les différentes variétés de délire vésanique d'après leur cause la plus probable, et qu'un groupe de ces délires ressortit probablement à des troubles de la nutrition. On ne peut encore légiférer à ce sujet, mais les observations qui militent en ce sens méritent d'être notées.

M. Ballet communique à ce sujet un fait, dont voici l'histoire abrégée :

Il s'agit d'une jeune infirmière surmenée pendant l'épidémie cholérique. A la suite de fatigues physiques trop fortes et de surmenage psychique exagéré, elle fut prise de symptômes généraux rappelant ceux qui annoncent l'invasion d'une maladie aiguë.

Bientôt des idées de persécution surviennent, persistent sur un fond très évident de confusion des idées. Ce qui dominait chez cette malade, c'était surtout l'état prononcé d'obtusion mentale.

M. Ballet chercha si ce délire ne pouvait être rattaché à un trouble de la nutrition ; il eut l'idée de recueillir les urines de la malade et de les injecter à des lapins. Ce faisant, il remarqua qu'une dose de 15 centimètres cubes d'urine, par kilogramme d'animal, était mortelle, alors que, normalement, la dose toxique est de 40 à 60 centimètres cubes. Il y avait donc toxicité extrême des urines.

L'examen chimique prouvait, de plus, l'existence d'une ptomaïne à caractères particuliers.

La toxicité diminua pendant la convalescence et augmenta pendant les rechutes. La guérison finit par être réelle.

Notons encore, dans cette même séance, une observation de M. Laveran à propos de la péritonite aiguë rhumatismale. L'auteur croit que la péritonite dite rhumatismale est rare, si même elle existe.

Son observation semble prouver cette assertion. Au cours d'un rhumatisme aigu, son malade fut pris de douleurs abdominales très vives, de symptômes péritonitiques qui l'emportèrent rapidement. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'une péritonite aiguë suppurée, due au streptocoque seul. C'est donc, non une péritonite rhumatismale, mais une

péritonite suppurée chez un rhumatisant. D'ailleurs, il faut remarquer que le rhumatisme était bien du rhumatisme grave et non du pseudo-rhumatisme infectieux, ce malade étant déjà à sa deuxième attaque et ne présentant à la surface du corps aucune porte d'entrée à l'infection.

A la Société de dermatologie (séance du 8 juin), le traitement des épithéliomas a été fort en question : à propos d'un énorme épithélioma végétant du nez présenté par M. Du Castel, M. E. Besnier a déclaré que les applications externes de naphtol camphré pur, unies au *bourrage* des narines par des boulettes de coton imbibées du même liquide, lui paraissaient devoir être préférées à toute autre méthode ; à l'appui de cette assertion, il a présenté le moulage d'un épithélioma de la même région, traité par cette méthode et considérablement amendé après avoir été jugé inopérable par M. Le Fort.

M. A. Darier a ensuite présenté cinq malades guéris au bout d'un temps très court par des attouchements avec l'acide chromique et le bleu de méthyle employés alternativement. Voici, en substance, comment procède M. Darier :

La surface sur laquelle on doit agir étant bien détergée, on l'insensibilise au moyen d'une légère compresse d'ouate trempée dans une solution de cocaïne à 10 p. 100. Cela fait, on imbibe toute la surface malade avec un fin pinceau trempé dans une solution concentrée de bleu de méthyle (1 gramme sur alcool, glycérine, *ââ* 5 grammes). Toutes les parties teintes en bleu sont alors touchées très légèrement avec un stylet d'acier trempé dans une solution d'acide chromique à 1/5 ; il se produit une réaction couleur pourpre. On réapplique encore une fois du bleu. Après quoi, on lave soigneusement le pourtour du mal pour enlever l'excès de couleur. Pansement consécutif : cataplasmes de fécule ou simples compresses au sublimé en permanence pour éviter la formation de croûtes qui retarderaient les applications subséquentes. Les attouchements sont répétés quatre ou cinq fois, à deux ou trois jours d'intervalle ; puis on ne se sert plus ensuite que du bleu de méthyle jusqu'à ce que le derme reformé n'absorbe plus la couleur.

Les résultats obtenus par ce nouveau traitement sont rapides et brillants. Seront-ils durables ? L'avenir seul peut nous le dire.

Après le traitement des épithéliomas, celui du décollement de la rétine, d'origine syphilitique.

Sur cet important sujet, M. Galezowski a vivement intéressé et tout d'abord un peu étonné ses collègues. Il obtient la guérison de cette grave affection profonde de l'œil par les frictions mercurielles quotidiennes continuées *sans interruption* pendant deux années consécutives.

Ni la liqueur de Van Swieten, ni le proto-iodure, ni l'iodure de potassium seul ou associé au mercure, n'ont d'action efficace. Chose curieuse, si le malade traité par ces moyens présente de l'iritis ou une autre manifestation syphilitique de l'œil, en même temps que la choroïdite, les premiers accidents guérissent sous l'influence de l'iodure, du sirop de Gibert ou des pilules, mais la choroïdite n'est nullement influencée. Seules, les frictions peuvent en venir à bout.

Questionné par MM. Barthélemy et Hallopeau sur sa façon de procéder, M. Galezowski a répondu qu'il faisait pratiquer chaque jour une friction avec 2 grammes d'onguent double, tantôt sur une région, tantôt sur une autre (plis articulaires, aisselles, etc.), de façon à ne pas revenir à la même région avant dix jours au plus tôt.

En outre, deux fois par jour, il fait pratiquer des gargarismes au chlorate de potasse.

Grâce à ces précautions, il n'a eu que des accidents fort peu nombreux (*stomatite* et, à titre très exceptionnel, *tremblement*).

MM. Fournier et Mendel ont présenté un cas intéressant d'éléphantiasis nostras suivi de lymphorrée abondante. La *filaire* a été vainement recherchée dans ce cas, comme d'ailleurs dans tous les cas d'origine française ou européenne.

MM. Zambaco et Bérillon ont relaté l'histoire d'une malade atteinte de sclérodermie avec sclérodactylie. M. Zambaco considère ce fait comme très important, car, pour lui, il établit la transition entre la sclérodermie et la lèpre.

CONTRIBUTION
A L'ETUDE DES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE LA RECTOPEXIE

Par M. le docteur Lejars,

Professeur agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien des hôpitaux.

Le 4 décembre 1889, M. Verneuil communiquait, à la Société de chirurgie, deux cas de prolapsus grave du rectum, qu'il avait traités par la *rectopexie postéro-inférieure*. Chez sa première malade, le résultat primitif avait été excellent, puis la paroi rectale antérieure était retombée, et ce prolapsus récidivé s'était montré rebelle à toute une série d'autres tentatives opératoires : il y avait une paralysie complète et absolue du sphincter.

Le second opéré, un jeune Russe, était, lors de l'intervention, si affaibli et si débile, que M. Verneuil doutait encore du résultat définitif ; l'année suivante, le 29 octobre 1890, il le présentait à la Société de chirurgie, guéri cette fois, et *depuis dix-huit mois* ; « quand il pousse, ajoutait M. Verneuil, c'est à peine si un léger bourrelet muqueux vient se montrer au centre de l'orifice ».

Depuis lors, de nombreux chirurgiens ont cherché à suspendre et à fixer la paroi rectale postérieure, en variant du reste les points d'attache. Le 31 octobre 1890, M. Gérard Marchant décrivait, sous le nom de *recto-coccypexie*, un procédé qui comportait essentiellement : 1° le raccourcissement de la paroi postérieure du rectum par une série de plicatures transversales ; 2° la fixation de cette paroi au périoste et au tissu fibreux pré-coccygien. Par cette opération, il avait guéri un prolapsus de 10 centimètres, chez un homme de quarante-cinq ans. Deux autres cas figurent dans la thèse de M. Soulié (1) : un prolapsus de cinq travers de doigt, chez un homme de soixante-quatre ans, est opéré par la recto-coccypexie, le 23 avril : le 9 juin, il s'était reproduit en partie, mais ce n'est plus un prolapsus complet comme avant l'opération, c'est seulement une légère hernie de la muqueuse. Un prolapsus de 7 à 8 centimètres, chez un officier de cavalerie de vingt-sept ans, à sphincter vi-

(1) Soulié. *Contribution à l'étude du traitement des prolapsus du rectum (indications opératoires)*, Th. doct., 1891.

goureux, guérit de même; ici encore, il survint un léger prolapsus muqueux secondaire, qui fut traité par les raies de feu (1).

En 1891, M. Ricard (2), en présence d'un prolapsus du volume du poing, recourut à son tour aux plicatures transversales de la paroi rectale; puis, à l'aide d'anses de catgut, il souleva et fixa le rectum *au tissu fibreux des bords latéraux du sacrum et du coccyx*. Opéré le 28 mars, le malade (il avait trente-deux ans) sortait le 13 mai, sans aucune récidive.

La même année, M. Reynier (3) opérait un homme de cinquante-sept ans, pour un prolapsus de 10 centimètres : il utilisait encore le froncement de la paroi rectale par des fils longitudinaux, puis il réséquait le coccyx « pour augmenter la hauteur sur laquelle il pouvait agir » et attachait les fils suspenseurs *au cartilage intermédiaire, au sacrum et au coccyx*. « Il en résulte un infundibulum inter-fessier, au fond duquel on aperçoit la muqueuse rectale. La portion antérieure de cette membrane est renversée sur l'orifice qu'elle obture, mais sans faire hernie à l'extérieur. » L'opéré sortit avec une pelote à prolapsus.

Au cours d'une discussion à la Société de chirurgie, en février 1892, MM. Gérard Marchant et Reynier insistèrent sur la fréquence d'un léger prolapsus muqueux secondaire, et sur la part qu'il convient de faire à l'atonie sphinctérienne dans la pathogénie des récidives. M. Marchand relata une opération de rectopexie, pratiquée par lui en septembre 1891, et suivie d'une récidive rapide, et il insista sur la nécessité d'un long temps d'observation avant d'affirmer le succès définitif.

Enfin, dans le numéro d'octobre 1892, des *Archives provinciales de chirurgie* (4), M. Tachard (de Montauban) publiait un fait de prolapsus, traité par la recto-coccypexie (procédé de M. Gérard Marchant), chez un jeune soldat de vingt et un ans : trois plicatures furent faites sur la paroi postérieure du rectum, puis les fils attachés au tissu ostéo-fibreux de la face antérieure du coccyx. Opéré le 23 juillet, le malade fut envoyé en congé : dans le courant de décembre, à sa rentrée au corps, la muqueuse rectale faisait encore hernie, dans les efforts de défécation.

En prenant en bloc ces 9 faits, nous y relevons 2 récidives totales et 7 guérisons : 5 fois, sur ces 7 derniers cas, il s'était reproduit un léger prolapsus muqueux, presque toujours, du reste, aisément curable.

Voici une nouvelle observation de prolapsus rectal, guéri par la rectopexie, et dont la guérison remonte à *dix-sept mois :*

Il s'agit d'un homme de trente-neuf ans, assez vigoureux et de taille moyenne. Depuis six ans, employé chez un marchand de papier en gros, il passe ses journées à soulever, porter et déplacer de lourds ballots. Un an auparavant, il s'était aperçu que, durant ces efforts, une grosseur lui sortait par l'anus; cette hernie se reproduisait pendant la défécation, si bien qu'à chaque fois, il devait en pratiquer la réduction avec ses doigts.

Dès lors, le prolapsus ne fit que s'accroître : il avait acquis le volume d'une grosse mandarine, au dire du patient; il ne saignait jamais ou à peine; mais, se herniant au moindre effort et dans la position accroupie, il provoquait une gêne considérable. La constipation, qui était habituelle, n'était pas, du reste, pour améliorer l'affection rectale.

Ce fut en cet état que le malade vint nous trouver, le 6 octobre 1891, à l'hôpital de la Pitié. Le prolapsus, complet, aisément réductible, mais retombant bientôt, mesurait de 6 à 7 centimètres de long; l'orifice était bien central et la longueur du boudin prolabé égale sur tout son pourtour. Le sphincter avait conservé une certaine tonicité, bien que très dilatable sous la simple pression du doigt.

Je proposai au malade la rectopexie, qui fut pratiquée le 14 octobre 1891, sous le chloroforme. Désinfection soignée de toute la région. Le prolapsus est réduit.

On commence en arrière de l'anus, aux deux extrémités de son quart postérieur, deux incisions obliques en arrière et en dehors, puis coudées à angle très obtus qui viennent se rejoindre sur la face postérieure du coccyx, à 1 centimètre et demi de sa pointe.

On délimite ainsi un lambeau losangique, émoussé à son

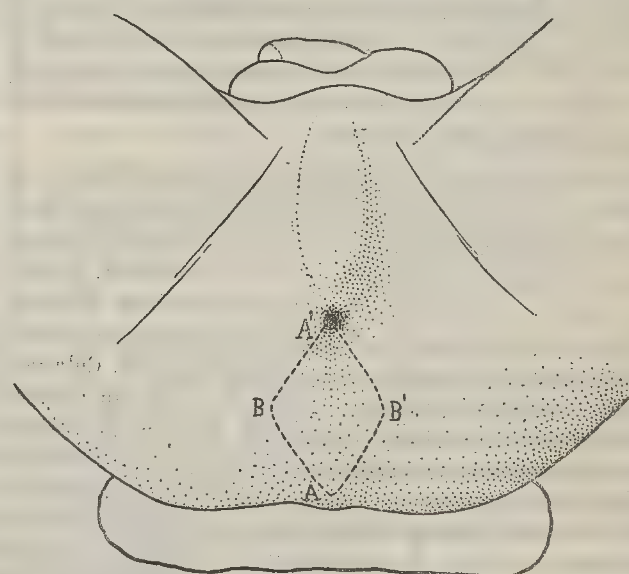


FIG. 1.
Tracé de l'incision losangique ano-coccygiennne AA'BB'.

angle antérieur (fig. 1). A ce niveau, on incise la peau de la marge, en reliant par un trait courbe les deux côtés antérieurs du losange; les fibres du sphincter sont légèrement entamées, mais la tonicité du muscle étant conservée en partie, il paraît inutile d'en réséquer un segment. La dissection amorcée, le lambeau cutané est disséqué à petits coups et rétracté en arrière.

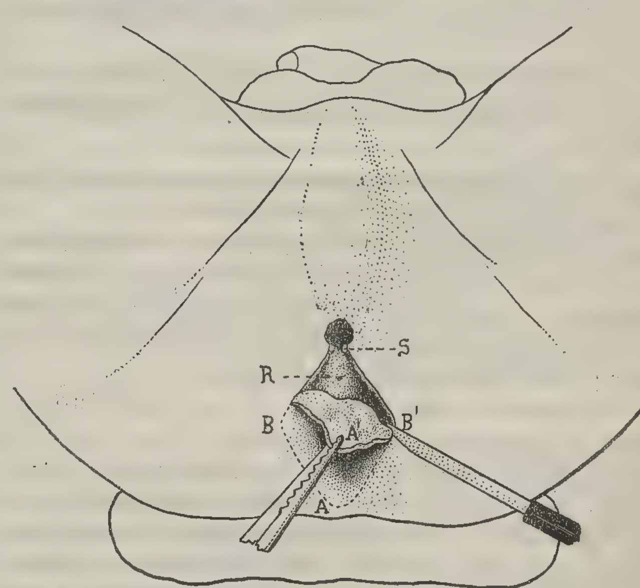


FIG. 2.
Dissection du lambeau cutané. — R, face postérieure du rectum; S, sphincter anal.

La loge graisseuse rétro-rectale se trouve, dès lors, largement ouverte (fig. 2) : les pelotons adipeux sont écartés et dissociés, et

(1) GÉRARD-MARCHANT. Soc. de chir., 2 mars 1892.
(2) RICARD. *Gaz. des hôpit.*, 2 juin 1891.
(3) Th. de Lefèvre, 1891, p. 60.
(4) TACHARD. Prolapsus du rectum; recto-coccypexie; guérison incomplète, *Arch. prov. de chir.*, oct. 1892, p. 343-346.

la paroi de l'intestin apparaît, blanchâtre, au fond de la plaie.

Une longue aiguille courbe est enfoncée sur les côtés de la base du coccyx, et, menée très obliquement, vient sortir dans la plaie, près de la pointe de l'os : elle traverse non seulement la peau, mais les parties fibreuses latéro-coccygiennes, et le fil de soie qu'elle entraîne est presque vertical. L'autre bout du même fil est alors conduit horizontalement, dans l'épaisseur de la paroi rectale postérieure, qu'il suit dans une largeur aussi grande que possible; puis il est repris par l'aiguille courbe menée symétriquement du côté opposé du coccyx.

Nous avons de la sorte une première anse de fil, presque verticale : trois autres, entièrement semblables, sont passées au-dessous, à une distance réciproque de 5 à 6 millimètres. Pour chacune d'elles, la traversée rectale est aussi large que possible;

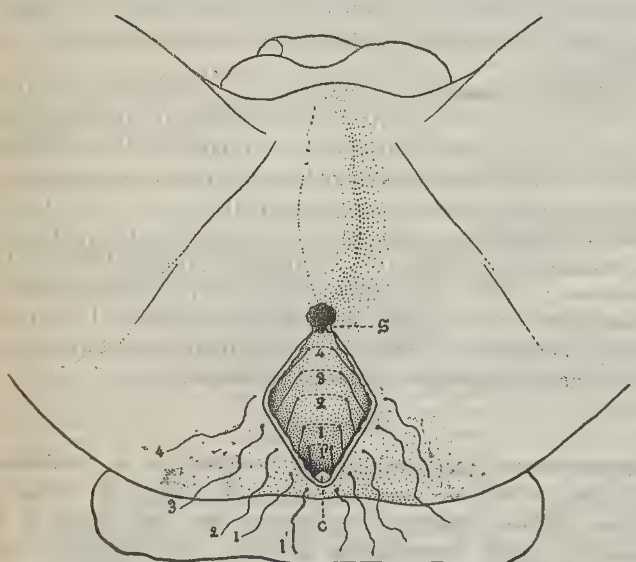


Fig. 3.
1', 1, 2, 3, 4, série des fils suspenseurs; C, pointe du coccyx; S, sphincter.

pour toutes aussi, les points de sortie des fils, à la peau, sont notablement plus élevés que la partie moyenne de l'anse (fig. 3).

Cela fait, les extrémités gauches des fils sont nouées deux à deux, et de petits cylindres de gaze iodoformée interposés sous chacun des nœuds; puis les extrémités droites sont tirées et bien tendues, de façon à largement appliquer la paroi rectale posté-

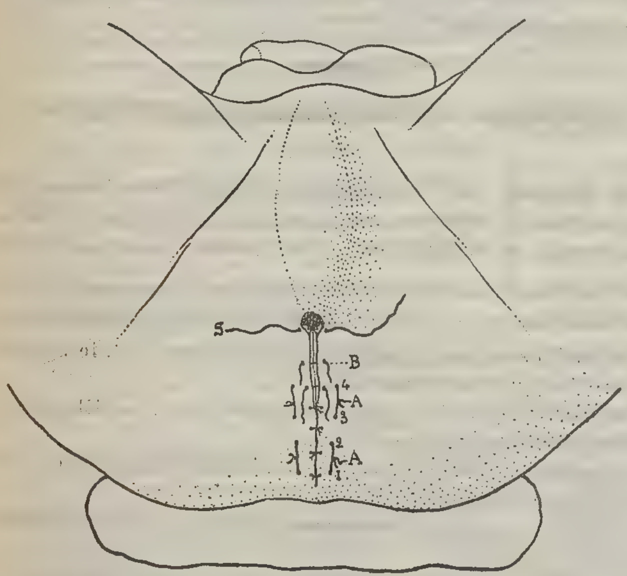


Fig. 4.
AA, fils suspenseurs noués deux à deux; B, sutures cutanées; S, fil sphinctérien.

rieure contre le coccyx et les parties molles superficielles : à leur tour, elles sont nouées deux à deux. Il ne reste plus qu'à suturer au crin de Florence les deux lèvres cutanées; deux fils sont passés en plein sphincter, et le froncent en l'épaississant dans sa moitié postérieure.

Pas de drain. Pansement à la gaze iodoformée; large enveloppement ouaté.

On ne leva le pansement qu'au sixième jour : la réunion semblait assurée, et quelques fils superficiels furent enlevés. Les fils profonds, suspenseurs, restèrent en place jusqu'au quinzième jour. Au cinquième jour eut lieu la première selle, sans incident. On maintint le malade au lit pendant trois semaines.

Le prolapsus n'existait plus; au moment des selles, rien ne paraissait; et, au bout d'un mois, l'opéré quittait l'hôpital.

Il revint nous voir tous les quinze jours, jusque dans le courant de janvier 1892 : la guérison persistait, les selles étaient régulières. A l'examen de la région anale, on ne voyait rien d'anormal; à peine si, pendant les efforts, on découvrait, en étalant l'anus, un léger bourrelet muqueux circulaire, qui n'en débordait pas l'orifice. Le malade ne se rendait nullement compte de l'existence de ce bourrelet, il ne le sentait pas, il n'en éprouvait aucune gêne, et il refusa la cautérisation complémentaire que je lui proposai.

Notre opéré reprit son travail, dans la même maison, soulevant et portant des charges, comme devant; aucun nouvel accident n'est survenu.

Il y a aujourd'hui (1) dix-sept mois que la rectopexie a été pratiquée : le prolapsus n'a pas récidivé. On constate, lors des grands efforts, ce léger bourrelet muqueux dont nous parlions plus haut, mais il n'a pas grossi depuis quinze mois et pas plus aujourd'hui qu'à la fin de 1891, notre homme n'en est incommodé.

J'ajouterai seulement quelques mots et je me garderai bien d'opposer l'une à l'autre les deux méthodes de rectopexie postéro-inférieure. Avec l'une et l'autre, il n'est pas rare de retrouver, au bout de peu de temps, un léger prolapsus muqueux, souvent insignifiant, toujours curable par une simple retouche opératoire. De fait, on ne s'expliquerait guère qu'il en fût autrement : la fixation ne porte, en réalité, que sur les tuniques moyenne et externe du rectum. Si l'on prend soin de faire pénétrer les fils suspenseurs *très haut*, sur les côtés de la base du coccyx et de la pointe du sacrum, de les conduire *presque verticalement* et de donner *le plus de largeur possible* à la partie moyenne de l'anse, dans sa traversée rectale, on obtient un soulèvement bien réel de l'intestin prolabé et l'on assure un *contact large* entre la paroi du rectum et le plan rétro-rectal, face antérieure du coccyx et parties molles sous-jacentes. Les fils ne traversent pas seulement la peau, mais toute l'épaisseur des lames fibreuses para-coccygiennes et para-sacrées : on ne saurait dire que ce soit là une paroi lâche et flasque. Enfin n'est-il pas évident que, dans la rectopexie comme dans toutes les suspensions d'organes, la fixation définitive tient moins à la résistance des fils et à l'immobilité de leurs points d'attache qu'au nombre et à la qualité des *adhérences* qui se créent ensuite? Plus large et plus serrée sera la nappe d'adhérences rétro-rectales, et plus solidement le prolapsus sera maintenu.

Nous croyons qu'ici encore, l'éclectisme aura du bon : les plicatures transversales qui raccourcissent le rectum (Gérard Marchant), les plicatures longitudinales qui rétrécissent l'ampoule prolabée [Lange (2)], les différents modes de fixation au périoste coccygien, aux parties fibreuses latéro-coccygiennes, etc., ne représentent que les termes

(1) Le malade a été présenté à la Soc. de chir., le 8 mars 1893.

(2) Lange. *New-York Med. Journ.*, 19 févr. 1887.

d'une méthode unique et il semble bien établi que, dans les prolapsus qui ne dépassent pas 7 à 8 centimètres, alors que le sphincter a conservé en partie sa tonicité, cette méthode de rectopexie inférieure, plus ou moins complexe, toujours bénigne, est susceptible de procurer d'excellents résultats et des *guérisons durables*, à moins de frais, évidemment, que l'extirpation.

THÉRAPEUTIQUE

Fièvres intermittentes et sulfate de cinchonidine. — M. H. Villard, interne des hôpitaux de Montpellier, résume ainsi ses recherches sur le traitement des fièvres intermittentes, dans le *Nouveau Montpellier médical* : « Le sulfate de cinchonidine détermine la disparition des accès de fièvre intermittente tout aussi sûrement que les sels de quinine et aux mêmes doses; il offre de plus une action très favorable contre l'anémie et les engorgements viscéraux du paludisme.

La disparition des accès survient, le plus souvent, dès le deuxième jour du traitement, quelquefois dès le premier, presque toujours un peu moins rapidement qu'avec les sels de quinine.

La dose de 1 gramme nous a paru habituellement amplement suffisante. Mais il n'y a aucun inconvénient à aller jusqu'à 1gr20 ou 1gr50.

Les troubles physiologiques observés avec les cinchonidines ont été moins marqués et moins fréquents qu'avec la quinine.

La modicité du prix du sulfate de cinchonidine rend ce médicament précieux et compense largement sa légère infériorité sur les sels de quinine, dont l'action est un peu plus rapide. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 juin 1893. — Présidence de M. Périer.

DISCUSSION SUR L'ORTEIL EN MARTEAU

M. KIRMISSON, à propos du rapport lu dans la dernière séance par M. Chauvel, fait une communication sur ce sujet. Il distingue trois variétés bien tranchées parmi les déformations des orteils. Il y a d'abord l'orteil en marteau dans lequel la rétraction porte sur le tendon extenseur, sur les ligaments latéraux et sur la peau; cette déformation est corrigée par la résection portant sur les deux extrémités articulaires. Elle coïncide souvent avec le pied plat. La seconde variété est l'orteil en griffe qu'on observe souvent à la suite de paralysies. Il peut aussi exister en dehors de toute paralysie et est souvent associé au pied creux. Cette déformation est facile à réduire. Enfin, il est une troisième déformation qui résulte du renversement exagéré de l'orteil sur le métatarsien, c'est la déformation par hyperextension que l'on rencontre dans la paralysie infantile. Elle peut aussi exister sans cette paralysie. M. Kirmisson en cite un exemple dans lequel il a suffi de la section des deux tendons extenseurs pour faire disparaître toute déformation.

M. FELIZET a étudié la pathogénie de l'orteil en marteau encore bien obscure. Chez les enfants on admet deux variétés : l'orteil en marteau spontané ou congénital et l'orteil en marteau acquis. Au point de vue pathogénique, on a fait jouer un rôle très important à la contracture primitive du muscle. M. Felizet pense qu'on peut invoquer une autre cause : la surface articulaire phalangienne offre une obliquité telle que la face palmaire est moins longue que la face dorsale. En raison de cette conformation spéciale, il se produit une déformation qui devient définitive. En somme, pour M. Felizet, l'altération osseuse est primitive et les altérations fibreuses sont secondaires.

M. CHAUVEL rappelle que, dans le cas au sujet duquel il a fait un rapport, il s'agissait bien nettement du martellement du gros orteil. Il ajoute que le martellement du gros orteil est très rare. Comme plusieurs de ses collègues, M. Chauvel a noté la coïncidence fréquente de l'orteil en marteau avec le pied plat.

M. DELORME a opéré un sujet atteint d'un gros orteil en marteau sans pied plat. Le résultat a été satisfaisant.

COMMUNICATIONS

Kyste hydatique du poumon; pneumotomie. — **M DELAGENIÈRE** (du Mans) communique l'observation d'une femme de trente-deux ans, qui avait présenté tous les signes d'un épanchement pleural. Trois ponctions furent faites. L'état s'aggravant, on fit une incision, sans résection costale; on donna issue à un liquide floconneux et on trouva le poumon adhérent à la paroi costale. L'examen du liquide montra qu'il s'agissait d'un kyste hydatique. M. Delagenière agrandit alors l'incision, fit une résection costale et pratiqua l'excision de la poche kystique. La malade guérit.

M. BERGER, dans un cas analogue, a eu à déplorer une terminaison fatale. Il s'agissait d'une malade qui avait eu une pleurésie et qui venait d'être prise de vomiques. Une ponction donna issue à du liquide purulent. En renouvelant cette ponction, M. Berger pénétra dans une collection qu'il dut ouvrir plus largement et, en explorant cette cavité, il s'aperçut qu'il y en avait une seconde en arrière. Il se trouvait en présence d'un kyste hydatique en sablier. Pour mieux débarrasser la seconde cavité, M. Berger fit une injection d'eau boriquée ; aussitôt la malade fut prise d'un accès de suffocation, rejeta du liquide et des hydatides en grand nombre et succomba subitement.

RAPPORT

Expériences d'électrolyse de l'urèthre. — **M. TUFFIER** fait un rapport sur un travail adressé par M. Desnos. M. Desnos a fait un certain nombre d'expériences sur des chiens et a recherché quelle pouvait être l'action de l'électrolyse sur l'urèthre normal et l'urèthre rétréci. Il résulte de ces expériences que l'électrolyse à haute intensité ne met pas à l'abri des récidives. Si les courants ne sont pas nuisibles, ils ne paraissent pas supérieurs à la dilatation comme méthode de traitement.

PRÉSENTATION

Chéloïde cervicale. — **M. DELORME** présente un malade qui, depuis vingt ans, était atteint d'une chéloïde cervicale douloureuse, rebelle à tout traitement. Après deux séances d'énergiques compressions, les douleurs ont complètement disparu.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les obsèques du très regretté professeur Peter auront lieu mardi 13 mai, à midi très précis, en l'église Saint-Louis d'Antin.

La Faculté de médecine sera fermée mardi, en signe de deuil.

— Par décret, en date du 8 juin 1893, ont été promus ou nommés dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat :

Au grade de médecin en chef de première classe. — M. le médecin en chef de deuxième classe Grall.

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — MM. les médecins principaux Chédan et Nivard.

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Devotte et Parnet.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les docteurs Texier et Portel.

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le médecin de deuxième classe de la marine Allain.

— Par décret, en date du 8 juin 1893, M. Barre, médecin principal de la marine, en retraite, a été promu au grade de médecin principal dans la réserve de l'armée de mer.

— Le concours pour le prosectorat de la Faculté de Lyon vient de se terminer par la nomination de MM. Nové-Josserand et Villard.

— M. le docteur Colonna Ceccaldi est chargé d'une mission scientifique en Russie.

M. le docteur S. Pozzi, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, est chargé d'une mission scientifique aux États-Unis, et particulièrement à Chicago.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Béraud (de Vaison), Mècle (de Narbonne) et Yvonin (de Lyon).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de pathologie externe, par Poulet et Bousquet, professeurs agrégés au Val-de-Grâce. 2e édition entièrement remaniée et remise au courant de la science, par A. Ricard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et H. Bousquet, professeur de clinique à l'École de médecine de Clermont-Ferrand. 3 forts vol. in-8°. Tome Ier : « Pathologie chirurgicale générale, maladies des tissus », avec 173 fig. dans le texte. — Tome II : « Pathologie des régions (tête, cou, poitrine et abdomen) », avec 231 fig. dans le texte. — Tome III : « Abdomen; Organes génito-urinaires ; Membres », avec 343 fig. dans le texte. — Prix de l'ouvrage : 50 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous n'avons à signaler que deux lectures et une élection. L'Académie, comme en deuil et qui, d'ailleurs, se trouvait presque tout entière aux obsèques du regretté professeur Peter, a interrompu les discussions en cours.

La parole a été donnée d'abord à M. Richelot pour la relation d'un cas intéressant d'extirpation d'une rate hypertrophiée, tombée dans le petit bassin et prise pour un fibrome. La tumeur put être enlevée en totalité et le malade a parfaitement guéri.

M. Defontaine (du Creusot) a fait deux fois, et avec succès, l'extirpation du pylore par pylorectomie typique. Après avoir enlevé le cancer, M. Defontaine fait un abouchement duodéno-stomacal à orifice large permettant, d'emblée, le passage facile des aliments. Les résultats immédiats de l'opération, dans ces deux cas, ont été très remarquables.

L'Académie a procédé à l'élection de deux membres correspondants nationaux dans la quatrième division (physique et chimie médicales, pharmacie) : MM. Fleury (de Nantes) et Linossier (de Lyon) ont été élus.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Després.

De l'emploi du pétrole comme topique dans le traitement du cancer et dans le traitement des vaginites.

Parmi les produits qui ont leur emploi en thérapeutique, il y en a qui sont des produits artificiels que l'on a tirés de corps simples ou de végétaux, tels que le bichlorure de mercure et le sulfate de quinine. D'autres sont des produits naturels, tels que la digitale, l'opium ou l'ipéca. Ce ne sont pas les produits artificiellement obtenus, si l'on excepte le sulfate de quinine, qui ont l'action la plus certaine. Pourquoi ces médicaments ont-ils une efficacité? C'est assurément parce que l'expérience en a démontré, depuis des siècles, les effets curatifs d'une manière constante. On dira que c'est le fruit d'un empirisme grossier; soit. Mais jusqu'à ce que l'on ait trouvé par le raisonnement un médicament aussi sûr que l'opium, il sera permis de dire, avec Trousseau, que l'empirisme expérimental est encore une bonne règle pour le médecin.

C'est dans cet esprit que j'ai essayé le pétrole comme topique, et voici les résultats déjà obtenus, qui encouragent à persévérer.

Le premier fait qui a une valeur est le suivant :

Une malade, âgée de quarante-sept ans, entrée à l'hôpital de la Charité, salle J.-L. Petit, était atteinte d'un cancer inopérable du sein, squirrhe adhérent compliqué de phlegmon sous-mammaire, ouvert spontanément depuis douze jours et laissant écouler du pus sanieux portant une odeur infecte. Me rappelant alors les expériences faites dans le service de Velpeau, à la Charité, vers 1858, les pansements des plaies et ulcères avec le coaltar et la poudre de charbon, et auxquels on avait renoncé à cause de l'embarras qu'ils causaient, saleté des linges, dispersion du pansement dans le lit des malades, j'ai songé à employer le pétrole. Le pétrole est un corps voisin du coaltar, et qui paraît avoir les mêmes origines et le même effet. Alors j'ai fait faire, tous les jours, dans le foyer de l'abcès, des injections de pétrole pur, c'est-à-dire du pétrole raffiné, tel qu'il est employé aujourd'hui pour l'éclairage; on en injectait environ 60 grammes avec une seringue en verre.

Dans l'espace de trois jours, le pus avait changé de nature; il était bien lié, louable comme l'on disait jadis; il avait perdu toute odeur et, au bout de dix-huit jours, l'abcès était guéri, l'ouverture spontanée entièrement cicatrisée.

Ce qui, de suite, paraît le plus remarquable, c'est que le lendemain de la première injection le mieux était sensible. Encouragé par ce premier résultat, je songeai à pratiquer dans la tumeur cancéreuse des injections interstitielles. Elles ont été très douloureuses, autant que les injections interstitielles de chlorure de zinc. Il ne s'est passé d'ailleurs rien de particulier. Les plaies faites par l'aiguille à acupuncture se sont refermées, et il n'y a pas eu d'ulcération. La malade n'a présenté aucun phénomène général d'intoxication, et ce fait était bon à noter.

Quoique l'expérience n'ait rien donné au point de vue de la marche du cancer, ce qu'il y a de remarquable dans cette observation, c'est la guérison rapide d'un abcès autour d'un cancer aussi avancé. La malade est, en effet, sortie dans un état relativement satisfaisant, et jusqu'à ce jour, sept mois après la guérison de l'abcès, la malade est encore en bon état, le cancer n'a pas marché aussi rapidement qu'on aurait pu le supposer.

Les deux autres faits que je dois signaler ont trait à des

cancroïdes, et j'ai déjà pu constater que, dès les premières applications de pétrole, il y a une modification de l'ulcération; il se produit quelque chose d'analogue à ce que l'on a constaté par le mode de pansement au chlorate de potasse, recommandé par M. Bergeron, et qui a donné pendant un certain temps des apparences de guérison. Mais chez un de mes malades, en traitement à la consultation depuis plus de trois mois, j'ai obtenu une guérison presque complète.

Voici le premier fait :

Un malade, R..., âgé de soixante-dix-sept ans, s'est présenté à la consultation de l'hôpital de la Charité, le 10 janvier 1893. Il était atteint depuis trois mois d'un cancroïde à la tempe gauche, de la grandeur d'une pièce de 1 franc, qui était survenu sur une petite croûte qui existait depuis des années.

J'appliquai un morceau d'amadou caustique, que je laissai vingt-quatre heures en place, puis je le fis panser avec des cataplasmes. Huit jours après, le malade revint, et je fis placer sur la plaie des compresses imbibées de pétrole raffiné, celui dont on se sert dans le commerce. La plaie se cicatrisa lentement et, fin avril, il ne reste plus qu'un petit suintement purulent sous un décollement de la peau. La partie supérieure de l'ulcère est entièrement cicatrisée.

Ici la cautérisation a agi comme aurait pu le faire une application de la pâte arsenicale de frère Côme, qui, comme on le sait, guérit pour une ou plusieurs années des cancroïdes qui ont eu pour origine les glandes sudoripares et ont une marche beaucoup plus lente que les autres épithéliomas.

Mais le pansement avec le pétrole a eu aussi son effet, car la tumeur n'avait pas été entièrement détruite par le caustique et, depuis le traitement, le mal marche vers la cicatrisation.

Le résultat appréciable du traitement est celui-ci : l'ulcération a perdu le caractère du cancer, mais elle se cicatrise avec une grande lenteur.

La seconde observation est celle d'une vieille femme de soixante-quatorze ans qui, depuis dix mois, vient se faire soigner à l'hôpital de la Charité, à la consultation. Elle avait depuis 1870 un petit bouton violacé à la lèvre supérieure, du côté gauche, qui s'est ulcéré en 1872 et se recouvrait d'une croûte. Depuis 1877, l'ulcération a lentement grandi, et elle a pris tout à coup un accroissement plus rapide depuis trois ans. Cet ulcère était grand comme une pièce de 1 franc, à bords rouges et taillés à pic, et causait des douleurs assez vives; il laissait écouler une sanie roussâtre, mais ne saignait pas. Il ne creusait pas d'ailleurs en profondeur.

J'estimai qu'il s'agissait d'un de ces lupus qui sont bénins pendant dix à quinze ans et qui finissent par devenir des cancroïdes.

Je fis appliquer, deux fois par jour, des compresses de pétrole, sur l'ulcère, un pour le jour, un pour la nuit; le mal est resté absolument stationnaire pendant six mois, le fond de l'ulcère était sec et les bords n'étaient plus rouges et étaient moins taillés à pic.

Le mal a marché avec une plus grande rapidité en mars et avril, la malade était sous l'influence de la constitution saisonnière qui vient de faire beaucoup de victimes et a imprimé un caractère de gravité à presque toutes les maladies.

Cette pauvre femme est encore en observation, mais le résultat est cependant moins favorable que celui du mal du précédent vieillard.

D'autres cancers, très fréquents dans nos services, se prêtent encore à l'expérience de ce nouveau traitement : je veux parler du cancer de l'utérus.

Dans le cancer ulcéré du col de l'utérus, les injections de pétrole dans le vagin donnent un premier résultat, elles enlèvent l'odeur insupportable que répandent les liquides vaginaux, elles font tomber les parties gangrénées et dessèchent la surface de l'ulcère; je crois, jusqu'ici, qu'elles retardent la marche du cancer. Au surplus la désinfection des liquides qui sortent du vagin empêche cette espèce d'intoxication par l'air vicié et laisse intact le peu d'appétit qui reste au malade. Lorsqu'on examine les malades ainsi traitées, à l'aide du spéculum, on trouve la surface de l'ulcère rouge et dépourvue de ces lambeaux de tissus blancs sphacélés que l'on constate d'ordinaire, et la partie ulcérée saigne moins au contact de l'instrument. Aussi les pertes spontanées des malades s'en trouvent diminuées.

Cette application de pétrole sur les cancroïdes et les cancers m'a poussé à l'appliquer dans les vaginites sur les ulcères et dans les abcès par congestion.

Dans une vaginite hémorragique à rechute et une vaginite granuleuse, le pétrole pur a été employé en injection, 100 à 150 grammes pour une injection. Dans les vaginites récentes, deux à trois injections, une chaque jour, m'a donné déjà deux fois une guérison rapide en six jours. Ici, l'action du pétrole est des plus manifestes, et on se l'explique. Ce liquide reste adhérent à la muqueuse, il s'infiltre partout, c'est un pansement pour ainsi dire permanent, et je compte employer les injections de pétrole dans l'uréthrite blennorragique, car à l'inverse de toutes les injections préconisées jusqu'ici, le pétrole n'est nullement caustique.

Sur les ulcères des jambes, le pansement au pétrole ne vaut pas le pansement par occlusion avec les bandelettes de diachylum. Sur les ulcères atoniques, les ulcères scrofuleux, le pansement avec le pétrole ne vaut pas le pansement avec le vin aromatique; il ne modifie pas les bourgeons charnus et il est préférable de cautériser ceux-ci avec le nitrate d'argent. Ceci prouve une fois de plus combien l'on a tort de recommander un topique unique pour toute espèce de plaie.

Les injections de pétrole dans les abcès froids par congestion sont un excellent désinfectant, elles cautérisent moins que la teinture d'iode mais elles agissent comme agent modificateur du pus qui est plus lié, ce qui semble indiquer qu'elles favorisent la production de bourgeons charnus.

Je ne cherche pas à expliquer l'action du pétrole, je ne dirai pas qu'il détruit les microbes, qu'il est antiseptique, je me borne à constater qu'il modifie heureusement la surface des plaies chroniques et qu'il est un désinfectant. Ce qui est certain, c'est qu'en vertu de sa propriété agglutinative, il reste plus longtemps et d'une manière plus durable sur les parties où il doit agir : tant qu'il y a une odeur apparente, il y a du pétrole sur les parties où on le place. C'est un topique humide plus immédiatement en contact avec les parties malades. Son action n'est pas caustique ou l'est à peine. Sur les muqueuses elle ne l'est nullement. Le pétrole appliqué à l'aide d'une compresse sur la peau enflammée déjà la rougit, produit des phlyctènes, mais ne produit pas d'escharres. C'est donc au plus un rubéfiant comme la farine de moutarde.

J'ajoute que les vapeurs que répand le pétrole peuvent être considérées comme un agent thérapeutique.

Enfin, ce qui est bon à noter, les malades jusqu'ici ne se sont pas plaints du désagrément causé par l'odeur du pétrole et leur santé générale n'a pas été altérée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

Septicémie suraiguë par infection digitale d'origine puerpérale.

Par M. A. Poncet,
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon.

J'écris ces lignes sous le coup d'une douloureuse émotion. Un de nos jeunes chirurgiens les plus aimés, les plus distingués, vient de succomber, malgré tous nos efforts, victime du devoir professionnel.

Le docteur Émile Blanc est mort, emporté à l'âge de trente-cinq ans, par une septicémie suraiguë, d'origine puerpérale.

C'était une figure bien connue que celle de notre regretté confrère. Partout où l'on travaille, à l'hôpital, à la Faculté, on le rencontrait journellement. Ancien chef de clinique d'accouchements, il s'était plus particulièrement occupé de gynécologie. Ses importants travaux de clinique et d'anatomie obstétricales lui avaient valu une juste notoriété. Chacun connaissait son érudition, ses connaissances générales étendues, qu'il augmentait chaque jour par un travail opiniâtre. Il était candidat aux prochains concours et ses compétiteurs, ses nombreux amis, savaient qu'il était homme à ne pas se rebuter, à poursuivre jusqu'au bout le but qu'il voulait atteindre.

C'est rendre un suprême hommage à la mémoire de ce travailleur infatigable, si bien fait pour les grandes luttes et le succès, c'est honorer le corps médico-chirurgical que de raconter une telle mort.

Mardi 23 mai, vers les huit heures du matin, il pratiqua, chez une de ses malades atteinte d'accidents puerpéraux, l'extraction de débris placentaires. Il n'avait, à ce moment, aucune blessure apparente, aucune excoriation visible, si ce n'est vers la rainure latéro-unguéale de l'index gauche, une dénudation en apparence insignifiante, occupant un point très limité. Il ne s'aperçut même de cette petite déchirure épidermique, de cette « envie » que lorsqu'il se sentit gravement malade. Il éprouva alors à ce niveau une légère douleur que la pression augmentait. Lorsque je le vis pour la première fois quarante-huit heures après le début des accidents, la douleur avait disparu et localement on ne trouvait aucun signe d'une lésion inflammatoire.

Le même jour, à deux heures de l'après-midi, six heures environ après le contact suspect, il éprouva tout à coup une douleur très vive dans l'aisselle correspondante. Cette douleur intense, qui fut le phénomène initial, devait bientôt s'accroître encore et par sa seule acuité éveiller déjà de grandes inquiétudes. La main, l'avant-bras, le bras restaient indemnes. Pas la plus petite rougeur cutanée, pas la moindre traînée angioleucitique ne révélaient une infection locale qui d'emblée frappait le creux axillaire.

A quatre heures, deux heures après l'apparition de la douleur dans l'aisselle, éclatèrent des phénomènes généraux. Ce fut d'abord un frisson, pas très violent, mais des sensations de froid, des horripilations continues, pendant une à deux heures, puis des nausées, des vomissements qui devaient, à intervalles plus ou moins longs, persister pendant les deux premiers jours.

E. Blanc ressentait, en même temps, un malaise indéfinissable, une sensation de prostration, d'anéantissement qui ne lui laissaient pas de doutes sur la gravité de son état.

Il jugea immédiatement qu'il était frappé à mort. A ce moment, sous le coup d'une dépression générale profonde, accablé par la souffrance, il se couchait pour ne plus se relever.

La nuit qui suivit fut mauvaise, agitée. Le lendemain matin, la température qui avait été la veille au soir de 40 degrés était de 39°7.

Il se plaignait de céphalalgie, de frissons erratiques, mais surtout de la même douleur atroce dans l'aisselle gauche et dans la paroi thoracique correspondante. Le moindre mouvement du bras, la plus légère pression exacerbaient ses souffrances.

Le doute n'était plus possible. Il s'agissait bien d'une septicémie aiguë, d'autant plus redoutable que l'on se trouvait en présence d'une infection générale d'emblée, sans jalons laissés sur sa route, sous forme de panaris, de lymphangite. Ce fut l'opinion de mon distingué collègue le docteur Rochet, qui, dès le début, avait considéré comme des plus graves l'état de notre malheureux ami.

Lorsque je vis E. Blanc, le jeudi à une heure de l'après-midi, la température avait été le matin même de 41 degrés, à midi elle était descendue à 40°3.

La peau était sèche, brûlante, le pouls entre 120 et 130.

Le bras gauche accolé au tronc ne pouvait être déplacé, sans éveiller des douleurs horribles qui se produisaient, du reste, spontanément sous forme de lancées, de meurtrissures profondes.

L'examen local, rendu dès lors très difficile, ne donnait pas d'indications bien précises.

On pouvait constater, cependant, un léger gonflement, sans changement de coloration de la peau, au niveau de la paroi antérieure du grand pectoral et de la partie antéro-interne de l'épaule.

Cette tuméfaction s'étendait jusqu'au creux sus-claviculaire gauche, elle était même plus nette au-dessus de la clavicule que dans les régions voisines. A ce moment, le facies était encore bon, la respiration normale. Il n'existait aucun signe de dyspnée, d'angoisse respiratoire, et nous cherchions tous dans la constatation de l'un de ces signes, dans l'absence de l'autre, une lueur d'espérance.

Il me sembla que tout espoir n'était pas absolument perdu, surtout si l'on intervenait énergiquement *ferro et igne*, si l'on détruisait le foyer infectieux dans la région où il s'était primitivement cantonné. Une intervention sanglante fut donc décidée, et d'autant mieux acceptée par notre courageux confrère, qu'il pensait y trouver un soulagement à ses horribles douleurs.

L'opération fut pratiquée le jeudi, à six heures du soir, avec l'assistance de mes collègues Gangolphe et Jaboulay, des docteurs Adenot, Curtillet et Loyson.

Le creux axillaire était tuméfié, la peau présentait sa coloration normale. Il semblait cependant qu'en quelques points elle fût légèrement ardoisée. A la pression, on percevait une sensation d'œdème mollasse, profond, d'une sorte de faux œdème, ne conservant pas l'empreinte du doigt. Le gonflement s'étendait en avant et au-dessus de l'aisselle, où il devenait de moins en moins appréciable.

Une large incision suivant le bord inférieur du grand pectoral mit rapidement à nu la cavité axillaire, elle fut complétée par une autre longue incision tombant en son milieu et suivant le bord axillaire de l'omoplate.

Le tissu cellulaire était œdémateux, d'une couleur safranée. J'enlevai un ganglion du volume d'une dragée et trois à quatre autres ganglions, des dimensions d'un petit pois. Ils étaient mous, friables. Le plus gros nettement œdémateux, infiltré de sérosité, présentait sur la coupe un piqueté rougeâtre, et à son centre un petit foyer ecchymotique. Nul indice de suppuration.

La même opération fut pratiquée dans la région sous-claviculaire. Chaque plaie et les tissus avoisinants furent largement et profondément cautérisés avec des fers rouges. Un pansement antiseptique à ciel ouvert compléta l'intervention.

L'opération amena une détente immédiate. Les douleurs, jusqu'alors intolérables, disparurent complètement, la nuit qui suivit fut plus calme.

Le vendredi matin, la température était de 39°5.

L'état général semblait meilleur. Le malade prenait de l'alcool en abondance. On ne constatait aucun symptôme particulièrement alarmant. Les douleurs spontanées avaient complètement disparu. Mais dans la soirée, la respiration devint plus fréquente (26 à 28 respirations par minute).

Le pouls, qui jusqu'alors avait été à 120, dépassait 130 ; il devenait mou, dépressible. Le thermomètre marquait 40 degrés.

A dix heures du soir, l'état général était certainement plus mauvais. Pendant la nuit, l'agitation s'accrut, la dyspnée augmenta, il y eut un subdelirium presque continu.

Vers les deux heures du matin, les mêmes douleurs reparurent aussi intensives qu'avant l'opération. Elles occupaient le voisinage de l'aisselle, elles s'étendaient en avant jusqu'au sternum. En arrière, elles dépassaient l'angle inférieur de l'omoplate pour irradier en haut, du côté de la région cervicale.

Elles présentaient les mêmes caractères de spontanéité et la moindre pression les exaspérait.

A huit heures du matin, température 39°8.

Lorsqu'on renouvela le pansement dans la matinée du samedi 27 mai, les surfaces cruentées étaient sèches, d'une coloration jaune cuivrée. Quelques gouttes de sang noir et fluide s'écoulèrent au dehors. Au pourtour des deux foyers infectieux, on constatait de nouveau la présence d'un léger gonflement dont les limites n'étaient pas appréciables à la vue. Cette tuméfaction, si peu marquée et qui dépassait les plaies de quatre à cinq travers de doigt, nous était surtout révélée par les douleurs que provoquait le plus léger contact.

A partir de ce moment, toute chance de salut était perdue, le phlegmon septique, sans formation de gaz, sans apparence de gangrène, envahissait au loin le tissu cellulaire. L'empoisonnement général faisait des progrès rapides.

Dans l'après-midi, vers les deux heures, la situation empira brusquement. Aux souffrances épouvantables s'ajouta une dyspnée intense, de véritables accès de suffocation qui mirent le comble aux tortures de notre pauvre ami. Il réclamait, à grands cris, de l'air, il sollicitait une trachéotomie.

Cette situation lamentable prit fin sous l'influence d'une injection sous-cutanée de 0,01 de morphine et après quelques inhalations de chloroforme.

Les heures qui suivirent furent relativement calmes, mais la respiration était encore de 60 par minute. Le pouls, de plus en plus petit, se dérobait sous le doigt; à minuit, je comptais 180 pulsations, puis survinrent des sueurs profuses, un subdelirium tranquille, etc. Le dénouement était proche. Emile Blanc mourait le dimanche matin, 28 mai, à sept heures.

Dans cette septicémie à forme presque foudroyante, l'incubation a été de six heures environ. La première manifestation locale s'est montrée dans l'aisselle correspondante au doigt inoculé. Elle s'est révélée par une douleur d'une violence inouïe, que rien *a priori* ne pouvait expliquer. Huit heures après, ont éclaté des phénomènes généraux graves, que l'opération a paru enrayer pendant vingt-quatre heures. C'était un répit de bien courte durée. L'infection reprenait bientôt sa marche envahissante et le malade succombait le matin du cinquième jour.

Dans cette histoire lamentable, un fait nous a beaucoup frappé : l'acuité extrême des douleurs à point de départ ganglionnaire.

Ces douleurs n'étaient pas justifiées par l'intensité des phénomènes inflammatoires apparents, par le sphacèle, par l'étranglement des tissus, etc., le gonflement était à peine appréciable.

C'est dans une toxémie locale agissant sur les éléments nerveux périphériques, qu'il faut en chercher l'explication.

Dans la gangrène foudroyante qu'engendre le vibrion septique, j'ai souvent noté ces douleurs particulièrement vives, mais c'est la première fois que dans une septicémie d'une autre nature, septicémie cliniquement à forme sèche, presque sans lésion locale, je vois un œdème infectieux limité donner naissance à des souffrances aussi aiguës et aussi tenaces.

La clinique nous enseignait, hélas! une virulence extrême des germes pathogènes qui, à dose infinitésimale, avaient si rapidement pénétré dans le réseau lymphatique et bientôt dans le torrent circulatoire. Des cultures en ont démontré le bien fondé (1). Une goutte de sérosité provenant du gros ganglion a ensemencé un tube de bouillon, en moins de vingt-quatre heures. Le liquide s'est troublé dans sa totalité. L'agent infectieux était le streptocoque qui, peu virulent, colonise, sous forme de flocons, de petits grumeaux, et donne, au contraire, un état trouble de tout le liquide ensemencé, lorsque ses propriétés pathogènes sont à leur maximum.

Et maintenant que nous avons suivi heure par heure le calvaire si durement gravi par celui qui n'est plus, maîtres, amis, camarades, inclinons-nous une dernière fois devant cette tombe si prématurément ouverte où disparaissent tragiquement tant d'efforts et tant d'espérances.

La mort d'Émile Blanc laisse dans le cœur de tous ceux qui l'ont connu de profonds regrets.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 juin 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend des lettres de MM. Legroux, Laveran, Raphaël Blanchard, Du Castel et Huchard, qui se portent candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique et histoire naturelle médicales; et de MM. Landouzy, Joffroy et Troisier, qui se portent candidats à la place vacante dans la section de pathologie médicale.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants nationaux dans la quatrième division (physique et chimie médicales, pharmacie).

MM. Fleury (de Nantes) et Linossier (de Lyon) sont élus.

LECTURES

Extirpation d'une rate hypertrophiée et tombée dans le petit bassin. — M. Richelot relate l'observation d'une femme de vingt-sept ans, portant une tumeur abdominale avec des symptômes de compression des organes pelviens.

A la palpation on sentait, sur la ligne médiane, une tumeur hypogastrique grosse environ comme les deux poings, arrondie, mobile. Au toucher vaginal, le cul-de-sac de Douglas était rempli par une masse rénitente qui refoulait l'utérus en avant et que le doigt pouvait soulever sans la mobiliser complètement. Les

(1) Voici la note qui m'a été remise au sujet de ces cultures par mon chef de laboratoire, M. le docteur L. Dor :

« Le gros ganglion qui a servi aux ensemencements présentait un tout petit foyer hémorragique, mais pas d'abcès.

Le lendemain, les bouillons ensemencés étaient troubles, ils offraient le trouble général du bouillon qui est caractéristique des cultures de streptocoques très virulents. A l'examen microscopique, il n'y avait que des streptocoques.

Le 29 au matin, j'ensemençai un tube de gélatine, la culture était déjà apparente le 29. Le 30 au matin, on pouvait constater le long de la strie, à la surface de la gélatine, une série de petites colonies grisâtres se touchant toutes, et donnant à l'ensemble du dépôt un aspect chagriné, absolument identique à celui d'une culture faite le 24 mai avec le pus d'une péritonite puerpérale, et qui était également des streptocoques. »

Blanc devait offrir un terrain particulièrement favorable à la virulence streptococcienne. Surmené, diabétique depuis quelque temps, il réalisait humainement certaines conditions expérimentales mises en relief par O. Bujwid, qui augmentait la virulence des streptocoques en ajoutant du glucose aux milieux de culture.

mouvements communiqués à la tumeur entraînaient l'utérus. M. Richelot crut à un fibrome.

Il fit la laparotomie, écarta d'abord une masse épiploïque adhérente à la tumeur, puis vit apparaître une surface couleur lie de vin, ardoisée, qu'il reconnut facilement pour la rate triplée de volume.

En contournant l'organe avec le doigt, il constata qu'il adhérait partout, mais faiblement, à l'épiploon et à l'utérus. Il eut quelque peine à l'isoler; il fut obligé d'agrandir l'incision et il arriva sur les deux connexions les plus importantes : l'extrémité inférieure de la rate avait entraîné la queue du pancréas jusqu'au fond du petit bassin, et son extrémité supérieure adhérait à l'appendice iléo-cæcal.

Ces rapports furent détruits peu à peu avec le doigt. M. Richelot procéda à la ligature du pédicule, formé par l'épiploon gastro-splénique allongé et par le tissu même du pancréas, qui furent saisis dans des pinces longuettes et liés en chaîne avec du catgut. Il laissa le pédicule remonter dans le ventre et referma la plaie.

Les suites de l'opération furent des plus simples et la malade sortait complètement guérie quinze jours après l'opération.

Extirpation du cancer du pylore. — M. DEFONTAINE (du Creusot) a fait deux fois, et avec succès, l'extirpation du pylore cancéreux par pylorectomie typique. Sa première opération date du 1er mai 1892.

La malade va très bien; elle digère tous les aliments et n'a pas vomi une seule fois depuis. Son poids a augmenté de 30 livres.

La dernière opération date du 14 mai dernier. Dès le quatrième jour, la malade s'est alimentée. Le douzième jour, elle s'est levée. A ce moment, elle digérait le pain et les viandes. Le quinzième jour, elle revint chez elle.

Chez ces deux malades qui vomissaient tout aliment solide ou même liquide, le bien-être est revenu très rapidement et même avant d'avoir pris aucun aliment. Dès le troisième ou quatrième jour après l'opération, le teint jaune et terreux a fait place à un teint clair, ce qui est dû à la fin de l'intoxication par les substances qui stagnaient dans l'estomac. En effet, l'ablation du pylore cancéreux avec abouchement duodéno-stomacal, donne un orifice large, fonctionnant d'emblée très bien, ce qui n'est pas constant pour l'orifice artificiel d'une gastro-entérostomie quelconque, ainsi que le prouve la multiplicité des procédés préconisés. La pylorectomie typique, lorsqu'elle est possible, est donc supérieure parce qu'elle supprime le cancer et donne d'emblée un libre passage aux matières alimentaires.

Si les sutures sont bien faites, la forme en raquette de la ligne de réunion n'a pas d'inconvénients. M. Defontaine a toujours fait des sutures entrecoupées. Une suture muco-muqueuse, et une rangée séro-séreuse suffisent. Quelques points isolés de renforcement et de soutien, bien placés aux points faibles ou susceptibles de tiraillements, sont préférables à une troisième rangée régulière de suture qui tiraille, déforme et rétrécit.

L'examen histologique des deux tumeurs enlevées montrait qu'il s'agissait d'épithéliomas.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

La santé de Talleyrand.

SON HYGIÈNE ET SES MÉDECINS (1).

Par M. le docteur CABANÈS.

II

Talleyrand suivait une hygiène trop rigoureuse pour être souvent malade. Il mangeait peu, surtout le soir, se contentant le plus souvent de l'unique repas (1) de midi. Mais il avait une table assez abondamment servie pour pouvoir à loisir goûter au plat de son choix. Sa cuisine était soignée, sa cave renfermait les meilleurs crus.

Comme Napoléon et Voltaire, il aimait beaucoup le café, dégustant, en gourmet, la liqueur si joliment dénigrée par Mme de Sévigné. Il s'était toujours interdit l'alcool et les liqueurs.

On sait que pour sa toilette il avait des soins tout particuliers. Il y consacrait de longues heures, déployant dans cet art suprême de la coquetterie toutes les ressources de son esprit ingénieux.

Il trouvait encore le temps de travailler plusieurs heures par jour, de parcourir ses propriétés en voiture, son infirmité de naissance (il était pied-bot) lui interdisant les trop longues courses.

Il dormait très peu, passant la nuit au jeu, qu'il n'interrompait que pour causer; se couchant le plus souvent à quatre heures du matin pour se réveiller au petit jour.

« Son pouls avait cette singularité d'être fort plein et d'avoir une intermittence à chaque dixième pulsation. Il avait même là-dessus une théorie : il considérait ce manque de la dixième pulsation comme un temps d'arrêt, un repos de nature, et il paraissait croire que ces pulsations en moins, et qui lui étaient dues, devaient se retrouver en fin de compte et s'ajouter à la somme totale de celles de toute sa vie, ce qui lui promettait de la longévité. Il expliquait aussi par là son peu de besoin de sommeil, comme si la nature avait pris le sommeil en détail et par avance à petites doses (2). »

On pourrait presque dire que sa mort fut le terme de sa première maladie.

Pendant longtemps, il prit les eaux à Bourbon-l'Archambault, au moins de deux années l'une, plutôt pour s'y distraire que pour s'y soigner.

Il y était traité par un médecin des eaux, un personnage fort pédant, le docteur Faye, qui servit souvent de cible à ses railleries.

Le docteur avait l'insupportable manie d'agrémenter ses conversations de nombreuses citations latines.

Un jour, pendant le souper, il prononça avec cette solennité grotesque dont il ne se départissait jamais, cette sentence : *Plus aere vivimus quam cibo*; ce qui, paraît-il, fit rougir toutes ces dames qui n'y comprenaient rien.

Talleyrand augmenta bien davantage leur confusion, en paraphrasant à sa manière une pensée qui, sans les commentaires plus que légers dont il l'accompagna, aurait passé pour bien innocente.

Sauf à l'égard du docteur Bourdois, pour qui il professait une admiration mêlée d'estime, Talleyrand se faisait un jeu de rééditer les épigrammes de Molière.

Un disciple d'Esculape, frère d'un des plus honorables représentants de la France, joignait au culte d'Hippocrate un culte au moins aussi prononcé pour Comus. En un mot, il passait pour être très gourmand. Le docteur avait présenté à Talleyrand, qui l'admettait dans son intimité, un personnage dont les prodigalités faisaient grand bruit, le riche M. Seguin.

M. Seguin, tout fier de cette recrue, se proposa de traiter magnifiquement son nouvel hôte et pria le diplomate de désigner lui-même les convives. Le repas devait comprendre douze convives, y compris M. Seguin. M. de Talleyrand remplit sa mission en conscience, mais en négligeant d'inviter celui-là même qui l'avait présenté à son amphitryon. Il avait simplement voulu faire manquer un bon dîner à un médecin gourmand.

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 624.

(1) M. de Talleyrand ne faisait qu'un repas à heure fixe, seulement il prenait parfois un verre d'excellent madère dans lequel il trempait un biscuit. (*Mémoire sur M. de Talleyrand; sa vie politique et sa vie intime, suivi de la relation authentique de ses derniers moments, etc.*, p. 96, bureaux de la *Gaz. des Familles.*)

(2) PICHOT. *Souvenirs intimes sur M. de Talleyrand*, d'après Florent et Place.

Il devait expier bien chèrement ses sarcasmes et ses malices à l'adresse de la profession ! Lui, qui n'avait jamais connu que des indispositions passagères, fut atteint, à son tour, du mal qui ne pardonne pas.

Depuis son retour d'Angleterre, il avait une de ces infirmités qui entretiennent la santé : une affection aux jambes qui constituait, pour lui, un dérivatif naturel (1).

Du jour où la nature supprima cet exutoire, le malade était condamné.

Pris d'un frisson subit et de vomissements, il ressentit une violente douleur au bas des reins, du côté gauche, et sur les instances de son entourage, il consentit à faire appeler un prince de la science à son chevet. Cruveilhier, avec la rapidité de coup d'œil du clinicien, eut vite fait de diagnostiquer un anthrax lombaire. Il demanda à s'adjoindre Marjolin pour l'opérer. Le chirurgien dut recommencer deux fois l'opération. Le patient, impassible et résigné, se contenta de dire : « Docteur, vous m'avez fait beaucoup de mal, mais si j'en suis quitte à ce prix, je vous remercie. » Marjolin hocha la tête et se retira.

Le lendemain, la fièvre se déclarait, le malade tombait dans une sorte de prostration léthargique, qui laissait présager une fin prochaine.

Le 17 mai 1838, le plus grand acteur des temps modernes avait vécu.

Le surlendemain un reporter de génie, on devine Victor Hugo, consignait sur une feuille volante (2) : « Hé bien, avant-hier, 17 mai 1838, cet homme est mort. Des médecins sont venus et ont embaumé le cadavre. Pour cela, à la manière des Égyptiens, ils ont retiré les entrailles du ventre et le cerveau du crâne. La chose faite, après avoir transformé le prince de Talleyrand en momie, et cloué cette momie dans une bière tapissée de satin blanc, ils se sont retirés, laissant sur une table la cervelle (3), cette cervelle qui avait pensé tant de choses, inspiré tant d'hommes, construit tant d'édifices, conduit deux révolutions, trompé vingt rois, contenu le monde.

Les médecins partis, un valet est entré, il a vu ce qu'ils avaient laissé. Tiens ! ils ont oublié cela. Qu'en faire ? Il s'est souvenu qu'il y avait un égout dans la rue, il y est allé et a jeté le cerveau dans la rue : *Finis rerum.* »

Comment avait pu se consommer cette profanation, c'est ce qu'il nous reste maintenant à dire. Talleyrand avait, nous venons de le voir, pour médecin ordinaire, le docteur Bourdois. Dans les dernières années de sa vie, le prince était atteint d'une paralysie du rectum qui nécessitait une opération assez répugnante. L'opération était pratiquée par un valet de chambre en présence de Bourdois.

Bourdois était, à ce moment, très lié avec un pharmacien, du nom de Micard, dont l'officine était située à l'entrée de la rue Duphot, du côté de la rue Saint-Honoré. Micard était une des gloires de la profession. Très adroit, très inventif, il avait imaginé, sur les indications du docteur, une cuiller en baleine qui devait servir au cathétérisme rectal du malade. Talleyrand répugnait fort à cette opération. Au cours d'une discussion avec le docteur Bourdois, celui-ci avait même dit à Talleyrand : « Si je meurs avant vous (ce qui arriva), vous ne vivrez pas six semaines après moi ; votre valet de chambre n'aura pas assez d'autorité sur vous pour vous obliger à vous soumettre à cette opération. »

La prédiction se réalisa, point par point. Quoi qu'il en soit, une fois Talleyrand mort, Micard fut chargé de l'embaumement. Il avait été convenu, du vivant du diplomate, qu'il emploierait la méthode égyptienne.

Cette méthode consiste, comme on sait, à faire des incisions dans tous les membres, à les remplir d'aromates spéciaux et à les recoudre ensuite. Pour la cervelle, on la sort du crâne, on la fait cuire dans un bain d'aromates et on la remet à sa place.

Le corps, déposé sur une longue table, dans l'antichambre de la bibliothèque, pièce concédée pour les travaux de l'embaumement, fut ouvert sous la direction du docteur Cogny, médecin ordinaire de M. de Talleyrand.

Les poumons furent trouvés sains et bien développés, le cœur volumineux et entouré d'une couche de graisse. Sa densité était relativement considérable.

L'aorte et les principaux tissus artériels étaient ossifiés et cassants dans toute leur étendue. Le foie, l'estomac, les intestins n'offraient aucune lésion...

Micard devait procéder à l'embaumement du prince. Cependant M. Gannal, directeur de la Société d'embaumement, formée pour l'application du procédé dont il est l'inventeur, s'était présenté à l'hôtel pour offrir ses services, et un instant la famille avait hésité.

Le docteur Cruveilhier, consulté, déclara que le procédé Gannal lui paraissait rationnel, mais il laissa toute latitude aux parents pour fixer leur choix. Les journaux du temps attaquèrent le professeur Cruveilhier, dont la réponse fut celle que nous venons de dire.

M. Micard avait, du reste, tous les droits pour prétendre à diriger l'opération. Il était un des familiers de la maison de Talleyrand, et M. de Valençay, M[me] de Dino, de même que Talleyrand, l'avaient en haute estime.

Nous avons trouvé, dans un opuscule du temps (1), de curieux détails sur l'opération de l'embaumement, pratiquée par Micard.

« Le corps, sur lequel furent pratiquées des incisions profondes et rapprochées, dirigées par couches musculaires et dans la direction des fibres, fut mis dans un bain avec une solution de natrum ou carbonate de soude pendant quelques heures. Retiré, il fut lavé intérieurement et dans ses cavités, avec un alcohol aromatisé, et enfin plongé de nouveau pendant vingt-quatre heures dans un nouveau bain d'une infusion fortement concentrée de tannin.

Enfin, chaque partie ouverte fut enduite à plusieurs couches d'une solution de deutochlorure de mercure, et chaque cavité graissée avec la poudre balsamique astringente, composée à peu près ainsi qu'il suit : baume de tolu du Pérou, du storax, styrax calamite, musc, ambre gris, quinquina, cannelle, gomme tacamaque, etc.

Chaque incision recousue, le corps fut recouvert par une couche de vernis, et une autre de la poudre, maintenue par une première application de bandes de mousseline fine ; le tronc, qui contenait le cœur et les entrailles, préparées isolément de la manière précédente, fut entièrement rempli par la poudre aromatique et par une étoupe à mailles serrées. Le corps fut ensuite revêtu de six couches de bandelettes de diachylum gommées, enduites de vernis extérieurement et disposées avec habileté, de manière à laisser au corps sa forme naturelle.

Dans la tête, une incision, partant de l'occiput à la naissance des cheveux, au front, et dirigée latéralement de l'occipital aux apophyses mastoïdes, permit la dissection du cuir chevelu. Cette opération accomplie, et les téguments ainsi que les muscles crophytes enlevés, l'empreinte cranienne fut prise par M. Guy, naturaliste de l'École de médecine, avec un soin extrême, afin qu'elle restât une pièce authentique pour la science physiologique. L'intérieur du crâne fut garni de poudre et d'étoupes, une ouverture par couronne du trépan ayant facilité la sortie du cerveau. La face fut disséquée entièrement, préparée comme le corps avec un soin minutieux, de manière à respecter la physionomie qui fut remodelée. Après que les téguments et les muscles eurent repris leurs places, les globes oculaires furent vidés et remplacés par des yeux en émail, fabriqués d'après un portrait parfaitement ressemblant, et confié obligeamment par M. Élie, premier officier de chambre du prince. »

---

(1) On se contentait de lui faire des lotions saturnées.

(2) V. Hugo. *Choses vues*, p. 3.

(3) L'autopsie de son cerveau démontra qu'il avait, à quatre-vingt-quatre ans, cet organe aussi consistant que celui d'un homme de quarante.

(1) *Mém.*, loc. cit., p. 117-120.

Micard avait mis la cervelle à part dans un bocal. Ce n'est qu'au moment où il rangeait ses instruments et ses flacons, qu'il s'aperçut que le bocal n'avait pas été mis en bière.

Sans en rien dire, il l'emporta et, le soir venu, il jetait dans la bouche d'égout qui existait entre la rue Richepanse et la rue Duphot, le bocal et son contenu (1).

Ce même égout avait reçu, quarante-quatre ans auparavant, les débris de celui qui avait été Robespierre!...

Aujourd'hui, savez-vous ce qu'on exhibe, comme une relique, dans la chambre à coucher où est mort le duc de Bénévent? L'appareil orthopédique, en fer forgé, rouillé par le temps, qui soutenait le pied-bot du claudicant Talleyrand (2)!

Les obsèques du professeur Peter ont eu lieu hier, à Saint-Louis d'Antin, au milieu d'une affluence considérable de confrères et d'amis. Presque toute la Faculté s'y trouvait en robe ; l'Académie, les hôpitaux, la Presse médicale y étaient aussi largement représentés. Les cordons du poêle étaient tenus par MM. Gréard, Brouardel, Peyron et Laboulbène.

Sur la recommandation expresse du défunt, aucun discours n'a été prononcé, et le corps, après la cérémonie religieuse, a été transporté au cimetière de Versailles.

— Les candidats au Bureau central (médecine) dont les noms suivent sont admis à prendre part à la seconde épreuve :

MM. Achard, Lebreton et Widal ; Duflocq, Queyrat et Thoinot ; Blocq, Bruhl, Dubief, Florant, Gallois, L. Guinon, Hudelo, Lannois, Létienne, Ménétrier et Vacquez ; Barbier, Capitan, Courtois-Suffit, de Gennes, Girode, Jacquet, Jeanselme, Lesage, Martin de Gimard, Pilliet, Springer, Toupet et Wurtz.

— Le concours du prosectorat vient de se terminer par la nomination de MM. Guillemain et Souligoux.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Jourdan, élève de l'École de santé militaire de Lyon. Ce malheureux jeune homme vient de succomber à un accident de salle d'armes.

---

(1) *Intermed. des cherch. et curieux*, 1887, p. 353, 439.
(2) *Idem*, même année, p. 192.

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.
PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Traitement de la diarrhée infantile.

Par le docteur Jules COMBY,
Médecin des hôpitaux,

La diarrhée infantile est le fléau des grandes agglomérations urbaines en général, et de Paris en particulier. Elle décime cruellement la population nécessiteuse, la classe ouvrière, et contribue, pour une part qu'il faudrait restreindre, à entraver l'accroissement, déjà trop faible, de la population française.

Favorisée par la misère, l'incurie, la malpropreté, l'ignorance, la diarrhée infantile trouve encore, dans les conditions variables de la température, des causes d'aggravation et d'atténuation que nous pouvons difficilement influencer.

Pendant les mois d'hiver, la statistique municipale n'accuse pas plus de 50 à 60 décès hebdomadaires par diarrhée infantile ; pendant les chaleurs de l'été, ce chiffre est triplé, quadruplé, quintuplé. Cette influence de la température se fait sentir partout, à l'étranger comme en France, et le terme anglais de *summer's disease* (1), appliqué à la diarrhée infantile, exprime bien cette influence météorologique ou thermique.

Est-ce à dire que la chaleur soit l'agent direct de la diarrhée ? Non, car les enfants placés dans de bonnes conditions d'hygiène, c'est-à-dire élevés au sein, n'en pâtissent pas. Les seuls enfants qui soient exposés à tous les dangers de la diarrhée d'été sont ceux qui sont élevés au biberon, ou alimentés prématurément, ou sevrés trop tôt. D'où le terme encore fort juste de *bottle's disease* (2), employé par les médecins de langue anglaise.

C'est que l'enfant, soumis à l'allaitement artificiel, court le risque, en été, de recevoir un lait altéré, fermenté, souillé de microbes nuisibles. Ce lait, déjà défectueux par son origine et par les fraudes dont il est l'objet, subit, par le seul fait de la chaleur, une décomposition qui le rend dangereux pour les enfants. Il faut partir de là, que les enfants nourris au sein échappent à la diarrhée, ou du moins à la diarrhée grave, tandis que les enfants, privés totalement ou partiellement du sein, lui paient un tribut énorme.

(1) Diarrhée d'été.
(2) Maladie du biberon.

Cette notion est très importante pour la prophylaxie ; elle lui sert de base.

L'annuaire statistique de la ville de Paris pour 1890 (dernière année publiée) accuse 3610 décès par diarrhée infantile, soit une moyenne de 300 par mois ; le mois le plus chargé est août (661), le moins chargé est février (170). Sur les 3610 décès, il y en a 3086 au-dessous d'un an.

J'aurai donc surtout en vue, dans cette étude, la diarrhée du premier âge, c'est-à-dire des enfants âgés de moins de deux ans. Cependant, je dirai quelques mots des diarrhées chroniques de la seconde enfance.

Il faut distinguer, au point de vue des causes, du traitement, de la prophylaxie, plusieurs espèces de diarrhée infantile.

Je décrirai successivement :

1° *La diarrhée des enfants nourris exclusivement au sein* ;
2° *La diarrhée des enfants ayant une autre alimentation* (*biberon*, etc.). Dans ce chapitre, je traiterai de la *diarrhée simple*, de la *diarrhée verte ;*
3° *Le choléra infantile ;*
4° *La diarrhée du sevrage* ;
5° *La diarrhée chronique.*

I

DIARRHÉE DES ENFANTS NOURRIS EXCLUSIVEMENT AU SEIN. — Les enfants élevés au sein de leur mère ou d'une nourrice n'ont que très rarement de la diarrhée et cette diarrhée est d'ordinaire peu grave.

La diarrhée peut dépendre de l'abondance du lait, de la fréquence trop grande des tettées, de la qualité du lait (régime défectueux de la nourrice, abus des spiritueux, des aliments indigestes, des choux, menstruation) ; quelquefois le lait de la nourrice, sans qu'on sache pourquoi, ne convient pas à l'enfant et le changement de nourrice s'impose.

Pour traiter cette variété de diarrhée, on en cherchera la cause et on y remédiera de la façon suivante :

Si les tettées sont trop rapprochées, si l'enfant prend trop de lait, s'il a des régurgitations fréquentes, on prescrira

7 ou 8 tettées seulement en vingt-quatre heures, ainsi réparties : 6 dans la journée (toutes les deux heures ou toutes les deux heures et demie), 2 dans la nuit.

Si, malgré la réglementation des tettées, le lait est mal digéré, soit parce qu'il est trop vieux, soit pour une autre cause, on essaiera du moyen suivant : après chaque tettée, on fera prendre à l'enfant, à l'aide d'une petite cuiller, quelques gouttes d'eau de Vichy (Célestins, Hauterive, Saint-Yorre) ou d'eau de Vals (Saint-Jean) ou d'eau de chaux.

L'eau de chaux se prépare de la façon suivante :

On prend de la chaux hydratée qu'on lave pendant vingt-quatre heures avec cinquante fois son poids d'eau. On rejette cette eau et on la remplace par cent fois le poids d'eau distillée; on agite de temps à autre et on conserve dans un flacon bien bouché. On décante et on filtre au moment du besoin. L'eau de chaux retient par litre 1gr285 de chaux caustique. On la prescrit à la dose de 10, 15, 20, 30 grammes par jour, suivant l'âge des enfants. Elle sert à couper le lait ou les différentes potions prescrites dans les diarrhées de la première enfance.

En même temps qu'on essaiera de faciliter la digestion du lait à l'aide d'une eau alcaline, on veillera sur le régime de la nourrice, sur son alimentation, qui ne devra pas être trop azotée, sur ses boissons qui ne seront ni trop alcooliques, ni trop abondantes; la bière légère ou l'eau rougie (2 litres par jour en moyenne) sont les plus usitées. On recommandera l'exercice modéré et quotidien, les sorties et promenades au grand air. Si la nourrice vient à être réglée et si la diarrhée ne dure que le temps des règles, on patientera; si elle ne cède pas, on changera de nourrice.

En somme, pour la diarrhée des enfants nourris au sein, peu ou pas de médicaments, traitement hygiénique.

II

Diarrhée des enfants soumis a l'allaitement artificiel ou mixte, alimentés prématurément etc. — Quand l'enfant reçoit une alimentation autre que le lait de femme, il est exposé continuellement à la diarrhée, à cause de la digestibilité imparfaite de l'aliment qu'il reçoit, de son impureté, de l'impureté des ustensiles qui servent à l'allaitement.

Non seulement il est exposé à l'indigestion, mais encore il court le risque d'être infecté; nous avons alors deux sortes de diarrhées :

1° *Diarrhée simple ou lientérique*;
2° *Diarrhée infectieuse.*

A. *Diarrhée simple; lientérie.* — Un enfant est nourri au biberon, avec du lait de vache, il est tenu proprement, son biberon est passablement nettoyé, le lait est donné pur et bouilli. Cet enfant, tout en ayant les apparences de la santé, a fréquemment la diarrhée; ses selles sont grises, vertes parfois, non homogènes, mêlées de grumeaux de lait non digéré; il a une diarrhée lientérique.

On essaiera de faciliter les digestions en coupant le lait, si l'enfant est trop jeune pour digérer le lait pur; on prendra l'eau bouillie, sucrée avec la saccharose ou mieux la lactose, et on l'ajoutera, dans la proportion d'un tiers ou d'un quart, au lait de l'enfant.

On s'assurera que l'enfant ne prend pas une trop grande quantité de lait, qu'il n'a pas constamment le biberon à la bouche. On règlera les prises de lait comme dans l'allaitement naturel (7 à 8 par jour).

Si le lait ordinaire ne réussit pas, on prescrira le *lait stérilisé* pur ou coupé, ou même le *lait humanisé stérilisé.*

On peut stériliser le lait de vache à domicile, en le portant à une température de 100 degrés au bain-marie, dans de petits flacons contenant la ration, le repas d'un enfant (procédé de Soxhlet). Mais cette stérilisation est imparfaite, elle ne tue pas tous les microbes, et elle ne peut donner au lait de vache employé les qualités qu'il n'a pas. Si ce lait, comme cela arrive souvent, a été écrémé, coupé, fraudé, l'ébullition le rendra stérile sans le rendre bon. Il est préférable d'avoir recours au lait stérilisé du commerce et spécialement au lait de Normandie qui, porté à une haute température (115 ou 120 degrés), est absolument stérile et qui a l'avantage d'être un lait naturel, pur et très riche en beurre et en caséine.

Il semble que la stérilisation du lait le rende plus facile à digérer; le lait de vache ordinaire se coagule en gros fragments dans l'estomac des nourrissons et n'est attaqué qu'avec difficulté par le suc gastrique; le lait stérilisé, au contraire, se précipite en grumeaux plus fins et se rapproche ainsi du lait de femme.

Le *lait humanisé stérilisé* est également un lait de vache, mais un lait *décaséiné* et se rapprochant alors, par sa composition, du lait de femme. La caséine est enlevée par les moyens ordinaires de la fabrication des fromages; on stérilise à 118 degrés, au moyen de l'étuve à vapeur sous-pression (Vigier).

Chez les enfants très jeunes (deux à trois premiers mois), le lait d'ânesse est parfois mieux toléré que le lait de vache et sert à prévenir ou à guérir la diarrhée.

Comme médicaments, on donnera l'eau de chaux ou de Vichy mêlée au lait dans la proportion de trois à cinq cuillerées à café par jour.

Si la diarrhée devenait un peu trop abondante, on prescrirait le sirop de saccharate de chaux, qui contient une partie d'eau de chaux pour deux de sucre; deux ou trois cuillerées à café dans le lait.

On pourrait également donner le sous-nitrate de bismuth à la dose de 1 gramme, par prises de 10 à 15 centigrammes dans une cuillerée à café de lait, la craie préparée aux mêmes doses.

Si la diarrhée ne cédait pas, si elle devenait verte et fétide, on agirait comme je vais dire :

B. *Diarrhée verte; diarrhée infectieuse.* — Les jeunes enfants mal nourris sont très exposés à la diarrhée infectieuse, qui leur fait courir de réels dangers. Les selles deviennent vertes, fétides, très fréquentes; un élément infectieux s'est ajouté à l'élément dyspeptique.

L'hygiène ne suffit plus, une véritable thérapeutique s'impose.

Dans la diarrhée verte, on a trouvé un microbe (Damaschino, Clado, Lesage) allongé, qui se cultive, sécrète une matière colorante et reproduit la maladie chez les animaux auxquels on le fait ingérer.

Il ne faut pas confondre cette diarrhée verte bacillaire avec la *diarrhée verte bilieuse* qu'on observe assez souvent, même chez les enfants nourris au sein, et qui n'a pas de gravité.

Quand l'enfant est atteint de diarrhée verte, deux indications principales se présentent : *changer l'alimentation, agir directement sur la diarrhée.*

Tout le monde est d'accord pour mettre les enfants à une

diète relative, sinon absolue. Quelques-uns vont même jusqu'à la diète absolue et ne donnent que de l'eau stérilisée (diète hydrique de Luton). M. Rémy (de Nancy) donne l'eau de Soultzmatt; on pourrait donner l'eau de Giesshübler, de Condillac, etc.

On se borne généralement à couper le lait d'eau de riz, d'eau de chaux; on donne l'eau albumineuse, qui se prépare ainsi :

Blancs d'œuf	n° 2.
Eau distillée de fleurs d'oranger.	5 grammes.
Eau distillée	500 —

Délayez les blancs d'œuf dans l'eau, passez à travers un linge fin et ajoutez l'eau de fleurs d'oranger.

On peut encore donner la décoction blanche de Sydenham, dont voici la formule :

Phosphate tricalcique. . .	10 grammes.
Mie de pain.	20 —
Gomme arabique en poudre.	10 —
Sucre blanc.	60 —
Eau de fleurs d'oranger. .	10 —
Eau	1000 —

On triture toutes les substances, de façon à obtenir une poudre composée; on fait bouillir pendant un quart d'heure dans 1100 grammes d'eau environ, on passe et on ajoute l'eau de fleurs d'oranger.

L'enfant épuisé et mis à sec par les pertes qu'il subit accuse une soif très vive, qu'il faut satisfaire dans une bonne mesure.

On peut conseiller, à un adulte atteint de diarrhée, de boire le moins possible et de résister à la soif. Il y aurait danger à priver de boissons le jeune enfant atteint de diarrhée.

Tout ce qu'on doit faire, c'est de lui donner des liquides purs et stérilisés : lait stérilisé, eau stérilisée, etc. Les vases, biberons, cuillers, tasses, seront lavés à l'eau bouillie.

M. Hayem conseille, à titre de remède curatif et quasi spécifique, l'acide lactique, qu'on peut formuler ainsi :

Acide lactique.	2 grammes.
Sirop de framboises.	30 —
Eau distillée.	100 —

Cette potion se donnera par cuillerées à café dans les vingt-quatre heures, pour les enfants de trois à douze mois.

Si ce traitement échoue, on aura recours aux suivants :

Acide chlorhydrique . .	25 centigrammes.
Sirop de guimauve. . .	30 grammes.
Eau distillée.	100 —

Par cuillerées à café de deux en deux heures.

Salicylate de bismuth. . . .	2 grammes.
Eau de chaux.	60 —
Sirop de grande consoude. .	40 —

Par cuillerées à café d'heure en heure.

Extrait de ratanhia.	1 gramme.
Élixir parégorique	x gouttes.
Eau de riz.	40 grammes.
Sirop de coings	30 —

Par cuillerées à café d'heure en heure.

Extrait de bois de campêche.	4 grammes.
Teinture de cachou.	8 —
Sirop simple.	10 —
Eau de fenouil.	35 —

Une cuillerée à café trois fois par jour (West).

Sous-nitrate de bismuth. . .	2 grammes.
Laudanum de Sydenham . .	I goutte.
Cognac	10 grammes.
Sirop de ratanhia.	30 —
Eau bouillie.	30 —

Agiter avant de s'en servir et donner par cuillerées à café de demi-heure en demi-heure.

Eau de menthe.	40 grammes.
Eau de chaux	20 —
Sirop de cachou.	25 —
Laudanum de Sydenham . .	I goutte.

Par cuillerées à café d'heure en heure (Archambault).

Saint-Philippe conseille l'antipyrine :

Antipyrine	50 centigrammes.
Sirop de fleurs d'oranger.	50 grammes.
Eau de tilleul	50 —

Cinq à six cuillerées à café par jour.

On peut donner la résorcine à la même dose.

Si la diarrhée ne cède pas, on essaiera le dermatol (sous-gallate de bismuth) :

Dermatol	25 centigrammes.
Julep gommeux	60 grammes.

Une cuillerée à café toutes les deux heures, ou le salol, le bétol, le benzo-naphtol, et généralement tous les antiseptiques intestinaux usités :

Salol	50 centigrammes.
Sucre en poudre. . . .	5 grammes.

Faire dix paquets, un toutes les heures, dans une cuillerée à café de lait.

On prescrira de même le bétol et le benzo-naphtol; de un à deux ans, on portera la dose quotidienne à 1 gramme.

On donnera aussi le calomel à la dose de 5 centigrammes, répétée deux ou trois fois par jour, suivant l'âge de l'enfant et l'intensité du cas.

Si la diarrhée ne s'arrête pas, on prescrira le lavement suivant :

Eau de chaux	40 grammes.
Eau de riz.	60 —
Laudanum de Sydenham . .	1 goutte.

En cas d'algidité, on fera des frictions stimulantes, on donnera des bains sinapisés, on fera prendre quelques cuillerées à café de grog, de thé au rhum, etc.

Les enfants atteints de diarrhée infectieuse seront isolés des autres enfants; leurs selles seront recueillies dans des bassins contenant une solution de sublimé à 1 p. 1000. Les linges souillés seront plongés dans la même solution. On lavera les enfants avec soin, dût-on, pour cela, les plonger dans un bain tiède boriqué, comme le veut M. Ollivier (de Juvigny). Ce médecin recommande de changer l'enfant de

chambre, de linge, de lit même; on ne saurait être trop propre.

De la diarrhée infectieuse à la diarrhée cholériforme, il n'y a qu'un pas, souvent franchi dans la saison chaude, dans les villes où les enfants élevés artificiellement n'ont qu'un lait suspect, altéré par les fermentations naturelles et les mélanges frauduleux.

La description du choléra infantile vient donc tout naturellement après celle de la diarrhée verte.

III

Diarrhée cholériforme. — Sous le nom de diarrhée cholériforme, d'entérite cholériforme, de *choléra infantile*, on désigne une variété de diarrhée infectieuse extrêmement grave, observée surtout pendant les chaleurs de l'été, chez les enfants jeunes (moins de deux ans le plus souvent), qui sont mal nourris ou tout au moins qui sont privés totalement ou partiellement du sein. L'agent infectieux de cette diarrhée, qui rappelle le choléra, serait, pour les uns, un microbe spécial (Lesage) sécrétant une toxine analogue à celle du bacille virgule et, pour les autres, le *bacterium coli commune* devenu virulent.

On reconnaît le choléra infantile à la profusion des selles et des vomissements, à la prostration, à l'amaigrissement rapide, à l'algidité qui en résultent. L'enfant a le nez effilé, les traits tirés, ses yeux s'excavent, son cri s'éteint, et il ne tarde pas à succomber.

On a, en un mot, le tableau du *choléra*.

L'absence d'épidémie cholérique permet seule d'éliminer le choléra asiatique. Il en est du choléra infantile comme du choléra nostras de l'adulte : *ressemblance parfaite avec le choléra indien*.

Le traitement sera prompt et énergique.

On commencera par instituer la diète hydrique ou lactée mitigée : eau distillée pure ou bien lait stérilisé coupé d'eau de riz, décoction blanche de Sydenham ; eau albumineuse, bouillon de poulet dégraissé; le tout glacé pour combattre les vomissements ; si ceux-ci persistent, on donne la potion de Rivière.

On pourra additionner chaque gorgée de liquide de quelques gouttes de cognac ou de rhum.

On prescrira par exemple comme unique boisson :

Décoction blanche de Sydenham.	500	grammes.
Sirop de coings.	50	—
Cognac ou rhum	20	—

Donner par cuillerées, suivant les besoins et les cris de l'enfant.

Cependant MM. Rilliet et Barthez veulent qu'on donne le moins de boissons possible.

On se trouvera bien d'ajouter I ou II gouttes de laudanum ou 2 à 4 grammes de sirop diacode ; par exemple :

Eau de riz.	500	grammes.
Sirop de ratanhia.	50	—
Sirop diacode	4	—
Cognac	20	—

Ou bien :

Eau albumineuse.	500	grammes.
Sirop de fleurs d'oranger . .	50	—
Laudanum de Sydenham . .	II	gouttes.
Elixir de Garus.	20	grammes.

Si la faiblessse est grande et l'algidité prononcée, on donnera, de temps à autre, une petite cuillerée de champagne frappé ou de malaga, porto, xérès, marsala.

Dans le même but, on prescrira le café ou le thé au rhum.

Pour prévenir ou combattre le collapsus, on peut donner, dans chaque cuillerée à café d'eau sucrée, II gouttes de :

Éther sulfurique.	ââ
Teinture de valériane. . . .	

Ou bien :

Acétate d'ammoniaque . . .	2	grammes.
Eau de chaux	30	—
Eau distillée	50	—
Sirop de coings	30	—

Une cuillerée à café d'heure en heure (Parrot).

Ne pas oublier les inhalations d'oxygène, en cas d'algidité et de collapsus.

On donnera le bismuth *largâ manu*, soit dans du lait, soit dans une potion :

Sous-nitrate de bismuth. . .	4	grammes.
Julep gommeux	60	—
Élixir parégorique	X	gouttes.

Agiter avant de s'en servir ; une cuillerée à café d'heure en heure.

Le nitrate d'argent a réussi à MM. Rilliet et Barthez :

Nitrate d'argent. . . .	3	centigrammes.
Eau distillée.	60	grammes.

Par cuillerées à café d'heure en heure.

Parfois toutes les boissons sont rejetées avec les vomissements et alors il faut agir par les lavements ; on prescrira :

Eau amidonnée	50	grammes.
Laudanum . . . . I ou	II	gouttes.

Pour un lavement.

Les lavements d'ipéca (5 grammes en décoction dans 100 grammes d'eau) sont parfois très efficaces. De même, les lavements au nitrate d'argent (5 centigrammes pour 100 d'eau).

En donnant 1 centigramme de calomel deux à six fois par jour, MM. Rilliet et Barthez disent avoir arrêté parfois les vomissements et la diarrhée.

Dans quelques cas, le *lavage de l'estomac* mettra un terme à la diarrhée comme aux vomissements et sauvera une situation désespérée. On prend une sonde en caoutchouc rouge n° 12 ou 14 (sonde de Nélaton) ; on adapte un petit entonnoir en verre au pavillon de la sonde ; on fait le cathétérisme de l'œsophage et on arrive aisément dans l'estomac; on lave avec eau bouillie, eau boriquée, eau de Vichy, etc.

On peut faire concurremment de grands lavages de l'intestin avec les mêmes liquides, ou l'eau salée à 1 p. 200 (Baginsky).

Si l'algidité persiste, on applique des cataplasmes sinapisés sur le ventre, sur les cuisses, les mollets, on frictionne le corps avec des flanelles chaudes, on donne des bains chauds (38 degrés) sinapisés, on fait des injections sous-cutanées d'éther (demi-seringue de Pravaz) ou de caféine.

M. J. Simon a conseillé les bains de vin chaud matin et soir.

Les inhalations d'oxygène répondent aux mêmes indications : ranimer, stimuler le malade par tous les moyens. On appliquera des bouteilles d'eau chaude près des jambes et des pieds ; au besoin on mettra l'enfant dans la couveuse de Tarnier.

M. Ewant Arslan a obtenu quelques succès en électrisant la paroi abdominale avec des courants faradiques forts (les deux réophores sur le ventre, déplacements fréquents); trois ou quatre applications peuvent suffire.

Pour remédier à la déshydratation des tissus, il est indiqué de faire des injections sous-cutanées de sérum artificiel; on peut se servir de la formule de M. Hayem :

Eau stérilisée.	1000	grammes.
Sulfate de soude.	10	—
Chlorure de sodium.	5	—

On peut injecter sous la peau des cuisses ou du ventre, à l'aide d'un irrigateur ou d'un réservoir à deux tubulures muni d'un caoutchouc et d'une aiguille creuse, 100, 150, 200 grammes de ce liquide à 38 ou 40 degrés.

A défaut de cet appareil, on pourrait, à l'exemple de M. Hénoch, faire les injections avec une seringue de Pravaz ; mais on serait dans la nécessité de multiplier les piqûres.

M. le docteur Bongers donne la naphtaline en potion :

Naphtaline très pure.	20 à 30 centigrammes.
Sirop de gomme	} *ãã* 40 grammes.
Eau de camomille.	}

Une cuillerée à café de deux en deux heures ; agiter le flacon avant de s'en servir.

On peut essayer la résorcine :

Eau distillée	60	grammes.
Sirop de coings.	40	—
Résorcine.	20	centigrammes.

Par cuillerées à café d'heure en heure.

M. le docteur Cayla (de Bordeaux) dit s'être bien trouvé du traitement suivant : lait coupé d'eau de chaux, lavements amidonnés, eau albumineuse, comme alimentation ; comme potion, on donne alternativement d'heure en heure une cuillerée à café de :

1°	Teinture de noix vomique. . .	III	gouttes.
	Sirop de ratanhia	15	grammes.
	Sirop de coings	15	—
	Eau distillée	40	—
2°	Bromure de potassium. .	50	centigrammes.
	Sirop de belladone. . . .	15	grammes.
	Sirop de menthe.	15	—
	Eau distillée.	40	—

On peut essayer, dans les cas rebelles, la cotoïne, à la dose de 10 à 20 centigrammes en suspension dans un julep :

Cotoïne.	20	centigrammes.
Julep gommeux. . . .	50	grammes.

Une cuillerée à café d'heure en heure.

On devra isoler les enfants atteints de diarrhée cholériforme, désinfecter leurs selles, leurs vêtements, leurs linges de corps, la literie, etc.

On protégera ainsi, par l'antisepsie et l'isolement, les enfants sains de l'entourage.

IV

Diarrhée du sevrage. — Beaucoup d'enfants, à l'occasion du sevrage, sont atteints de diarrhée plus ou moins rebelle, pouvant aller parfois jusqu'au choléra infantile. C'est surtout quand le sevrage est brutal, ou prématuré, quand il est fait pendant la saison chaude, que l'enfant est exposé à la diarrhée.

Il est donc indiqué, pour éviter ou atténuer la diarrhée du sevrage, d'attendre, quand on le peut, que l'enfant ait dépassé l'âge de douze à quinze mois ; de procéder avec méthode, de préparer le sevrage pendant des semaines et des mois, en diminuant le nombre des tettées et en remplaçant les tettées absentes par du lait stérilisé, par des potages faits avec le pain grillé, la biscotte, le tapioca, le sagou, les semoules de blé ou de riz, par les bouillies de farine séchée au four, de racahout, d'arrow-root, par les œufs à la coque, le lait de poule, les crèmes, etc., etc. On n'a que l'embarras du choix. Ce qu'il faut éviter, quand on commence à substituer l'alimentation solide ou semi-liquide aux tettées, c'est la surcharge de l'estomac.

On se souviendra qu'il n'y a pas de meilleure boisson que le lait pour l'enfant sevré comme pour le nourrisson, et on remettra à plus tard l'usage du vin, du cidre ou autres boissons fermentées ; on n'abusera pas des féculents, des viandes, des légumes. Enfin, s'il fait très chaud, on ajournera l'époque du sevrage.

En prenant ces précautions, on préviendra la diarrhée ; si l'on n'a pu l'éviter, on la traitera par les mêmes moyens que si elle était survenue en dehors du sevrage. Le sevrage implique une certaine prophylaxie, la diarrhée du sevrage n'a pas une thérapeutique spéciale.

Parfois le seul remède à la diarrhée du sevrage sera le retour à l'allaitement naturel.

V

Diarrhée chronique. — La diarrhée chronique peut être chronique d'emblée ou succéder aux formes précédentes ; comme ces dernières, elle dérive d'une mauvaise alimentation. L'usage du biberon, du lait de vache, d'aliments trop grossiers, le sevrage prématuré, sont les causes habituelles de la diarrhée chronique. Le rachitisme l'accompagne ou lui succède fréquemment, la tuberculose quelquefois.

L'alimentation sera surveillée étroitement ; si le retour au lait féminin n'est pas possible, on donnera le lait stérilisé pur ou coupé, suivant l'âge de l'enfant ; le képhir, ou lait fermenté, réussit quelquefois. Quand l'enfant est en âge de prendre d'autres aliments que le lait, on évitera les aliments indigestes (légumes grossiers, crudités, sauces épicées, charcuterie), les boissons irritantes (vin, bière, cidre). On donnera la préférence aux laitages, crèmes, purées de légumes secs, potages épais aux pâtes, au pain grillé, à la biscotte, au sagou, au tapioca, à la semoule, aux œufs. Enfin, dans quelques cas, on se trouvera très bien de la viande crue hâchée finement, passée au tamis, un peu salée, et sucrée au goût de l'enfant.

On peut en faire des boulettes que l'enfant prendra en se jouant, ou la mêler au bouillon, à une panade de biscottes. On peut encore la mêler à des gelées de fruit (conserve de

Damas), ou à un looch. Pour faire le looch à la viande crue, on pile, dans un mortier de marbre :

Amandes douces mondées . .	15 grammes.
Amandes amères mondées . .	1 gramme.
Viande crue.	50 grammes.
Sucre blanc.	15 —

On obtient ainsi une pâte que l'enfant peut manger, ou bien on la délaye dans 200 grammes d'eau distillée, on exprime dans un linge et on obtient un véritable looch de saveur agréable.

Pour éviter le danger du tænia, on repoussera la viande de bœuf, et on prendra la viande de mouton.

On veillera à la régularité des repas (trois ou quatre par jour); on rationnera les enfants, tant pour les liquides que pour les solides. Ils devront manger lentement et ne pas avaler gloutonnement des morceaux insuffisamment divisés; on ne leur servira pas de fruits crus, on ne leur donnera rien entre les repas.

La diarrhée chronique et surtout les alternatives de diarrhée et de constipation, avec flatulence, tympanisme, douleurs gastro-intestinales, sont fréquentes chez les enfants gros mangeurs ou gros buveurs, chez ceux qui ont été quelque peu rachitiques, chez les descendants d'arthritiques, de goutteux, de diabétiques, d'obèses, etc. C'est pour cette catégorie d'enfants que le régime doit être très sévère, et que les boissons surtout doivent être rationnées.

Si la soif est excessive, on pourra permettre, cependant, quelques gorgées d'eau albumineuse, ou de tisane de riz édulcorée avec le sirop de coings.

Voici une formule de tisane astringente :

Racine de bistorte.	10 grammes.
Eau bouillante pour infuser .	500 —
Sirop de coings.	50 —

A prendre, par demi-tasses, dans la journée, pour un enfant de cinq à six ans.

Le bismuth, comme dans les diarrhées aiguës, jouera encore un grand rôle. L'enfant prendra 2, 3 ou 4 grammes de sous-nitrate ou de salicylate de bismuth par jour, soit dans du lait, soit dans un julep gommeux.

MM. Rilliet et Barthez ont vu des diarrhées qui, après avoir résisté pendant plus de dix mois, cédaient à l'usage exclusif du lait de chèvre ou autre coupé d'eau de chaux.

On a conseillé aussi un café au lait d'un nouveau genre : on torréfie et on moud des glands de chêne, on en fait une infusion destinée à couper le lait.

On insistera sur l'antisepsie intestinale :

Bétol.	20 centigrammes.
Sucre en poudre.	1 gramme.

Pour un paquet; prendre toutes les deux heures un paquet semblable dans une cuillerée de lait.

Benzo-naphtol.	20 centigrammes.
Bicarbonate de soude . .	20 —

Pour un paquet; cinq semblables tous les jours dans du lait, pour un enfant de deux à trois ans. Au-dessus de cet âge, augmentez la dose d'un demi ou 1 gramme.

Salol.	15 centigrammes.
Sucre en poudre	1 gramme.

Pour un paquet; cinq par jour dans du lait.

Chacun de ces antiseptiques pourra être essayé tour à tour, l'on s'arrêtera ou l'on reviendra à celui qui aura donné les meilleurs résultats. On agira aussi sur le gros intestin à l'aide d'irrigations quotidiennes avec l'eau boriquée (1 p. 100), ou l'eau de Vichy.

On peut également essayer le lavement suivant :

Nitrate d'argent	5 centigrammes.
Eau distillée.	100 grammes.

Les lavements à l'extrait de ratanhia (2 grammes), au tanin (demi-gramme), pour 100 à 150 grammes d'eau froide, sont également bons.

On prescrira aussi les lavements de perchlorure de fer :

Eau distillée	100 grammes.
Perchlorure de fer	x gouttes.

Pour un lavement.

Dans quelques cas, le calomel réussit bien à la dose de 5 centigrammes répétés deux ou trois fois un jour.

Archambault prescrivait :

Teinture de rhubarbe	7 grammes.
Sulfate de magnésie	4 —
Eau distillée d'anis.	32 —
Sirop de gomme.	10 —

3 cuillerées à café par jour.

Combemale a donné :

Extrait de kola.	1 gramme.
Sirop de coings	60 grammes.

A prendre par cuillerées à café dans les vingt-quatre heures.

On peut également essayer les lavements de créosote qui arrêtent parfois très bien la diarrhée des phtisiques :

Créosote de hêtre.	1 gramme.
Jaune d'œufs.	n° 1.
Huile d'olive.	20 grammes.
Eau.	100 —

Pour un lavement.

L'opium, sous forme de sirop diacode, laudanum, élixir parégorique, ne sera pas oublié. Au-dessous d'un an, on ne dépassera pas les doses de I à II gouttes de laudanum de Sydenham, X à XX gouttes d'élixir parégorique, 2 à 4 gr. de sirop diacode. Encore faudra-t-il avoir soin de fractionner ces doses en les mêlant à une potion de 60 à 100 grammes, à prendre en sept ou huit fois dans la journée. De un à deux ans, la dose de laudanum pourra être augmentée de I à II gouttes, en surveillant l'effet de très près. Après deux ans, et jusqu'à dix ans, on peut augmenter de une goutte par année.

On insistait beaucoup autrefois sur les évacuants (vomitifs et purgatifs); qu'on donne, au début de la maladie, pour une fois, l'ipéca, le sulfate de soude, l'huile de ricin, je n'y vois pas de grands inconvénients. Mais il ne faudrait pas abuser de ce moyen.

Les alcalins (eau de Vichy, eau de chaux), mêlés au lait, offrent moins de danger.

S'il y a de la lientérie, on donnera la pepsine (25 centigrammes de poudre après chaque repas).

On insistera sur les toniques et les amers.

MM. Rilliet et Barthez se sont bien trouvés de l'extrait de bois de campêche :

Eau de menthe	60 grammes.
Sirop de ratanhia	20 —
Teinture de cachou.	5 —
Gomme.	9 —
Extrait de bois de campêche..	2 —

M. s. a. A prendre par cuillerées à café toutes les heures, et de préférence en commençant les repas.

Les alcalins peuvent être associés aux astringents :

Eau de chaux	40 grammes.
Sirop de cachou.	20 —
Sirop de ratanhia	20 —

A prendre par cuillerées à café toutes les heures.

On donnera le quinquina :

Infusion de café.	100 grammes.
Sirop de gomme	40 —
Extrait mou de quinquina . .	4 —

(Rilliet et Barthez); par cuillerées d'heure en heure.

Infusion de thé.	100 grammes.
Sirop de quinquina	30 —
Teinture de noix vomique . .	v gouttes.

Par cuillerées à soupe de deux en deux heures.

Le fer a été préconisé, sous forme de teinture de mars tartarisée (x à xx gouttes par jour dans un peu de vin ou de sirop de gentiane).

Dans quelques cas très rebelles, l'or a fait merveille; on peut prescrire :

Or finement pulvérisé. .	20 centigrammes.
Miel.	125 grammes.

(Legrand), une cuillerée à café tous les matins. Enfin, M. Debove a introduit, dans la thérapeutique de la diarrhée, la *poudre de talc*, qu'on donnera à la dose de 50 à 100 grammes par jour, délayée dans du lait.

Parfois on a vu des catarrhes intestinaux guérir par la quinine; on ne l'oubliera pas à l'occasion, surtout dans les pays à malaria; M. Moncorvo, au Brésil, s'est bien trouvé de l'association de la quinine au salol. Il prescrit suivant l'âge, dans un julep gommeux, 20 à 50 centigrammes de salol et autant de chlorhydrate de quinine.

Les moyens externes, frictions sèches avec le gant de laine, stimulantes avec l'eau de Cologne, l'alcoolat de lavande, les bains salés et sulfureux, ne sont pas à dédaigner. Le grand air, les promenades, le séjour à la campagne, sont toujours salutaires. Comme station minérale, il faut conseiller *Plombières*, et, chez les enfants arthritiques, *Bourbon-Lancy*.

VI

Résumé du traitement des diarrhées infantiles. — En somme, il y a, en dehors du régime alimentaire qui est capital au double point de vue curatif et prophylactique, deux médicaments éprouvés, l'*opium* et le *bismuth*. On devra toujours commencer par là, avant d'avoir recours aux nouvelles médications.

L'opium se donnera en potion ou en lavement, sous forme de *laudanum de Sydenham*, à la dose de I, II, III, IV, V gouttes au plus, suivant l'âge (six mois, un an, dix-huit mois, deux ans, trois ans), en répartissant l'ingestion de cette dose sur toute la journée (une cuillerée à café d'heure en heure d'une potion de 60 à 80 grammes). Pour un lavement, on restera plutôt en deçà, à cause de l'impossibilité du fractionnement, et on ne dépassera pas I ou II gouttes. L'opium se donne encore sous forme d'*élixir parégorique*, dix fois moins actif que le laudanum, à la dose de x à xx gouttes en vingt-quatre heures. Il se donne enfin sous forme de *sirop diacode*, à la dose de 2, 4, 6 grammes en vingt-quatre heures suivant l'âge.

Si ce traitement échoue, on essaiera l'acide lactique, l'acide chlorhydrique. Si les acides sont en défaut, on aura recours aux alcalins, eau de chaux, eau de Vichy, eau de Vals. Comme boissons, on donnera l'eau albumineuse, l'eau de riz, la décoction blanche de Sydenham, le tout édulcoré avec un peu de sirop de coings et additionné de cognac ou de rhum (10 à 15 grammes).

Dans les cas très graves, on aura recours au lavage de l'estomac, aux bains sinapisés, aux injections sous-cutanées d'éther, de caféine, d'eau salée. Si la diarrhée se prolonge, on insiste sur le régime lacté, sur les astringents, sur les toniques, sur l'antisepsie intestinale et les lavements astringents.

La viande crue ne sera pas oubliée, on l'assaisonnera de sucre en poudre ou de confitures pour la faire accepter. Une bonne hygiène générale, propreté absolue de l'enfant, aération, promenades, changement d'air, séjour à la campagne, une cure à Plombières, complèteront le traitement des formes chroniques et rebelles de la diarrhée infantile.

Les diarrhées chroniques des enfants arthritiques sont parfois très heureusement soignées à Bourbon-Lancy.

CICATRICE DOULOUREUSE DU COU

PERSISTANCE DES DOULEURS PENDANT VINGT-TROIS ANS; DISPARITION PAR UNE COMPRESSION ÉNERGIQUE

Par M. Delorme,
Professeur à l'École du Val-de-Grâce.

Le nommé P... reçut, en 1870-1871, à Saint-Privat, plusieurs coups de feu. L'une des balles traça, sur la partie latérale du cou, un sillon cutané superficiel de 4 centimètres d'étendue, qui laissa une cicatrice chéloïdienne douloureuse. Depuis vingt-trois ans, P... éprouva dans la partie latérale gauche de la tête et dans le moignon de l'épaule, sur le trajet des branches du plexus cervical superficiel, des douleurs aiguës, intermittentes, survenant à des intervalles rapprochés. L'hypertrophie, à certains moments, est extrême : la moindre pression, la moindre traction, exercées sur la cicatrice, rappellent les douleurs. Pendant ces périodes de paroxysmes douloureux, les muscles de l'épaule se contractent: P... devient anxieux, irritable et énervé à l'excès.

Ce blessé subit, sans succès, divers modes de traitement qui ne permirent pas d'atténuer les douleurs : ablation de la cicatrice à la pâte de Vienne en 1872, au bistouri en 1876, au termocautère et au galvanocautère en 1876-1877, compression de la cicatrice par un appareil spécial en 1878, électricité, massage, bains, etc. Je le vis il y a quatre mois et demi, pendant une période de douleurs aiguës. Après avoir employé des injections antiseptiques de solution phéniquée forte sans obtenir de résultats, j'eus l'idée de détruire le tissu nerveux de la cicatrice chéloïdienne par une compression des plus énergiques. Saisissant cette dernière entre le pouce et l'index, je la pressai de toutes mes forces, au risque de déterminer des douleurs presque syncopales. Après deux

séances espacées de quatre jours, les douleurs avaient complètement cessé; je pouvais pétrir la cicatrice sans déterminer une sensation même désagréable; la contracture des muscles de l'épaule avait disparu, et progressivement la chéloïde s'affaissa. Depuis quatre mois et demi, ce résultat s'est maintenu, alors que les répits que P... a présentés jusqu'ici n'avaient duré que quelques jours.

Faut-il ajouter que, chez ce blessé, je n'ai relevé aucun symptôme d'hystérie?

SUR UN CAS SINGULIER DE NEURASTHÉNIE VISCÉRALE D'ORIGINE GRIPPALE

Par le docteur Albert Lévy,
Médecin-major de deuxième classe, ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris.

La neurasthénie, ou maladie de Beard, aujourd'hui bien connue par les travaux de M. Charcot et les monographies de M. Bouveret, de M. Levillain et de M. Mathieu, est, comme l'hystérie, plus répandue dans l'armée qu'on ne le suppose d'ordinaire.

Maladie d'officier plutôt que de soldat, elle affecte de la prédilection pour les plus intelligents, les plus travailleurs, les plus ambitieux. Le surmenage intellectuel, les déceptions d'avenir, les chagrins domestiques, sont les causes communes de son développement que favorise, la plupart du temps, une tare névropathique familiale ou acquise.

A côté de cette étiologie banale, on conçoit que des maladies générales, notamment, puissent laisser comme reliquat une dépression fonctionnelle de tout le système nerveux. La grippe semble bien être une de ces maladies susceptibles de donner lieu à une explosion tardive de neurasthénie.

Dans l'épidémie de 1889-1890, l'armée allemande compta 0,53 p. 100 d'affections du système nerveux, quelques-unes apparues un an seulement après les premiers accidents grippaux. C'est la grippe également que nous croyons devoir incriminer dans la présente observation.

Outre cette particularité intéressante par elle-même, les faits que nous relatons présentent un exemple édifiant des difficultés que peuvent offrir, dans la pratique, le diagnostic et le pronostic d'une neurasthénie localisée de l'appareil digestif, chez un malade déjà âgé, sans antécédents spéciaux.

En mai 1892, je fus appelé à donner mes soins à M. le colonel S... (1), en remplacement de M. le médecin-major de première classe Voizard, décédé.

Le colonel, âgé de cinquante-six ans, gardait la chambre depuis le 23 février.

Favorisé d'antécédents héréditaires irréprochables, n'ayant parmi ses antécédents et ses collatéraux ni cancéreux, ni arthritiques, ni névropathes; sec, de tempérament nerveux, de constitution robuste, de caractère énergique, dormant trois, quatre heures par nuit aux manœuvres pour surveiller les avant-postes, ayant toujours été d'une sobriété exemplaire, indemne de toute affection spécifique ou rhumatismale, accusant simplement, en 1882, pendant son séjour en Tunisie, quelques accès insignifiants de fièvre intermittente, le colonel S... avait toujours été bien portant et avait constamment joui d'un excellent appétit jusqu'aux premiers jours de janvier 1892.

A cette époque, il éprouva de la lassitude générale. Il ressentait souvent des frissons, était trempé de sueur au moindre effort, avait parfois de l'enchifrénement du nez, de l'irritation de la gorge et des bronches. Il s'obstina néanmoins à continuer son service; mais la faiblesse s'accentua en janvier et février, l'appétit devint languissant, la face pâlit, l'émaciation se prononça progressivement. Le malade, sur les instances de son médecin, dut renoncer à ses occupations et s'aliter avec des phénomènes d'embarras gastrique fébrile.

1 gr. 50 d'ipéca furent prescrits à ce moment. Ils déterminèrent des vomissements presque incoercibles le jour de leur administration, et dès lors deux ordres de faits dominèrent la scène :

a. Des troubles digestifs;
b. Du dépérissement.

a. La bouche était sèche, la langue pâteuse. Inappétence pour tous les aliments, mais surtout pour les azotés. Il y avait une véritable « horreur pour la viande ». Les aliments laissaient tous au palais la même impression insipide. « Aucun n'avait de goût. » Tantôt, quand ils arrivaient à l'œsophage, ils étaient expulsés brusquement; tantôt ils arrivaient à l'estomac, mais n'y restaient pas : ils étaient brusquement rejetés, plus ou moins digérés, parfois de suite après l'ingestion, parfois une heure, deux, trois heures plus tard.

Ces vomissements alimentaires n'étaient pas les seuls. Il en survenait d'autres, le matin à jeun ou dans la journée en dehors des repas, composés de mucosités glaireuses et filantes. Jamais il n'y eut de vomissements noirs. Pendant les instants de répit existait un état nauséeux, vague, une sorte de « mal de mer ».

Ces symptômes n'étaient pas très douloureux. Ni l'épigastre, ni l'abdomen, ni la région postérieure du tronc n'étaient sensibles. Pas de renvois acides. Pas de ballonnement stomacal ni de tympanisme.

On constatait simultanément de la diarrhée profuse. Les selles se répétaient six, huit fois par jour en moyenne, dépourvues de glaires et de sang, mais non liées. Elles étaient colorées par la bile et contenaient des matières digérées.

b. Le facies était pâle et subictérique, sans avoir cependant de teinte jaune paille. La musculature, comme le tissu adipeux, avait subi partout une régression considérable. La faiblesse était telle que le malade ne pouvait demeurer debout.

Un peu de fièvre existait vers le soir. Le sommeil était court. Le malade se sentait moulu dès qu'il avait pris pendant quelques instants une position fixe. Il s'éveillait souvent, mais il n'avait ni insomnie vraie, ni cauchemars.

Les fonctions intellectuelles étaient intactes; le travail cérébral était aussi facile qu'autrefois.

M. Voizard, après avoir procédé, à plusieurs reprises, à un examen minutieux des divers organes et n'avoir constaté rien d'anormal, avait songé aux suites de grippe.

En présence de la gravité et de la progression des accidents, il dut réserver son diagnostic. Le 17 mars, il observa le malade avec M. le médecin principal Émile Lévy. Du côté de l'estomac, on ne remarqua ni induration, ni dilatation. Nulle part n'existait de douleur soit provoquée, soit spontanée. Le pancréas ne faisait aucune saillie. Le péritoine était souple, sans nodosités. En aucun point ne se percevaient de tuméfactions ganglionnaires. Seul, le foie parut diminuer de volume, d'un cinquième environ. Urines normales. Organes respiratoires et circulatoires sains. Pouls à 120. Température à 39°8.

Le régime alimentaire se composait alors de 1 litre et demi à 2 litres de lait par jour, de 150 grammes de boulettes de viande avalées comme des pilules, et de six œufs gobés crus. Antérieurement, on avait essayé, en pure perte, du bouillon de bœuf concentré et du jus de viande : il y avait eu pour eux une répulsion invincible.

Le mode d'alimentation exposé ci-dessus était le seul qui fût à peu près toléré; il fut maintenu par la force des choses. On y ajouta de la pepsine, du salol et l'on conseilla des lotions froides auxquelles renonça le colonel dès une première tentative, suivie d'éréthysme nerveux.

(1) Observation revue par le malade, qui en a autorisé la publication.

Le traitement n'améliora pas la situation. La cachexie continua et les vomissements, ainsi que la diarrhée, persistèrent avec les mêmes caractères. Pour y remédier, on eut recours, en avril, à des lavages alcalins de l'estomac au moyen du tube de Faucher. Aucun soulagement n'en résulta. Au cours de ces lavages, la rapidité de la digestibilité frappa les observateurs : deux heures à peine après les repas, le lavage ne ramenait ni chyme, ni aliments. Le liquide sortait entièrement clair. Ce procédé, en raison de son inefficacité, fut bientôt abandonné. Les troubles gastro-intestinaux ne s'amendèrent pas, et la dénutrition s'accrut encore.

Un diagnostic et un pronostic des plus graves s'imposèrent alors à l'esprit des divers médecins appelés près du colonel.

S'agissait-il d'un de ces cancers latents de l'estomac qu'a décrits M. Chesnel (1)? de quelque néoplasme du pancréas? d'une de ces cirrhoses atrophiques d'emblée signalées par MM. Hanot (2) et Lecorché (3), où « la sclérose peut arriver à la période la plus atrophique sans produire la moindre ascite »? où il n'y a, comme le dit M. Rendu (4), « qu'un symptôme constant : la cachexie progressive »? Le champ était ouvert à toutes les hypothèses. La dernière, basée sur la diminution de volume du foie, les troubles digestifs, l'émaciation, paraissait la plus pausible. C'est sur ces entrefaites que je vis le colonel S... (1er mai 1892).

L'amaigrissement avait pris des proportions effrayantes. Le malade avait perdu en poids, depuis janvier, 27 kilogrammes (45 kilogr. au lieu de 72). Il n'y avait pas de fièvre hectique, mais de l'œdème existait aux membres inférieurs. Depuis quelques jours, les vomissements s'étaient arrêtés et les selles quotidiennes, toujours liquides, avaient diminué de fréquence (deux, trois seulement en vingt-quatre heures). Néanmoins, l'insipidité, le dégoût pour la viande, persistaient comme au début.

Un examen méthodique me permit de reconnaître l'intégrité du cœur et des poumons et d'éliminer tout néoplasme du larynx, de l'œsophage, de l'intestin, du péritoine et des ganglions mésentériques, idée dont éloignaient du reste, *à priori*, le facies du malade, terreux mais non jaune paille, et l'excellence de ses antécédents héréditaires.

Du côté de l'appareil urinaire, il n'y avait rien d'appréciable. Les urines contenaient un peu de phosphates en excès, mais rien d'anormal.

Du côté de l'estomac, une affection organique n'était pas démontrable, en dépit de l'âge du malade, de ses troubles digestifs et de sa répulsion pour certains aliments en particulier.

Le foie était petit. Verticalement, la matité ne dépassait pas quatre travers de doigt. Transversalement, elle n'atteignait pas l'axe central. En insinuant les doigts sous les côtes, on sentait le bord inférieur du foie tranchant, mais ni mousse, ni irrégulier.

Cette diminution de volume nous parut se rattacher à une disposition constitutionnelle. La rate était, en effet, elle-même d'un volume au-dessous de la normale; il n'y avait ni circulation complémentaire, ni ascite. Le foie avait jusqu'alors été respecté. De plus, l'alcoolisme, la syphilis, la tuberculose faisaient absolument défaut dans l'espèce; et l'urée, ce critérium sérieux de l'état hépatique, possédait son chiffre normal, en même temps que le sucre et les pigments biliaires étaient nuls dans les urines. Il y avait là des raisons suffisantes pour ne pas admettre le diagnostic de cirrhose.

Le pancréas, du moins, ne devait-il pas être mis en cause? Certes, la désassimilation générale était assez favorable à cette conception. Mais l'absence de polyurie et l'examen des urines ne permettaient pas de conclure à du diabète, soit sucré, soit insipide. D'autre part, le palper abdominal, extrêmement aisé, était tout à fait négatif; il n'y avait aucune douleur au niveau du pancréas, ni aucun de ces retentissements douloureux si fréquents dans les lésions pancréatiques, qui obligent le malade à se tenir penché en avant. Il n'y avait enfin ni ptyalisme, ni selles graisseuses.

Je m'assurai de ce dernier fait en faisant un jour absorber au malade un repas entièrement graisseux (beurre, jus de rôti, etc.). Chose singulière, ce repas indigeste fut parfaitement digéré.

Ce caprice digestif, rapproché des constatations négatives de toute altération organique, me fit, en dernier ressort, suspecter le système nerveux.

Je recherchai, sans les trouver, les stigmates de l'hystérie. Par contre, je fus frappé de plusieurs phénomènes :

1° Une *irritabilité* exceptionnelle existait chez le malade;

2° Il y avait de l'*anesthésie gustative*. « Je ne sens plus rien, disait le colonel, en montrant la langue et le voile du palais. Tous les aliments, toutes les boissons, ont pour moi le même goût fade. »

Cette anesthésie sensorielle ne s'accompagne pas d'anesthésie véritable. La sensibilité à la pression, à la douleur, à la température demeurait. Le réflexe pharyngien n'était pas aboli.

3° Il y avait de l'*œsophagisme*. « La nourriture s'arrête là, déclarait le malade en nous désignant le tiers supérieur de l'œsophage. Le gosier se ferme brusquement. Ce point franchi, tout passe. »

Le spasme avait apparu à la fin de février; il avait atteint du premier coup toute son intensité. Constant pour les solides, il ne l'était pas pour les liquides; il était rappelé par la seule vue de la viande; il ne s'accompagnait ni de douleur à la pression, ni de sensation pénible lors du passage des aliments chauds, ni de répercussion douloureuse spontanée soit à l'épigastre, soit entre les épaules. Jamais les aliments régurgités n'avaient été teintés de sang. Ces renseignements, joints aux antécédents, montraient bien qu'il s'agissait d'un *spasme essentiel*.

A part les trois faits que je viens de signaler, le sommeil court, un peu agité dont il a été parlé, et l'amyosthénie, je ne constatai aucun autre symptôme neurasthénique.

Me basant toutefois sur les quelques phénomènss neuropathiques que j'avais observés, je prescrivis le 9 mai : alimentation *ad libitum*, enveloppement quotidien dans un linge mouillé suivi de frictions énergiques avec brosses de crin; sorties en voiture; élixir de pancréatine, me réservant, après quelques jours d'observation, de recourir comme adjuvants aux excitants du système nerveux et, à leur défaut seulement, aux dépresseurs.

Le 10 mai, en consultation avec mon maître, le docteur Lancereaux, et le médecin-chef de la place, je posai le diagnostic de : « Nervosisme; troubles fonctionnels des divers organes digestifs, sans lésion organique. »

Sans nier la possibilité de cette manière de voir, les médecins consultants estimèrent qu'il convenait de faire des réserves expresses sur le diagnostic et le pronostic, et qu'il était indiqué de maintenir pour l'instant le malade au régime lacté absolu, en faisant d'ailleurs fonctionner la peau.

Ce traitement n'eut pas lieu d'être appliqué. Brusquement, le soir même de la consultation, sans qu'il y ait eu de suggestion psychique, le colonel, en sentant l'odeur d'un de ses anciens mets favoris (bœuf en daube) qu'on préparait à la cuisine, fut pris de faim. Il mangea avec volupté; ne pouvant se rassasier, il exigea comme supplément de la salade, des biscuits, et but deux verres de bordeaux. « Le goût était revenu », et l'appétit, dès lors, se manifesta impérieux. Comme par un changement à vue, les aliments les plus grossiers, les moins digestibles (sardines, harengs, lard frit, etc.) et les boissons les plus variées (vins, bière, liqueurs) furent désirés et parfaitement tolérés. Il n'y eut plus un seul vomissement, alors que, la veille encore, il y avait eu des régurgitations. Toute diarrhée cessa. Les selles furent régulières et moulées. La digestion fut parfaite.

En même temps que le goût s'était réveillé, le colonel avait retrouvé instantanément son ancienne passion pour le tabac, qu'il avait entièrement perdue depuis janvier.

Le 12 mai, le malade, malgré sa faiblesse générale, se fit hisser

(1) Chesnel. Th. de Paris, 1877.
(2) Hanot. *Arch. de méd.*, 1886.
(3) Lecorché. *Études médicales*, Paris 1881.
(4) Rendu. *Semaine méd.*, 1892.

à cheval; il y resta quatre heures et commanda l'école de régiment. Les jours suivants, malgré mes sollicitations, il augmenta sa dépense physique et reprit son service, capable, suivant son expression, de « digérer des cailloux ».

Le colonel a fait, depuis cette résurrection sans thérapeutique, toutes les manœuvres de son régiment. Progressivement, il a recouvré le poids et l'embonpoint qu'il avait avant sa maladie; son teint subictérique s'est dissipé. Il est aujourd'hui (avril 1893) plus vigoureux que jamais.

Cette restauration complète de la santé depuis dix mois porte en soi son enseignement. Elle justifie, croyons-nous, le diagnostic de : « Neurasthénie ocalisée à l'appareil digestif avec la grippe pour facteur initial et originel. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 juin 1893. — Présidence de M. Périer.

COMMUNICATIONS

De l'électrolyse dans les rétrécissements de l'urèthre. — M. **Reynier**, à propos du rapport lu dans la dernière séance par M. Tuffier sur un travail de M. Desnos, fait connaître les résultats de sa pratique relativement à l'électrolyse dans le traitement des rétrécissements uréthraux. Il a eu recours huit fois à ce procédé ; quatre fois il a pu franchir le rétrécissement et les résultats ont été satisfaisants. Dans les quatre autres faits, il n'a pu franchir le rétrécissement et il a eu des accidents de fièvre uréthrale.

M. Reynier insiste sur les avantages du salol à l'intérieur, au point de vue de l'asepsie des voies urinaires.

Des observations qu'il a pu faire, relativement à l'emploi de l'électrolyse, M. Reynier conclut en disant qu'il ne voit pas que cette méthode présente des avantages sur les autres méthodes de traitement du rétrécissement de l'urèthre.

M. **Tuffier** revient sur trois points que soulève l'argumentation de M. Reynier : 1° Il importe avant tout de bien distinguer les simples spasmes des vrais rétrécissements de l'urèthre, cette distinction ayant une grande importance au point de vue des effets de telle ou telle méthode thérapeutique ; 2° pour M. Tuffier, le salol n'assure pas l'asepsie des voies urinaires, comme semble le croire M. Reynier; enfin les observations de M. Reynier ne sont pas assez anciennes pour qu'elles puissent être bien probantes au point de vue de l'efficacité de l'électrolyse.

M. Tuffier ajoute que l'intervention doit varier avec les espèces très différentes des rétrécissements. Il y a des cas où la dilatation, aussi bien que l'uréthrotomie elle-même, échoue et où il faut alors recourir à l'uréthrectomie. Il cite un cas de ce genre où il dut recourir à l'uréthrectomie ; il y eut, dans ce cas, une récidive du rétrécissement dans un point autre que celui où avait porté la première opération.

En somme, on peut voir se produire des récidives après toutes les méthodes, aussi bien après l'électrolyse qu'après la dilatation ou l'uréthrotomie.

M. **Reynier** maintient que, selon lui, le salol présente une action antiseptique réelle sur les voies urinaires.

M. **Tuffier** n'a pas encore vu un seul cas dans lequel la puissance bactéricide du salol ait pu être démontrée.

Ostéomyélite. — M. **Berger** communique l'observation d'un cas d'ostéomyélite qui ne rentre dans aucune des catégories classiques. Il s'agit d'une jeune fille de seize ans qui a été atteinte d'une ostéomyélite chronique d'emblée ayant abouti à une nécrose totale de l'os et nécessité la désarticulation du membre. Cette jeune fille ne présentait rien de particulier dans ses antécédents. En septembre 1892, elle ressentit des douleurs dans l'humérus gauche, douleurs plus accentuées le jour que la nuit. En janvier, apparut un certain degré de gonflement du bras. Les douleurs et le gonflement allant en augmentant, elle vient, en mars, consulter M. Berger. Elle n'avait pas de fièvre et n'en avait jamais eu. La température était normale. L'humérus gauche présentait un gonflement manifeste; le bras avait un aspect fusiforme ; on sentait une fluctuation obscure et profonde. M. Berger se demanda si, en raison de l'apyrexie, il ne s'agissait pas d'une affection sarcomateuse. Néanmoins, comme le siège de l'affection était surtout diaphysaire, il conclut à une ostéo-périostite. Il fit une incision assez longue, arriva sur la gaine périostique qui était épaissie, l'ouvrit et donna issue à une grande quantité de pus. Ce pus n'a pas été examiné, car il n'y a pas de laboratoire à Lariboisière, ce que déplore, en passant, M. Berger.

Il reconnut que l'humérus était dénudé sur toute sa circonférence. Il fit plusieurs perforations osseuses, ne trouva pas de pus dans le canal médullaire, mais il constata une coloration noirâtre de la moelle osseuse, ce qui lui fit augurer que l'os était nécrosé en totalité.

Quelques jours après cette intervention, se produisit une fracture spontanée au niveau de l'endroit dénudé. On dut appliquer plusieurs appareils plâtrés, tout en continuant à faire la désinfection du foyer purulent, M. Berger hésitant encore à faire une résection totale de la diaphyse. Le gonflement alla toujours en augmentant et la fièvre s'alluma et devint extrêmement intense; la température atteignit jusqu'à 40°5 ; il se fit des hémorragies par la plaie.

Le 12 mai, M. Berger fit une nouvelle incision, s'assura que l'os était réduit en fragments et totalement nécrosé; il y avait une hémorragie considérable qui nécessita la compression de l'axillaire ; M. Berger se décida alors à pratiquer la désarticulation immédiate de l'épaule. Il fit la réunion avec drainage, retira le tube le cinquième jour et la malade était complètement guérie dix jours après.

Ce cas, fait remarquer M. Berger, ne peut rentrer dans aucune des variétés d'ostéomyélites décrites. La nécrose totale de l'os s'est faite sans fièvre. M. Berger ne connaît pas d'exemples d'ostéomyélite chronique d'emblée ayant ainsi amené la nécrose totale de la diaphyse de l'os.

Au point de vue du procédé opératoire, M. Berger a eu soin préalablement d'appliquer un pansement antiseptique recouvrant complètement le foyer de suppuration, de telle sorte qu'il n'eut qu'à agir sur des parties saines.

PRÉSENTATION

Tumeur congénitale de l'avant-bras. — M. **Richelot** présente un enfant d'un mois qui porte sur l'avant-bras une volumineuse tumeur congénitale de consistance fibreuse.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 13 juin 1893, ont reçu les affectations ci-après :

M. le médecin-major de deuxième classe Hublé est désigné pour la direction du service de santé au 11e corps d'armée et les salles militaires de l'hospice mixte de Nantes.

MM. les médecins aides-majors de première classe Renard, pour le 156e d'infanterie; Pichon, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; Franquet, pour le 4e tirailleurs algériens.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Beauxis-Lagrave, pour le 7e dragons.

— Par arrêtés ministériels, en date du 10 juin 1893, deux concours s'ouvriront le 18 décembre 1893 :

1° Devant la Faculté de médecine de Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, près l'École de médecine de Grenoble;

2° Devant l'École de médecine de Grenoble, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques.

— M. le docteur Maurice Nicolle, ancien interne des hôpitaux, est nommé préparateur de microbie technique au laboratoire de chimie physiologique de l'École des Hautes-Études.

— M. Frédéric Chevalier a légué à l'Académie un titre de rente 3 p. 100 destiné à créer un prix biennal de 6 000 francs à décerner à l'auteur français du meilleur travail sur la phtisie et son traitement.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Badin (de Vienne), Biéchy (de Vesoul), Fleurot (de Val-d'Ajol), Gard (de Toulouse), Perrot (de Saint-Amour) et Rident (d'Elbeuf).

— M. le docteur A.-J. Martin donnera sa prochaine conférence pratique du cours d'hygiène sociale, le dimanche 18 juin 1893, à l'Hôtel de Ville (chauffage, ventilation, etc.), à neuf heures et demie très précises du matin.

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

10

ANÉMIE, CHLOROSE, ÉPUISEMENT

Affaiblissement général

HÉMOGLOBINE SOLUBLE

de V. DESCHIENS

PRINCIPE FERRUGINEUX NATUREL, RÉPARATEUR DES GLOBULES DU SANG

SIROP, VIN, DRAGÉES préparées par Adrian et Cie 9 et 11, rue de la Perle, Paris

22

COLIQUES HÉPATIQUES
COLIQUES NÉPHRÉTIQUES
COLIQUES UTÉRINES

CAPSULES BRUEL

D'ÉTHER AMYL VALÉRIANIQUE

Spécifique des maladies nerveuses en général. Le plus puissant et le plus inoffensif des calmants et antispasmodiques.

32

TUBERCULOSE PULMONAIRE

PLEURÉSIE D'ORIGINE TUBERCULEUSE

Bronchites aiguës et chroniques
Dilatation des bronches, Bronchorrhée

GAIACOL IODOFORMÉ SÉRAFON

& GAIACOL-EUCALYPTOL IODOFORMÉ SÉRAFON

en CAPSULES pour l'usage interne.
en SOLUTIONS pour injections hypodermiques.

Préparation et vente en gros : Mon Adrian et Cie, Paris.

95

ALIMENTATION DES MALADES

et des convalescents par les

POUDRE de BIFTECK

ET

POUDRE DE VIANDE ADRIAN

les seules bien digérées et supportées longtemps par les malades.

60

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : 5, rue **Bourg-l'Abbé, Paris.**

55

ÉMULSION SCOTT

Ses avantages sur l'huile de foie de morue simple.

L'huile de foie de morue est, de tous les agents médicaux, celui qui joue le plus grand rôle dans le traitement de la *scrofule*, le *rachitisme*, la *phtisie*, et en général de toutes les maladies débilitantes. Malheureusement, ses inconvénients sans nombre la rendent plus nuisible qu'utile. **l'Emulsion Scott,** à l'huile de foie de morue et aux hypophosphites de chaux et soude, les supprime tous et résout le problème de la digestion de l'huile. Elle se prend sans répugnance et même avec gourmandise, n'enlève pas l'appétit, se digère et s'assimile avec la plus grande facilité.

FORMULE PAR 30 GRAMMES

Huile de foie de morue. . .	15g
Hypophosphite de chaux. . .	0g30
— de soude. . .	0g15
Glycérine, gomme, essence. .	14g55

J. Delouche et Cie, pharmacien de première classe, 2, place Vendôme, Paris.

92

OREZZA EAU MINERALE FERRUGINEUSE GAZEUSE

CHLORO-ANÉMIE — GASTRALGIES

55

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

12

LIQUIDES ORGANIQUES

d'après les **PROCÉDÉS** de

BROWN-SÉQUARD



ADMIS DANS LES HOPITAUX

MÉDAILLE D'OR
Marseille 1893

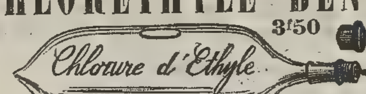
La boîte de 12 ampoules de 3 c. c., **20 fr.** contre mandat accompagné de la carte du médecin traitant.

LABORATOIRE DE PRODUITS PHYSIOLOGIQUES
CHAIX et RÉMY
Rue de l'Orne, 10, Paris.

11

CHLORÉTHYLE BENGUÉ

3f50



Médecins, 2f75

ANESTHÉSIE LOCALE — NÉVRALGIES

Dr Bengué, phien, 34, rue La Bruyère, Paris.

99

POUDRE PURGATIVE DE ROGÉ

Approbation de l'Académie de médecine de Paris

« *Ce médicament, par son goût agréable, est un puissant moyen de vaincre la répugnance d'un grand nombre de malades pour les purgatifs; il n'occasionne ni soif, ni coliques, et, par conséquent, on peut dire de lui qu'il agit sûrement et agréablement.* »

(Extrait du rapport du Profr Soubeiran à l'Académie de médecine.)

« *La* **Poudre de Rogé** *peut, dans presque tous les cas, remplacer les autres purgatifs salins.* » (Profr Bouchardat.)

Avec un flacon de **Poudre de Rogé,** facile à emporter avec soi, on peut préparer partout, au moment du besoin, une limonade agréable contenant 50 grammes de citrate (pur) de magnésie. — La **Poudre de Rogé** se conserve indéfiniment, sans altération. — Pour l'emploi, verser le contenu du flacon dans une demi-bouteille d'eau; laisser en contact pendant quelques heures, ou mieux, du soir au matin; boucher la bouteille si l'on désire une limonade gazeuse.

Fabrication et gros : 19, rue Jacob, Paris, Maison L. Frere, A. Champigny et Cie, successeurs. — *Détail* : 9, rue du Quatre-Septembre, et dans la plupart des Pharmacies.

Nota. — La véritable **Poudre de Rogé** ne se vend qu'en flacons scellés à chaque extrémité d'un cachet imprimé en quatre couleurs.

PRIX DU FLACON : **2** FRANCS.

23

SIROP DE LABÉLONYE

DE DIGITALE **excellent sédatif puissant diurétique.**

SUCCÈS CONSTANT DEPUIS PLUS DE 40 ANS contre MALADIES DU CŒUR
Hydropisies, Bronchites nerveuses, etc.
Dans toutes les pharmacies.

9

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Dépôt : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie Brunschwik.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

99

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE

Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

Prix du flacon : **4** francs.
Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

58

HAMAMELINE-ROYA

Principe actif de l'HAMAMELIS-VIRG :

HÉMORRAGIES, PHLÉBITES, HÉMORROÏDES, VARICES, MÉTRITES, ETC. — *3 cuillerées à soupe par jour.*
Phie Lachartre, 19, rue des Mathurins, Paris.

55

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PAR LE

CARBONATE DE GAÏACOL VIGIER

EN CAPSULES DE 0gr10 CENTIGR.

Dose : *de 2 à 6 capsules par jour.*

Le **CARBONATE DE GAIACOL** jouit des **vertus curatives** du gaïacol sans en avoir les *effets irritants.* Traversant l'**estomac** sans se décomposer, il agit dans l'**intestin.** Ne troublant pas les **fonctions digestives,** il remplace avantageusement le **gaïacol** et la **créosote.**

Phie Vigier, 12, boulev. Bonne-Nouvelle, Paris.

94

„HUNYADI JÁNOS"

La plus **sûre,** la plus efficace et la **plus** agréable des Eaux purgatives naturelles.

APPROUVÉE PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS, PAR LIEBIG, BUNSEN, FRESENIUS, LUDWIG.

„HUNYADI JÁNOS"

Unique d'après les appréciations de nombreuses célébrités en médecine de France et de l'Étranger qui lui attribuent les avantages suivants :

Effet prompt, sûr et doux

Absence de coliques et de malaises. — Sans constipation consécutive. — L'usage prolongé ne fatigue pas l'estomac. — Action durable et régulière. — Ne produit pas l'accoutumance. — Petite dose. — Pas désagréable à prendre.

„HUNYADI JÁNOS"

Autorisé par l'Etat. — Chez les marchands d'eaux minérales et dans les Pharmacies.

Se méfier des contrefaçons.

Prière d'exiger l'étiquette portant le nom :

„Andreas Saxlehner."

23

HAMAMELIS DU Dr LUDLAM

Gouttes concentrées, véritable spécifique des hémorrhoïdes, varices, puissant hémostatique. — Paris, Phie Cabanès, 34, Bd Haussmann. — Ech. sr dem.

22

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.
Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

N° 70. — MARDI 20 JUIN 1893. 66e ANNÉE. MARDI 20 JUIN 1893. — N° 70.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 19 juin 1893.

Dans sa séance du 23 mars dernier, le Conseil municipal de Paris a adopté les deux propositions suivantes de M. Lyon-Alemand.

Le Conseil,

1° Invite l'Administration à prendre des mesures énergiques pour empêcher que des gens aisés et même riches se fassent opérer gratuitement dans nos hôpitaux;

L'invite spécialement à rendre beaucoup plus sévères les enquêtes sur la situation des personnes dont le domicile permanent, à Paris, n'est pas établi;

2° L'Administration est invitée à étudier l'application d'un prix de journée spécial pour les malades aisés.

M. le directeur de l'Assistance publique reconnaît qu'un malade opéré dans un service de chirurgie coûte à l'administration bien plus cher que le prix de 3 fr. 50 qui est réclamé, pour chaque journée, aux malades payants; et, comme remède, il propose qu'on établisse dans les hôpitaux des prix de journée différents pour la médecine et la chirurgie. Mais, dit-il, « il faut préparer les éléments qui manquent encore actuellement pour établir ces résultats. »

Dans un entrefilet qui terminait son numéro du 3 juin dernier, la *Gazette hebdomadaire*, parlant des installations un peu coûteuses des nouveaux amphithéâtres d'opération, s'exprimait ainsi :

« Mais ces installations si utiles coûtent cher et peut-être profitera-t-on de cette occasion pour élever le prix de journée des malades non indigents que l'on admettra désormais dans les services de chirurgie. Nous sommes de ceux qui applaudiront à cette mesure. Nous en dirons prochainement les motifs. »

Ainsi donc, le Conseil municipal, le directeur de l'Assistance publique, une partie de la presse médicale trouvent rationnelle et logique cette augmentation du prix des journées hospitalières, au moins pour les malades chirurgicaux.

Nous avons le regret de ne pas partager cette manière de voir et, avec l'Association syndicale professionnelle des médecins de la Seine, nous pensons que les hôpitaux sont uniquement et exclusivement destinés aux pauvres, aux malades indigents, à l'exclusion de toute autre catégorie de malades.

Si le nombre des lits dans nos hôpitaux était trop considérable, si tous les malades pauvres étaient sûrs de trouver, dès qu'il en est besoin, un asile pour se faire soigner, il serait peut-être logique de donner ce surplus à des malades de condition plus aisée. Mais, combien il est loin d'en être ainsi! Que de tuberculeux, que de cancéreux, que d'autres malades, porteurs d'affections incurables, meurent sans secours, repoussés de partout, faute de place, allant d'un hôpital à l'autre, « promenant leur navrante misère et leurs souffrances, toujours repoussés, jamais admis ».

Donner une place à l'hôpital à un malade, qui peut se faire soigner chez lui, c'est en priver l'indigent malade qui a *droit* à ce lit indûment occupé.

Qu'on examine ce qui se passe à la « Maison municipale de santé », dite « Maison Dubois ». Que voit-on dans les salles? Côté des femmes, des vaginites, de la syphilis ; côté des hommes, des blennorragies, des chancres, des bubons, des rétrécissements du canal de l'urèthre. La plupart des malades sont peu sérieusement atteints, mais préfèrent venir là se faire soigner économiquement, au lieu de rester chez eux ou à l'hôtel. Il y a des femmes qui viennent à la Maison Dubois faire leur cure de vaginite, comme d'autres vont à une station thermale. Il n'empêche que ces hospitalisés coûtent à l'Assistance publique, bon an mal an, 150 à 200000 francs, qu'elle est obligée de prendre sur son budget, pour combler l'excédent des dépenses de la Maison municipale de santé.

L'Association syndicale fait remarquer, également avec raison, le dommage qui en résulte pour le corps des praticiens de Paris, qui voit lui échapper une partie de la clientèle aisée.

Aussi nous pensons que l'hôpital doit être pour les malades pauvres et exclusivement pour eux ; le lit d'hôpital, qui a été créé avec l'argent des pauvres, représente souvent un capital considérable ; il a été fondé pour les pauvres, avec l'argent destiné spécialement à eux ; tout à l'hôpital doit donc être gratuit ; il ne peut y avoir de catégories différentes. A l'hôpital, le malade pauvre est chez lui, le malade aisé est un intrus, qui lui dérobe une partie des soins qui lui sont dus, et qui frustre les « malheureux non admis » d'un lit auquel ils ont un droit que nul ne saurait leur contester.

Le traitement de l'érysipèle est de nouveau à l'ordre du jour de la Société médicale des hôpitaux (séance du 16 juin).

MM. Le Gendre et Beaussenat établissent d'abord dans une intéressante étude la supériorité des bains froids comme traitement des érysipèles graves de toute nature. Ils considèrent que la balnéation froide ne doit pas être réservée exclusivement aux formes ataxiques ou ataxo-adynamiques, mais à toutes les formes sévères, quel que soit le facteur de gravité : délire simple, congestion pulmonaire, broncho-pneumonie, complications rénales.

Des malades excrétant 4 et 6 grammes d'albumine par litre avec oligurie et symptômes d'urémie ont guéri parfaitement, grâce aux bains qui ont ramené la polyurie.

MM. Le Gendre et Beaussenat pensent qu'il convient de donner les bains froids toutes les fois que la température des érysipelateux, sans être hyperthermique, se maintient sans rémission au-dessus de 39°5; toutes les fois que la langue se sèche, qu'il y a de l'insomnie, de l'agitation vive, de la loquacité, à plus forte raison du délire, on donnera ces bains, surtout d'une façon précoce, aux malades entachés d'alcoolisme.

L'utilité de la balnéation froide est attestée par la statistique suivante : Sur 433 érysipèles traités, 370 sans bains ont fourni 25 décès, 63 avec les bains n'ont donné que 2 décès.

Les mêmes auteurs ont, en outre, essayé dans une vingtaine de cas un antithermique nouveau, le *sulfate de cinchonamine*, qui a été obtenu par M. le professeur Arnaud, du Muséum.

Ce corps a donné à M. Charrin des résultats expérimentaux intéressants.

MM. Le Gendre et Beaussenat l'ont administré en injections sous-cutanées aux doses de 30 à 60 centigrammes. Plusieurs fois, ils ont observé un effet antithermique supérieur à celui des autres médicaments antipyrétiques. Mais, dans d'autres cas, l'effet a été nul ou trop passager, et on a dû recourir aux bains en dernier lieu. Deux fois on a vu survenir des convulsions épileptiformes, qui d'ailleurs ont guéri.

Enfin, MM. Le Gendre et Beaussenat ont essayé dans quatre cas, avec un succès relatif, mais de nature à encourager de nouvelles tentatives, les injections sous-cutanées et intra-dermiques d'acide lactique comme antiseptique local. Ces injections doivent être pratiquées chacune avec 1/2 centimètre cube d'une solution à 1/100 ou 1/50, sur deux rangées, à 3 centimètres en arrière l'une de l'autre et à 3 centimètres du bourrelet d'envahissement, chaque piqûre étant distante de 3 centimètres de sa voisine.

M. Juhel-Renoy confirme les observations de M. Le Gendre en ce qui concerne la balnéation froide, qu'il croit aussi utile dans l'érysipèle que dans la fièvre typhoïde. Mais, ayant essayé sur de très nombreux malades tous les antithermiques connus, il les a tous jugés insuffisants ou inutiles.

On sait que certains médecins croient encore à l'hérédité du rachitisme. M. Comby lit un mémoire au sujet de cette prétendue hérédité.

Il croit très admissible l'hérédité indirecte dissemblable; il est évident qu'un enfant, né de parents malades ou affaiblis par quelque maladie infectieuse ou diathésique, sera lui-même faible, dégénéré et par cela même prédisposé au rachitisme.

Quant à l'hérédité directe, c'est-à-dire à la transmission du rachitisme des parents aux enfants, elle n'existe qu'en apparence. L'enfant ne porte pas en naissant le germe du rachitisme ; c'est une maladie acquise et non une maladie transmissible.

Dans tous les cas qui pourraient induire en erreur, à l'aide d'une enquête minutieuse, on peut retrouver l'origine habituelle du rachitisme, c'est-à-dire l'alimentation vicieuse. L'allaitement artificiel est d'ailleurs très fréquent dans les familles de rachitiques : une femme, qui a été gravement atteinte par le rachitisme, est généralement faible, délicate, dyspeptique. Elle n'a pas d'appétit, elle digère mal, elle est incapable de faire une bonne nourrice. Elle essaie cependant d'allaiter ses enfants, mais bientôt la sécrétion lactée diminue, se tarit, elle a recours au biberon et aux aliments plus ou moins indigestes, dont l'usage prématuré conduit si souvent au rachitisme.

Voilà comment le rachitisme, par une voie indirecte et détournée, se perpétue dans certaines familles ; s'il se répète dans deux ou plusieurs générations, ce n'est pas par hérédité, mais par la répétition des fautes hygiéniques qui conduisent presque sûrement à cette maladie.

M. Ferrand présente un malade de soixante-cinq ans atteint d'hémiplégie hystérique.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Paul Reclus.

Traitement de l'hydrocèle vaginale.

Je désire revenir devant vous sur le traitement de l'hydrocèle vaginale et vous expliquer comment ma pratique actuelle est en désaccord avec les conclusions des leçons ou des mémoires que j'ai publiés sur ce sujet. Dans le *Traité de chirurgie*, dans les *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, dans notre *Thérapeutique chirurgicale*, on lit que « la ponction suivie d'injection iodée est une opération excellente, qui doit rester le procédé de choix : c'est à elle que nous avons constamment recours dans les hydrocèles simples » et je rappelle, à ce propos, que, sur 21 vaginalites chroniques opérées en huit mois, j'en ai traité 19 par l'injection iodée et 2 seulement par la résection de la vaginale. Or, comme beaucoup de mes confrères, j'ai pour ainsi dire renversé la proposition et, depuis le commencement de l'année courante, vous m'avez vu, sur onze hydrocèles, recourir dix fois à l'incision antiseptique et une seule fois à l'injection iodée. Voici mes raisons qui, j'en conviens, sont loin d'être toutes péremptoires.

Il est d'abord tout un ordre de faits où la cure radicale s'impose et où elle n'est pas l'opération de choix, mais bien l'opération de nécessité. On aura recours à l'incision dans les *hydrocèles à cavités multiples* ; en effet, on pourrait bien évacuer par la ponction le liquide de chacune des poches, mais lorsque celles-ci sont flasques et affaissées, comment les retrouver pour y pousser la teinture d'iode? Évidemment on ne saurait y songer. J'ai, l'année dernière, incisé une tunique vaginale, divisée, par d'épaisses cloisons, en trois cavités secondaires, sans compter une multitude de

petites alvéoles creusées dans le cul-de-sac sous-épididymaire distendu. Ici, l'injection eût été infructueuse, tandis que j'ai pu, sans difficulté, exciser les néo-membranes, détruire les alvéoles, enlever la vaginale et ses diverticules et obtenir une guérison durable. Reconnaissons toutefois que ces hydrocèles à cavités multiples sont exceptionnelles et si on ne traitait, par l'incision, que cette seule variété, l'avenir des injections iodées ne serait guère en danger.

Mais l'incision s'impose encore dans les cas de *corps étrangers* de la vaginale : vous savez qu'il se forme dans la séreuse, surtout dans les cryptes du cul-de-sac sous-épididymaire, des petites masses arrondies, dures, blanches ou jaunes, les unes libres dans la cavité, les autres pédiculées et qui, résultat probable d'un processus inflammatoire, peuvent elles-mêmes entretenir l'irritation de la séreuse. Leur volume est, en général, si petit que ces corps étrangers peuvent facilement sortir par le trocart évacuateur, lors de la ponction ; mais il ne faut pas oublier que le plus grand nombre sont cachés dans un diverticule à ouverture étroite et lorsqu'on les presse pour les chasser de cette loge, ils écartent ce diaphragme qui a oblitéré l'orifice et apparaissent parfois libres, mais parfois aussi retenus par un pédicule. Ici encore l'opération sanglante, une large incision de la vaginale, est nécessaire pour mettre à nu les cryptes et pour en extraire les corps étrangers qui, s'ils restaient dans la séreuse, pourraient provoquer une récidive de l'hydrocèle.

C'est encore à l'incision qu'il faut avoir recours lorsqu'on soupçonne, derrière l'hydrocèle, quelques *altérations glandulaires* de diagnostic malaisé. Le testicule et l'épididyme, après l'incision de la vaginale, sont sous les yeux de l'opérateur et parfois cette ouverture n'est que le premier temps d'une opération complémentaire. Il m'est arrivé, trois fois, au cours d'une cure radicale, de trouver un kyste spermatique du volume d'une noisette que j'ai pu facilement extirper. Récemment, j'ai opéré un garçon de quatorze ans atteint, depuis quelques années, d'une hydrocèle peu volumineuse, au-dessous de laquelle pointait une tumeur fluctuante, sorte d'ampoule dont l'extrémité effilée se continuait dans le cordon. Une fois la vaginale ouverte, j'ai, en effet, trouvé un diverticule du volume d'une amande, transparent et réductible, et qui faisait saillie dans la séreuse ; il s'agissait d'une hydrocèle funiculaire communiquant avec le péritoine ; j'ai pu disséquer cette portion étendue du canal péritonéo-vaginal persistant et l'extirper jusqu'au niveau de l'orifice externe du trajet inguinal.

Cette observation nous rapproche des *hydrocèles congénitales* qu'il ne faut pas confondre avec les hydrocèles infantiles : celles-ci, dans l'immense majorité des cas, guérissent toutes seules et nous n'avons pas à intervenir. Les hydrocèles congénitales, elles, sont des épanchements séreux développés dans le conduit péritonéo-vaginal imparfaitement oblitéré. Ici, la cure radicale s'impose encore ; non seulement la teinture d'iode pourrait pénétrer dans le péritoine à la suite d'une injection, ce qui peut-être ne serait pas sans danger, mais, en outre, il est beaucoup plus sûr d'extirper le canal séreux que de compter sur l'irritation pour l'oblitérer. En effet, ce conduit persistant peut servir d'amorce à une hernie ; les intestins pénètrent souvent dans ce trajet toujours ouvert. Or l'opération guérit, du même coup, l'hydrocèle existante et la future descente des intestins.

L'incision est encore indiquée dans les cas de vaginalites chroniques *vieilles, volumineuses, à parois indurées* ; l'injection iodée n'a guère prise sur ces séreuses épaissies ; elle provoque alors non la coalescence des deux feuillets, mais plutôt une irritation qui se traduit par une formation de néo-membranes nouvelles et un pas de plus vers la pachy-vaginalite. J'ai déjà recueilli un grand nombre d'observations, dont neuf dans la clientèle de ville, où la cure radicale a été pratiquée après échec antérieur de l'injection iodée ou après récidive de l'hydrocèle à la suite d'une guérison plus ou moins durable. Tout récemment, un capitaine d'artillerie m'arrive avec une bourse distendue par 150 grammes environ de sérosité ; il avait été déjà ponctionné au régiment et on avait injecté, dans sa vaginale vidée, une solution iodo-iodurée. L'opéré s'était cru guéri pendant six mois ; puis peu à peu son scrotum s'était soulevé de nouveau et, après incision, je trouvai une séreuse doublée de néo-membranes et épaisse de 1 à 2 millimètres.

Dans ces diverses catégories de faits, l'indication est absolument nette et l'incision antiseptique s'impose comme opération nécessaire ; nul ne le conteste à cette heure ; mais en définitive ces cas sont fort rares et, en regard des hydrocèles ordinaires, ils comptent pour un très petit nombre. A telle enseigne que, si la cure radicale était réservée à ceux-là et l'injection iodée à celles-ci, on ne pratiquerait guère que des injections iodées. Et nous voici en présence du problème tel que nous le posions au début de cette conférence : quelle raison avons-nous de délaisser, dans les hydrocèles simples, la ponction et l'injection irritante, malgré son long passé et les services incontestables qu'elle a rendus, pour la remplacer par l'incision antiseptique, intervention plus délicate et qui nécessite une éducation chirurgicale un peu supérieure ? Et me voici, pour répondre, obligé d'établir à nouveau le parallèle un peu suranné entre les deux méthodes rivales.

D'après ses détracteurs, la ponction suivie d'injections iodées ne serait pas l'opération innocente qu'on proclame partout. On lui reproche d'être douloureuse, argument sans valeur depuis l'emploi de la cocaïne ; elle est, dit-on, aveugle et le trocart peut pénétrer dans la glande, traumatisme parfois suivi d'atrophie ou d'hématocèle ; mais cet accident est rare ; plus rare encore est la vaginalite suppurée, l'orchite suivie d'abcès du testicule, la phlébite du cordon, le tétanos, toutes complications notées çà et là dans quelques cas exceptionnels. En vérité ne serait-il pas surprenant, comme nous l'avons écrit ailleurs, qu'une opération, pratiquée des milliers et des milliers de fois, n'ait pas fourni au moins un exemple de tous les accidents des plaies ? La seule complication vraiment sérieuse est que, pendant l'évacuation de la sérosité, la canule peut quitter la vaginale et son orifice interne se trouve dans l'épaisseur des tuniques scrotales ; on pousse alors la teinture d'iode non dans la séreuse, mais dans les lames cellulaires des bourses où elle provoque un phlegmon ; A. Cooper, Giraldes, Velpeau, Boyer, Broca en ont publié des cas ; plus récemment, Augagneur aurait eu deux morts par la production de vastes escharres. Il y a là un danger réel, et relativement fréquent ; encore pensons-nous que de larges débridements conjureraient la gangrène, si par malheur pareille infiltration survenait au cours d'une injection.

Tous ces arguments sont sans grande valeur, car on peut opposer à l'incision des bourses un certain nombre d'accidents analogues et l'on a observé, dans quelques cas excep-

tionnels, de petites plaques de sphacèle sur le scrotum, un liséré gangréné sur les deux lèvres de l'incision, une macération et une desquamation de l'épiderme qui, pour se reproduire, peut exiger de six à sept jours, de petits hématomes ou même des épanchements sanguins assez considérables pour nécessiter la désunion des sutures et l'évacuation des caillots. Enfin, on trouverait un certain nombre de suppurations, depuis ces abcès minuscules qui peuvent se former autour des fils de sutures infectés, jusqu'à des phlegmons étendus. Mais il faut dire que ces accidents deviennent absolument exceptionnels et, de ce fait, nous dirions volontiers qu'injection iodée et cure radicale sont des interventions vraiment innocentes. A cette heure l'une et l'autre se valent comme sécurité opératoire.

On a mené quelque bruit autour d'un argument d'un autre ordre : l'injection iodée guérit parfois l'hydrocèle sans oblitérer la cavité vaginale et l'on cite toujours et partout les seize autopsies de Hutin, médecin de l'Hôtel des Invalides, qui trouva huit fois une coalescence complète et quatre fois des adhérences incomplètes des deux feuillets de la vaginale, mais qui, par contre, constata quatre fois que la séreuse était absolument libre. Or, la cure radicale aurait, comme conséquence à peu près fatale, l'oblitération de la cavité. Et cela ne serait pas sans inconvénient puisque, depuis Gosselin, on proclame que les adhérences de la vaginale « découragent la spermatogenèse ». Les glandes, immobilisées dans leurs fausses membranes, ne produiraient plus d'animalcules. Cette menace de stérilité ne serait pas sans refroidir les plus chauds partisans de la cure radicale.

M. Louis Perret, dans une thèse récente, publiée à Lausanne sous l'inspiration de notre collègue, le docteur Roux, s'est ému de cet argument et il a entrepris, dans le laboratoire de Herzen, une série d'expériences pour déterminer l'influence de l'oblitération de la vaginale sur la sécrétion des animalcules. Il a pratiqué sur des chiens et sur des lapins l'opération de l'hydrocèle, telle que Roux l'exécute, et dans aucun cas, malgré les adhérences complètes de deux feuillets et l'oblitération de la cavité, la spermatogenèse n'a été tarie. Ces expériences étaient pour le moins superflues et, dans un mémoire « sur la spermatogenèse dans l'oblitération de la vaginale », je montrais déjà, en 1888, que l'affirmation de Gosselin était erronée. En effet, sur onze cas où « toute cavité vaginale avait disparu par une fusion absolue des deux feuillets épaissis, scléreux, et d'une densité telle que, pour isoler le testicule, il fallait le sculpter dans sa gangue fibreuse ; eh bien ! huit fois les spermatozoïdes existaient sans conteste et s'ils manquaient trois fois, leur absence pouvait être expliquée par des lésions de l'épididyme.

Donc, si nous n'avions que des arguments de cet ordre, il n'y aurait guère à préférer l'une des deux opérations rivales à l'autre et cure radicale, injection iodée se vaudraient certainement. Mais voici les deux raisons qui, pour ma part, ont fini par me décider en faveur de la cure radicale : la rapidité plus grande de la guérison et la récidive moins fréquente. J'ajouterai un argument de moindre importance, mais qui a cependant quelque prix : la cure radicale n'est pas une intervention aveugle ; on sait ce que l'on fait, on voit les tissus qu'on divise, on arrive sur la glande qu'on inspecte et souvent telle affection concomitante, que rien ne révélait, a pu être traitée en même temps qu'on guérissait l'hydrocèle. N'ai-je pas déjà signalé plusieurs cas où j'ai trouvé sur l'épididyme de petits kystes spermatiques qui, sans doute, eussent passé inaperçus et que j'ai pu extirper sur l'heure au cours d'une incision antiseptique des bourses ?

Mais j'ai hâte d'en arriver aux arguments de première ligne. Et d'abord la plus grande rapidité dans la guérison. Ce point est incontestable, malgré la différence des statistiques et la difficulté de donner au mot « guérison » un sens précis, car tous ne l'entendent pas de même. Et voilà pourquoi la même opération de cure radicale nécessiterait 10 jours d'après Juilliard et nous, 12 d'après Volkmann, 13 d'après Roux, 14 d'après Kuster, 17 d'après Lister, 18 d'après Kocher, 21 d'après Albert ; ces derniers, probablement, exigent non seulement la cicatrisation absolue de la plaie, ce que l'on obtient d'ordinaire en neuf jours, mais la souplesse du scrotum autour d'un testicule indolore et normal. Pour nous, nous disons dix jours, parce que, en moyenne, dans ce laps de temps, nos opérés quittent l'hôpital et peuvent commencer à reprendre leurs occupations habituelles.

Les appréciations sont encore plus diverses quand il s'agit de déterminer le temps moyen de la guérison, lorsqu'on a recours à l'injection iodée. Nous voyons citer les chiffres de quinze jours, de vingt jours, d'un mois et même de deux mois. Notre opinion, basée sur une pratique assez étendue, nous ferait accepter vingt à vingt-cinq jours. A ce moment, la glande commence du moins à voir son inflammation rétrocéder et avec un bon suspensoir, le malade peut marcher, mais il faut compter encore une dizaine de jours avant que le testicule ait repris son volume normal. Il est donc constant — et cela sans discussion possible — que le laps de temps réclamé est toujours d'un bon tiers supérieur à celui qu'exige la cure radicale et, de ce fait, l'avantage, un avantage incontestable, reste acquis à l'intervention sanglante.

Si, il y a huit ans, dans une clinique sur le même sujet, je faisais peu de cas de cette rapidité plus grande dans la guérison, c'est que la question de gravité opératoire n'était pas absolument vidée pour nous et nous étions trop près de désastres récents pour ne pas tenir compte des accidents possibles. Aussi fallait-il de solides raisons, des arguments décisifs et péremptoires, pour faire préférer à une intervention aussi innocente que la ponction et l'injection iodée une opération qui ouvrît largement une séreuse au risque de l'inoculer. Certes, je ne dis pas qu'à cette heure, on ne constate plus d'accidents à la suite de la cure radicale, mais en dehors de certaines conjonctures, trop rares pour qu'elles entrent en ligne de compte, on peut dire que tout chirurgien, je ne dis pas habile, mais simplement soigneux, doit pouvoir ouvrir une vaginale, sûr qu'il est de mener son incision suturée vers une cicatrisation rapide et nous écartons délibérément le facteur « danger » qui pesait naguère d'un si lourd poids dans nos délibérations opératoires.

Nous arrivons maintenant à l'argument « récidive » ; il a du poids, mais il est aussi d'une appréciation très difficile et rien n'est fragile comme les bases des statistiques qu'on nous fournit. Les unes sont évidemment entachées d'optimisme et les autres sont poussées au noir. Un de nos maîtres me disait n'avoir *jamais* observé de reproduction de l'hydrocèle, malgré le nombre considérable de ponctions et d'injections iodées qu'il avait pratiquées. Mais combien de ses malades, opérés à l'hôpital ou même dans la clientèle,

ont échappé à une observation ultérieure ; d'autant qu'on rend volontiers le chirurgien responsable de l'échec survenu et qu'on aime bien s'adresser à un autre. D'autre part, il se peut aussi, qu'après une série malheureuse, comme il s'en rencontre si souvent, on ait de la tendance à croire la récidive fréquente, là où il ne fallait voir que le groupement exceptionnel de cas à lésions particulièrement avancées. Pour ma part, j'ai si souvent réopéré des individus que des confrères fort compétents avaient traités par la ponction et l'injection irritante, que je me rangerai volontiers parmi ceux qui déclarent la récidive fréquente après l'emploi de la teinture d'iode.

Ces réserves faites, voici diverses statistiques relatives à la récidive après injections irritantes. Mais récusons d'abord les relevés de Martin (de Calcutta), le promoteur de la teinture d'iode. D'après ses chiffres, que donne Curling, la reproduction de la sérosité ne surviendrait pas 1 fois sur 100 et il ne s'agissait pas d'une série négligeable, puisque son dire s'appuie sur 2 393 opérations. Mais il est certain que Martin ne parle ici que de la récidive dans les premières trois semaines, au cours de l'hospitalisation. On ne revoit pas 3293 malades un an ou deux après l'intervention et l'on n'a pu viser ici que les reproductions immédiates, sans tenir compte des récidives à plus longue échéance. A l'opposé, Wendling accuse 15 p. 100 de récidives, mais nous avons examiné ailleurs sa statistique faite de pièces et de morceaux, au hasard des cas, un peu exceptionnels sans doute, inscrits dans les recueils médicaux. Cependant Billroth accuse aussi 15 p. 100 d'échecs.

De toutes ces statistiques, celles de Gosselin me paraissent correspondre le plus à la réalité : dans un premier relevé, il accuse 10 p. 100 et dans un deuxième relevé un peu moins de 7 p. 100 de récidives. Nous voudrions donner aussi nos chiffres, mais le nombre des cas où nous avons pratiqué cette opération et où nous avons pu revoir et suivre nos malades est vraiment trop peu considérable ; nous pouvons dire cependant qu'ils se rapprochent beaucoup de ceux de Gosselin. Eh bien ! il semble évident que la récidive est moins fréquente à la suite de la cure radicale qui, d'après les opérateurs les moins heureux, ne donnerait que 2, 3 ou 4 p. 100 de reproduction de la sérosité. Julliard, Volkmann, Wendling n'accusent même que 1 p. 100, mais leurs mémoires ont été publiés très vite après le renouveau de la méthode et la durée d'observation est, pour nous, vraiment un peu courte.

Mon opinion a un peu varié sur cette question des récidives : lors de mes premières opérations de cure radicale, je les croyais exceptionnelles, puis voilà que, coup sur coup, j'ai observé trois reproductions abondantes de sérosité et cela, après quatre ans de succès ininterrompus et lorsque j'avais acquis pour cette opération, d'ailleurs si facile, une plus grande habileté. C'est même elle qui, sans doute, m'a valu ces échecs : comme pour la cure radicale des hernies, j'ai disséqué « fin » la séreuse, selon les conseils de M. Nicaise ; les incisions se font alors sans ouverture de vaisseau et sans effusion de sang et l'intervention est fort rapide : aussi la vaginale ne subit qu'une irritation légère et ne réagit plus suffisamment ; ses surfaces ne sont pas assez modifiées et la récidive est possible. L'opération par elle-même, la cure dite improprement radicale, n'est donc pas suffisante pour s'opposer à la reproduction du liquide et, pour l'éviter, certaines manœuvres sont nécessaires.

L'opération, telle que la pratique Bergmann, et qui consiste en l'excision de la vaginale, paraît à coup sûr radicale et à l'abri de toute récidive. Il n'en est pourtant rien et cette méthode vient aussi de me donner deux échecs : le premier est survenu sur un Brésilien qui me vint avec une hydrocèle peu volumineuse ; la vaginale ne contenait guère que 150 grammes de liquide. Mais la séreuse était rugueuse, épaissie ; aussi me décidai-je à en pratiquer l'excision ; j'enlevai complètement le feuillet pariétal, n'en laissant qu'un lambeau dans le cul-de-sac sous-épididymaire ; tout marcha sans encombre et la réunion primitive fut obtenue en sept jours. Mais voici que vers la fin de la deuxième semaine, le scrotum fut soulevé de nouveau et devint fluctuant et transparent. J'incisai au-dessus de la cicatrice ; je retirai environ 100 grammes de liquide contenu dans une vaginale, en apparence semblable à la première. Pour être sûr d'obtenir cette fois la guérison, je laissai la cavité ouverte avec un drainage à la gaze iodoformée.

Semblable mésaventure chez un vieillard de soixante-sept ans que j'opérais d'une hydrocèle double ; la tumeur, très volumineuse à droite et à gauche, fut ouverte et le feuillet pariétal de la séreuse fut disséqué avec soin et excisé jusqu'aux limites de l'épididyme, en empiétant même sur celui-ci. La réunion primitive fut obtenue et je croyais à la guérison définitive lorsque, il y a deux mois, mon opéré est revenu me montrer ses bourses ; le liquide ne s'était pas reproduit à gauche où la glande paraissait normale dans son sac scrotal ; mais à droite, une cavité nouvelle s'était reformée, distendue par une masse énorme de sérosité. J'ai pratiqué une incision nouvelle et j'ai constaté l'existence d'une poche à paroi épaisse, dont j'ai excisé tout le segment antérieur, puis craignant une récidive, j'ai rempli la cavité de gaze iodoformée et j'attends sa rétraction graduelle jusqu'à cicatrisation complète. Cette méthode est lente, mais sûre.

Aussi, je ne crois pas que l'on puisse dire, d'une manière absolue, que la cure radicale est moins sujette aux récidives que l'injection iodée ; il faut, pour éviter la reproduction du liquide, prendre certaines précautions indispensables et instruit par les quelques échecs que je relatais tout à l'heure, voici quelle est maintenant ma pratique. J'excise largement le scrotum, sous l'anesthésie cocaïnique, je mets à nu la vaginale et je la dissèque « fin », ne prenant que son feuillet le plus interne, ce qui évite l'ouverture des vaisseaux ; il n'y a pas de saignement, pas de ligature à faire et pas d'hématomes consécutifs. Si la séreuse est souple, peu épaisse, je résèque une partie du feuillet pariétal à droite et à gauche, n'en conservant que juste ce qu'il faut pour reconstituer une nouvelle cavité dont je suture les lèvres avec quelques points au fil de soie. Mais avant, et cette précaution me semble indispensable, je frotte le feuillet pariétal et le feuillet viscéral avec un tampon imbibé d'une solution phéniquée à 5 p. 100 ou d'une solution de bi-chlorure de mercure à 1 p. 100. L'irritation est alors assez vive pour amener la coalescence des feuillets et la récidive n'est plus à craindre.

Mais si la séreuse est épaissie, rugueuse, sans souplesse, j'abandonne la cure radicale, même par l'excision complète du feuillet pariétal de la vaginale ; ou, pour mieux dire, j'excise ce feuillet, mais je n'ose refermer le scrotum, de peur de voir le liquide se reproduire ; je laisse la cavité ouverte et je la remplis de gaze iodoformée ; la cicatrisation est lente, il faut bien près de trois semaines, quatre dans

certains cas, pour que la poche soit oblitérée, mais la cicatrisation est sûre; aucune complication possible ne s'abat sur la plaie et même, avec un bon pansement simplement maintenu par un suspensoir, l'opéré, avant le quinzième jour, peut vaquer à nombre d'occupations. J'ai eu à pratiquer cette opération déjà dans 5 hydrocèles récidivées, 2 à la suite d'une cure radicale, 3 après une injection iodée, et je n'ai eu qu'à me louer de cette vieille méthode empruntée à la thérapeutique de l'hématocèle.

Telles sont les raisons qui m'ont fait à peu près abandonner la ponction suivie d'injection iodée, à laquelle je n'ai eu recours que deux fois cette année : une première fois chez un jeune homme à hydrocèle peu volumineuse, tout à fait récente, et dont la séreuse était évidemment souple et peu épaissie. La guérison a éte obtenue en moins de trois semaines; une seconde fois, chez un vieillard un peu affaibli par une cystite; j'aurais craint, chez lui, toute intervention sanglante; ici, la guérison a été plus lente et la glande n'avait repris son volume normal et sa souplesse qu'au bout d'un mois et demi. Dans l'immense majorité des cas, j'ai donc recours à la cure radicale, parce qu'elle permet de voir ce que l'on fait; on a la glande sous les yeux et le diagnostic en devient plus précis. Et puis cette opération, désormais absolument innocente, guérit plus vite et met mieux à l'abri des récidives que l'ancienne injection iodée.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Accidents professionnels. — Médecin assuré. — Contestation. — Condamnation de la Compagnie d'assurances.

Le Tribunal de première instance de la Seine vient de prononcer le jugement suivant, que nous relevons dans le « Bulletin médical » :

Attendu que les consorts Brisson (Ve Brisson et Brisson fils) ont formé contre la Compagnie d'assurances contre les accidents « le Secours » une demande en paiement de 15000 francs à raison du décès de Jean-Eugène Brisson;

Attendu que suivant police du 24 juillet 1886, enregistrée, Jean-Eugène Brisson, docteur en médecine, demeurant à Averton (Charente-Inférieure), contracta une assurance en cas de décès par accident et notamment dans l'exercice de ses fonctions, avec prime de 15000 francs, payable à ses héritiers et représentants dans les deux mois du décès;

Attendu que Jean-Eugène Brisson est décédé à Averton le 23 février 1890;

Attendu que la mort du docteur Brisson est survenue à la suite d'un phlegmon, qui lui-même avait eu pour cause le contact du pus d'un malade sur une écorchure que le docteur Brisson portait à la main;

Attendu qu'à la demande, la Compagnie « le Secours » oppose trois moyens de déchéance;

Attendu que la Compagnie prétend d'abord qu'elle aurait été avisée tardivement, et qu'il y aurait eu ainsi violation de l'article 8 des conditions générales de la police;

Attendu, à la vérité, que ledit article 8 stipule que le souscripteur ou ses ayants-droit sont tenus d'adresser à la Compagnie, dans les huit jours qui suivent l'accident, leur déclaration et le certificat de médecin appelé à donner ses soins à l'assuré;

Mais attendu que, si le docteur Brisson s'est fait à la main gauche, le 10 février, une écorchure qui, le 11 février, a été atteinte par un jet de pus au moment où le docteur Brisson ouvrait un abcès à un malade, ni l'un ni l'autre de ces deux faits ne constituait par lui-même un accident qui fût de nature à faire prévoir au docteur Brisson la nécessité de faire prévenir dès lors la Compagnie;

Qu'il résulte d'un certificat produit que, même le 17 février, on ne pouvait prévoir le phlegmon qui ne s'est manifesté que le 18;

Attendu qu'il résulte du même certificat que, dès que le phlegmon s'est déclaré, le docteur Brisson s'est trouvé dans un état comateux absolu qui a duré jusqu'à sa mort; attendu que le docteur Brisson n'a donc pas été en faute de ne pas avertir la Compagnie;

Attendu que les consorts Brisson, la dame Brisson et Brisson fils, ignoraient l'assurance contractée par le docteur Brisson, et que c'est seulement en classant les papiers du défunt qu'ils ont découvert la police d'assurance;

Attendu que Brisson fils a immédiatement fait, le 1er mars 1890, c'est-à-dire moins de huit jours après la mort, la déclaration prescrite par l'article 8 de la police; que cette déclaration n'a donc pas été tardive;

Attendu que la Compagnie prétend, en outre, que la cause de la mort ne rentrerait pas dans les cas prévus par le contrat d'assurance;

Mais attendu que la police prévoit le cas de mort « par phlegmon », « piqûres anatomiques », etc.

Attendu que, soit qu'on lise les trois mots, comme s'il y avait phlegmon suite de piqûre anatomique, soit qu'on lise ces mots comme s'il y avait phlegmon et piqûre anatomique, la maladie qui a été la cause de la mort de Brisson rentrait dans l'une et l'autre interprétation de la police; qu'en effet, le décès est dû à un phlegmon, suite d'une piqûre anatomique;

Attendu que, sans l'avoir relevée dans ses conclusions, la Compagnie « le Secours » a fait plaider que la demande des consorts Brisson doit être rejetée, parce que le docteur Brisson a négligé de prendre une précaution que, d'ailleurs, ne paraissait rendre nécessaire ni la très légère écorchure que portait à la main le docteur Brisson, ni la très peu importante opération d'ouverture d'un abcès du pouce, qu'il devait faire le 11 février;

Attendu que le docteur Brisson n'a donc pas commis la faute lourde équivalente au dol, qui puisse faire déclarer résilié le contrat d'assurance;

Par ces motifs,

Condamne la Compagnie « le Secours » à payer aux consorts Brisson la somme de 15000 francs, avec intérêts de droit;

Et condamne la Compagnie « le Secours » en tous les dépens.

— Aujourd'hui lundi ont eu lieu à Saint-Augustin, au milieu d'un grand concours de confrères et d'amis, les obsèques de M. le docteur Émile Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis et membre de l'Académie de médecine. Aucun discours, suivant la volonté expresse du défunt, n'a été prononcé, mais il appartient aux Sociétés savantes, dont faisait partie notre regretté confrère, de dire la part considérable qu'il a prise dans notre mouvement scientifique.

— Les maladies qui devront être déclarées par les médecins, suivant la décision du Comité consultatif d'hygiène, sont au nombre de 13. Ce sont : 1. Choléra et affections cholériformes; — 2. Fièvre typhoïde; — 3. Dysentérie épidémique; — 4. Typhus exanthématique; — 5. Érysipèle; — 6. Infection purulente puerpérale; — 7. Diphtérie (angine couenneuse, croup); — 8. Variole; — 9. Rougeole; — 10. Scarlatine; — 11. Coqueluche; — 12. Suette; — 13. Ophtalmie purulente des nouveau-nés.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 71. — JEUDI 22 JUIN 1893. 66e ANNÉE. JEUDI 22 JUIN 1893. — N° 71.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Dieulafoy a complété la communication qu'il a faite, il y a quinze jours, sur les petits accidents du brightisme. On se rappelle que, dans cette première communication, M. Dieulafoy s'est appliqué à donner une description aussi exacte et aussi complète que possible des divers accidents qui peuvent se rencontrer, en dehors de l'albuminurie et des œdèmes, chez les malades brightiques, ou tout au moins bien près de l'être. Dans cette seconde partie, M. Dieulafoy étudie, en quelque sorte, les rapports du brightisme avec les grandes diathèses, telles que la goutte, la syphilis et surtout la chlorose. Il a fait un merveilleux tableau clinique de ces malades goutteux, syphilitiques ou chlorotiques, chez lesquels on observe un certain nombre de symptômes attribués, à tort, à la goutte, à la syphilis ou à la chlorose, et qui sont, en réalité, des signes de brightisme. Ces descriptions, ces distinctions, sont on ne peut plus claires dans la bouche de l'éminent professeur de pathologie. Lorsqu'on l'a entendu, il semble que rien ne soit plus facile que de faire un diagnostic précoce du brightisme, même sans albuminurie; mais au lit du malade, cela ne paraît pas toujours aussi aisé. Cependant, cela a une grande importance au point de vue thérapeutique, ainsi que n'a pas manqué de le montrer M. Dieulafoy en nous citant l'exemple de cette jeune fille chlorotique, que l'on bourre de fer, de quinquina, de viande crue et de vins généreux, qui va toujours de mal en pis, jusqu'à ce qu'un médecin plus avisé décèle chez elle certains petits signes de brightisme, la soumette au régime lacté et guérisse, ou tout au moins améliore considérablement cette fausse chlorotique, qui était une chloro-brightique.

Dans sa brillante description, M. Dieulafoy s'est borné à une simple étude clinique du brightisme dans ses rapports avec d'autres états pathologiques. M. Lancereaux a été un peu plus loin en cherchant à établir la pathogénie des accidents si bien décrits par M. Dieulafoy; il a particulièrement insisté sur le rôle considérable que joue, à ce point de vue, l'artério-sclérose, soit directement, soit héréditairement.

Enfin, M. Dujardin-Beaumetz a porté la question sur le terrain de la thérapeutique et a rappelé ce qu'il a déjà dit sur l'importance du régime alimentaire chez les brigtiques, sur les dangers de l'emploi des substances altérables, telles que la viande, le gibier, le poisson, et sur les grands avantages du régime végétarien.

Cette discussion n'est pas close, et nous entendrons encore parler du brightisme à l'Académie.

On sait que, depuis un certain temps, sous l'impulsion donnée par M. Lannelongue, la plupart des chirurgiens se sont mis à pratiquer la craniectomie dans le but de donner de l'expansion au cerveau des enfants idiots ou arriérés. L'importante communication que M. Bourneville vient de faire à l'Académie, sur ce sujet, n'est pas de nature à encourager beaucoup de chirurgiens à poursuivre cette voie. Il met en parallèle le traitement chirurgical de ces enfants, c'est-à-dire la craniectomie, avec le traitement médico-pédagogique, et, d'après une statistique parfaitement rigoureuse, les résultats seraient tout à l'avantage du traitement médico-pédagogique.

Signalons, enfin, deux lectures : l'une de M. A. Treille (d'Alger), sur le typhus; l'autre de M. J. Rochard, au nom de M. Barthe de Landfort, sur le traitement des engorgements testiculaires par les boues de Dax transportées.

DIAGNOSTIC DE L'HYPERSÉCRÉTION

AVEC HYPERCHLORHYDRIE A LA PÉRIODE AVANCÉE DE LA MALADIE

Par le docteur Albert Mathieu,
Médecin des hôpitaux.

Dans le numéro de mai 1892 des *Archives générales de médecine*, je publiais une observation sous ce titre : « Hyperchlorhydrie avec hypersécrétion continue, ulcère rond latent, mort par perforation, estomac vertical avec dilatation très marquée de l'antre prépylorique, gastrite. » Dans une séance récente de la Société médicale des hôpitaux (19 mai 1893), M. Hayem a pris vivement cette observation à partie; il en a fait une critique détaillée, mais erronée dans le fond, et il propose de rétablir ainsi le diagnostic : « Ulcère ancien. Obstacle à l'évacuation gastrique, dilatation et déformation stomacales consécutives. »

S'il ne s'agissait que de changer l'étiquette mise sur un fait clinique, il n'y aurait réellement pas lieu d'insister et il importerait fort peu que j'aie ou non commis une erreur de

diagnostic; il n'y aurait réellement pas lieu de reprendre un débat que, pour des raisons de divers ordres, j'ai laissé volontairement tomber dans l'enceinte même où il a pris naissance.

Si je lui donne une suite ici, c'est qu'il y a en réalité, derrière cet incident de minime importance, une question générale de diagnostic d'un véritable intérêt. Cette question, la voici : on sait que l'hypersécrétion gastrique avec hyperchlorhydrie est caractérisée par une sécrétion exagérée dans laquelle l'acide chlorhydrique libre ou combiné existe en quantité excessive. Cette affection entraîne la dilatation permanente de l'estomac et, assez souvent, l'ulcère rond. C'est une maladie fort grave, qu'il importe toujours de diagnostiquer, et qu'on avait, jusque dans ces dernières années, confondue avec la simple dilatation et la stase mécaniques. C'est cette même erreur que commet M. Hayem à propos de l'observation que j'ai autrefois publiée dans les *Archives*; c'est, du reste, une confusion qu'il est amené forcément à commettre en ne tenant compte, dans ses examens du suc gastrique, que de la *proportion* de l'acide chlorhydrique libre et de l'acide chlorhydrique en combinaison organique, et non de leur *quantité totale*.

En ne tenant compte que du tant pour cent des éléments chlorés et non de leur quantité absolue, en négligeant la *dilution* du suc gastrique, M. Hayem arrive à une interprétation incomplète et même parfois tout à fait inexacte des choses, ainsi que M. Bourget (de Lausanne) l'a déjà fait ressortir (1). Il est amené à diagnostiquer *hypo*chlorhydrie, alors qu'il y a en réalité *hyper*chlorhydrie. Il admet un ralentissement du processus digestif, alors qu'il y a simple dilution du suc gastrique. Du reste, dans des recherches purement physiologiques, nous avons vu, M. L.-A. Hallopeau et moi (2), que les courbes qui représentent la digestion de la fibrine chez le chien sont absolument différentes suivant qu'on les établit d'après la proportion ou d'après la quantité absolue de la peptone et des éléments chlorés. On peut donc dire que les recherches relatives à la physiologie et à la pathologie de l'estomac sont à reprendre en tenant compte de cet élément nécessaire.

Pour le moment, je ne veux m'occuper que de l'hyperchlorhydrie parvenue à une phase déjà avancée de son évolution, et je veux me contenter de montrer, par un exemple clinique, l'exactitude de la façon de voir que je défends.

Dans le courant de l'hiver dernier, j'ai eu l'occasion d'étudier à loisir un malade atteint de dilatation de l'estomac et d'hypersécrétion, dont l'observation est, dans ses traits généraux, tout à fait analogue à celle que j'ai publiée l'an dernier.

Je ne me suis pas contenté, chez ce malade, de faire l'analyse du suc gastrique par la méthode, excellente du reste, de M. Winter; j'ai, de plus, estimé la quantité du liquide contenu dans l'estomac par le procédé que nous avons fait connaître, M. Rémond (de Metz) et moi (3).

Pour qu'on puisse avoir un terme de comparaison, il faut dire ce que sont les chiffres correspondants à l'état normal.

MM. Hayem et Winter (4) donnent, comme chiffres normaux *maxima*, les suivants :

Chlore total	0gr340 p. 100
Acide chlorhydrique libre. . .	0 050 —
Acide chlorhydrique en combinaison avec les éléments azotés.	0 180

Des recherches que nous avons faites avec M. Rémond (de Metz), on peut conclure que, avec le repas d'épreuve également employé par M. Hayem et par nous, il y a au bout d'une heure, à l'état normal, moins de 200 centimètres cubes de liquide dans l'estomac.

Mettons 200 centimètres cubes.

Je prends ainsi à dessein, pour rendre la démonstration plus nette, un chiffre que je crois trop élevé.

Il est facile d'en conclure, d'après les données fournies par M. Hayem lui-même, qu'à l'état normal on trouve, *au total*, chez l'homme, dans les conditions de repas dans lesquelles nous nous sommes placés, et au *maximum* :

Chlore total	0gr68
Acide chlorhydrique libre.	0 10
Acide chlorhydrique combiné	0 36

Soit au total, pour l'acide chlorhydrique libre et combiné, 0gr46.

Voyons maintenant l'observation de notre malade. Agé d'une trentaine d'années, il a été pris, quatre ans auparavant, de douleurs vives au creux épigastrique. Ces douleurs survenaient assez rapidement après les repas et prenaient pendant quelques heures une intensité croissante. Parfois, elles survenaient la nuit, vers minuit ou une heure du matin. Des vomissements, tantôt spontanés, tantôt provoqués, y mettaient fin assez souvent. Ces douleurs étaient calmées aussi par l'ingestion d'une petite quantité de liquide, et surtout du lait.

Malgré l'absence de toute hématémèse, on porta le diagnostic d'ulcère simple de l'estomac; il est bien possible, en effet, que l'ulcère ait existé, mais les relations de l'ulcère et de l'hyperchlorhydrie sont, à l'heure actuelle, si bien établies que cela ne doit rien changer à la façon dont on comprend les choses. Que l'hypersécrétion se complique ou non d'ulcère simple, peu nous importe pour le moment.

A l'époque où j'ai eu l'occasion d'étudier ce malade, en octobre 1892, il était fortement émacié; son estomac était extrêmement dilaté, et on pouvait souvent en extraire, le matin à jeun, plus d'un litre de liquide. Les crises douloureuses existaient encore, moins intenses cependant qu'au début; le malade ne se faisait plus vomir, mais il avait recours au lavage par le tube; il en abusait, du reste, ainsi qu'il arrive souvent dans ces conditions.

Je n'insiste pas sur les détails de cette observation, qui ressemble de très près à celle que j'ai publiée dans les *Archives*. Ici aussi, on aurait diagnostiqué autrefois ulcère simple à siège pylorique, suivi de dilatation par stase mécanique. C'est à ce diagnostic erroné que serait certainement arrivé M. Hayem, comme dans le cas précédent. C'est à ce diagnostic qu'il aboutirait forcément dans tous les cas, grâce à l'insuffisance de sa technique.

Des repas d'épreuve (repas d'Ewald) sont pratiqués à plusieurs reprises; voici les chiffres qui leur correspondent :

Le 21 novembre, le matin à jeun, il y a 510 centimètres cubes de liquide dans l'estomac, l'acidité totale est de 0,292 p. 100 :

(1) Bourget. *Méd. moderne*, 4 août 1892.
(2) *Arch. de méd. expérim.*, mai 1893.
(3) Soc. de biol., 8 nov. 1890.
(4) Chimisme stomacal.

Chlore total	0,40 p. 100
Chlore combiné	0,146 —
Acide chlorhydrique libre	Néant.

Le 9 janvier, repas d'Ewald :

Liquide gastrique	446 cent. cubes.
Acidité	0,28 p. 100
Chlore total	0,328 —
Chlore combiné	0,175 —

Cela ne fait donc aucun doute, M. Hayem eût diagnostiqué, dans ce cas, hypochlorhydrie avec hyperacidité organique, de fermentation. On va voir qu'il s'agissait, en réalité, d'une hyperchlorhydrie, et même d'une hyperchlorhydrie accentuée.

Reprenons, en effet, les mêmes chiffres; rapportons-les à la totalité du suc gastrique et voyons ce qu'ils deviennent.

21 novembre :

Chlore total	2,04
Chlore combiné	0,73

9 janvier :

Chlore total	1,46
Chlore combiné	0,78

Nous pouvons ajouter :

Le 11 janvier (repas d'Ewald, extraction après trente minutes) :

Chlore total	1,30
Chlore combiné	0,54

Le 16 janvier (repas d'Ewald, extraction après cent minutes) :

Chlore total	1,81
Chlore combiné	1,02

On voit donc que la quantité totale d'acide chlorhydrique contenue dans l'estomac a toujours dépassé de beaucoup la quantité d'acide chlorhydrique fournie par la muqueuse d'un estomac sain dans des conditions analogues. Dans tous les cas aussi, le chlore total a été notablement plus abondant qu'il ne l'est à l'état physiologique.

Il y avait donc en réalité hypersécrétion avec hyperchlorhydrie, ce qui cadre bien, du reste, avec l'ensemble de l'histoire clinique de ce malade.

Ce fait n'est nullement exceptionnel; il représente bien ce que l'on constate à une phase avancée de l'hypersécrétion continue. La muqueuse tend alors à s'épuiser, l'acide chlorhydrique libre tend à disparaître, et si l'on ne faisait pas à la fois la mensuration de la quantité du liquide contenu dans l'estomac et l'analyse quantitative par le procédé Winter, on admettrait à tort l'existence d'une dilatation purement mécanique avec stase et fermentations organiques exagérées.

Cela pourrait avoir des conséquences regrettables au point de vue du pronostic et du traitement. Au point de vue du pronostic, parce que la grande dilatation d'origine mécanique est encore plus grave que la dilatation de l'hypersécrétion. Au point de vue du traitement, parce que, dans la grande dilatation, ce qu'il faut surtout obtenir, c'est l'antisepsie stomacale, tandis que, dans l'hypersécrétion, le grand ennemi, c'est cette hypersécrétion même et l'hyperacidité d'origine chlorhydrique.

Si l'on s'en rapportait purement et simplement à la façon de procéder de M. Hayem, on admettrait que, dans un cas semblable à celui que je viens de conter, l'hyperacidité est surtout d'origine organique. Or, dans ce cas, j'ai fait chaque fois le dosage *direct* des acides organiques par le procédé du professeur Gautier, et j'ai toujours trouvé que l'acidité organique était deux ou trois fois plus élevée que l'acidité minérale. Si je m'étais contenté, à l'exemple de M. Hayem, d'établir le rapport qu'il appelle α, j'aurais, au contraire, été amené à admettre la prédominance de l'acidité des fermentations organiques. Je me borne à signaler en passant ce point important, me réservant d'y revenir, à loisir, et d'y insister comme il convient.

Après avoir lu cette courte note, on estimera, je l'espère, que dans les critiques de M. Hayem l'intention seule pouvait me toucher. L'intérêt clinique de la question m'autorisait à dire, en m'appuyant sur un exemple concret, les raisons pour lesquelles je pense que cet auteur se trouve, de par sa technique trop étroite, dans l'impossibilité de se représenter correctement la nature des faits de cet ordre. Il est bon de faire voir comment, en suivant sa façon de faire, on serait amené à s'attarder à une erreur de diagnostic que ne font plus ceux qui tiennent compte de la quantité du liquide contenu dans l'estomac.

OVARIO-HYSTÉRECTOMIE CÉSARIENNE

(OPÉRATION DE PORRO) CHEZ UNE RACHITIQUE RÉTRÉCIE

Par le docteur LUBAC (de Millau),

Ex-interne lauréat (médaille d'or) des hôpitaux de Lyon.

L'opération de Porro, qu'on peut appeler aussi ovario-hystérectomie césarienne, constitue un grand progrès sur l'ancienne opération césarienne qui produisait une énorme mortalité par le fait de la réintégration dans l'abdomen de l'utérus incisé et suturé après l'extraction du produit de la conception, des membranes et du placenta. Dans l'opération du chirurgien italien au contraire, après la laparotomie et l'extraction du fœtus et de l'arrière-faix par l'ouverture abdominale, on résèque l'utérus et ses annexes au-dessus d'une ligature élastique jetée sur son extrémité inférieure formant pédicule.

Les statistiques qui ont été publiées, en France et à l'étranger, démontrent une diminution de la mortalité par suite de l'adoption de l'opération de Porro, combinée avec l'emploi devenu aujourd'hui universel de la méthode antiseptique de Lister, et de jour en jour cette opération prend un rang des plus importants dans la chirurgie obstétricale.

Elle doit être recommandée dans les cas de rétrécissements extrêmes du bassin, et aussi quand une seconde opération serait nécessaire dans le cas où la grossesse se répèterait.

Ces deux conditions, dont une seule suffirait à légitimer l'opération, se sont présentées dans le cas suivant, dont nous avons tenu à publier l'observation, afin de contribuer à vulgariser cette méthode et de montrer à nos confrères des petites villes et de la campagne, quels services elle peut rendre et de quels beaux succès elle peut être suivie.

OBSERVATION. — Il s'agit d'une fille de vingt et un ans, d'une taille de 1m25, à grosse tête contrastant avec l'arrêt de développement de la partie inférieure du corps, à bassin petit, oblique-ovalaire, d'un diamètre sacro-pubien de 4 centimètres.

Les dernières règles ayant apparu le 7 janvier 1892, cette fille était à terme le 8 novembre, lors de l'apparition des premières douleurs à trois heures du matin.

L'utérus qui a une forme allongée est fortement déjeté à droite; la présentation a lieu par le sommet en position OIDA.

La dilatation étant devenue complète et la poche des eaux étant rompue, on peut constater, d'une façon évidente, l'impossibilité absolue, en raison de l'angustie pelvienne, d'introduire le forceps ainsi que le céphalotribe.

Dans cette situation, le docteur Lubac est amené à proposer l'opération de Porro et son avis est adopté par le docteur Calmels appelé en consultation, ainsi que par le docteur Bompaire dans le service duquel on transporte à l'hôpital la parturiente pour y être opérée.

Le 8 novembre, à trois heures du soir, le docteur Lubac pratique cette opération avec l'aide de ses deux confrères, la malade étant soumise au sommeil chloroformique et à toutes les précautions antiseptiques. Celles-ci comprennent: la désinfection de l'opérée (ventre, vulve, vagin), des instruments et des mains de tous les assistants avec la solution phéniquée.

L'incision de la peau de l'abdomen et des parties sous-jacentes a lieu sur la ligne blanche, part de 5 centimètres au-dessus du pubis, pour aboutir à 7 centimètres au-dessus de l'ombilic; elle a une longueur de 26 centimètres. L'incision péritonéale se fait par une boutonnière pratiquée à la partie supérieure de la plaie et continuée avec des ciseaux jusqu'à la partie inférieure. Les anses intestinales qui se trouvent au-dessous de l'ouverture ainsi pratiquée font hernie à travers la plaie et sont ramenées dans l'intérieur de l'abdomen avec des serviettes chaudes désinfectées. La face antérieure de l'utérus est alors facilement amenée au dehors et les bords de l'incision sont maintenus exactement accolés sur ses côtés par deux aides, dont les mains sont posées à plat pour assurer l'occlusion et pour prévenir la chute du sang dans l'abdomen lorsque l'utérus va être ouvert.

Avec le bistouri, le docteur Lubac pratique une incision linéaire sur l'utérus, ayant 16 centimètres de longueur, laquelle donne lieu à un écoulement sanguin peu considérable. La paroi utérine ainsi divisée est très peu épaisse; les membranes sont ensuite divisées avec les ciseaux et l'opérateur arrive directement sur le fœtus qui est saisi successivement par les deux pieds, par le bassin, et un mouvement de bascule du dos, qui est en avant et à droite et qui est amené en haut et en arrière, détermine sans difficulté le dégagement et la sortie de la tête.

Le fœtus est de sexe féminin, pesant 2800 grammes; il est extrait vivant, mais il n'a vécu qu'une demi-heure. Il présentait à la partie latérale gauche du cou une grosse tumeur aérienne (aérocèle).

Le placenta et les membranes ayant été ensuite extraits, tout le champ opératoire ayant été lavé minutieusement avec de l'eau boriquée chaude à 4 p. 100, l'utérus et ses annexes sont fortement attirés au dehors de la plaie abdominale et au ras de la paroi, une broche métallique est transfixée; ce pédicule est serré vigoureusement par un gros tube en caoutchouc et est laissé dehors après que la résection de tout ce qui est au-dessus du clamp, comprenant toute la matrice, les trompes et les ovaires, a été opérée avec des ciseaux. Le moignon ainsi laissé au dehors est hémisphérique et a le volume d'une pomme d'api.

La suture, qui a été la partie la plus longue de l'opération, a été faite avec des fils de soie phéniquée par des points distants de 5 centimètres, d'une part à la plaie péritonéale : sutures profondes; d'autre part, à la paroi abdominale : sutures superficielles; huit points de suture ont relié le péritoine péritonéal à celui qui recouvrait le pédicule dans toute sa circonférence, de manière à former une véritable collerette autour de celui-ci et à fermer ainsi la cavité abdominale.

La plaie suturée ainsi que le pédicule sont fortement saupoudrés d'iodoforme. De la gaze antiseptique et de l'ouate phéniquée superposées et maintenues par un bandage de corps serré ont complété le pansement. Enfin, une mèche de gaze trempée dans de l'huile phéniquée et saupoudrée d'iodoforme est placée dans le vagin. L'opération, sutures comprises, a duré trois quarts d'heure; la perte de sang n'a pas excédé 300 grammes.

La malade qui, par précaution, a été sondée le soir de l'opération et le lendemain matin et soir, a ensuite uriné très librement et aucun symptôme anormal n'a existé du côté de la vessie.

Les suites de l'opération ont été très simples. Les températures ont été normales, puisque le thermomètre n'est jamais monté au-dessus de 38 degrés. Le pouls a présenté de la fréquence pendant les huit premiers jours.

Le premier pansement a été fait le troisième jour après l'opération, puis les pansements ont été renouvelés tous les jours. Ils consistaient en irrigations antiseptiques phéniquées faites avec le laveur de Waseige, en applications d'iodoforme sur la plaie et le pédicule, en compresses de gaze phéniquée, recouvertes d'ouate, le tout maintenu par le bandage de corps.

Les sutures superficielles ont été enlevées le huitième jour. Quelques jours après il s'est produit un écartement des bords au-dessus de l'ombilic, sur 3 centimètres de longueur. Le fond de la plaie résultant de cet écartement est rempli de bourgeons charnus.

Le 13 novembre, on a constaté un petit abcès superficiel à droite du pédicule, formé dans l'épaisseur du tissu cellulaire de la paroi abdominale. Le pédicule est tombé le quinzième jour.

Il a été constaté de la parésie intestinale à la suite de l'opération. Deux fois : le neuvième et le seizième jour, on a donné de l'huile de ricin qui a amené quelques selles sans diarrhée.

La cicatrisation complète de la plaie a été retardée jusqu'au 10 décembre, par suite des sutures profondes, dont les fils agissant comme corps étrangers ont donné lieu à de légers soulèvements de la membrane granuleuse, au sommet desquels se montraient des petits pertuis laissant voir les fils ; ceux-ci, saisis avec des pinces, étaient sectionnés et retirés successivement.

L'opérée a quitté l'hôpital, le 31 décembre 1892, en très bonne santé.

La publication de cette observation a été retardée afin qu'on pût s'assurer, si la suppression de l'utérus et de ses annexes, des *ovaires* surtout, aurait une influence quelconque sur la santé ultérieure de l'opérée. Aujourd'hni 20 juin, huit mois et demi après l'opération, on peut affirmer, après examen, que cette influence a été nulle, que l'opérée a repris ses forces et son embonpoint et qu'elle se porte aussi bien qu'avant l'opération.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 juin 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

CORRESPONDANCE

Elle comprend une lettre de M. Sevestre, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

RAPPORT

Expériences sur le cadavre d'un supplicié. — M. LABORDE fait un rapport sur une communication de M. Fayelle (de Caen) relative à des expériences sur un supplicié. Les réflexes n'ont disparu que de quatre à dix minutes après la mort. Une couronne de trépan ayant été appliquée à droite, les contractions provoquées dans la face par l'électrisation de l'écorce ont toujours eu lieu à droite. Pour M. Laborde, il doit y avoir une erreur d'interprétation, due à la diffusion du courant.

LECTURE

Le typhus des prisons; cinq cas isolés de typhus à la prison de la Casbah d'Alger. — M. ALCIDE TREILLE

(d'Alger), depuis l'épidémie de typhus exanthématique des villages kabiles de la commune mixte de Fort-National, en 1891, où il a contracté lui-même la maladie, a fait plusieurs voyages en Kabylie. Ses enquêtes établissent conformément aux rapports des administrateurs et des médecins civils de colonisation de cette contrée, que le typhus n'y est pas plus endémique qu'ailleurs. Il y a toujours contamination des villages par quelque colporteur ou quelque journalier kabyle ayant été chercher la maladie au loin.

En Algérie, où l'on observe le typhus depuis plus de trente-deux ans, deux foyers semblent devenir permanents, depuis 1886 à l'Est, depuis 1888 au centre. Ils sont, du reste, limités : le premier au quartier juif à Constantine, le second au quartier de la Casbah, à Alger, habité par les Juifs et les Arabes. Cinq ou six cents cas de typhus ont été observés dans ces dix-neuf derniers mois à Constantine, avec une mortalité qui n'est pas d'ailleurs supérieure à 7 ou 8 p. 100.

A la prison de la Casbah d'Alger, située aux portes d'un foyer typhique, il a observé, à cinq reprises différentes, des cas de typhus : trois en 1891, deux en 1893.

Cette prison est continuellement surencombrée. Elle n'a été faite que pour 300 détenus. Il y en a eu jusqu'à 500 en 1891 et 600 en 1893. Cependant, il est impossible d'attribuer la maladie à l'encombrement. Les cas ont été isolés. Il n'y a eu entre eux aucune filiation.

A la prison d'Orléansville, située dans la région du Chéliff, si éprouvée cette année par la disette, on pouvait même dire au début la famine, il y a eu encombrement permanent également. Aucun cas de typhus n'y a été observé, non plus que parmi les faméliques du Chéliff.

Il faut de toute nécessité, pour expliquer les cas de la prison de la Casbah d'Alger, admettre ou une longue incubation, qui, chez l'un des détenus aurait été de deux mois au moins, ou un apport des germes par les vents. Les cinq cas se sont déclarés dans des salles ou cellules séparées, situées toutes sur le front nord-est de l'établissement, balayé par les vents passant sur un dépôt d'immondices situé à 24 mètres et recevant des balayures de tout le foyer typhique du quartier de la Casbah.

Des mesures d'antisepsie rigoureuses ont empêché la maladie, à cinq reprises différentes, de s'étendre au personnel de l'administration ou des détenus. Pourtant il n'a pu faire l'isolement qu'à partir du troisième ou quatrième jour, — dès que le diagnostic a pu être porté — dans un cabinet de 4 mètres de long sur 1m20 de large, donnant dans une salle même d'infirmerie.

Lavages phéniqués du corps des malades plusieurs fois par jour; lavages à la solution de Van Swieten de toutes les parties souillées par les déjections; stérilisation au bichlorure des crachoirs, des selles; précautions les plus minutieuses pour la préservation des infirmiers, pour l'enlèvement et la désinfection du linge des malades, renouvelé tous les jours : tels sont les moyens qui ont permis à M. Treille, dans un milieu surencombré, de n'avoir pas un seul cas de contagion.

La maladie n'ayant jamais pu être diagnostiquée que le troisième ou le quatrième jour, et les malades étant restés en contact pendant ce laps de temps, soit avec les autres détenus, soit avec les autres malades ou les infirmiers, il en résulte clairement que la maladie n'est pas contagieuse dans les quatre premiers jours.

Comme traitement, il a donné la première place au café alcoolisé et au lait. Il attache une grande importance aux lavages de la bouche et de l'arrière-bouche au moyen de l'eau phéniquée à 1/100. C'est là, sans aucun doute, que cultivent surtout les germes typhiques. Une série de raisons l'indiquent. Il s'est infecté, en parcourant les cases kabyles, en mai 1871, au moyen du crayon qui lui servait à prendre des notes et qu'il portait de temps en temps à ses lèvres.

Ses conclusions sont les suivantes :

1° Il n'existe pas un typhus spécial des prisons;

2° Le germe typhique ne naît pas de toutes pièces dans les établissements pénitentiaires; l'encombrement, pas plus que la famine, ne le fait éclore;

3° Il vient toujours du dehors, apporté par un prisonnier qui s'est trouvé en contact avec quelque typhique;

4° Cependant les faits de la prison de la Casbah d'Alger peuvent donner l'éveil sur la possibilité d'un transport par l'air, par les vents balayants la poussière des déjections ou des immondices provenant d'un foyer typhique aux portes de l'établissement;

5° Le germe évolue d'autant mieux dans les milieux misérables des prisons qu'il y trouve des organismes en état favorable de réceptivité, que la maladie est méconnue à son début et que l'encombrement favorise d'autant plus la contagion.

6° La maladie n'est pas contagieuse dans les quatre premiers jours au moins;

7° Le typhus est une maladie que l'on peut éteindre à volonté, même dans un milieu surencombré, pourvu que le premier cas soit diagnostiqué dans les délais voulus de non-contagiosité, que l'isolement soit aussitôt pratiqué et que les plus rigoureuses mesures d'antisepsie soient prises.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE BRIGHTISME

M. **DIEULAFOY** rappelle avoir, dans la première communication (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 623), appelé l'attention de l'Académie sur certains des signes du brightisme sans albuminurie; par contre, dit-il, il y a des albuminuriques qui ne deviendront jamais des brightiques. Il en cite plusieurs exemples; c'est d'abord un cas observé à Londres, dans lequel il s'agit d'un homme qui est resté vingt-trois ans albuminurique sans brightisme; c'est un autre malade qui a été vu par Bright lui-même, auquel celui-ci n'a donné que deux ans à vivre et qui a vécu quarante-trois ans sans jamais devenir brightique. Un albuminurique peut donc rester indéfiniment albuminurique sans jamais devenir brightique.

M. Dieulafoy étudie ensuite les autres dissociations des actes morbides du rein. Il parle tout d'abord de la diathèse goutteuse ou arthritique. On débute souvent par des coliques néphrétiques, on finit par la néphrite interstitielle. M. Dieulafoy cite plusieurs exemples de goutteux ayant 2 et 3 grammes d'albumine dans les urines. Ces goutteux albuminuriques se rencontrent fréquemment. Puis certains de ces goutteux se plaignent de migraines, de crises d'asthme ou de dyspepsie, migraines, asthmes et dyspepsies, que l'on rattache à la goutte et qui ne sont, en réalité, que de la céphalalgie, de la dyspnée et de la dyspepsie brightiques.

M. Dieulafoy passe ensuite aux rapports du brightisme avec les maladies infectieuses. On sait combien est fréquente l'albuminurie à la suite de la scarlatine. Ces albuminuries peuvent être durables, persistantes, sans jamais aller jusqu'au brightisme. Par contre, on voit des cas dans lesquels le brightisme se développe à la suite de la scarlatine, sans que les malades aient jamais présenté d'albuminurie. Il en est de même de la pneumonie.

Vient ensuite le syphilo-brightisme. M. Dieulafoy passe ici en revue tous les symptômes qui peuvent survenir chez les syphilitiques, qui sont mis sur le compte de la syphilis et qui ne sont, en réalité, que des symptômes du brightisme.

Il insiste plus particulièrement, ensuite, sur le chloro-brightisme. Cette partie de son travail est basée sur trente observations qui, toutes, sont calquées sur la suivante : Une jeune fille ou une jeune femme présente tous les signes les plus accentués de la chlorose : pâles couleurs, décoloration des muqueuses, aménorrée, flueurs blanches, dyspepsie, dyspnée, battements de cœur, bizarreries de caractère, souffle au cœur et dans les vaisseaux du cou, diminution des globules rouges, etc., etc. La mère de cette jeune fille consulte plusieurs médecins, tous prescrivent du jus de viande, de la viande crue, du fer, de l'arsenic, des vins généreux; plus elle apporte d'exactitude dans l'exécution de ces prescriptions, plus les accidents s'accentuent. Alors si on y regarde de plus près, on constate une certaine bouffissure des paupières, une certaine tuméfaction de la face, un peu d'enflure

des jambes; on apprend que la malade a des crampes dans le mollet, qu'elle a froid aux jambes et surtout aux genoux. On prescrit alors le régime lacté absolu au grand étonnement de la mère qui proteste qu'on va affaiblir sa fille encore davantage et si, à force d'autorité, on parvient à faire exécuter cette prescription, au bout de huit ou quinze jours, on constate que les phénomènes s'amendent et que la malade va mieux.

Encore, dans cette catégorie de malades, faut-il distinguer les chloro-brightiques albuminuriques des chloro-brightiques non albuminuriques. M. Dieulafoy cite ici plusieurs exemples de chloro-brightiques. L'une d'elles entre dans son service, est soumise au régime lacté et sort peu de temps après complètement guérie. Elle se marie, elle devient enceinte; on examine les urines, il n'y a pas d'albumine; elle accouche, il n'y a toujours rien dans les urines; au troisième jour, elle est prise d'une attaque d'éclampsie avec albuminurie. Il cite d'autres exemples dans lesquels les malades sont mortes, en peu de temps, urémiques. Une jeune fille de dix-huit ans, chlorotique, se plaint des yeux; on consulte M. Galezowski qui reconnaît une rétinite albuminurique et demande qu'on fasse l'examen des urines; on trouve 12 grammes d'albumine et cette jeune fille, peu de temps après, meurt urémique.

On peut tirer de ces faits cette conclusion que, si le chloro-brightisme, dans certains cas, est une affection relativement bénigne, il acquiert, dans d'autres, la plus haute gravité et peut, sous l'influence d'une maladie infectieuse, de la grippe, d'une grossesse, amener les accidents les plus formidables du brightisme et aboutir à la mort par urémie. On peut juger par là de l'importance qu'il peut y avoir à déceler les moindres signes du brightisme chez les malades chlorotiques.

M. LANCEREAUX est d'accord avec M. Dieulafoy sur plusieurs points. Il reconnaît, avec lui, qu'il y a des albuminuriques qui ne deviendront jamais urémiques. L'albuminurie n'est qu'un symptôme dont l'importance varie selon les lésions auxquelles elle se rattache. M. Lancereaux cite l'exemple d'un homme qui, en 1870, a été reconnu albuminurique par M. Dupré (de Montpellier). Cet homme vit encore et il n'a jamais présenté la moindre trace d'urémie. Il n'y a donc pas une corrélation absolue entre ces deux états morbides : albuminurie et urémie.

M. Lancereaux reconnaît parfaitement exact le tableau clinique qu'a fait M. Dieulafoy des petits signes du brightisme. Mais ces petits signes, pour M. Lancereaux, se rencontrent surtout chez les artério-scléreux. C'est l'artério-sclérose qui fait aboutir à ces lésions rénales ou cardiaques dont M. Dieulafoy a si bien décrit les signes. Il en est de même des rapports de la goutte avec le brightisme ; ce n'est pas la goutte par elle-même qui conduit au brightisme, mais bien l'artério-sclérose qui peut exister dans la goutte. De même pour la chlorose. Si elle aboutit, elle aussi, si fréquemment au brightisme, c'est en raison de la tendance aux lésions artérielles qu'on rencontre chez les chlorotiques.

Les artério-scléreux transmettent à leurs descendants une prédisposition aux lésions artérielles, en particulier à l'étroitesse congénitale des artères. Ce sont surtout ces lésions artérielles dont il faut tenir compte dans l'explication du brightisme survenant chez ces malades goutteux ou chlorotiques.

Quant au syphilo-brightisme, il faut ici distinguer les lésions de la période secondaire de celles de la période tertiaire. Dans la période secondaire, jamais la syphilis n'atteint les épithéliums. Si donc l'épithélium rénal est atteint dans le cours de la période secondaire d'une syphilis, c'est autre chose que la syphilis qui intervient pathogéniquement.

En résumé, M. Dieulafoy a fort bien décrit cliniquement les petits signes de brightisme; M. Lancereaux va plus loin en cherchant à établir les relations anatomiques ou anatomo-pathologiques qui unissent ces petits signes du brightisme à certains états morbides, tels que la goutte, la syphilis ou la chlorose.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ rappelle que dans la première discussion qui a été soulevée sur ce sujet, se plaçant au point de vue de la thérapeutique, il a dit : « Ce n'est pas l'albumine qui juge la question. » Il a soutenu que, dans le traitement de l'albuminurie, il fallait surtout tenir compte du plus ou moins de perméabilité du rein. M. Dujardin-Beaumetz a aussi insisté sur le rôle antiseptique du foie au point de vue de la non-production du brightisme.

Tant que le foie fonctionne bien, alors même que la perméabilité du rein n'est pas parfaite, il n'y a rien à craindre. Mais si le foie et le rein fonctionnent mal simultanément, alors apparaît le brightisme. M. Dujardin-Beaumetz aurait désiré que M. Dieulafoy tînt compte de ces données dans son exposition.

Enfin il insiste de nouveau sur l'importance du régime alimentaire et sur les avantages du régime végétarien qui s'impose lorsque le rein laisse à désirer au point de vue de sa perméabilité. Tout ce qui est altérable, la viande, le gibier et surtout le poisson, doivent être supprimés du régime alimentaire des individus ayant un mauvais rein.

M. DIEULAFOY répond à M. Lancereaux qu'il n'a pas eu l'intention d'aborder la pathogénie des accidents du brightisme. C'est donc intentionnellement qu'il a laissé de côté l'artério-sclérose dont a parlé M. Lancereaux.

M. Dieulafoy est d'accord avec M. Dujardin-Beaumetz sur la question du traitement et du régime alimentaire. Mais il n'a pas eu l'intention d'aborder la question du traitement de l'albuminurie brightique.

COMMUNICATIONS

Traitement chirurgical et médico-pédagogique des enfants idiots et arriérés. — M. BOURNEVILLE fait sur ce sujet une communication qu'il termine par les conclusions suivantes :

1° Le traitement chirurgical de l'idiotie repose sur une hypothèse que ne confirme pas l'anatomie pathologique.

2° La synostose prématurée des sutures du crâne n'existe pas dans les différentes formes de l'idiotie. Ce n'est que tout à fait exceptionnellement que l'on rencontre une synostose partielle.

3° Les lésions auxquelles sont dues les idioties sont d'ordinaire profondes, étendues, variées, et partant peu susceptibles d'être modifiées par la craniectomie.

4° Le diagnostic de la synostose des sutures et de l'épaisseur du crâne échappe jusqu'ici à nos moyens d'investigation.

5° D'après la plupart des chirurgiens, les résultats obtenus par l'intervention opératoire même sont légers, douteux ou nuls. Des accidents graves (paralysie, convulsions, etc.) et la mort peuvent s'ensuivre.

6° Le traitement médico-pédagogique, reposant sur la méthode imaginée par Séguin et perfectionnée par l'introduction de procédés nouveaux, appliquée judicieusement et prolongée un temps convenable, permet d'obtenir à peu près toujours une amélioration sérieuse et souvent même de mettre les enfants idiots et arriérés en état de vivre en société.

Traitement des engorgements testiculaires. — M. J. ROCHARD donne lecture, au nom de M. Barthe de Landfort, d'un mémoire sur le traitement des engorgements testiculaires.

Dans trente-neuf observations d'orchites goutteuses, traumatiques, blennorragiques, ourliennes, il aurait obtenu de bons résultats par l'emploi des boues de Dax transportées.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 16 juin 1893, M. le pharmacien principal de deuxième classe Burcker, professeur de chimie appliquée aux expertises de l'armée et de toxicologie à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires, a été inscrit au tableau d'avancement au grade de pharmacien principal de première classe pour 1893 (tableau supplémentaire).

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Lefilliâtre est nommé aide du laboratoire de clinique des maladies mentales.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. le docteur Dutilleul est maintenu dans les fonctions de chef de clinique ophtalmologique.

— Le classement général et la répartition, dans les services hospitaliers, de MM. les élèves en pharmacie, pour l'année 1893-1894, auront lieu : pour les élèves de deuxième, troisième et quatrième années, le samedi 24 juin ; à trois heures, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3 ; pour les élèves de première année, le mardi 27 juin, à trois heures.

— Un concours pour quatre places d'élève en pharmacie des hôpitaux civils de Marseille sera ouvert le lundi 7 août 1893, à trois heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre des concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Les candidats peuvent s'inscrire au secrétariat de l'administration des hospices de Marseille, de neuf heures à midi et de trois heures à cinq heures, jusqu'au 31 juillet inclusivement.

— M. le docteur Rochard, chirurgien des hôpitaux de Paris, vient d'être nommé chirurgien consultant adjoint de la Compagnie des chemins de fer de l'Ouest.

Manipulations de chimie médicale (Guide à l'usage des étudiants en médecine), par J. Ville, professeur de chimie médicale à la Faculté de médecine de Montpellier. 1 vol. in-18 jésus de 184 pages avec 68 figures, cartonné. — Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 72. — SAMEDI 24 JUIN 1893. 66e ANNÉE. SAMEDI 24 JUIN 1893. — N° 72.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Tuberculose urinaire chirurgicale.

Par le docteur E. VIGNERON (de Marseille),
Ancien interne des hôpitaux de Paris et de la Clinique des voies urinaires de l'hôpital Necker.

HISTORIQUE. — La tuberculose urinaire a d'abord été étudiée et décrite au point de vue anatomo-pathologique. Morgagni (1), en 1767, Heer (2), en 1790, Baillie entrevoient déjà les lésions, sans en reconnaître, il est vrai, exactement la nature. Avec Bayle (3), au contraire, en l'an VI, les tubercules sont vus et décrits, tant dans le rein que dans la vessie : à partir de ce moment, la voie est ouverte et ces travaux se succèdent rapidement. Ce sont les études de Laënnec (1849), de Wilson (1821), de J. Howship (1823), de Kœnig (1826), de Larchier (1827), de Maréchal (4), de Duchapt (5), de Ammond (de Dresde) en 1837, de Bermond (de Montpellier) en 1837. Viennent ensuite les travaux de Boyer, Cruveilhier (6), Rayer (7), Andral, Louis, Dufour (8), Lebert, Liouville, Virchow, où, déjà, on commence à noter la coïncidence fréquente des lésions tuberculeuses dans l'appareil urinaire en même temps que dans d'autres organes, entre autres dans l'appareil génital.

Cette constatation amène d'autres recherches : il s'agit de savoir comment débute la tuberculose urinaire. Commence-t-elle par le rein, par la vessie, ou par l'appareil génital ? Les matériaux de cette étude sont fournis par les travaux de MM. Reclus (9), Tapret (10), Terrillon (11), Lancereaux (12), Guyon (13), Boursier (14), Gaucher (15), Brissaud (1), Barrette (2), Cayla (3), par les nombreuses observations publiées chaque année dans les *Bulletins de la Société anatomique*, par celles de Steinthal et d'Israël (4), par les examens de Baumgarten et de M. Durand-Fardel (5), par les expériences de M. Albarran (6) et, peu à peu, on arrive à reconnaître qu'à côté de la tuberculose urinaire ascendante, à début vésical ou génital, il existe une seconde forme commençant par le rein.

Pendant que se poursuivaient les études relatives à l'anatomie et à la physiologie pathologiques de la tuberculose urinaire, en même temps que lui-même s'en occupait, M. Guyon entreprenait à Necker, il y a plus de vingt ans, l'étude clinique, à peine ébauchée, des tuberculoses du rein et de la vessie : dès 1873 commençait la série de ses publications. Depuis, le chirurgien de Necker n'a pas cessé de poursuivre la question, de la vulgariser dans ses leçons (7) ou dans les mémoires de ses élèves : de MM. E. Monod (8), Hache (9), Jamin entre autres. Néanmoins le diagnostic restait souvent hésitant. M. de Gennes (10), un des premiers, trouve dans les urines le bacille de Koch qui permet d'affirmer ce diagnostic et M. Guyon, en perfectionnant les procédés d'exploration du rein (11) et de la vessie, en vulgarisant, en France, l'usage du cystoscope, arrive à donner les règles d'un diagnostic précis.

Au point de vue du traitement, pour n'avoir pas tout fait, l'école de Necker n'est cependant pas restée à l'écart. La thèse de M. Hartmann (12) montre que le traitement de la tuberculose vésicale n'est pas encore réglé, mais se trouve à l'étude en 1886. Depuis, les travaux de M. Guyon (13) ont à peu près fixé cette importante question. Et si pour le rein, les Allemands, en particulier, Czerny (14), Bardenheuer (15), Ris (16), Madelung (17), nous ont devancés dans la néphrec-

(1) MORGAGNI. *De sedibus et causis morborum*, 1767, t. IV.
(2) HEER. *De renum morbis*, Halœ 1790.
(3) BAYLE. *Journal de Corvisart*, t. VI.
(4) MARÉCHAL. *Journ. hebd.*, 1829, t. II, p. 494.
(5) DUCHAPT. *Rev. méd.*, 1831, t. II, p. 383.
(6) CRUVEILHIER. *Anat. pathol.*, t. IV.
(7) RAYER. *Maladies des reins*, 1841, t. III, p. 618.
(8) DUFOUR. *Tuberculisation des organes génito-urinaires*, Th. de Paris, 1853.
(9) RECLUS. *Tuberculose du testicule*, Th. de Paris, 1876.
(10) TAPRET. *Arch. gén. de méd.*, 1878, t. I, p. 513, t. II, p. 59, et 1879, t. II, p. 403.
(11) TERRILLON. *Progr. méd.*, 1882-84.
(12) LANCEREAUX. *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. REIN ; — *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1883, p. 153.
(13) GUYON. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, mars 1873 ; — *Semaine méd.*, 1879, p. 367.
(14) BOURSIER. *Tuberculose de la vessie*, Th. de Paris, 1886.
(15) GAUCHER. *Pathologie des néphrites*, Th. d'agr., 1886.

(1) BRISSAUD. Rein tuberculeux médical, *Gaz. hebd.*, 1886.
(2) BARRETTE. *Néphrites infectieuses*, Th. d'agr., 1886.
(3) CAYLA. *Tuberculose gén.-urinaire*, Th. de Paris, 1886.
(4) ISRAEL. Ueber Nierentuberculose, *Deuts. Med. Wochens.*, 1890, n° 31.
(5) DURAND-FARDEL. *Tuberculose des reins*, Th. de Paris, 1886.
(6) J. ALBARRAN. *Bull. méd.*, 27 mai 1891.
(7) GUYON. Cystite tuberculeuse, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1886, p. 131 ; — Tuberculose rénale, *Ibid.*, 1888, p. 577.
(8) E. MONOD. *Progr. méd.*, 9 et 16 août 1879.
(9) HACHE. Th. de Paris, 1884.
(10) DE GENNES. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1885, p. 521.
(11) GUYON. *Diagnostic des affections chirurgicales des reins*, Paris 1891.
(12) HARTMANN. *Cystites douloureuses et leur traitement*, Th. de Paris, 1886.
(13) GUYON. Cystite tuberculeuse, *Cong. fr. de chir.*, 1888-89 ; — Traitement des cystites par le sublimé, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, janv. 1892.
(14) HERCZEL. Ueber Nierenexstirpation, *Beit. zur Klin. Chir.*, 1890, p. 319 et 485.
(15) BARDENHEUER. *Mittheilungen aus dem Kœher Burger hospital*, 1890.
(16) RIS. Zur Nierenchirurgie, *Beitr. zur Klin. Chir.*, 1890, p. 135.
(17) MADELUNG. Ueber die operative Behandlungen der Nierentuberkulose, *Arch. f. Klin. Chir.*, 1891, p. 251.

tomie, personne, mieux que M. Guyon, n'a reconnu les indications et perfectionné le manuel opératoire de la néphrotomie et nous-même (1) avons, récemment, donné le premier travail d'ensemble sur le traitement des tuberculoses du rein.

I

Anatomie pathologique. — A. *Vessie.* — Dans l'immense majorité des cas, la vessie est petite, ratatinée, cachée derrière la symphyse au milieu d'une gangue scléro-adipeuse plus ou moins épaisse. Ses parois semblent considérablement épaissies, elles forment souvent une couche de 1 centimètre et demi et plus, au contraire, la cavité vésicale est extraordinairement réduite et ne peut contenir que quelques grammes de liquide. Très rarement, la vessie a conservé ses dimensions normales ou est même dilatée.

α. Les *lésions tuberculeuses* ont dans la vessie un siège de prédilection, qui est le *trigone* (Guyon). C'est là que se rencontrent toujours les premières granulations, c'est là encore qu'on retrouve les lésions à un degré plus avancé qu'ailleurs. Dans le trigone de Lieutaud, deux points servent presque toujours de foyer initial : tantôt, cas le plus fréquent (Boursier), c'est la région du col, tantôt c'est la zone voisine de l'embouchure d'un des deux uretères : parfois, c'est un point quelconque. Il est important de noter exactement la région primitivement envahie : elle indique le sens de propagation de la tuberculose. D'un de ces points, les tubercules vont se propager dans le trigone, d'une façon irrégulière et souvent sans symétrie : du col, par exemple, ils vont remonter vers l'un des deux uretères en respectant d'abord une moitié du trigone. Ce n'est que bien plus tardivement que le trigone entier sera envahi, puis dépassé. A la longue, toute la surface de la muqueuse vésicale pourra sans doute être envahie ; mais plus souvent, cependant, même à l'autopsie, on rencontrera des territoires sans tubercules, simplement envahis par des lésions de cystite chronique.

La tuberculose vésicale se manifeste sous formes de granulations et d'ulcérations. A une première période, on trouve la granulation grise, semi-transparente, très superficielle, sous-endothéliale, telle que l'a décrite M. Clado (2). A peine saillante, elle est difficile à reconnaître, tant à cause de son volume microscopique que des lésions de cystite de voisinage et du dépôt muqueux ou muco-purulent qui la recouvre ordinairement. Ces granulations sont, selon les cas, isolées, formant un semis, ou confluentes, agglomérées, pour constituer un placard plus ou moins étendu et irrégulier.

La granulation grise, dans la vessie, comme partout ailleurs, va passer à l'état de granulation jaune. Celle-ci, à son tour, laissera à sa place une ulcération.

Les ulcérations tuberculeuses, au début, sont superficielles, en coup d'ongle, à bords nets, à fond jaunâtre, parfois difficiles à distinguer au milieu des lésions tuberculeuses ou de cystite qui l'environnent. Plus tard, elles sont plus profondes, larges, souvent irrégulières et multiples. Leurs bords sont déchiquetés, parfois ils sont taillés à pic : leur fond est villeux, sanieux, grisâtre. Leur étendue est très variable : elles peuvent envahir une grande partie du triangle de Lieutaud, dans quelques cas, la presque totalité de la vessie. Ainsi étendues, ces ulcérations sont profondes, dépassent la muqueuse, détruisent souvent la musculeuse. Rarement, cependant, elles aboutissent à la perforation, à cause des lésions péri-vésicales. On a signalé cependant quelques cas de fistules, soit avec le rectum (Basham, Petit), soit avec le vagin (nous en avons vu un exemple à Necker), soit vers le périnée ou le pénis (Tapret). Autour des ulcérations tuberculeuses, on trouve le plus souvent une zone de granulations ou des lésions de cystite ; parfois un cercle de franges papillomateuses assez longues (3).

A côté de cette forme usuelle, on peut rencontrer une forme fongueuse, caractérisée par des placards plus ou moins étendus, irréguliers, d'aspect végétant et framboisé, constitués par de véritables fongosités d'un rouge vif, saignant au moindre attouchement. Englisch considère ces fongosités comme caractéristiques de tuberculose. M. Guyon les a rencontrées dans des vessies ne présentant pas de granulations apparentes ; mais plusieurs fois, il a pu, par l'inoculation de leurs débris, recueillis par le grattage, produire la tuberculose.

β. Les lésions tuberculeuses de la vessie peuvent évoluer pendant un temps assez long, en produisant simplement une zone de congestion péri-tuberculeuse. Plus souvent, cependant, on trouve les lésions diffuses de la *cystite chronique*. Celles-ci peuvent avoir précédé l'infection tuberculeuse et ont pu la préparer. Plus souvent, sans doute, elles sont secondaires. Un enduit muco-purulent recouvre la muqueuse : il faut la débarrasser de cet enduit par le lavage, pour reconnaître l'aspect sous lequel elle se présente. L'épithélium est en voie de desquamation : la muqueuse est épaissie, boursouflée, œdématiée ; elle est ordinairement plus rouge que normalement et a perdu son aspect lisse et luisant pour devenir plus ou moins irrégulière et grenue. Les vaisseaux sanguins peuvent se dessiner plus gros que de coutume : parfois on trouve de véritables taches ecchymotiques.

Autour de la vessie, il est rare de rencontrer des foyers de suppuration tuberculeuse : on trouve toujours, par contre, de la *péri-cystite adipo-scléreuse*. C'est à ce travail de sclérose péri-vésicale qu'il faut attribuer la rareté des perforations et des fistules dans les formes ulcéreuses de la tuberculose de la vessie. Grâce à lui, en dehors des parois propres, détruites par places, se forme excentriquement une paroi nouvelle, dure et non contractile il est vrai, mais non moins utile cependant. Cette couche peut atteindre une épaisseur de près de 2 centimètres et arriver à constituer à elle seule, par places, le réservoir urinaire. N. Hallé a récemment étudié ces péri-cystites (1) : les lésions se rencontrent surtout à la base de la vessie ; elles peuvent créer des adhérences avec le péritoine et l'intestin. On peut enfin trouver des granulations sur le péritoine pelvien et des masses de ganglions tuberculeux formant tumeur le long des vaisseaux iliaques et hypogastriques.

γ. L'examen *microscopique* (Clado) a montré que la granulation tuberculeuse avait une origine très superficielle, sous-endothéliale.

Au point de vue anatomique, elle n'a pas de caractères spéciaux. A une période ultime, le bacille de Koch est bien rarement rencontré.

B. *Uretère.* — L'uretère tuberculeux forme un cordon induré, épaissi, en général régulier et ne présentant ni bosselures, ni flexuosités. La première portion envahie est, selon les cas, la partie supérieure ou inférieure, suivant que la tuberculose urinaire a débuté par le rein ou par la vessie. Plus tard, tout le conduit peut être pris. En dépit de l'augmentation de son volume, l'uretère n'est pas dilaté. La lumière de son calibre est, au contraire, plus ou moins diminuée : l'oblitération peut même être complète. L'augmentation de volume est due à la *péri-urétérite adipo-scléreuse*, qui forme une gaine en dehors de l'uretère vrai dont les parois sont détruites par les lésions tuberculeuses. Elle empêche la perforation, mais crée des *adhérences*, souvent très solides, avec les tissus voisins; avec l'aponévrose du psoas, en arrière, presque toujours ; avec le péritoine, en avant ; avec les vaisseaux utéro-ovariens, en dedans ; parfois aussi avec l'iléon ou l'S iliaque. Quand l'uretère est oblitéré, il ne l'est, en général, qu'en un point limité ; d'après M. Tuffier (2), cependant, cette oblitération peut s'étendre à l'uretère tout entier. Au-dessus d'une oblitération annulaire ou d'un rétrécissement prononcé de l'uretère, on peut trouver de la dilatation.

(1) Vigneron. *Interventions chirurgicales dans les tuberculoses du rein*, Th. de Paris, 1892.
(2) Clado. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1887, p. 46.
(3) J. Albarran. *Tumeurs de la vessie*, 1882, p. 171.

(1) N. Hallé. Des péri-cystites, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, nov.-déc. 1892.
(2) Tuffier. *Arch. de méd.*, 1892.

A l'autopsie, les lésions sont souvent très avancées et ne permettent plus de rencontrer de granulations. On trouve ordinairement la forme ulcéreuse avec disparition de la muqueuse et souvent de la musculeuse. On ne rencontre jamais la tuberculose primitive de l'uretère; elle est toujours secondaire à celle du rein ou de la vessie.

C. *Rein.* — Le rein tuberculeux chirurgical ou rein caséeux peut conserver ses dimensions normales, être atrophié ou très gros; le plus souvent, il augmente modérément de volume. En général aussi, il conserve sa forme et son aspect normal et ne présente que rarement des bosselures appréciables à sa surface (Bardenheuer). On peut le rencontrer percé d'un ou plusieurs orifices dus à l'ouverture d'une caverne dans l'atmosphère péri-rénale. Le plus souvent, sa capsule propre adhère d'une façon absolument intime à la couche cellulo-graisseuse péri-rénale, sclérosée et très épaissie.

La coupe révèle des lésions variables, selon l'ancienneté de la maladie : parfois, on ne trouve qu'une série de noyaux tuberculeux non ramollis encore, entourés de granulations jeunes. Plus souvent, elle ouvre des *cavernes multiples* qui peuvent avoir détruit la presque totalité du parenchyme rénal : ce rein caverneux ou caséeux est le véritable rein tuberculeux chirurgical.

Les cavernes sont toujours multiples, parfois très nombreuses : on les rencontre surtout dans la partie inférieure du rein. Leur volume est aussi variable que leur forme et leur nombre. La plupart s'ouvrent dans le bassinet par un orifice plus ou moins large : on en peut cependant rencontrer d'isolées encore dans le parenchyme rénal. Arrivées à leur dernier stade d'évolution, elles peuvent avoir détruit le rein entier et l'avoir transformé en une vaste poche irrégulièrement cloisonnée par quelques brides plus ou moins épaisses, derniers débris de ce qui fut le rein et plus tard, la réparation des différentes cavernes. La paroi externe de cette caverne unique peut être réduite à une coque très mince elle-même.

Le contenu des cavernes est variable. Tantôt, c'est un pus épais, visqueux, verdâtre, phlegmoneux et ne contenant que quelques rares débris caséeux : tantôt, et plus souvent, ce sont des grumeaux grisâtres, baignant dans un liquide séro-purulent et mélangé d'urine, ou bien encore, c'est un magma épais, presque solide, ressemblant et comparable à du fromage ou du mastic. Dans quelques cas, on trouve des calculs secondaires (1) ou des amas de cholestérine (Morris). Ce contenu des cavernes a souvent une odeur urineuse ou parfois fécaloïde.

La caverne vidée, on peut trouver sa surface interne tapissée de concrétions calcaires; sinon, on tombe sur une surface chagrinée, fongueuse, irrégulière et d'un gris sale; il est bien rare qu'on y puisse découvrir des granulations.

Quant au bassinet, il est rarement dilaté, au moins notablement, à part dans les cas d'oblitération de l'uretère. Il peut être sain et sans communication avec les tubercules rénaux; il peut être couvert de granulations, même d'ulcérations, ou être envahi et oblitéré par du tissu adipeux. D'après Beselin (2), enfin, sa muqueuse pourrait être le siège de desquamation cholestéatomoïde : dans ce cas, son épithélium hyperplasié et épidermoïsé se desquamerait sous forme de lambeaux nacrés.

A côté de cette forme caverneuse, on peut évidemment trouver des reins ne présentant encore que des lésions récentes : la tuberculose peut n'en être qu'un stade d'*infiltration.* La coupe montrera des granulations isolées ou réunies en noyaux, petits, durs, non ramollis, entre lesquels persistent de vastes zones de parenchyme sain ou simplement congestionné.

Quant à l'hydronéphrose tuberculeuse, admise par M. Tuffier (3), il ne nous semble pas qu'elle doive être considérée comme une forme de tuberculose rénale, au moins dans les cas invoqués, où le rein ne présente pas d'autres lésions que celles de la rétention. C'est de l'uronéphrose par urétérite tuberculeuse oblitérante.

Dans l'immense majorité des cas, la tuberculose du rein a une marche régulièrement progressive et aboutit à la destruction plus ou moins complète de l'organe. Parfois, cependant, la guérison du tubercule semble possible. D'après Madelung (1), la granulation peut subir la transformation fibro-crétacée et se *cicatriser*; avec quelques anatomo-pathologistes, il en aurait rencontré plusieurs exemples. A une période beaucoup plus avancée, les lésions peuvent encore s'arrêter, par un processus qui entraînera, il est vrai, la perte fonctionnelle du rein (musée de Necker).

Il est rare de retrouver le bacille de Koch dans le rein caséeux, qu'on le recherche dans le contenu ou dans la paroi des cavernes, on ne l'y trouve, en tous cas, qu'en petit nombre et après des examens multiples. La cellule géante elle-même est souvent modifiée : son centre est devenu vitro-caséeux et sa zone de cellules épithélioïdes a disparu. Quant aux derniers vestiges du parenchyme rénal, ils sont le siège de néphrite diffuse plus ou moins avancée; autour des tubes urinifères étouffés, ayant perdu leur épithélium, remplis de masses colloïdes, et autour des vaisseaux, on constate l'existence d'infiltrations embryonnaires ou même de sclérose. Enfin, au dernier stade d'évolution de la tuberculose, on peut ne plus trouver trace d'éléments du rein : la coque plus ou moins cloisonnée qui a remplacé l'organe n'est plus formée que d'une couche externe fibreuse ou fibro-caséeuse doublée, en dedans, d'une membrane embryonnaire en voie de caséification.

Enveloppes du rein. — Presque toujours altérées, épaissies et confondues avec le rein tuberculeux, elles contribuent, pour une large part, à la formation de la tumeur rénale.

La *capsule propre* est épaissie, sclérosée, indurée : en général, elle se laisse assez facilement détacher de la surface du rein, mais adhère d'une façon intime à l'atmosphère graisseuse péri-rénale. Elle peut être percée d'orifices dus à l'ouverture d'une caverne du rein dans la couche péri-rénale; d'autres fois, elle résiste et Bardenheuer a pu rencontrer un abcès resté sous-capsulaire.

L'*atmosphère graisseuse* peut présenter deux ordres de lésions :

α. Le plus souvent, elle est le siège de *péri-néphrite adipo-scléreuse.* Elle est indurée, très épaissie, absolument confondue avec la capsule propre. Son épaississement peut être tel que, même après la néphrectomie sous-capsulaire, on continue à sentir une tumeur présentant tous les caractères d'une tumeur du rein (cas d'Israël, de Tuffier). Le maximum de ces lésions siège, en général, au niveau du bassinet, d'où elles se poursuivent le long de l'uretère sous forme scléreuse : dans quelques cas, le processus adipeux, de son côté, se continuera vers le bassinet qui pourra être envahi par lui et en partie comblé.

La péri-néphrite adipo-scléreuse a, pour conséquence à peu près constante, la formation d'adhérences, souvent très résistantes, parfois impossibles à rompre : du côté droit, avec la veine-cave qui peut adhérer sur une longueur de plusieurs centimètres [4 pièces du musée de Necker, obs. de Thorton (2)] et avec l'aorte abdominale, des deux côtés avec l'intestin et le péritoine.

β. Dans d'autres cas, la couche graisseuse est le siège d'un *phlegmon péri-néphrétique*, soit par ouverture d'une caverne rénale à travers la capsule propre, soit par propagation lymphatique [Albarran (3)] et sans communication apparente avec les foyers intra-rénaux. Quel que soit le processus pathogénique, l'abcès péri-néphrétique peut baigner le rein presque de toutes parts : plus souvent, il est limité à l'une des faces ou même à une portion d'une des faces du rein, presque toujours la face postérieure. La collection peut varier de quelques grammes à plus de 1 litre de pus, souvent

(1) Legueu. *Calculs du rein et de l'uretère*, Th. de Paris, 1891.
(2) Beselin. *Virchow's Arch.*, Bd IC, 1885.
(3) Tuffier. *Traité de chirurgie*, 1892, p. 568.

(1) Madelung. Loc. cit.
(2) Thornton. *Med. Chir. Transact.*, LXXII, p. 287-289.
(3) V. Albarran. *Rein des urinaires*, Paris 1887, et Soc. de biol., 29 juin 1889.

caséeux, mal lié, d'odeur infecte, dans lequel, le plus fréquemment, on ne retrouve plus le bacille de Koch, mais dont l'inoculation est presque toujours positive. Parfois le pus est bien lié, verdâtre, franchement phlegmoneux. La poche est, en général, irrégulière et présente des diverticules : elle peut s'étendre jusqu'au diaphragme et au foie, s'ouvrir dans la cavité pleurale (1). Plus souvent, elle gagne en bas, le long du psoas, la fosse iliaque, pouvant dépasser l'arcade crurale et s'ouvrir au niveau du grand trochanter ou dans le triangle de Scarpa. Elle peut enfin s'ouvrir dans l'intestin, le duodénum (2), la vessie. La surface limitante de la poche est irrégulière, villeuse, fongueuse : au début, on peut y trouver des granulations tuberculeuses.

Thomas (3) décrit une forme de péri-néphrite fongueuse, rare à l'autopsie, qui ne semble être que le premier stade de la forme ordinaire des abcès péri-néphrétiques.

Les ganglions lymphatiques du hile du rein, souvent ceux de la chaîne lombaire, sont gras et le siège de lésions tuberculeuses.

D. *Urèthre*. — Les lésions tuberculeuses de l'urèthre sont relativement rares et encore peu étudiées. On les rencontre surtout dans l'urèthre postérieur, secondairement à la tuberculose de la vessie, de la prostate et des glandes de Cowper ; dans ces deux derniers cas, les lésions peuvent être très étendues, compliquées de grandes pertes de substance et de fistules périnéo-scrotales, rectales, parfois péniennes. Sinon on rencontre, le plus souvent, des ulcérations, parfois des granulations miliaires disséminées ou même des foyers caséeux. Dans deux cas [Dufour, Ahreus (4)], il y aurait eu rétrécissement tuberculeux. Enfin Englisch (5) [de Vienne] a décrit des lésions péri-uréthrales analogues à celles que l'on rencontre autour du reste des voies urinaires.

E. *Lésions extra-urinaires*. — Les *lésions tuberculeuses* sont les plus fréquentes; presque toujours on en rencontre dans l'appareil génital de l'homme, mais aussi dans les autres organes. Par contre, elles sont exceptionnelles dans l'appareil génital de la femme.

En dehors de la tuberculose généralisée ou disséminée, on rencontre surtout des lésions de *dégénérescence graisseuse* ou *amyloïde* du second rein, du foie, de la rate, des *lésions infectieuses*, urétéro-pyélo-néphrite simple ou avec calcul secondaire, cystite, des *lésions congestives* dans les différents viscères. Signalons enfin l'hypertrophie compensatrice du second rein, pour ainsi dire constante dans la tuberculose rénale unilatérale.

II

FORMES DE LA TUBERCULOSE URINAIRE. — A. La *tuberculose urinaire prmitive* survient chez un individu indemne de toute lésion tuberculeuse en évolution, mais pouvant avoir eu autrefois des manifestations locales actuellement guéries (cicatrices scrofuleuses).

Selon les cas, le point de départ de la lésion est le rein ou la vessie.

α. La *tuberculose rénale primitive* est aujourd'hui démontrée par de nombreuses observations ou autopsies. L'infection s'opère par la voie sanguine [Durand-Fardel (6), Baumgarten, Albarran]; elle débute par la substance corticale, pour gagner la substance médullaire, les muqueuses du bassinet, de l'uretère et enfin de la vessie. Elle suit donc une marche descendante (autopsies de Steinthal, d'Israël), pour arriver à donner la *tuberculose urinaire primitive descendante*.

β. La *tuberculose vésicale primitive* [Cruveilhier, Guyon, Boursier, Lancereaux admettent exclusivement cette forme (1)] se propagera encore au rein par l'uretère, mais en allant de bas en haut (pièces expérimentales de J. Albarran). La tuberculose vésicale primitive aboutit à la *tuberculose urinaire primitive ascendante*.

B. *La tuberculose urinaire secondaire* apparaît chez un individu présentant déjà des lésions bacillaires en cours d'évolution. Le foyer primitif peut être un organe quelconque : poumons, articulation, os, ganglion ; dans l'immense majorité des cas, c'est l'appareil génital de l'homme. Le terme tuberculose génito-urinaire répond à cette forme.

α. Le début de la tuberculose secondaire par la vessie est de beaucoup le plus fréquent, ce qui s'explique aisément par la fréquence de la tuberculose génitale de l'homme et par les rapports intimes des appareils génital et urinaire, permettant la propagation directe. La tuberculisation des voies urinaires supérieures s'opère par voie ascendante et la *tuberculose vésicale secondaire* aboutira à la *tuberculose urinaire secondaire ascendante*.

β. Dans quelques cas, le rein débute : on commence par la *tuberculose rénale secondaire* pour arriver à la *tuberculose urinaire secondaire descendante*.

Fréquence. — Les statistiques montrent que l'appareil urinaire n'est pas un des foyers fréquents de la tuberculose (Institut anatomo-pathologique de Prague, Dickinson, Morris). Hjalmar Heiberg (1), sur 2858 autopsies, ne trouve que 51 cas de tuberculose urinaire. Les expériences entreprises à Necker dans ces dernières années (N. Hallé, J. Albarran, E. Vigneron), montrent les difficultés qu'on rencontre pour créer la tuberculose urinaire, même dans des conditions très spéciales. Enfin les inoculations qui donnent des tuberculoses souvent généralisées laissent presque toujours, pour ne pas dire toujours, le rein et la vessie indemnes.

Dans une leçon de M. Guyon (2), on trouve, sur 41 autopsies, 14 tuberculoses primitives contre 27 secondaires. Dans les 51 cas de Hjalmar Heiberg, on trouve 4 tuberculoses urinaires primitives, 15 tuberculoses génito-urinaires et 32 tuberculoses secondaires. Ces dernières sont donc de beaucoup les plus fréquentes, ce qui s'explique par la fréquence des localisations génitales du bacille de Koch. Sur 182 observations citées dans la leçon de M. Guyon, 108 fois l'appareil génital était pris avec les voies urinaires, et sur les 51 autopsies de Hjalmar Heiberg, 33 fois on trouve des lésions tuberculeuses génitales.

Est-ce le rein ou la vessie qui est l'organe le plus souvent envahi le premier ? Il est difficile de répondre à cette question d'une façon précise.

Dans la tuberculose secondaire, en raison de la fréquence des lésions génitales antérieures, la propagation aux voies urinaires s'opère presque toujours par la vessie; la forme ascendante y est donc de beaucoup la plus fréquente (Guyon, Lancereaux, Morris). Quand le foyer primitif est extra-génital, d'après Hjalmar Heiberg, ce serait le rein qui commencerait le plus souvent (7 fois le rein contre 2 fois la vessie).

Le début ordinaire de la tuberculose primitive n'est pas mieux établi. Cependant la forme descendante semblerait un peu plus fréquente que la forme ascendante (Vigneron).

L'*unilatéralité* de la tuberculose chirurgicale du rein est un fait à peu près généralement admis (sauf par Furbringer) surtout dans la forme descendante. Les six statistiques réunies de Roberts, Dickinson, Gaultier, Morris, M. Guyon, Hjalmar Heiberg, donnent 250 autopsies de tuberculose rénale avec 123 cas où un seul rein était pris. Dans les cas de lésions bilatérales, de l'avis général, un des deux reins, le gauche, le plus souvent, est à un stade moins avancé que l'autre, indiquant bien l'envahissement successif et non simultané des deux organes. D'ailleurs les statistiques basées sur des cas plus récents montrent encore mieux l'unilatéralité : sur 100 cas opérés, Vigneron ne trouve plus que 17 fois les deux reins tuberculeux.

(1) RIS. Loc. cit., p. 72.
(2) V. MURALT. *Corresp. Bl. f. Sch. Ærtze*, 15 avril 1887.
(3) THOMAS. *Abcès tuberculeux péri-rénaux*, Th. de Paris, 1891.
(4) AHREUS. *Beitr. z. Klin. Chir.*, 1891, t. VIII, p. 2.
(5) ENGLISCH. *Med. Jahrb. Wien.*, 23 juillet 1887.
(6) DURAND-FARDEL. Th. de Paris, 1886.

(1) LANCEREAUX. *Semaine méd.*, 11 nov. 1821.
(2) H. HEIBERG. *Centralbl. f. Chir.*, 1892, n° 6, p. 120.
(3) GUYON. *Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, juillet 1891.

III

Étiologie. — Prise en bloc, sous ses deux formes, la tuberculose urinaire se rencontre surtout chez l'*homme*. Les statistiques de Dickinson, de Morris, de Chambers réunies (169 cas) donnent 127 hommes contre 42 femmes. Mais quand on distingue les cas, on voit que la forme secondaire, la plus fréquente et très souvent génito-urinaire, atteint presque toujours l'homme. Par contre, les formes primitives, surtout celle à début rénal, frappent plutôt la femme. M. Guillaud (1), sur 43 cas, trouve 29 femmes et 14 hommes. Et si, à la statistique de notre travail, nous ajoutons un cas oublié de Dick (2) [de Berne], nous voyons que, sur 133 interventions pour tuberculoses rénales, la plupart primitives, 97 ont été faites chez la femme et 36 seulement chez l'homme.

La tuberculose urinaire chirurgicale est une affection de l'*adolescence et de l'âge adulte* (Dickinson, Rosenstein, Chambers). On la rencontre surtout de seize à trente-six ans. L'enfant et le vieillard ne sont cependant pas à l'abri. Dans un cas récent, Gluck (3) enlève le rein d'un enfant de trois ans et demi et Tapret cite l'observation d'un vieillard de quatre-vingt-dix-sept ans.

Les *causes prédisposantes*, générales ou locales, sont peu connues. Ce sont les causes banales de toute tuberculose.

Les *causes déterminantes* restent également obscures. Il semble démontré que le sang est le véhicule du bacille. La théorie de Verneuil, Conheim, Fournier se trouve infirmée par la majorité des faits.

IV

Évolution clinique. — Le *début* de la tuberculose urinaire peut être absolument latent, surtout dans les formes descendantes, ou insidieux. Les hématuries, la polyurie, un peu d'albuminurie constituent les premiers symptômes.

Souvent ces symptômes manquent ou passent inaperçus, et les premiers observés sont déjà ceux de la *période d'état* : symptômes vésicaux, pyurie, douleurs, parfois même constatation d'une tumeur rénale ou d'une collection périnéphrétique. Dès lors, ces symptômes persistent, vont en s'accentuant progressivement ou avec des périodes d'accalmie ou d'exacerbation. Puis surviennent les symptômes généraux : poussées fébriles, amaigrissement, troubles digestifs, cachexie ; ou des complications : rétention rénale, abcès péri-néphrétique ; ou bien, enfin, de nouveaux foyers tuberculeux se forment, hâtant aussi l'issue fatale.

La *mort* est, en effet, la terminaison presque nécessaire.

Les *guérisons* pourraient se compter (Madelung pour le rein, Boursier pour la vessie), et ne sont souvent, sans doute, que des accalmies plus ou moins longues.

La *durée d'évolution* est variable. Les formes secondaires et descendantes marchent plus vite que les formes primitives et ascendantes. Néanmoins la marche ne semble pas être très rapide, et les cas qu'on a considérés comme tels ont parfois été ceux où une période plus ou moins longue est restée latente : dans la tuberculose prétendue vésicale de West, qui aurait amené la mort en deux mois et demi, on trouve à l'autopsie des lésions plus anciennes dans le rein que dans la vessie. De même, les cas très longs (Paget, Haward, Witscherlich), qui mettent des quinze à vingt ans à évoluer, sont exceptionnels. En moyenne, la mort survient au bout de deux à six ans, et cette issue peut être considérée comme certaine dans tous les cas abandonnés à eux-mêmes. Nous verrons que la chirurgie semble actuellement en état de jeter une note moins triste sur ce pronostic.

V

Étude analytique des symptômes. — A. *Symptômes fonctionnels*. — 1° *Hématurie*. — L'hématurie est un symptôme prémonitoire fréquent, surtout dans la tuberculose vésicale. C'est l'hémoptysie des tuberculeux. Pouvant se montrer plusieurs mois avant tout autre symptôme, elle a une importance considérable. Elle est en général très peu abondante, rarement douloureuse et passe souvent inaperçue. Elle ne donne dans bien des cas, surtout d'origine rénale, qu'une légère coloration à l'urine : venant de la vessie elle peut se produire à la fin de la miction. La constatation de caillots est exceptionnelle. Cette hématurie est spontanée, dure rarement plus de quelques jours, parfois l'espace d'une miction seule : elle disparaît d'elle-même pour ne plus se répéter, ou ne revenir qu'après un temps variable, souvent assez long, sans que rien puisse faire soupçonner sa réapparition. Elle est rare à partir de la période d'état ; mais, quand elle se produit à ce moment, elle peut être plus abondante, sans atteindre cependant des proportions inquiétantes.

2° *Examen des urines*. — α. *Quantité*. — Tout au début, à la période de limpidité encore absolue des urines, on a pu constater un certain degré de polyurie (3 à 4 litres par vingt-quatre heures), presque toujours intermittente et d'origine congestive. Dans deux cas, de M. Dufour et de M. Boursier, elle s'accompagnait de polydipsie. Plus tard, avec des urines purulentes, la polyurie peut encore persister, même dans la tuberculose rénale, quand le second rein est en bon état. Mais, plus souvent à ce moment, la quantité d'urine est à peu près normale. Vers la période ultime de la maladie la quantité d'urine pourra progressivement diminuer, et se réduire, dans les dernières heures, à quelques gouttes de pus presque pur. A une période moins avancée, c'est brusquement que la quantité d'urine peut diminuer ; mais c'est alors pour un temps limité, par le fait d'une rétention rénale. Quant à l'anurie brusque on ne l'observe guère en dehors des interventions trop tardives.

β. *Pyurie*. — La purulence des urines est un caractère qu'on peut dire constant. Elle est spontanée, persistante, continue (Guyon). Une fois apparue elle ne fait qu'augmenter sans jamais disparaître. Elle est de plus abondante, surtout quand le rein est atteint ; les urines sont troubles dès l'émission : par le repos elles forment au fond du vase un dépôt épais, gluant, muco-purulent mêlée de grumeaux caséeux, gris sale ou verdâtre ; ce dépôt peut arriver dans les formes rénales à former un quart et plus de la totalité du liquide. Celui-ci reste d'ailleurs encore trouble au-dessus du dépôt. Quand il est aussi abondant, le pus, qui vient alors surtout du rein, peut diminuer brusquement pendant quelques heures. Cette diminution est alors accompagnée d'une diminution dans la quantité d'urine : de plus, la température s'élève, la tumeur rénale augmente de volume, et, en même temps, de véritables douleurs de coliques néphrétiques se manifestent : au bout de quelques heures tous ces phénomènes s'amendent ; le pus réapparaît plus abondant même, pour quelques heures, qu'il n'est ordinairement ; une débâcle purulente termine donc cet ensemble de phénomènes qui constituent une crise de rétention rénale.

γ. *L'examen microscopique* montre une quantité de leucocytes et de globules graisseux mêlés à des éléments anatomiques : cellules épithéliales plus ou moins déformées de la vessie, de l'uretère, du bassinet, du vagin chez la femme, et souvent quelques hématies.

Mais où le rôle du microscope devient important c'est quand il dénote la présence du bacille de Koch, démontrant alors, d'une façon définitive, la nature de l'affection. Vu d'abord sur le cadavre par Lichtheim et Friedlander, il a été découvert dans l'urine des malades, en 1883, par M. Babès et Rosenstein, et bientôt par Leube et M. de Gennes, à Necker. Il n'est malheureusement pas toujours possible de le trouver (dans un tiers des cas environ), soit qu'il manque, soit que plutôt il soit très peu abondant. Aussi est-il bon de multiplier les préparations, d'avoir soin de le rechercher dans les débris caséeux, presque constants au fond du vase, après dépôt, de s'aider même de la centrifugation, et de ne pas se prononcer après l'examen d'un seul échantillon d'urine.

δ. *Examen chimique*. — La densité est normale et les urines acides dans l'immensité des cas. L'albumine est en petite

(1) Guillaud. Th. de Lyon, 1891.
(2) Dick. IIIe Assoc. gén. des méd. suisses, Berne 25 mai 1889.
(3) Baginsky. Soc. méd. de Berlin, 27 avril 1892.

quantité, et se trouve toujours dès qu'il y a du pus ou du sang. Sa constatation est surtout importante à la période prémonitoire de polyurie limpide. L'urée reste longtemps à son taux presque normal, tant que les deux reins ne sont pas pris. Les phosphates, parfois très abondants, peuvent gêner l'examen microscopique et former une grande partie du dépôt. A ces phosphates ammoniaco-magnésiens peuvent se joindre des urates.

3° *Douleurs*. — Les douleurs sont variables comme siège, intensité et caractères. Du côté de la vessie elle ne se fait guère sentir qu'au moment de la miction, avant, pendant, après.

Du côté du rein, au contraire, elle peut manquer pendant toute l'évolution de la tuberculose rénale. Elle apparaît à une époque très variable. Elle peut être un symptôme du début (Obs. de Bardenheuer, Polaillon, Tuffier). Mais alors elle se montre, en général, sous forme de crises néphrétiques, et n'est peut-être due qu'à une lithiase antérieure. Plus souvent elle n'apparaît qu'à la période d'état, ou même très tard. Son intensité semble sans rapport direct avec l'état du rein : pour Bardenheuer, Küster, elle serait due à l'envahissement du bassinet. Elle peut se réduire à une douleur légère, simple gêne ou lourdeur continue. Mais souvent à cette douleur sourde vient s'en surajouter une plus aiguë, revenant par crises (sensations d'élancements, de brûlure, de déchirures), sans cause connue, sauf parfois par la palpation profonde et brusque du rein. Quant aux douleurs dues à une palpation superficielle, elles doivent plutôt faire songer à une collection péri-rénale.

4° *Phénomènes réflexes*. — Les douleurs réflexes ne manquent ordinairement pas.

Le réflexe réno-vésical est le plus constant; le réflexe réno-rénal, pour être moins prononcé, est loin de devoir être négligé : si la douleur locale ou irradiée du second rein est, en général, peu vive, elle peut néanmoins rendre le diagnostic hésitant, et la fonction de ce rein peut être très influencée par l'état du rein malade (Guyon).

Réflexe vésico-rénal : la polyurie limpide du début de la tuberculose vésicale n'est due qu'à la congestion réflexe du rein. En outre, sans la moindre lésion rénale, le malade peut éprouver une douleur lombaire plus ou moins vive, qu'amendra presque certainement le traitement de la lésion vésicale.

Réflexes gastro-intestinaux : ils sont beaucoup moins fréquents que les précédents; apparaissent au début, parfois même avant tout autre symptôme [Vigneron (1)]. Ils se manifestent par de l'inappétence, du dégoût pour certains aliments, des nausées, parfois des alternatives de diarrhée et de constipation, avec douleurs gastralgiques ou intestinales. Très souvent on observe du ténesme anal.

5° *Les symptômes vésicaux* sont constants dans la tuberculose urinaire, réserve faite pour quelques cas de tuberculose primitive du rein à disposition spéciale (Thornton, Bardenheuer, Vigneron).

La miction est fréquente, douloureuse, impérieuse. Fréquence et douleur semblent se montrer en même temps.

La *douleur* est très variable comme intensité et durée : si, en général, elle est en rapport avec le degré des lésions, cette règle n'a rien d'absolu et la douleur peut être très vive sans lésion de la vessie. Tantôt c'est une légère sensation de constriction au niveau du col et dans l'hypogastre, qui, au moment de la miction, se propage sous forme de cuisson le long de l'urèthre, et cesse presque de suite après l'émission du dernier jet d'urine. Tantôt c'est une douleur subite et atroce, que le malade ne peut guère analyser : il lui semble que sa vessie se tord, qu'elle va se déchirer; souvent alors il y a un moment de spasme que le patient cherche à vaincre en prenant des positions accroupies plus ou moins bizarres, pendant qu'il se livre à de violents efforts, la face grimaçante et convulsée, poussant même des cris. Quand l'urine s'écoule la sensation de brûlure de l'urèthre se fait sentir en plus : enfin, surtout à la fin de la miction, peut s'ajouter le ténesme anal. Ce n'est qu'au bout de quelques minutes après l'expulsion de la dernière goutte d'urine que tout se calme peu à peu ; le malade reste alors anéanti et soulagé pour quelques instants. La durée totale de la crise a pu durer jusqu'à cinq à dix minutes. Tous les intermédiaires peuvent se rencontrer entre la crise légère et celle d'intensité atroce.

La *fréquence* marche ordinairement de pair avec la douleur : jour et nuit le malade peut n'uriner que toutes les deux ou trois heures, comme il peut le faire toutes les dix à quinze minutes, ayant à peine quelques minutes de répit entre deux crises, puisque chacune d'elles dure elle-même un certain temps. Comme la douleur enfin, la fréquence n'est pas toujours en rapport avec les lésions vésicales (160 fois par vingt-quatre heures, dans un cas de Morris où à l'autopsie la vessie ne contenait que quelques récentes granulations).

La miction est *impérieuse* : avec une quantité de liquide souvent minime, la vessie se contracte et le malade doit instantanément obéir au besoin. Ce troisième caractère de la miction indique plutôt des lésions avancées de la vessie. Il est beaucoup moins prononcé, en général, quand douleur et fréquence ne sont que des symptômes réflexes.

Incidemment on peut rencontrer d'autres symptômes vésicaux : tantôt l'incontinence, plus souvent la rétention (surtout chez l'enfant) et souvent alors avec envahissement de la prostate, contrairement aux autres symptômes vésicaux essentiellement persistants, ces derniers sont, en général, intermittents.

6° *Symptômes généraux*. — Ils sont rares dans les phases initiales des tuberculoses urinaires primitives ou secondaires à la tuberculose génitale. Ils sont plus précoces dans les autres formes secondaires. Ce sont ceux de toute tuberculose. A la période ultime la langue urinaire peut se montrer.

B. *Signes physiques*. — 1° *Vessie*. — L'exploration physique de la vessie comprend plusieurs procédés.

α. L'exploration par le *palper bimanuel* donne surtout des renseignements chez la femme. Dans quelques cas, le toucher vaginal combiné à la palpation hypogastrique provoque une douleur assez aiguë et localisée en un point du triangle de Lieutaud, point correspondant, le plus souvent, à une ulcération tuberculeuse. Ce résultat est plus rarement atteint chez l'homme par le toucher rectal combiné au même palper hypogastrique. De plus, l'un comme l'autre peut donner la notion d'un empâtement plus ou moins diffus et dur, rétro-vésical, indiquant l'existence de la péricystite.

β. *L'explorateur à boule et la sonde molle* doivent fournir une exploration complète, minutieuse, faite avec douceur. L'état du canal est connu par l'explorateur à boule qui, une fois dans la vessie, manœuvré successivement sur tous les points, réveillera, dans les cas d'ulcérations tuberculeuses, une douleur locale très intense. Il indique en plus une douleur diffuse, moins intense, due à la cystite.

La sonde molle, substituée à l'explorateur qui a indiqué la sensibilité au contact, va renseigner sur la *sensibilité à la tension*. Celle-ci est souvent très prononcée et se manifeste au malade par le besoin d'uriner, au chirurgien par la résistance éprouvée, dès l'injection, parfois, de quelques grammes de liquide. Cette limite ne sera jamais dépassée.

γ. Dans les cas incertains, où les procédés précédents sont restés négatifs, ou n'ont pas suffisamment éclairé le chirurgien, l'examen direct de la vessie par la *cystoscopie* doit être tenté. Au besoin il le sera sous chloroforme s'il est possible, c'est-à-dire si la vessie tolère au moins 60 grammes de liquide. Cet examen est surtout nécessaire au début de la tuberculose vésicale pour reconnaître les granulations. Quand la tuberculose a envahi et ulcéré une grande partie de la vessie, l'intolérance rend presque toujours l'examen endoscopique impossible : à ce moment, il n'a d'ailleurs plus grande importance.

2° *Uretère*. — L'envahissement de l'uretère ne se manifeste que par son exploration (Schmidt, de New-York, Tourneur).

(1) Vigneron. Loc. cit., Obs. CXVI.

Elle se fera en suivant la méthode indiquée par Hallé, par le palper pour la partie supérieure et abdominale de l'uretère, par le toucher rectal et surtout vaginal pour sa portion pelvienne. Selon les cas, on sentira dans l'une ou l'autre de ces portions, ou dans les deux, un cordon plus ou moins régulier, parfois assez gros, souvent très dur, roulant, ou plus souvent fixé, sous le doigt, et sensible à la pression. Chez les malades encore gras cette exploration pourra rester négative si la péri-uretérite n'est pas très accentuée.

Pour s'assurer de la perméabilité de l'uretère, il est nécessaire d'avoir recours, sinon au cathétérisme, impossible chez l'homme, très difficile chez la femme, du moins à l'examen cystoscopique.

3° *Rein.* — Le rein caséeux arrive presque toujours à former une tumeur appréciable, mais en général petite. On peut la trouver dépassant à peine le rebord costal, souvent le dépassant de deux ou trois travers de doigt, rarement atteignant la fosse iliaque. Elle peut aussi dépasser la ligne médiane, sans cependant arriver à former une tuméfaction appréciable à l'œil, ni à déformer soit l'hypocondre, soit la fosse lombaire. Elle peut subir de brusques variations de volume, au moment des crises de rétention rénale : en dehors de ce cas, elle n'augmente que très lentement.

La percussion indique ordinairement, comme dans toute tumeur du rein, une zone de sonorité, due à la présence du côlon, entre deux zones de matité. A la palpation bimanuelle, il donne le ballottement rénal qui rend compte des dimensions de la tumeur, permet de la délimiter, d'apprécier l'état de sa surface, de reconnaître ses variations de volume et de constater sa sensibilité, ordinairement peu prononcée, parfois nulle. Ce procédé pourra être contrôlé par celui d'Israël (1).

C. *Complication.* — α. *Rétention rénale.* — Elle est fréquente dans les tuberculoses du rein : ordinairement elle est passagère. Le malade est pris de douleurs vives, très aiguës, irradiées le long de l'uretère, vraie colique néphrétique, dans laquelle on peut observer la rétraction du testicule. En même temps surviennent des symptômes généraux et des modifications dans l'urine. Nausées, vomissements, élévation brusque de la température (40 degrés et plus), même le matin, accélération du pouls, sueurs profuses. Le rein augmente brusquement de volume et devient douloureux. La quantité d'urine et surtout de pus s'abaisse. Au bout de douze à vingt-quatre heures environ, les phénomènes s'amendent et, en même temps que les urines deviennent plus purulentes que normalement, le rein reprend son volume ordinaire. La répétition de ces crises peut accélérer la marche de la maladie par leur retentissement sur l'état général et peut devenir une indication opératoire.

β. Le *phlegmon péri-néphrétique* tuberculeux est fréquent. Il peut être le premier symptôme de la tuberculose rénale ou ne survenir que très tardivement. Il peut se constituer sans grand fracas, sans douleur et ne se révéler que par ses signes physiques. Parfois sa marche est, au contraire, très aiguë, les symptômes généraux attirent rapidement l'attention. Ceux-ci, comme les signes physiques, sont ceux de tout abcès péri-néphrétique.

VI

DIAGNOSTIC. — La tuberculose urinaire est d'un diagnostic toujours difficile et souvent impossible dans les phases initiales. Souvent il ne devient possible qu'après l'apparition des symptômes vésicaux et de la pyurie, pour n'être certain qu'après la constatation du bacille de Koch dans les urines ou les résultats positifs de l'inoculation.

A. *Période du début.* — De vagues douleurs rénales, la polyurie limpide, jointe parfois déjà à de la pollakyurie, à une albuminurie légère, de petites hématuries intermittentes ne peuvent fournir les bases d'un diagnostic précis. On ne pourra que songer à la tuberculose, en raison de l'âge du sujet, si l'on trouve des antécédents héréditaires ou si on constate des lésions tuberculeuses des régions génitales ou autres. Mais, même dans ce cas, on ne peut affirmer, car un tuberculeux peut avoir une lésion urinaire de toute autre nature, et, inversement, un calculeux manifeste, un malade guéri d'une cystite ou d'une néphrite quelconque peut devenir tuberculeux.

α. Avec les vagues douleurs rénales qui, dans quelques cas rares, peuvent seules exister au début, on ne fera souvent aucun diagnostic, ou on dira *néphralgie.* On éliminera assez aisément le *lumbago*, avec sa douleur brusque et très aiguë, survenant à la suite d'un effort ou d'un refroidissement pour disparaître assez rapidement, et les *névralgies lumbo-abdominales*, plus vives aussi que les douleurs de la tuberculose et réveillées, de plus, par la pression en des points bien spéciaux. On pourra les confondre avec les douleurs rénales de l'*ataxie locomotrice* (1), si quelque autre symptôme ne se joint pas à la douleur rénale, ou avec certaines douleurs rénales *hystériques* (2), surtout si celles-ci s'accompagnent d'hématurie (3). Les douleurs rénales dues à un *calcul* sont plus aiguës, irradient le long de l'uretère, s'exaspèrent par la pression du rein et par la marche ; de semblables crises sont habituelles chez le malade qui a souvent expulsé un ou de nombreux calculs, et qui, souvent, en expulse un nouveau à la suite de ses douleurs. Entre les douleurs vagues de la tuberculose ou d'une *tumeur du rein*, en l'absence de tout autre symptôme concomitant, on ne pourra s'appuyer que sur l'âge du sujet.

β. La polyurie limpide et l'albuminurie, existant seules, passeront dans bien des cas inaperçues. On ne les attribuera pas à une *néphrite* médicale qui présentera de nombreux symptômes concomitants ou se produira d'une façon aiguë dans des conditions étiologiques faciles à reconnaître.

γ. Les *uréthrorragies* sont d'un diagnostic trop facile pour être confondues avec une tuberculose à début hématurique. Parmi les véritables hématuries, on distinguera facilement celles des *prostatiques* et des *pays chauds* et celles qui peuvent survenir au cours d'une *cystite* ou d'une *néphrite aiguë.* L'examen cystoscopique permettra de reconnaître celles qui peuvent être dues à des *varices* de la vessie, cas rares mais certains (Guyon, Péan, Albarran). Due à un *calcul vésical*, l'hématurie se présente encore avec des caractères assez différents : elle est surtout provoquée par la marche et, d'ailleurs, l'exploration vésicale fait le diagnostic. On y arrive encore dans les *néoplasmes vésicaux* : l'hématurie est plus abondante ; le toucher rectal fait sentir la tumeur, et, si elle est trop petite pour être sentie, le cystoscope la montre. Où la difficulté peut devenir grande, c'est quand le rein est en cause, soit avec un calcul, soit avec une tumeur. Dans bien des cas de *calcul du rein*, le malade a déjà expulsé du sable ou des graviers avec coliques néphrétiques ; mais, d'autres fois, il en est à son hématurie comme premier symptôme ; l'influence de la marche et du repos peut seule, dans ce cas, faire pencher pour un calcul. Si l'hématurie se montre comme premier et seul symptôme d'un *néoplasme rénal* on ne pourra que s'appuyer sur l'âge du malade et l'abondance de l'hématurie, souvent avec longs caillots et coliques néphrétiques, pour pencher vers ce diagnostic.

B. *A la période d'état.* — Les symptômes vésicaux et la présence du pus dans l'urine limitent le diagnostic et permettent d'éliminer d'emblée tout ce qui n'est ni cystite purulente, ni pyélite. Chez l'homme, ces *cystites purulentes*, compliquées ou non d'*uretéro-pyélite*, laissent assez facilement reconnaître leur cause. Elles surviennent presque toujours chez un prostatique ou un rétréci, souvent distendus, chez un calculeux, un cancéreux ou un blennorragique, à un moment où les lésions primitives sont connues ou faciles à reconnaître. De plus, dans bien des cas, l'interrogatoire du malade apprend que les accidents d'infection se sont montrés à la suite d'un cathétérisme malpropre. Le diagnostic est donc, en général, facile. Cependant, il ne

(1) J. ISRAEL. *Berlin. klin. Wochens.*, 1889, n° 7.

(1) Maurice RAYNAUD. *Arch. gén. de méd.*, 1876.
(2) MORRIS. *Brit. Med. Journ.*, fév. 1885.
(3) SABATIER. *Rev. de chir.*, 1889.

faut pas oublier que, sur un calcul urinaire (Belfield, Poncet), sur une cystite blennorragique, sur une affection ancienne du rein ou de la vessie, la tuberculose peut venir se greffer; qu'inversement un calcul secondaire peut s'être développé au cours de la tuberculose, qu'enfin un calcul du rein (J. Tyson) ou de la vessie peut évoluer silencieusement pendant toute sa période aseptique, et ne donner son premier symptôme qu'au moment de l'infection, qui paraît ainsi spontanée, absolument comme dans la tuberculose. Un certain nombre de cystites paraîtront encore spontanées. Chez l'homme elles seront dues à l'envahissement des voies urinaires par les micro-organismes normaux de l'urèthre. Mais ce seront surtout les cystites de la femme (1) dues aux microbes parfois normaux, plus souvent pathogènes, du vagin. Certaines cystites chroniques à forme fongueuse peuvent encore devenir des cystites tuberculeuses. M. Guyon a souvent insisté sur la difficulté du diagnostic dans ces cas limites.

Il faut enfin compter avec les *gommes du rein* (2), sur lesquelles le traitement ioduré semble avoir une action, qui, avec les antécédents, pourra servir au diagnostic. Entre toutes ces infections urinaires et la tuberculose, le diagnostic ne peut être affirmé que par le résultat de l'examen bactériologique ou des inoculations. Si les inoculations restent à leur tour négatives, le diagnostic tuberculose devra être rejeté.

Il est une forme rare de tuberculose, dont le diagnostic ne pourra pas être établi : c'est la tuberculose primitive du rein avec oblitération de l'uretère, sans propagation à la vessie, sans trace de pus dans les urines. La tumeur rénale, le seul signe dans ces cas, pourra faire songer à un néoplasme. Néanmoins, l'absence de varicocèle symptomatique d'une part, l'âge du malade, parfois ses antécédents, au besoin la ponction de la tumeur (3) et surtout l'examen cystoscopique qui permettra de reconnaître que le jet uretéral est supprimé de ce côté, pourront amener à songer à cette variété de la tuberculose urinaire.

C. *Diagnostic de la forme.* — α. *Tuberculose primitive ou secondaire.* — Ce point du diagnostic est, en général, relativement facile. Il suffit d'examiner attentivement tous les appareils du malade et surtout l'appareil génital de l'homme.

β. *Forme descendante ou ascendante.* — En dehors de l'examen cystoscopique, rien ne peut permettre d'affirmer que la lésion a débuté par le rein plutôt que par la vessie, à part les cas où la tuberculose génitale antérieure permet de dire, presque à coup sûr, que la vessie est en jeu.

Qu'au contraire la vessie soit absolument saine à l'examen, il faut soupçonner les reins. On ne pourra penser à l'un plutôt qu'à l'autre rein que lorsque l'examen cystoscopique sera pratiqué au moment d'une hématurie et montrera l'un des uretères en train de saigner.

A la période d'état, l'abondance du pus dans l'urine, l'existence d'une tumeur rénale, souvent les crises de rétention, parfois la formation d'un abcès périnéphrétique plaident en faveur d'une localisation rénale, surtout si les symptômes vésicaux ne sont pas extrêmement accusés, et s'il n'existe pas de tuberculose génitale. Cependant, à ce moment encore, l'endoscopie est nécessaire au diagnostic, surtout si l'on veut intervenir. On trouvera une vessie exempte parfois de toute lésion, souvent avec des lésions de cystite sans granulation aucune ou avec quelques granulations jeunes, voire même des exulcérations de date récente; mais ce qui permettra surtout d'affirmer que la tuberculose suit une marche descendante, ce sera le siège de ces lésions tuberculeuses, non plus au pourtour du col, mais au pourtour de l'uretère du rein malade. Si les lésions sont déjà étendues, on reconnaîtra les plus anciennes en ce point précis.

Qu'au contraire la vessie ait débuté, que la tuberculose soit ascendante, les symptômes vésicaux sont très accusés et très anciens, la vessie est excessivement sensible à tous les modes d'exploration, l'appareil génital est souvent pris, le pus de l'urine forme un dépôt relativement peu abondant, ou qui n'a considérablement augmenté que depuis peu, les symptômes rénaux manquent ou sont récents. L'intolérance de la vessie, sa sensibilité à la tension peuvent empêcher l'examen endoscopique ou le rendre plus difficile. S'il est possible, on constate des lésions très étendues et très anciennes, souvent des ulcérations plus ou moins profondes dans le trigone, surtout au pourtour du col, tandis que le voisinage des uretères ne montre que des lésions nulles ou récentes.

D. *État des autres organes.* — La tuberculose rénale, unilatérale au début, peut, quand les lésions sont très avancées, quand la vessie est prise, se propager à l'uretère du côté opposé, l'envahir et gagner l'autre rein. On comprend l'importance qu'il y a à savoir s'il en est ainsi avant toute intervention. L'augmentation de volume de ce second rein n'implique pas forcément qu'il est tuberculeux : il peut n'être que le siège d'une *hypertrophie compensatrice.* De même les douleurs rénales bilatérales peuvent n'être attribuables qu'au reflexe réno-rénal. L'analyse chimique de l'urine, en montrant que le taux de l'urée est normal, ou à peu près, amène déjà à penser que le second rein n'est pas malade et que même il supplée le premier. St. Mackensie, Barlow, Cooper, Mac Cormac, Czerny insistent sur l'importance de ce dosage. L'absence de troubles généraux graves peut encore confirmer cette idée de simple hypertrophie compensatrice. Mais l'examen cystoscopique seul peut jusqu'à un certain point la confirmer, en montrant que le jet uretéral de ce côté donne une urine limpide. Si le jet est purulent, il faudra en déduire que le second rein est atteint de *pyélonéphrite* tuberculeuse.

L'examen direct du second uretère renseigne d'ailleurs sur d'autres points qu'il est indispensable de connaître. Si, n'ayant pas senti le second rein, on ne trouve ni second jet ni même le second orifice de l'uretère, on pourra éviter une mort certaine en n'enlevant pas un *rein unique.* Et si, ayant senti un second rein augmenté de volume, on n'arrive pas à voir le jet d'urine sortant de l'uretère de ce côté, on pourra arriver à se convaincre que l'*uretère est oblitéré* du côté supposé sain et on évitera encore une catastrophe non moins certaine que dans le cas précédent. En dehors des recherches du côté du second rein, on doit s'assurer que la tuberculose ne s'est pas généralisée à d'autres organes qu'aux voies urinaires, principalement aux poumons.

VII

Traitement. — A. Le *traitement médical* sera appliqué au début, alors que la tuberculose urinaire n'est que soupçonnée. Il sera celui de toutes les tuberculoses en général.

B. *Traitement chirurgical.* — α. *Topiques.* — Les topiques sont portés dans la vessie sous forme de *lavages* et d'*instillations.* Ce traitement est indiqué, au moins en ce qui concerne les instillations, chaque fois qu'on reconnaîtra des lésions tuberculeuses dans la vessie.

Avec les précautions ordinaires, on commencera par les lavages chaque fois que la sensibilité de la vessie à la tension permettra l'injection d'une certaine quantité du liquide. Mais on prendra bien la précaution de ne pas dépasser cette dose maxima. On répétera ces lavages autant de fois qu'il le faudra pour débarrasser la vessie de tout le pus et des mucosités qu'elle contient, de façon à rendre propre la muqueuse et à permettre l'action directe de l'instillation. En général, ces lavages seront faits avec une solution boriquée tiède; dans quelques cas, avec une solution de sublimé à 1/5000 ou même plus étendue encore.

L'instillation suit ce lavage : elle est faite d'emblée quand la sensibilité de la vessie empêche le lavage. Le liquide instillé a varié : successivement on a essayé le nitrate d'argent, les émulsions iodoformées, la teinture d'iode, le naphtol, la créosote, l'acide lactique, sans obtenir de résultats. En dernier lieu, M. Guyon a eu recours

(1) Reblaud. *Cystites de la femme, non tuberculeuses*, Th. de Paris, 1892.

(2) Israel. *Deuts. med. Wochens.*, 182, n° 1.

(3) Tuffier. *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, t. VII.

au sublimé et en a retiré de très bons résultats dans cinq cas sur dix, et une amélioration plus ou moins notable dans les cinq autres. Les expériences continuées depuis n'ont fait que confirmer la valeur de ce topique. La douleur de la miction est surtout très diminuée : dans d'autres cas, la fréquence diminue aussi dans des proportions considérables, en même temps que la capacité vésicale augmente, que la purulence devient moins considérable, que l'hématurie disparaît. Les instillations sont bien supportées sans cocaïne, à condition de commencer à 1/5000 pour arriver à 1/1000, titre qu'on pourra même dépasser. xx à xxx gouttes suffiront les premières fois, pour arriver peu à peu à laisser dans la vessie les 4 grammes de la seringue. On aura soin enfin, dans les cas où les lésions se trouvent surtout autour du col, de laisser dans l'urèthre postérieur quelques gouttes de l'instillation.

β. *Opérations sanglantes. Traitement palliatif.* — Une première série d'opérations n'a d'autre but que de soulager les douleurs de la miction, en supprimant pour un temps plus ou moins long et d'une façon plus ou moins complète les fonctions de la vessie. C'est dans ce même but qu'on avait aussi employé la sonde à demeure, sans grand succès d'ailleurs, la sonde se bouchant et se déplaçant facilement, irritant la région du col, surtout si elle est un peu dure, provoquant par suite les contractions qu'on voulait supprimer. La dilatation du col est, parmi les opérations, la plus minutieuse : elle a surtout été pratiquée chez la femme. Dès 1886, M. Hartmann la reconnaît insuffisante; depuis, elle est complètement abandonnée, n'ayant, dans aucun cas, donné à elle seule une amélioration certaine.

La *fistulisation de la vessie* a, au contraire, donné d'excellents résultats. Elle procure une amélioration notable de l'état général et du fonctionnement des reins, en supprimant instantanément les douleurs de la miction. Elle peut être obtenue par l'*incision périnéale* et la dilatation du col chez l'homme. C'est la boutonnière uréthrale de Thompson. Elle doit être complétée par un bon drainage.

L'*incision vésico-vaginale* ou *kolpo-cystotomie*, opération déjà ancienne, vulgarisée par les Américains, et en particulier par Emmet et Bozeman, donne des résultats, pourvu que l'incision soit suffisamment large et que la suture des muqueuses vésicale et vaginale empêche la réunion rapide de ses bords.

Ces deux procédés doivent aujourd'hui, cependant, céder le pas à la *taille hypogastrique* que M. Guyon a, un des premiers, employée contre les cystites rebelles. La plaie vésicale doit être intimement suturée à la plaie cutanée et maintenue béante ou le plus longtemps qu'on pourra, pendant plusieurs semaines au moins, sans qu'il soit possible de fixer de chiffre : les observations montrent toutes que l'amélioration persiste pendant toute la durée de repos physiologique de la vessie ; qu'après la cicatrisation rapide de la fistule, les douleurs réapparaissent souvent en peu de temps.

C. *Traitement curatif.* — Dans la plupart des cas, le traitement a consisté à *gratter* les lésions tuberculeuses, soit avec la curette tranchante, soit avec une éponge ou une compresse, ou à les *détruire au fer rouge*.

Presque toujours ces destructions sont suivies de l'application d'un topique. Landerer aurait obtenu des résultats avec le baume du Pérou, Heath avec le nitrate d'argent, R. Johnson avec une émulsion iodoformée, Battle avec le chlorure de zinc. M. Guyon a surtout réussi avec l'iodoforme et le sublimé.

Dans des cas où l'étendue des lésions a empêché le curetage, on s'est contenté de panser la vessie : les tubes-siphons mis en place, on a procédé au tamponnement vésical avec des bandelettes de gaze iodoformée qui entourent les tubes sans en gêner le bon fonctionnement, qui mettent la muqueuse viscérale, pour un certain nombre de jours, à l'abri du contact de l'urine. Ce tamponnement sera conservé le plus longtemps possible, en raison de l'impossibilité où l'on sera de le refaire ultérieurement dans de bonnes conditions [Obs. d'Albarran et Lluria et de Desnos (1)].

(1) Desnos. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, janvier 1893.

Les résultats fournis par ces tentatives de cure radicale de la tuberculose vésicale sont loin d'être toujours satisfaisants, même quand l'intervention est aussi prompte que possible, même dans les cas où la muqueuse vésicale est réséquée avec une certaine étendue, comme l'ont pratiquée Bardenheuer (1) et Brohl (2). Nous venons récemment de montrer (3) que le curetage et l'excision de la muqueuse ne donnaient pas plus de résultat que la simple taille hypogastrique, permettant d'établir une fistule vésicale durable, au moins dans les tuberculoses vésicales secondaires ou à lésions étendues. Dans ces cas, l'intervention curatrice doit être rejetée. Elle ne peut être tentée que dans les formes primitives à lésions nettement limitées.

Cinquante-cinq cas que nous avons réunis nous ont donné 21 morts dans un délai plus ou moins long (de quelques heures à plus de deux ans), dont 7 rapides, qu'on peut et doit attribuer à l'opération, soit une mortalité générale de 38,18 p. 100 et une mortalité opératoire de 12,72 p. 100.

Étant donné les conditions de cachexie dans lesquelles on opère la plupart du temps, la néphrotomie est donc une opération peu grave. Quant aux morts tardives, elles se sont produites souvent par la généralisation des lésions, après que l'opéré a bénéficié d'une amélioration très notable pendant quelque temps.

Parmi les 34 survivants, 20 ont pu subir secondairement la néphrectomie, grâce à l'amélioration que leur avait procurée la première intervention. Des 14 autres 3 auraient guéri sans conserver de fistule, 11 ont conservé une fistule, mais se sont trouvés tellement améliorés, jusqu'à trois ans après l'intervention, que certains ont pu se considérer comme guéris. Dans tous les cas, la néphrotomie fait disparaître les douleurs rénales et la fièvre, diminue la suppuration et les symptômes vésicaux, améliore le fonctionnement du second rein, remonte l'état général. Ces heureux effets se manifestent presque immédiatement et se maintiennent toujours quelques semaines, souvent quelques mois, parfois quelques années. Mais de guérison radicale et définitive, on n'en peut affirmer. Dans toute forme de tuberculose rénale, formant tumeur, la néphrotomie est indiquée par la gravité de l'état général, par l'intensité des crises de rétention rénale, par la formation d'un abcès péri-néphrétique. Devant ces indications, rien ne peut contre-indiquer, pas même une lésion du second rein.

Néphrectomie. — En moins de vingt ans d'existence, la néphrectomie a su conquérir un grand nombre de partisans. Sans espérer être complet, nous avons pu réunir 104 néphrectomies pour tuberculose rénale.

Ces 104 néphrectomies donnent :

Mortalité générale : 40 cas = 38,40 p. 100.
Mortalité opératoire : 31 cas = 29,80 p. 100.

Elles se répartissent en :

65 néphrectomies lombaires primitives : mortalité générale : 26 cas = 40 p. 100; mortalité opératoire : 19 cas = 29 p. 100.

20 néphrectomies secondaires : mortalité générale : 7 cas = 35 p. 100; mortalité opératoire : 5 cas = 25 p. 100.

19 néphrectomies abdominales primitives : mortalité générale : 7 cas = 36,84 p. 100; mortalité opératoire : 7 cas = 36,84 p. 100.

La mortalité générale de la néphrectomie n'est donc pas plus grande que celle de la néphrotomie. Par contre, la mortalité opératoire est plus considérable ; mais on peut se convaincre que cette mortalité opératoire est surtout attribuable aux néphrectomies primitives pratiquées avec un diagnostic insuffisant ou par un procédé condamné et qu'un choix mieux raisonné du procédé opératoire, joint à un diagnostic plus précis, doit abaisser cette mortalité que compense, d'ailleurs très amplement, les résultats

(1) Bardenheuer. *Wien. Med. Presse*, 1889.
(2) Brohl. *Wien. Med. Presse*, 1889, n° 27.
(3) Vigneron. VIIe Congr. fr. de chir., Paris 8 avril 1893.

plus favorables obtenus chez les survivants de la néphrectomie.

Les morts rapides sont dues surtout, en effet, au shock, parce que la néphrectomie a été pratiquée chez des malades trop débilités pour la supporter, et à l'anurie, parce que le second rein était malade. C'est-à-dire que, pour ces deux catégories de malades, on aurait dû se contenter de la néphrotomie, avec l'espérance, chez les premiers seulement, de pratiquer ultérieurement la néphrectomie secondaire. De plus, sur 19 cas, la néphrectomie abdominale donne 7 morts opératoires, qui suffiraient à faire rejeter ce procédé s'il n'était déjà condamné par la plupart des chirurgiens. Dans l'avenir, la mortalité opératoire doit donc diminuer très notablement, tant par le fait d'un diagnostic plus complet que par le rejet de la voie péritonéale.

Chez les survivants de la néphrotomie, on n'avait qu'une amélioration plus ou moins complète et plus ou moins durable. Des survivants de la néphrectomie, s'il en est sur le sort desquels on doive hésiter à se prononcer, il en est d'autres qui restent absolument guéris, sans fistule, sans douleur, avec un bon état général, avec des urines claires ou à peu près. Et cette guérison se maintient dans nombre de cas au bout de plusieurs années, quatre, six et même huit ans (Bardenheuer). Ces néphrectomisés ont pu vivre de la vie ordinaire : 2 d'entre eux sont mariés (cas de Czerny et de Thornton); 1 femme a subi une ovariotomie (cas de Maudach); 1 autre a pu mener une grossesse à terme (Thornton).

En somme, la néphrectomie doit être admise dans la tuberculose rénale : toujours elle sera pratiquée par la voie lombaire, mais, selon les cas, on devra choisir la néphrectomie primitive ou la néphrectomie secondaire.

La néphrectomie ne doit pas être pratiquée tout au début de la tuberculose rénale. Le diagnostic trop difficile (Israël, Madelung) à ce moment, l'évolution lente de la maladie, la possibilité de la guérison (Madelung), l'inefficacité de l'intervention chirurgicale pour le tuberculeux à cette période (Guyon), voilà autant de raisons qui plaident en faveur de l'abstention. A la période d'état, au contraire, le diagnostic est précis, les lésions évoluent plus rapidement et ne peuvent plus rétrocéder : l'ablation d'un foyer suppuré qui épuise ne peut qu'être utile au tuberculeux.

La *néphrectomie primitive* est indiquée : 1° avec des lésions limitées à un seul rein, *quand l'état général n'est pas gravement compromis*; 2° quand, avec un état général suffisant, on ne trouve, en dehors du rein, que des *lésions minimes et très limitées dans un organe quelconque*, pourvu que cet organe ne soit pas le second rein.

La *néphrectomie secondaire* est indiquée en présence des conditions locales requises pour la néphrectomie primitive (unilatéralité des lésions rénales, vessie saine ou avec lésions très récentes), quand *l'état général est mauvais*.

Toute lésion du second rein (tuberculeuse ou d'infection vulgaire) est une *contre-indication absolue* à la néphrectomie secondaire comme à la néphrectomie primitive.

La néphrectomie secondaire doit être *précoce* (Tuffier), c'est-à-dire qu'elle doit être le plus rapproché possible de la néphrotomie. On a vu, en effet, que, d'une façon presque constante, la néphrotomie relevait rapidement, en cinq à sept semaines, les forces et l'état général de l'opéré, qu'il se maintenait plus ou moins longtemps dans cet état, puis qu'à nouveau il perdait. Quand donc, de par l'état des autres organes, la néphrectomie est possible, il faut savoir saisir le moment favorable pour la pratiquer, ne pas le perdre par une attente trop prolongée.

Pratiquée dans ces conditions, la néphrectomie secondaire doit arriver à fournir une statistique plus favorable encore que celle que nous avons indiquée. La plupart des chirurgiens en reconnaissent, d'ailleurs, la valeur : nous ne ferons que citer les noms de Kuester, Czerny, Max Schède, Gersony, MM. Guyon, Tuffier. Bardenheuer ne le repousse que par la crainte que le malade ne veuille pas se soumettre à une seconde intervention. Madelung seul préfère nettement la néphrectomie primitive, bien que n'opérant que dans des cas désespérés.

La méthode sous-capsulaire doit être réservée aux cas où la *péri-néphrite rend véritablement impossible l'extirpation du rein avec sa capsule* : son indication ne pourra jamais être reconnue qu'au cours de l'opération.

En raison des lésions presque constantes de l'*uretère*, il est nécessaire de l'explorer et d'en réséquer la plus grande partie possible, en fixant ce qui en reste à la plaie lombaire (Madelung); sa surface de section sera touchée au thermocautère. Malheureusement les adhérences intimes de l'uretère empêcheront très souvent son isolement et sa résection.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'histologie pratique (1), par M. le professeur J. Renaut (de Lyon). Tome Ier.

Après avoir étudié, dans un premier fascicule, le milieu intérieur et l'appareil général de soutènement (lymphe, sang, tissu conjonctif lâche ou diffus), M. le professeur J. Renaut (de Lyon) avait abordé l'appareil général de soutènement (tissu connectif modelé en organes).

Dans le second fascicule qui vient de paraître, le savant professeur étudie les tissus du squelette (corde dorsale ou notocorde ; squelette fibreux primordial et ses diverses pièces adventices d'adaptation ; tissu cartilagineux ; tissu osseux).

La deuxième partie du « Traité d'histologie pratique » traite des agents du mouvement.

L'auteur étudie d'abord les tissus et les organes qui entrent dans la constitution du système moteur (motricité). Après les épithéliums contractiles, il passe en revue le tissu musculaire à contraction lente (muscles lisses), ou à contraction brusque (muscles fasciculés); les muscles striés rétiformes (cœurs), le développement et l'accroissement des muscles striés.

Le dernier livre est consacré au système vasculaire.

Tel est le plan du premier volume de cet excellent « Traité ». Il donne une idée très nette de questions très difficiles; il peut se lire, ce qui est un mérite dans cette partie de la science, et l'auteur, par les 253 figures intercalées dans le texte, éclaire bien des points qui nécessitent l'illustration. En résumé, M. le professeur Renaut a fait un très bon livre, qui lui fait honneur et que nous recommandons à l'attention, non seulement des élèves, mais des médecins qui veulent se tenir au courant de la science.

Le tome II, qui terminera l'ouvrage, formera aussi deux fascicules et l'auteur espère les publier dans l'espace de dix-huit mois.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 20 juin 1893, ont été promus et nommés dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat :

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Lardy et Levrier.

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. de Fayard, docteur en médecine.

— Par décret, en date du 20 juin 1893, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Petit, Monglond, Massonnié et Loubière.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Bernard, Malphettes, Annéquit, Noyer-Audiat, Duchastelet, Puech, Carrié et Gandon.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — MM. les pharmaciens aides-majors de deuxième classe Langlebert, Heimbach, Maréchal, Frache, Thouvenin et Jeanson.

— M. le docteur A.-J. Martin donnera sa prochaine conférence pratique du cours d'hygiène sociale, le dimanche 25 juin 1893, aux Catacombes de Paris, place Denfert-Rochereau, à neuf heures et demie très précises du matin.

---

(1) In-8°. Prix : 25 francs le volume complet ou 18 francs le second fascicule. — Paris, Battaille et Cie.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en leur recommandant le Lait stérilisé et en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 73. — MARDI 27 JUIN 1893. 66e ANNÉE. MARDI 27 JUIN 1893. — N° 73.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : **20 c.** — Avec Supplément : **30 c.**

Paris, le 26 juin 1893.

Sur le chapitre VII du budget de 1894, le ministre de l'Instruction publique a demandé une augmentation de 182500 francs pour complément du personnel auxiliaire des Facultés : spécialement pour la création de cliniques annexes à la Faculté de médecine de Paris et, d'autre part, pour la transformation en chaires de conférences et cours complémentaires.

C'est là un commencement de satisfaction donnée aux justes réclamations que nous avions formulées ici, il y a déjà près de deux années, lorsque nous montrions l'insuffisance de l'enseignement clinique. Cette somme, si minime qu'elle soit, suffirait amplement à mener à bien les réformes nécessaires, mais à condition de la bien employer. Nous ne craignons pas de le répéter. La grosse lacune de notre enseignement clinique, c'est la propédeutique, c'est l'enseignement du débutant, qui fait complètement défaut.

Lorsque l'étudiant en cours d'études est astreint au stage hospitalier, il est envoyé actuellement, à peu près au hasard des places vacantes ou d'après le bon vouloir d'un employé, dans un service où il arrivera profondément ignoré et absolument inattendu. Le premier jour, il déposera l'argent nécessaire pour ceindre le tablier, signera le registre et suivra consciencieusement la visite. Il reviendra le lendemain et même les jours suivants. Les plus tenaces reviennent même une quinzaine de jours, mais, comme ils auront vite remarqué qu'étant inutiles au fonctionnement du service, personne ne daigne s'occuper d'eux, ils disparaîtront peu à peu, se contentant d'organiser une sorte de service de roulement, pour qu'à tour de rôle l'un d'eux vienne *signer* pour les autres. Les plus zélés courent les services hospitaliers le matin, sans guide, sans but déterminé, à la recherche d'opérations sensationnelles qu'ils n'auront jamais à pratiquer, mais complètement ignorants au sujet de la plus petite entorse. La plupart des autres restent chez eux, n'allant même pas à l'hôpital.

Aussi, dans notre Faculté, où l'enseignement de l'anatomie, de l'histologie, de la physiologie et de l'histoire naturelle, est assuré par une présence *effective* aux cours, et aux travaux pratiques, l'enseignement de la clinique est abandonné et complètement délaissé.

On va donc le réformer; mais pour que ces réformes soient efficaces, il ne faut pas se contenter, avec le nouvel argent voté, de créer des chaires nouvelles : nous avons assez de professeurs de clinique, de grands maîtres de la médecine et de la chirurgie. La leçon clinique, à l'amphithéâtre, n'est que le petit côté de l'enseignement clinique qui doit être avant tout essentiellement pratique. Il faut, avec ces ressources nouvelles, indemniser des jeunes, à différents degrés de la hiérarchie médicale, qui, tous, auront mission de s'occuper directement des élèves, leur enseigneront les éléments les plus *simples*, mais les plus indispensables à connaître; ne serait-ce qu'à examiner l'urine ou appliquer un spéculum!

A ces détails de l'enseignement pratique, le professeur de clinique ne peut pas descendre; c'est au-dessous de lui et dans son service que doit fonctionner un groupe nouveau d'« instructeurs », de l'enseignement desquels il aura la direction et la responsabilité.

M. Alpy, membre du Conseil municipal de Paris, vient d'interpeller M. le Directeur de l'Assistance publique, sur la mort si profondément regrettable de M. Lallemand. Nous remercions l'honorable M. Alpy d'avoir voulu se rendre compte des mesures prises par l'Assistance publique pour éviter les douloureuses complications dont a été victime ce malheureux externe de nos hôpitaux.

M. Peyron a donné ordre qu'on installât des chambres d'isolement pour les membres du personnel qui seraient atteints de typhus ou simplement soupçonnés de l'être. Il a été pris à l'improviste, mais les mesures sont prises pour qu'à l'avenir le personnel hospitalier fût soigné, en cas de maladie, dans les conditions honorables qui lui sont dues.

Dont acte.

La gravité de l'érysipèle paraît dépendre beaucoup plus de la nature du terrain que de la virulence plus ou moins considérable du parasite spécifique. C'est au moins ce que semblent prouver les tables de mortalité par érysipèle. M. Catrin (Société médicale des hôpitaux, séance du 23 juin) fait remarquer, à ce sujet, que dans l'armée, les statistiques fournissent un chiffre beaucoup moins élevé

que celui que M. Le Gendre a produit antérieurement. Sur 1355 cas d'érysipèles, les statistiques militaires ne portent pour une année que 15 décès, soit 1,1 p. 100, tandis que M. Le Gendre était arrivé à 6 p. 100. On peut encore, à l'appui de cette assertion, faire remarquer que la mortalité est beaucoup plus élevée chez les infirmiers militaires, puisqu'elle monte à 7 p. 100. Toutes les causes de débilitation entrent donc pour une grande part dans la gravité de l'érysipèle.

M. Catrin lit ensuite un mémoire fort important ayant pour titre : « Sur le rhumatisme et l'endocardite dans les oreillons. » Étant donné la longueur de ce travail, nous ne pouvons qu'en détacher les principales conclusions en insistant sur leurs diverses particularités.

Il est à remarquer que si, au cours des oreillons, on rencontre des complications articulaires, celles-ci sont, en somme, assez rares, puisque la moyenne des différentes statistiques ne s'élève pas à plus de 2,8 p. 100.

On peut voir les arthrites se localiser partout, cependant les genoux sont atteints avec une fréquence incomparablement plus grande. Les gaines synoviales sont envahies souvent.

De même que dans le rhumatisme aigu, avant de se localiser, on constate des douleurs vagues dans les différentes jointures.

Le rhumatisme ourlien est rarement une manifestation primitive de la maladie et survient généralement plus tard que l'orchite.

Les symptômes qui l'accompagnent sont, en somme, assez banals. On remarque une réaction locale modérée, quoique l'épanchement articulaire puisse être assez abondant. Cependant, la réaction générale est souvent intense. L'évolution en est rapide : huit, treize, quatorze, vingt-six jours en moyenne.

Au cours de la détermination articulaire, on peut observer la naissance de cardiopathies dont le pronostic est assez généralement bénin.

La nature de ce rhumatisme ourlien paraît jugée, car, on trouve presque toujours dans les épanchements articulaires le même micro-organisme que dans la sérosité parotidienne et le sang.

Parmi les signes qui fixent le mieux le pronostic immédiat du choléra, on doit, semble-t-il, tenir compte de l'état des réflexes pupillaire et rotulien. Des travaux antérieurs (Coste, Josies) ont déjà été publiés sur ce sujet, mais n'ont pas porté sur un aussi grand nombre de cas que le récent travail de M. Galliard. M. Galliard, en effet, a fait porter ses recherches sur cent soixante malades et a étudié séparément puis simultanément l'état des réflexes pupillaire et rotulien.

Voici ce qui concerne le réflexe pupillaire envisagé isolément :

1° La mobilité pupillaire, sans avoir la valeur que Coste lui attribue, est un phénomène plutôt favorable;

2° La paresse des pupilles n'a guère de signification pronostique;

3° L'inertie pupillaire est un phénomène le plus souvent fâcheux.

Pour les réflexes rotuliens :

1° L'exaltation des réflexes rotuliens (phénomène rare) est fâcheuse;

2° La conservation du réflexe rotulien est plutôt favorable;

3° L'abolition du réflexe rotulien est souvent défavorable.

Quelle est maintenant la valeur de la conservation simultanée ou de la modification simultanée des deux réflexes?

1° Sur trois cholériques algides conservant simultanément leur mobilité pupillaire normale et leur réflexe rotulien normal, deux sont destinés à guérir, un seul est voué à la mort.

2° Sur trois cholériques algides simultanément dépossédés de leurs réflexes pupillaire et rotulien, on doit compter deux morts et une seule guérison.

En d'autres termes, si un cholérique algide conserve simultanément ces deux réflexes, il a 2 chances de salut sur 3; que s'il les perd simultanément au contraire, il n'a plus que 1 chance de salut sur 3.

M. Netter a lu une nouvelle observation de typhus exanthématique méconnu.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Frais de dernière maladie. — Ordre. — Rejet de demande en collocation. — Admission du privilège. — Art. 2101, n° 3, 2104 Code civil.

Le Tribunal civil de Saint-Quentin a rendu, le 7 juin dernier, le jugement suivant, que nous reproduisons d'après la « Gazette hebdomadaire » :

JUGEMENT

Attendu que MM. Desprez et Délaissement, docteurs en médecine à Saint-Quentin, contestent le règlement provisoire en ce qu'il ne contient aucune collocation à leur profit pour les sommes réclamées à raison des soins par eux donnés à Quennesson dans sa dernière maladie;

Qu'aux termes des articles 2101 n° 3 et 2104 C. c. les frais quelconques de la dernière maladie constituent une créance privilégiée;

Que la loi s'inspirant d'une pensée d'humanité vient en aide au débiteur malade qui pourrait, sinon être absolument abandonné, au moins ne pas recevoir tous les secours que son état réclame, s'il n'offrait aux personnes de qui le secours peut émaner qu'un crédit sans sûreté; qu'elle veut donc que les frais quelconques de la dernière maladie soient privilégiés;

Qu'il en résulte que les médecins, les chirurgiens, les pharmaciens, tous ceux, en un mot, qui sont appelés à donner des secours à un malade, jouissent du privilège pour la créance dont le principe est dans le secours qu'ils ont donné (1);

Que ces règles étant fixées, la seule question soumise au tribunal est celle de savoir si les soins donnés à Quennesson par les docteurs Desprez et Délaissement ont été donnés dans la mesure nécessaire au traitement du malade;

Attendu que Quennesson s'était retiré à Chauny après avoir résidé à Saint-Quentin de longues années;

Qu'il fut atteint en 1891 d'une maladie grave et vint à Saint-Quentin consulter le docteur Desprez qui institua un traitement sous la surveillance du docteur Tison, médecin à Chauny;

Que la maladie de Quennesson s'étant aggravée, le docteur Des-

(1) Ce jugement ne fait que reproduire l'opinion de M. Paul Pont, t. X, p. 55; voir également Dalloz, *Jurisprudence générale*, « des Privilèges et hypothèques », t. XXX, t. II, chap Ier, sect. 1, art. 3, n° 185.

prez fut appelé auprès du malade et fit six visites à Chauny, du 21 mars au 17 mai 1891;

Que l'état du malade devenant de plus en plus grave, Tison et Desprez eurent recours au docteur Délaissement qui connaissait les antécédents de Quennesson;

Que Délaissement fit à Chauny deux visites : 7 et 17 mai 1891;

Que Quennesson est décédé le 27 mai 1891; que les soins donnés par les contestants ont donc été donnés pendant la dernière maladie de Quennesson;

Qu'il est, en outre, constant que ces soins ont été donnés dans la mesure nécessaire au traitement du malade; que les honoraires réclamés (300 francs par Desprez, 100 francs par Délaissement) n'ont rien d'exagéré, surtout si l'on considère que Chauny est distant de 26 kilomètres de Saint-Quentin;

Que c'est donc à tort que les productions des contestants ont été rejetées par le règlement provisoire;

Que les dépens doivent être employés en frais privilégiés de poursuite d'ordre;

Dit que le règlement provisoire sera rectifié en ce sens que les docteurs Desprez et Délaissement seront colloqués par privilège pour le montant de leurs productions, en vertu des articles 2101 n° 3 et 2104 C. c.

HOTEL-DIEU. — M. Germain Sée.

Deux observations d'ulcère simple, à symptômes anormaux.

Par M. Vermorel, interne du service.

Dans l'espace de quatre à cinq jours, il nous a été donné d'observer, dans le service de notre maître, M. le professeur G. Sée, deux cas d'ulcère rond qui nous ont paru assez intéressants pour être publiés.

Observation I. — *Ulcère simple du duodénum : absence de symptômes : perforation intestinale : mort par péritonite aiguë : autopsie.* — Un homme de quarante-deux ans, peintre en bâtiments, entre à l'Hôtel-Dieu, le mardi 16 mai, à dix heures du soir.

Rien à noter dans ses antécédents personnels ou héréditaires.

Il exerce sa profession depuis vingt-cinq ans. Il n'a jamais eu d'accidents saturnins : ses selles ont toujours été régulières. Jamais de constipation, ni de douleurs abdominales, ni de selles sanglantes. Il faisait quelques excès alcooliques, buvait régulièrement deux à trois litres de vin.

En somme, santé parfaite jusqu'à son entrée.

Quand il se présente à nous, il se plaint d'une douleur violente à l'abdomen, survenue brusquement à quatre heures de l'après-midi. En raison de sa profession, du liséré saturnin qu'il porte aux gencives, de l'apparition brusque de la douleur, de l'état de parfaite santé quelques heures plus tôt, on porte le diagnostic de coliques de plomb.

Mercredi matin, à la visite, nous sommes en présence d'un homme robuste, qui accuse un cercle douloureux autour de l'ombilic, qui n'a pas été à la selle depuis vingt-quatre heures et qui, pendant la nuit, a eu quelques vomissements bilieux. La pression du ventre ne calme ni n'augmente la douleur.

Le foie paraît un peu gros. Les muscles abdominaux sont légèrement tendus. Pas de météorisme.

Le cœur et le poumon sont sains.

Le pouls est à 80 pulsations; il n'a pas la dureté que l'on remarque souvent dans les coliques de plomb. La température est à 37 degrés.

Pour les mêmes raisons qui ont déterminé son entrée, on croit à une colique saturnine, le malade assurant nettement que jusque-là il était très bien portant, et que jamais il n'a eu à se plaindre de douleurs d'aucune sorte.

A la visite du soir, l'état du malade est des plus graves, trop avancé même pour que l'on puisse songer à une intervention chirurgicale. Les traits sont tirés, les yeux excavés, le pouls à 120 pulsations. Les vomissements ont continué pendant toute la journée : ils sont noirâtres, et ont une légère odeur fécaloïde. Le diagnostic de péritonite aiguë s'impose. Deux heures après le malade succombait.

Autopsie. — Le corps présente un commencement de décomposition cadavérique. Emphysème du cou et des bourses; abdomen énormément distendu.

A l'ouverture du ventre, il s'échappe une grande quantité de gaz fétide.

Les anses intestinales superficielles sont très congestionnées, recouvertes de fausses membranes blanchâtres, molles, créant des adhérences entre le péritoine viscéral et pariétal et entre différentes anses intestinales elles-mêmes.

Les anses profondes sont beaucoup moins congestionnées que les anses superficielles.

A la partie de l'abdomen la plus déclive, il existe 2 à 3 litres d'un liquide foncé, roussâtre.

On recherche la cause de cette péritonite : on trouve l'appendice absolument intact. Dans le petit bassin, pas de péritonite. On cherche au niveau du foie et au niveau de la première portion du duodénum : on découvre une petite perforation circulaire de 3 à 4 millimètres de diamètre. En pressant sur l'intestin à ce niveau, on fait sourdre une assez grande quantité de liquide jaune foncé.

On retire la portion de l'intestin où siège la perforation, pour en examiner la face interne; on voit alors que le point perforé siège à environ 1 centimètre et demi de la valvule du pylore.

A ce niveau, la muqueuse est légèrement épaissie tout autour de l'ulcération, formant un ovale d'environ 2 centimètres. En dedans de cette première zone épaissie, on trouve un second cercle comme taillé à l'emporte-pièce; ce second cercle est un peu plus petit que l'ovale formé par l'épaississement de la muqueuse.

Enfin, plus profondément, on voit la perforation elle-même. Pas de congestion, pas d'ulcération de la muqueuse à l'entour de cette perforation.

État de l'estomac. — Toute la région pylorique est comme marbrée de taches noires alternant avec des taches plus claires. La limite de cette zone noirâtre est festonnée. Le reste de la muqueuse gastrique présente un commencement de décomposition cadavérique.

Rate, pesant 275 grammes, ferme à la coupe. La capsule est épaissie et présente des taches noirâtres.

Foie, pesant 2 kilos, dur, criant à la coupe et présentant partout des granulations cirrhotiques. Pas de calculs biliaires dans la vésicule.

Poumon. Pas d'adhérence pleurale, légèrement congestionné à l'aorte.

Cœur flasque. Rien aux valvules. Pas d'athérome à l'aorte.

Reins. Volume normal, se décortiquant facilement, un peu congestionnés à la surface. Les deux substances, corticale et médullaire, ont conservé leur rapport de hauteur et leur couleur propre.

Cerveau. Un peu d'œdème à la pie-mère.

Intestin. Rien.

Tout l'intérêt de cette observation réside, selon nous, dans la difficulté du diagnostic. Avant l'apparition de la fièvre et de la rapidité du pouls, il n'était guère possible de penser à la péritonite, en raison surtout de la profession du malade. Lorsque la péritonite s'est dévoilée, nous n'avons, à aucun moment, songé à la véritable cause de la perforation. L'ulcère de l'estomac, comme celui du duodénum, était écarté parce que le malade n'avait jamais souffert, qu'il n'avait jamais eu d'hématémèse ni de mélæna, que ses fonctions digestives étaient jusque-là intactes. On pouvait plus vraisemblablement croire à une appendicite perfo-

rante ou encore à la rupture de l'intestin au niveau d'une plaque tuberculeuse. La rapidité des accidents peut trouver son explication dans la cirrhose que portait le malade, car il est d'observation vulgaire, que les individus chez qui le foie est altéré ne résistent que bien peu aux infections.

Obs. II. — *Ulcère simple de l'estomac; absence de symptômes; mort par hémorragie intestinale; autopsie.* — Un homme de soixante-deux ans, garçon de cuisine, entre le 16 mai 1893, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Sée.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires et personnels.

Pendant toute la durée de son existence, il a joui d'une santé parfaite. Il y a un mois, il a ressenti à la région épigastrique une légère douleur continue, augmentée par l'alimentation. L'appétit n'était pas diminué et il ne vomissait pas. La persistance de ces légères douleurs amène le malade à l'hôpital.

C'est un sujet fortement constitué et nullement amaigri.

L'examen du poumon ne révèle rien de pathologique. Les battements du cœur sont extrêmement sourds et précipités. Pas d'arythmie. Les radiales sont dures.

Au niveau de l'estomac, la pression n'est pas douloureuse; aucune douleur dans la région dorsale. Les selles ont toujours été régulières et jamais il n'a remarqué de coloration noire. Il n'a jamais fait d'excès alcooliques et il ne présente aucun signe d'intoxication. La température est à 37 degrés.

Pas d'albumine dans les urines.

En somme, rien autre qu'une sensation continue de pesanteur à la région stomacale.

Le diagnostic porté est myocardite avec état dyspeptique, dont nous réservons de préciser la cause les jours suivants. Comme traitement : 30 centigrammes d'infusion de digitale.

Le 17 au matin, nous constatons que, grâce à la digitale, les battements cardiaques sont plus forts et plus nets.

On nous présente une selle noirâtre dans laquelle il est impossible de ne pas reconnaître du melæna. Le soir, hémorragie intestinale intense : on recueille à peu près 1 litre de sang noir. Pas de vomissements, pas d'hématémèse.

Le 18, le malade a eu trois selles constituées presque uniquement par du sang noir. L'état général a notablement changé : il est très pâle, très affaibli, il a presque la teinte jaune-paille et les différentes personnes qui l'examinent à ce moment, pour la première fois, s'arrêtent volontiers à l'idée d'épithélioma intestinal. M. le professeur Sée fait remarquer, à juste titre, qu'on est maintenant en présence d'un homme épuisé par hémorragie et qu'il ne faut pas trop — pour le diagnostic de la cause — s'appesantir sur la teinte particulière et l'état général.

Le 19, les selles noires continuent, l'affaiblissement s'accentue, la température est à 36°5 et le malade succombe dans l'après-midi.

Autopsie. — L'autopsie est pratiquée trente-six heures après la mort. Les poumons, le cerveau, les reins et le foie ne présentent rien d'anormal. Le cœur est décoloré, très flasque, les parois minces, les cavités droites dilatées. Les valvules sont saines; les artères coronaires, poursuivies dans leur trajet, ne sont pas athéromateuses. Au niveau de la crosse, de nombreuses élevures, mais pas de plaques calcaires : elles sont, au contraire, très confluentes dans les deux iliaques primitives.

A l'examen de la masse intestinale, la partie supérieure du grêle est blanche, ratatinée; toute la portion inférieure et le gros intestin sont dilatés et ont une coloration très foncée. Après ouverture, on constate les faits suivants : depuis le rectum jusqu'à 1m50 de l'estomac, le contenu intestinal est constitué par une bouillie sanglante ressemblant à de la lie de vin, témoignant d'une hémorragie intense.

Au point où cesse le dépôt sanglant, on ne trouve rien qui explique l'hémorragie : le sang vient donc de plus haut, mais il n'a pas séjourné dans cette partie de l'intestin.

L'estomac est très distendu. Après l'avoir sectionné suivant son bord supérieur, on constate sur sa face antérieure, tout près de la petite courbure et du pylore, une profonde ulcération, bien taillée à pic, arrondie, à bords non épaissis, de la grandeur d'une pièce de 2 francs. Elle arrive tout près de la surface péritonéale sans l'intéresser. Dans le fond de l'ulcération, qui est plan, on remarque deux petits points rouges ressemblant à deux bourgeons et qui sont vraisemblablement les deux bouts d'une artériole, d'où l'hémorragie mortelle.

Tout autour de la perte de substance, la muqueuse est intacte et n'a subi ni épaississement, ni induration, ni trace d'ulcération.

Cette observation est intéressante par plusieurs de ses détails : d'abord l'âge du sujet; les ulcères sont, en effet, peu fréquents après soixante ans; ensuite, la marche absolument insidieuse de la maladie. Qu'un des grands symptômes de l'ulcère soit absent, c'est chose commune; mais que tous (douleurs, vomissements, hématémèse, melæna) manquent à la fois, c'est là chose plus rare. Le premier symptôme qui a attiré notre attention, à savoir l'hémorragie intestinale, est celui qui a entraîné le malade en trente-six heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 juin 1893. — Présidence de M. Périer.

COMMUNICATIONS

De l'électrolyse dans les rétrécissements de l'urèthre. — **M. GUEILLIOT** (de Reims) a traité 15 malades atteints de rétrécissement de l'urèthre par l'électrolyse. Il n'a jamais eu d'accidents. C'est donc une méthode inoffensive, quand on emploie des courants faibles. Cette méthode est surtout indiquée dans les rétrécissements peu résistants et dilatables. Elle est impuissante dans les rétrécissements durs et fibreux.

M. Gueilliot a eu des récidives dans 4 cas, dans une période variant de trois mois à deux ans. A ce point de vue, l'électrolyse n'est pas supérieure aux autres méthodes de traitement.

M. REYNIER rappelle que, dans la dernière séance, M. Tuffier a contesté le pouvoir antiseptique du salol. Pour M. Reynier, si le salol n'est pas capable de détruire tous les agents infectieux, il a au moins l'avantage de s'opposer à la formation de nouveaux germes. C'est donc un agent ayant le pouvoir d'aseptiser, ce qui a bien son importance.

Appendicite suppurée. — **M. RECLUS** a présenté, dans la dernière séance, un appendice qu'il avait enlevé sur un homme qui, en 1892, avait été pris d'accidents douloureux dans la fosse iliaque droite, sans fièvre. En janvier 1893, les accidents reparaissent encore sans fièvre. Quinze jours après, nouvelle crise, avec tuméfaction bien nette. M. Reclus fait une incision latérale, trouve une collection purulente, en arrière de l'appendice, entre la fosse iliaque et le péritoine, et l'appendice enflammé, mais non perforé. Il excise l'appendice, lave la cavité péritonéale, fait un drainage. Le malade a guéri.

Ce fait prouve, de nouveau, que le traitement médical, dans ces cas, ne donne le plus souvent qu'une guérison momentanée. Il prouve, en outre, qu'il peut y avoir suppuration sans fièvre et que la maladie peut se développer sans perforation de l'appendice. Enfin, cette observation est une nouvelle preuve de l'innocuité de l'intervention chirurgicale.

M. NÉLATON communique un nouveau cas de guérison d'appendicite et de péritonite suppurées par la laparotomie. Il s'agit d'une petite fille de neuf ans, qu'il a opérée il y a trois mois. Il a trouvé une péritonite généralisée. Il a réséqué l'appendice, dans lequel existait un calcul. Antérieurement, cette enfant n'avait présenté ni douleurs, ni fièvre. Ce sont les accidents de la péritonite qui se sont révélés les premiers.

M. Reclus a noté les mêmes particularités chez deux autres en-

fants. Il arrive donc souvent que ce sont les signes de la péritonite elle-même qui apparaissent les premiers, les autres signes étant insidieux ou simulant une indigestion.

M. CHAMPIONNIÈRE, sans mettre en doute l'indication de la laparotomie dans certains cas, admet que la guérison peut être obtenue définitivement par les moyens médicaux. Il en cite plusieurs exemples : celui d'un adulte atteint deux fois de crises violentes et resté guéri depuis trois ans; celui d'un homme âgé, ayant eu plusieurs atteintes; ceux, enfin, de deux enfants restés guéris définitivement après plusieurs attaques graves. Il y a donc des cas où l'intervention peut être évitée, et les chirurgiens doivent s'appliquer à bien poser les indications de la laparatomie.

M. VERNEUIL a vu deux malades chez lesquels l'opération n'a pas été nécessaire. L'un est un jeune homme de seize ans qui, après deux atteintes, a été guéri par les vésicatoires et les purgatifs; l'autre était une petite fille de treize ans, qui a également bien guéri par les mêmes moyens.

M. ROUTIER a pratiqué la laparotomie sur deux malades atteints d'appendicite et de péritonite suppurées, et chez lesquels les accidents avaient apparu d'emblée. L'un était un enfant de neuf ans, l'autre un homme de cinquante-huit ans, dont l'appendice présentait sept perforations et sept noyaux de matière fécale. Ces deux malades ont succombé.

M. RECLUS, tout en préconisant la laparotomie dans certains cas, ne nie pas qu'il y ait des cas où la guérison peut être obtenue par les moyens médicaux.

Fistule uretérale consécutive à une hystérectomie vaginale. Pyonéphrose consécutive; néphrectomie; guérison. — **M. LUCIEN PICQUÉ** fait une communication sur ce sujet. (Sera publié.)

Aï douloureux. — **M. LARGER** a présenté, dans la dernière séance, une jeune femme qui était atteinte d'un aï douloureux, siégeant à l'avant-bras, au lieu d'entrecroisement des tendons radiaux avec le long abducteur et court extenseur du pouce. Cette femme, en tombant, appuya tout le poids de son corps sur la paume de la main gauche posée à plat, le pouce et les doigts étant en extension. C'est la première fois que M. Larger observe un aï douloureux produit par ce mécanisme.

Habituellement, ce sont les mouvements exagérés de torsion de la main sur l'avant-bras, le poing étant fermé, qui le déterminent. M. Larger compare l'action des long abducteur et court extenseur sur les tendons radiaux à celle de l'archet frottant sur les cordes du violon.

Ce cas particulier est intéressant, en ce qu'il prouve que cette action violente peut s'exercer même en dehors du mouvement de torsion, et que, toutes choses égales d'ailleurs, elle produit son maximum d'effet sur les gaines et le tissu cellulaire d'une bourse séreuse qu'il a décrite au niveau de cet entrecroisement de tendons, de préférence à toutes les gaines synoviales tendineuses du poignet.

C'est ce qui explique pourquoi il n'a jamais eu l'occasion, depuis une vingtaine d'années, d'observer l'aï douloureux ailleurs qu'à ce siège.

Dans son travail lu devant la Société de chirurgie, en octobre 1881, M. Larger concluait ainsi :

« Le siège ordinaire — pour ne pas dire exclusif — de l'aï douloureux est, non pas au poignet, mais à l'avant-bras, au niveau de la loge aponévrotique des muscles long abducteur et court extenseur du pouce :

1° Tantôt dans le tissu cellulaire de la bourse séreuse que contient irrégulièrement cette loge aponévrotique, tissu cellulaire qu'on trouve parfois transformé en bourse séreuse accidentelle;

2° Tantôt dans une gaine synoviale tendineuse également contenue dans la même loge, non encore décrite, bien que constante, et qui est la gaine synoviale tendineuse antibrachiale ou supérieure des radiaux externes.

3° Enfin, et le plus souvent, sans doute, la lésion siège à la fois dans la gaine tendineuse et dans le tissu cellulaire de la bourse séreuse qui l'environne. »

M. Larger n'a rien à changer à ces conclusions, si ce n'est sur un point, assez secondaire d'ailleurs, c'est celui qui est relatif à la constance de la gaine supérieure des radiaux : cette gaine n'a pas le caractère de constance absolue qu'il lui avait prêté.

Voici en effet ce qu'écrivait M. Farabeuf :

« Il me semble que votre part est la suivante :

1° Les radiaux ont deux gaines, une radio-carpienne connue de tous; une anti-brachiale démontrée par M. Larger; celle-ci constante ou à peu près, nous l'avons vue ensemble et, depuis, je l'ai montrée je ne sais combien de fois.

2° Outre cette gaine anti-brachiale des radiaux, au lieu de croisement des abducteur et extenseur du pouce, il existe, sous ces derniers, une séreuse ébauchée, assez rarement cavitaire. » C'est la confirmation de ce qu'a dit M. Larger.

MM. Debierre et Rochet, dans un travail de critique anatomique de son mémoire, ont affirmé à tort la constance de la bourse séreuse accidentelle qu'ils paraissent avoir confondue avec la synoviale supérieure des radiaux.

Dans son cours de l'École pratique, M. Poirier a été plus radical :

« Une bourse séreuse énorme, dit-il, existe entre les tendons du pouce et les tendons radiaux. Je dis ceci parce qu'on a récemment créé une bourse séreuse, dite bourse supérieure des radiaux, qui n'existe pas, et qu'on a localisé, dans cette prétendue bourse, une variété d'aï crépitant dont le siège réel est dans la grande séreuse intermédiaire aux tendons radiaux et à ceux du pouce. »

Il y a là tout à la fois une inexactitude et une contradiction flagrante.

Une inexactitude, car M. Poirier a l'air de s'attribuer le mérite d'avoir signalé le vrai siège de l'aï crépitant, ce qui n'est pas;

Une contradiction, car, après avoir minutieusement reproduit jusque dans ses moindres détails, et en la copiant littéralement dans le propre texte de M. Larger, la description de la gaine synoviale démontrée par lui, l'auteur d'un article intitulé : « Synoviales tendineuses des radiaux externes » termine ainsi :

« Nous avons eu l'occasion de rechercher cette gaine avec M. Farabeuf, et nos recherches ont confirmé la description de M. Larger. »

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies de l'estomac (1), par MM. Debove et Rémond (de Metz).

La pathologie de l'estomac est en pleine évolution, grâce à l'emploi d'une technique qui va chaque jour en s'améliorant. On peut dire que ce qui peut arrêter le progrès dans ce sens, c'est surtout l'insuffisance de notre savoir et des moyens d'investigation en ce qui concerne le fonctionnement de l'intestin, tant à l'état normal qu'à l'état pathologique. Ce n'est pas que dès maintenant on en soit arrivé, pour l'estomac, à ce point que l'accord s'impose entre les divers auteurs sur les questions multiples et complexes soumises à leur examen. Les divergences sont encore nombreuses et ce qu'on peut demander, à l'heure actuelle, à un traité des maladies de l'estomac, c'est moins l'inventaire *ne varietur* de connaissances définitivement acquises que l'opinion personnelle des auteurs et leur interprétation des faits relevés. Toutefois, les recherches sur la pathologie de l'estomac ont été si multipliées depuis quelques années, que le public médical ne peut que se féliciter de voir l'inventaire en question fait par des médecins d'une compétence aussi notoire que celle des auteurs du présent ouvrage. Il est intéressant, même lorsqu'on ne partage pas dans tous ses détails leur façon de voir, de chercher comment

(1) In-8°. Prix : 12 francs. — Paris, Rueff et Cie.

ils s'orientent dans le dédale des opinions émises et surtout, ce qui est plus précieux encore, de connaître quelle est leur opinion personnelle.

On peut dire, en somme, que MM. Debove et Rémond se sont efforcés, d'une façon le plus souvent très heureuse, de tenir la balance égale entre la clinique et la chimie. Ils ne sont pas tombés dans l'excès de certaines écoles actuelles qui donnent trop d'importance, l'une, à une exploration clinique rudimentaire, l'autre, à une chimie trop analytique : nous ne les nommons pas, mais on les reconnaîtra sans peine.

Le livre de MM. Debove et Rémond s'ouvre par une étude préliminaire d'anatomie et de physiologie : il était bon, au début, de fixer l'état normal et d'établir des points de repère, de bien déterminer où commence l'état morbide. Cela était d'autant plus nécessaire que l'exploration physiologique de l'estomac, au cours de la digestion, a pris incontestablement la première place dans le diagnostic.

La seconde partie renferme la séméiologie des maladies de l'estomac; elle se divise en deux chapitres consacrés, l'un, à l'interrogatoire du malade, l'autre, à l'exploration physique et chimique des organes. Il ne faut pas s'y tromper, il n'y a pas là un de ces plans d'interrogatoire qui rappellent par leur banalité les dialogues des guides de conversation en langue étrangère, à l'usage des voyageurs pressés. C'est un chapitre de séméiotique, dans lequel se trouve exposée et commentée une importante partie de l'ancienne dyspepsie. Inutile d'insister sur l'utilité du chapitre attribué à l'exploration physico-chimique de l'estomac et du processus de digestion stomacale.

Avec la troisième partie, vient l'étude des maladies de l'estomac.

Le premier chapitre a pour titre : Les dyspepsies. « Nous considérons donc la dyspepsie, disent les auteurs, comme un syndrome constitué surtout par l'élément douleur, qui coexiste tantôt avec un fonctionnement normal de l'estomac, tantôt avec les modifications les plus diverses de ses fonctions chimiques ou physiques; la dyspepsie, placée sous la dépendance d'une altération primitive ou secondaire du système nerveux, est caractérisée par l'absence de lésion gastrique, quoiqu'elle puisse, à la longue, amener une altération organique de l'estomac. » On pourrait donc dire, en d'autres termes, que la dyspepsie est constituée par les manifestations douloureuses de l'estomac, d'origine nerveuse, sans lésion matérielle appréciable, au début tout au moins.

Voilà une conception qu'on ne manquera pas de contester. M. Hayem disait, dans une discussion récente à la Société des hôpitaux : « Montrez-moi un estomac de dyspeptique sans lésion de gastrite et je croirai à la dyspepsie nerveuse. » A cela nous répondions : « Comme on ne trouve jamais d'estomac sans gastrite, soit chez les dyspeptiques, soit en dehors de la dyspepsie, cette gastrite banale perd toute valeur, elle représente, en quelque sorte, l'état normal. Il importe peu que l'on ait de la gastrite microscopique si on digère bien. L'influence des états névropathiques sur la genèse de la dyspepsie est si évidente que la découverte, par le microscope, d'une gastrite à la nécropsie, ne prévaut pas contre cette constatation purement clinique. Enfin les autopsies ne portent, en général, que sur des individus qui ont succombé tardivement et on a parfaitement le droit de considérer les lésions de gastrite, trouvées dans ces conditions, comme consécutives ou secondaires. » L'objection anatomo-pathologique ne sape donc pas, par sa base, le principe de la dyspepsie nerveuse, à laquelle, pour notre part, nous croyons fermement.

Les auteurs font de la douleur la condition *sine quâ non* de la dyspepsie. C'est leur droit de limiter la question à leur guise, mais leur définition a l'inconvénient de laisser de côté la dyspepsie qui ne se révèlerait que par un trouble général de santé, un état cachectique sans douleur gastrique. Je sais bien que, dans ces cas, il faut admettre souvent que l'intestin est intéressé autant que l'estomac, ou encore qu'il y a un degré accentué de gastrite ou de dilatation. Ce que j'en dis n'a, du reste, pour but que de montrer qu'il ne faut, à l'heure actuelle, faire entrer dans la définition de la dyspepsie ni la présence, ni l'absence des lésions de la muqueuse. En fait de dyspepsie, il faut rester sur le terrain purement séméiologique. Qu'importe, en clinique, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas gastrite, puisque nous avons tous de la gastrite à un moment donné? On a de la gastrite comme on a des cheveux blancs, plus ou moins tôt, plus ou moins abondamment.

Sur le fond de la question, nous sommes, du reste, tout à fait d'accord avec MM. Debove et Rémond et nous ne demandons qu'à souscrire aux deux propositions qu'ils formulent :

1° Il n'y a pas de rapport constant entre la cause et la forme de la dyspepsie;

2° Il n'y a pas de rapport constant entre les troubles de la fonction de l'estomac et les sensations du malade.

Vient ensuite l'histoire des gastrites, gastrites aiguës et gastrites chroniques. On lira avec fruit et avec intérêt les chapitres qui leur sont consacrés; ils sont très bien faits. Malgré cela on sent que les auteurs sont dans une certaine mesure gênés par la définition qu'ils ont donnée de la dyspepsie, de laquelle ils ont nettement exclu la gastrite. Ils auraient été beaucoup plus libres s'ils s'étaient nettement affranchis de cette difficulté, en considérant que la dyspepsie est du domaine de la clinique et la gastrite du domaine de l'anatomie pathologique. Les phénomènes de dyspepsie se constatent sur le vivant, la gastrite se reconnaît *post mortem*. En dehors de la gastrite ulcéreuse et de la dilatation, la dyspepsie seule a de l'intérêt pour le traitement. La gastrite n'a d'importance que pour le pronostic, dans les cas où elle est très accentuée.

Ce n'est pas toutefois qu'il n'y ait intérêt à rechercher quel est le mode de gastrite qui correspond ou succède le plus volontiers à telle ou telle forme clinique de dyspepsie.

On trouvera ensuite une bonne étude de l'ulcère rond et du cancer de l'estomac. Le livre se termine par un chapitre intitulé : La dilatation. Les auteurs ne reconnaissant comme dilatés que les estomacs qui renferment habituellement, le matin à jeun, une notable quantité des aliments, on n'y trouvera pas l'histoire de la dilatation telle que la comprend M. Bouchard, dilatation qui correspond à un ensemble de faits disparates, mais à la grande dilatation permanente le plus souvent d'origine organique, matérielle.

En terminant cette note bibliographique, il me vient la peur d'avoir donné, dans le racourci de l'analyse, une part exagérée à la critique, d'avoir présenté sous une perspective inexacte un livre dont je pense beaucoup de bien. En penser du bien m'est d'autant plus facile que l'un des auteurs a été pour moi un maître à l'enseignement duquel je dois beaucoup, pour ce qui est, en particulier, des choses de l'estomac, et l'autre un collaborateur précieux. J'espère que la liberté de la critique servira de garant à la sincérité de l'éloge, et qu'on me croira plus volontiers lorsque je dirai, comme mot de la fin, que c'est là un livre destiné à être très utile aux médecins et aux étudiants.

Comme il est édité par la librairie Rueff, il serait banal de louer la netteté de l'impression et la beauté de la reliure.

A. Mathieu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 22 juin 1893, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — M. Gayet.

Au grade de médecin de première classe. — M. Borius.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Caussade, chef de laboratoire de clinique chirurgicale de la Pitié, est nommé chef du laboratoire de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu.

M. Pilliet est nommé chef du laboratoire de clinique chirurgicale à la Pitié.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Gerber, pharmacien de première classe et licencié ès sciences naturelles, est institué suppléant des chaires de pharmacie et matière médicale.

— M. le docteur Darier est chargé d'une mission scientifique en Allemagne, à l'effet d'y étudier la pratique et l'enseignement de l'ophtalmologie ainsi que l'organisation des cliniques, des musées et des bibliothèques ophtalmologiques.

— M. le docteur Barrel est nommé médecin-adjoint au lycée de Nîmes (emploi vacant).

Vals Précieuse — *Foie. Calculs. Gravelle. Diabète. Goutte.*
Dyspepsies — *Vin de Chassaing*, Pepsine et Diastase.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

59

ALIMENTATION DES MALADES

et des convalescents par les

POUDRE de BIFTECK

ET

POUDRE DE VIANDE ADRIAN

les seules bien digérées et supportées longtemps par les malades.

74

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES
et GÉNITO-URINAIRES

LE TERPINOL ADRIAN

a les propriétés de l'essence de térébenthine, dont il dérive, mais il est plus facilement absorbé et surtout très bien toléré.

Se vend en CAPSULES de 15 centigrammes à prendre à la dose de 4 à 8 par jour.

PILULES et ÉLIXIR de TERPINE ADRIAN

33

AFFECTIONS CARDIAQUES

Les SIROP et PILULES de
CONVALLARIA MAIALIS LANGLEBERT
et les **Granules** de **Convallamarine**

offrent cet immense avantage, sur tous les autres médicaments cardiaques, qu'une élimination rapide permet d'en continuer l'usage sans crainte aucune d'intoxication.

Phie LANGLEBERT, 55, rue des Petits-Champs.

33

LE CHLOROFORME ADRIAN

SPÉCIALEMENT PRÉPARÉ POUR L'ANESTHÉSIE

est toujours préféré

dans les laboratoires pour les essais, comme en ville pour les opérations

POUR EN GARANTIR LA CONSERVATION INDÉFINIE

il est enfermé dans des tubes scellés à la lampe d'une contenance de 30 et 60 grammes.

MÊME MAISON

PANSEMENTS ANTISEPTIQUES

perfectionnés d'après les derniers travaux microbiologiques.

QUALITÉ SUPÉRIEURE — DOSAGE GARANTI

Spécifier marque ADRIAN ou S-F.

70

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

33

DESNOIX 17, RUE VIEILLE-DU-TEMPLE PARIS

MARQUE DE FABRIQUE

PANSEMENTS ANTISEPTIQUES
TOILE VESICANTE
TOILE VÉSICANTE ROSE à la cantharidine
THAPSIA, SPARADRAP des **HOPITAUX**
et tous les sparadraps.
PLUMASSEAUX-EPONGES
remplaçant les éponges naturelles.
PINCEAUX MOLLETONNÉS
pr enlever les fausses membranes ds l'angine couenneuse.

44

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ

au lactate de fer (5 centigr).

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

qui, par deux fois, à vingt ans d'intervalle, a reconnu leur supériorité sur tous les autres **ferrugineux.**

Dépôt : LABÉLONYE et Cie, et toutes phies.

99

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

22

SOLVÉOL

SOLUTION FORTE	SOLUTION FAIBLE
2 p. 100	*1 p. 100*

NOUVEL ANTISEPTIQUE
ABSOLUMENT NEUTRE
SOLUBLE DANS L'EAU

Plus énergique et moins caustique que le Phénol,

il remplace avec avantage tous les antiseptiques connus sans en avoir les inconvénients.

Le **Solvéol** n'est pas une spécialité pharmaceutique, mais un produit chimique se trouvant dans toutes les Pharmacies.

POUR LES DEMANDES D'ÉCHANTILLONS

s'adresser à la **Pharmacie LACROIX,**

76, rue du Château-d'Eau, PARIS.

43

VIN NOURRY IODOTANÉ

EXACTEMENT TITRÉ

Une cuillerée à bouche contient :

0gr,05 d'Iode
et 0gr,10 de Tanin,

exempt de tout iodure alcalin.

Par son assimilation et sa tolérance parfaites, le **VIN NOURRY** est le curatif par excellence des affections qui ont l'Iode ou les Iodures pour base de traitement, telles que : **Lymphatisme, Scrofule, Anémie, Menstruations difficiles,** etc.....

DOSES. — Enfants : 1 cuillerée à café;
Adultes : 1 cuillerée à soupe,

avant les deux principaux repas.

Paris, 28, rue Saint-Claude, et Pharmacies.

54

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de **50 et 100g.**

Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.

31, rue des Petites-Écuries. Paris

99

STÉRÉSOL

VERNIS ANTISEPTIQUE

Adhérent aux MUQUEUSES et à la PEAU

Diphtérie, Angines,
Ulcérations muqueuses et cutanées.

Dépôt : MEUNIER, phien à Grenoble (Isère).

17

CHARBON NAPHTOLÉ FRAUDIN

CACHET DE GARANTIE

PHARMACIEN, BOULOGNE-PARIS

74

SACCHAROLÉ DE QUINQUINA VIGIER

1 cuillerée à café aux repas.

93

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

99

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE

Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

PRIX du flacon : **4** francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

55

APIOL

DES DOCTEURS JORET & HOMOLLE

Aménorrhée, Dysménorrhée, Métrorrhagie.

ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARIS.

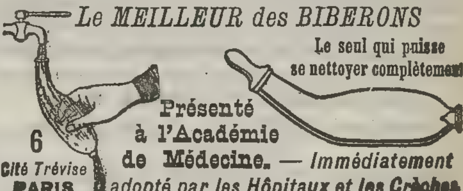
1 caps. 0,20 cent. matin et soir pendant 5 à 6 jours à l'époque présumée des règles.

Dépôt général: Phie BRIANT, 150, rue Rivoli.

69

Le PARFAIT NOURRICIER

Le MEILLEUR des BIBERONS



Le seul qui puisse se nettoyer complètement

Présenté à l'Académie de Médecine. — *Immédiatement adopté par les Hôpitaux et les Crèches*

6 Cité Trévise PARIS

99

CASCARA SAGRADA (CACHETS LIMOUSIN)

LAXATIF ET PURGATIF NOUVEAU

employé contre

l'atonie des muqueuses gastro-intestinales.

Dose : 1 à 2 cachets par jour pendant 4 à 5 jours.
La boîte de 20 cachets à 0,25 cgr. . . . 2 *fr.*
Phien ✻, 2 *bis*, r. Blanche, Paris. Envois par poste.

52

VICHY, SOURCES DE L'ÉTAT

CÉLESTINS
GRANDE-GRILLE
HOPITAL

Avoir soin de désigner la source.

PASTILLES AUX SELS NATURELS

SAISON DES BAINS

DU 15 MAI AU 30 SEPTEMBRE

46

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Viande crue, Alcool, Écorces d'oranges amères, Phtisie, Anémie, Convalescence.

Paris, 20, place des Vosges.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance a été très chargée; on y a continué la discussion sur le brightisme, sur le tétanos; on y a entendu plusieurs lectures intéressantes.

M. Germain Sée a discuté quelques-unes des opinions soutenues par M. Dieulafoy sur ce qu'il a appelé le petit brightisme. Pour M. Sée, l'albuminurie ne manque pas si souvent; il faut seulement savoir la déceler. Quant aux rapports du brightisme avec la goutte, M. Sée estime que la goutte n'a rien à démêler avec le brightisme, et il croit qu'on a confondu trop souvent les calculs rénaux avec la goutte.

M. Verneuil a abordé de nouveau la question du tétanos. Dans cette communication, M. Verneuil n'a envisagé que le traitement prophylactique du tétanos. Pour lui, toute plaie pouvant être soupçonnée de devenir tétanifère doit être traitée d'une façon spéciale.

Voilà pour les discussions en cours; passons aux lectures. M. Chéron a lu un travail fort intéressant, que nous publions plus loin *in extenso*, sur la loi générale de l'hypodermie. Par ce temps d'injections hypodermiques à outrance, il était intéressant de connaître l'opinion du docteur Chéron, qui, depuis fort lontemps, emploie et préconise le sérum artificiel et en tire, au su de tous, des résultats fort appréciables. Sans parti pris, et avec une parfaite équité, M. Chéron compare, entre elles, les diverses méthodes.

L'Académie continue à recevoir des documents importants sur l'épidémie de typhus exanthématique que nous venons de subir et sur laquelle nous publierons très prochainement une Revue générale qui a été rédigée à notre intention par M. Catrin (du Val-de-Grâce).

M. Barrault, médecin de l'Infirmerie centrale des prisons de la Seine, a observé, à la Maison de santé, 13 cas de typhus exanthématique. Se basant sur ces observations, qu'il a suivies avec un soin rigoureux, il a fait, de cette petite épidémie, un tableau aussi complet que possible. M. Barrault n'a rien oublié dans l'histoire de cette épidémie, pas même le traitement.

A ce dernier point de vue, il faut retenir, de ce travail, ce fait que l'indication la plus pressante, pour lutter contre l'infection typhique, est de restaurer l'intégrité de l'hématose par la respiration d'un air sans cesse renouvelé, c'est-à-dire la respiration en plein air. Les observations rapportées par notre distingué confrère sont, à ce sujet, fort instructives. Sur 12 malades soignés dans les salles communes ou les cellules d'isolement, 6 succombent; on établit une tente dans la cour, on y transporte les survivants et les nouveaux malades, le jour même et le lendemain on compte encore 2 décès, puis tous les autres guérissent sans que le traitement ait changé. C'est là un résultat qui nous paraît probant en faveur des mesures hygiéniques recommandées par M. Barrault.

L'Académie a entendu une lecture de M. Alcide Treille (d'Alger) sur le traitement occasionnel de la fièvre à sulfate de quinine. Ce traitement occasionnel consiste à ne plus se préoccuper des rechutes, mais à les attaquer dès leur début par le sulfate de quinine, étant donné que ce médicament n'influence jamais l'accès au moment duquel il est donné, mais coupe les accès suivants pour cinq jours.

Signalons, enfin, une observation de M. Houzel (de Boulogne-sur-Mer) sur un cas de grossesse extra-utérine guérie par la laparotomie.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Tillaux.

Ectopie testiculaire et orchidopexie.

(Leçon recueillie par le docteur P. Thiéry, chef de clinique.)

Le malade, dont nous allons nous occuper aujourd'hui, est un jeune homme de vingt-cinq ans, couché au n° 1 de la salle Michon; ce malade a contracté récemment une blennorragie; il a ressenti quelques jours plus tard, au niveau du canal inguinal droit, une vive douleur pour laquelle il est venu nous consulter : nous avons alors reconnu, à sa grande surprise, que sa bourse scrotale droite était vide et que le testicule en ectopie inguinale et atteint d'orchite était la cause des vives douleurs qui nous l'avaient amené. Nous allons voir ensemble quel traitement nous pouvons instituer pour guérir cet homme de son infirmité et le mettre à l'abri des complications qu'elle pourrait entraîner.

Et d'abord qu'est-ce qu'une ectopie inguinale? Pour nous faire mieux comprendre, rappelons que vers le troisième

ou le quatrième mois de la vie intra-utérine, les testicules sont de chaque côté de la colonne vertébrale au-dessous des reins; vers le septième mois, ils descendent par un mécanisme que nous allons étudier; ils franchissent le canal inguinal et à la naissance, ou même dès le huitième mois, doivent être à destination, c'est-à-dire dans les bourses.

Comment se fait cette descente?

Par la traction simultanée et synergique des trois piliers du gubernaculum, insérés, comme vous le savez depuis le travail de Liégeois, l'un à l'épine iliaque antérieure et supérieure, l'autre au fond des bourses, le troisième à l'épine du pubis.

Mais cette descente peut être entravée : la migration du testicule est alors incomplète, celui-ci est dit en ectopie : les principales variétés d'ectopie, suivant la hauteur à laquelle ce testicule s'est arrêté, sont : l'ectopie abdominale, l'ectopie iliaque, l'ectopie inguinale. Dans les deux premières variétés, l'épaisseur des parois abdominales ne peut que permettre de supposer la présence du testicule dans l'abdomen ou dans la fosse iliaque; dans l'ectopie inguinale, le testicule devient presque visible, et suivant la situation de cet organe dans le canal, l'ectopie inguinale est dite interne, interstitielle ou externe. Une fois l'orifice externe du canal inguinal franchi, le testicule n'est plus dit en ectopie; il peut y avoir vice de conformation, mais ce n'est plus de l'ectopie. Le gubernaculum étant supposé la cause de la migration du testicule, la migration incomplète de l'organe est sous la dépendance de la paralysie, de l'atrophie ou de l'absence du gubernaculum.

En descendant, le testicule entraîne avec lui le canal vagino-péritonéal au fond duquel il se trouve; dans ce cas, s'il se produit une *hernie* (complication fréquente de l'ectopie), l'intestin se met en contact immédiat avec le testicule.

Il n'en est pas toujours ainsi : la tunique vaginale peut être complètement fermée (et cette occlusion de la vaginale peut se produire autour de l'organe ectopié), dans ce cas l'intestin hernié sera séparé du testicule par une sorte de cloison.

Les complications les plus fréquentes de l'ectopie inguinale sont après la hernie dont nous venons de parler : l'*orchite* qui est grave parce que l'inflammation gagne facilement le péritoine voisin; le *cancer*, qui attaque plus volontiers le testicule ectopié que le testicule sain.

Enfin, nous devons ajouter que, d'après les recherches de Godard, Gribaud et Follin, le testicule ectopié est infécond.

Ces diverses considérations étiologiques et séméiologiques posées, quel traitement devons-nous proposer contre cette affection? Tout d'abord, posons en principe qu'il ne faut pas intervenir au-dessous de quinze ans; car, jusqu'à cet âge, il n'est pas rare de voir la migration continuer, on peut la favoriser (et j'admets volontiers ce traitement) par de petits massages pratiqués méthodiquement et sans violence. S'il y a hernie concomitante, le massage est difficile, car il faut le pratiquer à la fois dans deux sens opposés, vers l'anneau inguinal pour réduire la hernie, et vers le scrotum pour aider à la marche du testicule. Cette difficulté a poussé à l'emploi de moyens palliatifs, tels que le bandage à pelote en fourche n'arrêtant pas la marche du testicule, bandage aujourd'hui classique, et le bandage à pelote concave, ce dernier s'opposant à la fois à la descente du testicule et à l'augmentation de la hernie.

Si l'ectopie inguinale existe chez un sujet plus âgé, et si l'on a perdu tout espoir de voir la migration se compléter, la question d'intervention se pose.

Il y a dix ans, il eût été dangereux d'intervenir à cause des complications opératoires antérieures à l'antisepsie; on se bornait à attendre l'orchite, le cancer ou l'étranglement pour intervenir.

Aujourd'hui, on peut et même on doit intervenir : s'il y a hernie inguino-interstitielle, on fait la cure radicale suivant le procédé que vous connaissez bien.

Quant au testicule, qu'allons-nous en faire? La guérison de l'ectopie ne peut s'obtenir que par deux procédés : en enlevant le testicule ou en le fixant. Comme nous opérons ordinairement sur des adolescents, la castration ne doit être faite que si l'atrophie de l'organe la commande; l'orchidopexie sera donc autant que possible le traitement de choix.

Proposée par Koch, en 1820, puis par Chélius, rejetée par Cürling, et exhumée par Annandale en 1876, l'orchidopexie a trouvé de chauds défenseurs en Wood (1880), Max Schuller (1881) et Nicoladoni; la France a suivi le mouvement et Duchenne, dans sa thèse récente, pouvait en rassembler trente-cinq cas dus à MM. Lucas-Championnière, Tuffier, Jalaguier, Monod, etc.

La technique opératoire comporte comme principaux temps : la recherche du testicule qu'on libère, qu'on mobilise et qu'on attire en bas pour le fixer au fond du scrotum.

La libération et la mobilisation doivent être complètes pour que le testicule ne remonte pas vers l'anneau en entraînant à sa suite le scrotum très mobile auquel on l'a fixé : pour éviter cette réascension du testicule, Wood a imaginé de dérouler l'épididyme si le cordon est trop court, M. Championnière et Max Schuller résèquent le crémaster, M. Jalaguier fait passer le testicule à travers une sorte de boutonnière pratiquée au milieu des brides fibreuses du scrotum.

Quant au conduit péritonéo-vaginal, s'il existe on le libère et on le traite comme un sac de hernie, en conservant de quoi refaire une vaginale.

Voyons maintenant quel sera le traitement de choix pour le cas qui nous occupe : quelques considérations vont nous guider. Je crois d'abord qu'il n'y a pas de hernie; le testicule me paraît en mauvais état; il est gros comme un haricot, assez mobile dans le sens transversal, mais peu mobile dans le sens de l'axe du canal; on sent une corde qui en part à la partie postérieure : c'est, je crois, un reste de funiculite; de plus comme cet homme a eu une orchite, son testicule doit avoir contracté avec les parois du canal des adhérences qui aident à son immobilité.

En présence de ces différents signes, je ne crois pas *priori* que je ferai l'orchidopexie; cependant, je vais commencer mon opération en incisant les téguments parallèlement à l'axe du canal inguinal, je prendrai le grand oblique, j'examinerai le testicule et la hernie s'il y en a une, puis je terminerai en faisant la cure radicale de la hernie et l'orchidopexie si le testicule me paraît utile et facile à faire descendre; sinon je pratiquerai la castration.

Nota. — L'opération fut conduite comme il est dit ci-dessus : le testicule fut trouvé assez atrophié pour que M. Tillaux en pratiquât l'ablation.

LOI GÉNÉRALE DE L'HYPODERMIE

HYPOTENSION ARTÉRIELLE ET TRANSFUSIONS HYPODERMIQUES

Par le docteur Chéron, médecin de Saint-Lazare.

Dans ces derniers temps, on a injecté sous la peau, dans un but thérapeutique, des liquides de composition très dissemblable. Non moins dissemblables aussi se sont trouvées les idées théoriques qui ont conduit chacun des expérimentateurs à recourir à une solution spéciale. Chacun d'eux en attendait des effets spécifiques, des résultats dépendants de la nature du liquide employé.

Or, il suffit de lire les communications de MM. Gimbert, Prégaldino, Sahli, Brown-Séquard, Mairet, Onimus, Constantin Paul, Richet et Héricourt, Picq et Bertin, etc., pour être frappé de ce fait, qu'au lieu d'agir chacun d'une manière différente, ces liquides si variés (huile créosotée, chlorure de sodium, suc testiculaire, substance médullaire ou cérébrale, sang ou sérum de sang d'animaux) produisent invariablement les mêmes effets subjectifs.

Cette identité dans les résultats m'a d'autant plus frappé que de mon côté, depuis sept ans, je poursuis l'étude des effets physiologiques des transfusions sous-cutanées des liquides les plus divers.

Je n'ai pas cru devoir me contenter de reproduire les sensations éprouvées par les malades, j'ai cherché à préciser, à l'aide de la méthode objective, les effets physiologiques produits; avec le secours des instruments qu'emploie la clinique : spiromètre, dynamomètre, thermomètre, balance, sphygmomanomètre, hématimètre, avec le secours aussi des analyses répétées de l'urine, j'ai enregistré, d'une façon précise, les modifications survenues dans les différents appareils de l'économie.

Mes expériences personnelles ont été faites avec les liquides suivants : eau pure stérilisée, eau chlorurée sodique, eau sulfatée sodique, eau phosphatée sodique, eau phéniquée et sans compter la série des liquides divers proposés dans ces dernières années, que j'ai cru devoir expérimenter d'une façon comparative.

La première conclusion à tirer de l'ensemble de ces expériences est celle-ci :

Alors que les expérimentateurs n'ont fait que poursuivre un but de thérapeutique médicamenteuse par la voie sous-cutanée, en introduisant dans l'organisme des substances actives, ils n'ont fait autre chose qu'une transfusion hypodermique, dans laquelle le rôle capital appartient au véhicule injecté, comme le démontrent mes très nombreuses expériences.

De sorte que, toutes les transfusions hypodermiques produisent des effets analogues, quelle que soit la nature du liquide introduit sous la peau, pourvu qu'il ne possède aucun pouvoir toxique et qu'il n'exerce aucune action locale nocive.

C'est là ce que je propose d'appeler *loi générale de l'hypodermie.*

Les effets physiologiques produits par toutes les transfusions hypodermiques, à la dose de 1 à 60 grammes, sont invariablement les mêmes :

Augmentation de la force de contraction du myocarde;
Relèvement de la tension artérielle;
Augmentation de la capacité vitale du poumon;
Régularisation des circulations locales et de la température;
Accroissement de la puissance musculaire;
Rénovation globulaire plus ou moins accusée;
Augmentation de la diurèse;
Suractivité des échanges nutritifs (augmentation de l'urée, de l'acide urique, etc.).

A ces phénomènes constatés et mesurés par nous à l'aide d'instruments appropriés, ce qui permet d'écarter toute idée de suggestion, il faut ajouter les effets subjectifs, toujours les mêmes, rapportés par les sujets en expérience, savoir :

Le relèvement de l'appétit;
L'augmentation de la puissance de travail intellectuel;
La sensation de bien-être et de force, etc.

Ces effets physiologiques, objectifs et subjectifs s'obtiennent, répétons-le, en introduisant sous la peau n'importe quelle solution de substance animale, végétale ou minérale dénuée de pouvoir toxique et d'action locale nocive; toute la différence porte sur l'intensité de ces effets.

Après avoir étudié une à une toutes les solutions animales ou végétales employées jusqu'ici, j'ai repris l'étude de la série minérale qui m'avait fourni mes premiers essais.

Expérience faite, ce qui est le plus simple, le plus logique, c'est d'introduire sous la peau, dans le torrent circulatoire, une solution de sels minéraux rappelant plus ou moins la constitution du sérum sanguin de l'homme.

J'ai été conduit, après de longs tâtonnements, à considérer comme donnant le maximum d'effets expérimentaux, le sérum artificiel concentré dont voici la formule :

Chlorure de sodium	2	grammes.
Phosphate de soude.	4	—
Sulfate de soude	8	—
Acide phénique neigeux. . . .	1	—
Eau distillée	100	—

L'acide phénique n'est ajouté à la solution que comme analgésique.

C'est le sérum dont je conseille l'emploi à ceux qui voudront répéter mes expériences.

Il importe d'employer de l'eau et des sels chimiquement purs et de stériliser la solution à l'étuve à 123 degrés, si l'on veut éviter de voir survenir des phénomènes septiques, peu importants en eux-mêmes, mais susceptibles de dénaturer l'expérience.

Hypotension artérielle et transfusions hypodermiques. — De tous les phénomènes physiologiques précis et mesurables qu'il est possible de constater après la transfusion hypodermique, le plus fidèle, le plus significatif, le plus immédiat, celui que je propose d'adopter comme critérium expérimental, c'est la modification subie par la pression artérielle, mesurée à la radiale, à l'aide du sphygmomanomètre.

Les modifications de la tension artérielle sous l'influence des transfusions hypodermiques peuvent être résumées brièvement de la façon suivante :

La transfusion hypodermique produit toujours une élévation de la pression artérielle.

Le degré de cette élévation, le temps plus ou moins long pendant lequel la tension reste surélevée, la forme générale de la courbe dans les cas où l'on poursuit une série d'expériences régulières sur le même sujet, varient : 1° suivant la dose employée; 2° selon la composition de la solution employée; 3° suivant l'état de la pression artérielle au moment où la transfusion est pratiquée.

Dans la plupart des cas, des doses de 5 à 10 grammes de sérum complet (formule ci-dessus) produisent d'emblée une augmentation de pression variant de 1 à 3 ou 4^{cm} de mercure. Exceptionnellement, chez certains sujets à réaction très lente, il faut une dose plus élevée pour obtenir une ascension très caractérisée.

A dose égale, le sérum complet (formule ci-dessus) produit des effets plus accentués et plus durables que les solutions salines partielles précédemment expérimentées par moi-même.

Les solutions de sels minéraux produisent des effets plus accentués et plus durables que les solutions de substances végétales ou animales.

Plus la tension artérielle est faible au moment de l'expérience, plus l'ascension est brusque. On peut faire monter la pression de 13^{cm} à 16^{cm}½ par une première transfusion, tandis que la seconde ne fera monter la pression que de 16½ à 18, et que, chez un sujet ayant déjà 18^{cm}, c'est à peine si l'on gagne un demi centimètre.

Dès la première transfusion, la tension artérielle se maintient pendant trois ou quatre jours, quelquefois davantage, à un degré plus élevé qu'avant la transfusion, chez les sujets qui ne sont pas

trop affaiblis. Elle baisse au bout d'un jour ou même de quelques heures, chez les sujets dont l'adynamie est profonde.

D'une manière générale, à mesure qu'on renouvelle les transfusions, la courbe reste à un niveau plus élevé, pour se maintenir définitivement à la normale « 16 à 19 », alors que l'on cesse les transfusions.

Si l'on compare l'action de 5 grammes de sérum artificiel, à l'action d'une dose de 40 centigrammes de caféine pour 1 gramme d'eau injectés successivement, à vingt-quatre heures de distance, sous la peau du même sujet, on constate : 1° que le relèvement de la tension artérielle est plus considérable de 1 centimètre ou 2 avec le sérum; 2° qu'il est plus durable puisque, au lieu de persister deux heures, ce qui est la moyenne de la caféine, il persiste de vingt-quatre heures à deux ou trois jours.

Je crois nécessaire d'ajouter que, au cours de ces recherches, j'ai été frappé de l'extrême fréquence de l'état d'abaissement permanent de la pression artérielle ou *hypotension*.

L'hypotension n'existe pas seulement dans les maladies du cœur non compensées, dans les hémorragies graves, dans l'adynamie des grandes pyrexies infectieuses, dans la phtisie pulmonaire. Elle joue un rôle capital dans le shock, dans la péritonite, les pelvi-péritonites aiguës ou chroniques, la neurasthénie chez les déprimés de toute sorte par surmenage, par débilité congénitale, par maladies chroniques, par vieillesse, et enfin dans l'anémie.

J'ai pu formuler la corrélation jusqu'ici méconnue entre la résorption des exsudats péritonéaux ou pleuraux, et le relèvement de la tension artérielle.

Établir cette liste des maladies à hypotension, c'était baser sur des données scientifiques précises l'indication thérapeutique des transfusions hypodermiques.

Je voudrais, en terminant, attirer plus particulièrement l'attention sur deux des principales applications thérapeutiques de ces transfusions.

Quand on soumet un anémique, un hypoglobulique à une série de transfusions hypodermiques, sans modifier son régime, sans lui donner d'autre médication, on constate, après un temps relativement très court, une véritable rénovation globulaire nettement caractérisée : 1° par une augmentation du nombre des globules rouges; 2° l'augmentation de l'hémoglobine; 3° le retour des globules à leurs trois dimensions physiologiques.

Une autre application thérapeutique que je ne puis passer sous silence, est celle que j'ai connue la première en 1885, alors que je commençais l'étude des transfusions hypodermiques de solutions de sels de soude.

Il s'agit des exsudats paramétritiques et périmétritiques (pelvi-péritonites et cellulites pelviennes). Ils se résorbent avec une remarquable rapidité, sous l'influence de l'impulsion imprimée à toutes les fonctions de l'économie par les transfusions hypodermiques, impulsion qui se juge facilement et mathématiquement par l'élévation de la pression artérielle.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 juin 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

CORRESPONDANCE

Elle comprend une lettre de M. Hutinel, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicales.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE BRIGHTISME

M. G. SÉE, à propos de la communication faite par M. Dieulafoy, résume ainsi son opinion sur le brightisme :

1° L'albuminurie manque rarement d'une manière complète et permanente dans les néphrites. Souvent elle a précédé le mal de Bright pour disparaître temporairement; mais elle appartient à l'histoire du malade. En aucun cas, on ne doit nier d'une manière absolue la présence de l'albumine dans les urines, que si on a examiné celles-ci à diverses heures de la journée :

Ainsi dans l'urine de la nuit et du matin, l'albumine manque dans tous les cas d'albuminuries fonctionnelles ou physiologiques; il en est de même dans les néphrites chroniques, surtout dans les néphrites interstitielles. Or, c'est précisément le matin que, chez nos malades d'hôpital, on a l'habitude d'analyser l'urine;

2° Dans les néphrites sans albuminurie avérée, les phénomènes décrits par M. Dieulafoy sous le nom de petit mal de Bright, particulièrement les troubles de l'ouïe, la sensation de doigt mort, la fréquence de l'urination sans diurèse ou pollakiurie, la sensation de froid ou cryesthésie, n'ont rien de spécial et peuvent se retrouver dans une foule d'affections du système nerveux indépendantes du mal de Bright;

3° Il n'y a de valeur véritable que pour un signe, l'œdème de la face ou des membres inférieurs; la présence de cette hydropisie permet, dès le début, de reconnaître le mal de Bright latent, quand on a défalqué de cet œdème variable l'œdème déclive (ou des membres inférieurs) provenant d'une lésion du cœur;

4° Un autre signe qui a été considéré comme appartenant spécialement à la néphrite latente, c'est l'hypertension ou l'hyperpression, affirmée comme de grande valeur par un grand nombre d'auteurs français et allemands. Or, jamais personne n'a pu mesurer la pression, et les instruments employés dans ce but, surtout par M. de Barh (de Vienne), sont absolument infidèles et sans portée pratique;

5° La seule manière ou la manière principale de reconnaître l'origine uratée des petits ou des grands symptômes de Bright sans albuminurie, c'est la recherche de la toxicité urinaire imaginée par M. Bouchard. L'urine qui ne charrie plus les produits toxiques destinés à l'expulsion de l'urine qui paraît saine, est précisément la plus dangereuse, elle indique l'impuissance fonctionnelle du rein;

6° Un autre moyen de contrôle est tiré du bilan azoté des néphritiques; chez tous les néphritiques, on note d'abord une mauvaise absorption des aliments et les sécrétions intestinales éliminent plus d'azote que normalement, c'est ce qui fait que l'azote, c'est-à-dire l'urée, apparaît en moins grande quantité dans les urines.

Il y a non seulement diminution de l'azote urinaire, mais il y a rétention d'urée ou d'azote dans les organes et dans les tissus qui se saturent d'éléments albumineux de décomposition.

Il y a un troisième phénomène remarquable, c'est le retard de l'élimination de l'urée; au lieu de paraître dans les urines quelques heures après l'introduction des aliments azotés, l'urée retarde vingt-quatre heures, quarante-huit heures, trois jours et ne reparaît totalement au dehors qu'au bout de ce temps.

Ce sont là des caractères négatifs, au même titre que l'altération du suc gastrique et les caractères chroniques de dénutrition précoce ou tardive des brightiques.

7° La goutte, la seule diathèse qui survit, ne donne pas lieu à la néphrite par le principe qui semble la dominer. Nous savons aujourd'hui, en effet, que l'acide urique qui caractérise, dit-on, la goutte, ne résulte pas d'une oxydation incomplète des tissus, il dérive des xanthines ou de leurs congénères, entre autres des nucléines ou nucléo-albumines provenant des globules blancs et qui, en se dédoublant, forment l'acide urique, c'est donc une lésion non seulement exclusivement chimique comme on le croyait, mais elle est à la fois chimique et trophique.

Si donc la goutte donne lieu au mal de Bright, c'est en provoquant la formation de l'artério-sclérose qui, à son tour, peut atteindre ou le rein ou le cœur, en sclérosant ces organes.

8° Le rein goutteux, c'est le rein sclérosé, il ne présente rien de spécial.

Ne confondons pas la goutte des reins avec la lithiase rénale qui est parfaitement indépendante dans la plupart des cas.

9° Le chloro-brightisme ne présente non plus rien de spécial;

les signes du petit brightisme n'ont pas de valeur; on peut les expliquer soit par la lésion artérielle (rétrécissement congénital des artères), soit par une lésion cardiaque concomitante. Sinon on ne peut expliquer ces petits signes que par une superposition de la chlorose et du brightisme vrai, lequel se traduit soit par l'albuminurie, d'ailleurs fréquente chez les chlorotiques, soit par l'œdème des paupières ou des pieds qui est encore plus caractéristique.

10° La cure lactée de l'albuminurie n'entraîne pas la diminution de l'albumine; le lait a d'autres propriétés, surtout alimentaires, par la caséine.

Le lait fortement phosphaté, calcaire, a une propriété bien étudiée récemment et très intéressante; c'est son action par l'acide phosphorique qui s'absorbe parfaitement et se retrouve ensuite nettement dans les urines; c'est à ajouter à la cure de lait qui est si générale et si mal interprétée, excepté par la propriété diurétique de son sucre de lait.

M. LABORDE. Selon M. Germain Sée, l'étude de la pression du sang dans les vaisseaux ne pourrait fournir aucun renseignement utile, et il serait impossible de mesurer cette pression. C'est là une erreur. Les physiologistes peuvent très bien apprécier la pression artérielle et faire la part de ce qui revient au cœur et aux tuniques artérielles. Seulement, les méthodes des physiologistes n'ont pu être appliquées à l'homme; M. Germain Sée a donc raison au point de vue clinique.

M. G. SÉE sait qu'il est possible de mesurer la pression artérielle chez les animaux, mais aucun instrument ne permet actuellement d'arriver à cette mesure chez l'homme.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DU TÉTANOS

M. VERNEUIL étudie aujourd'hui la prophylaxie du tétanos. Suivant lui le traitement prophylactique rationnel du tétanos consiste à détruire dans les plaies suspectes les germes tétanigènes. Ces plaies suspectes sont celles qui ont été en contact plus ou moins immédiat avec des chevaux ou avec la terre cultivée.

Voici comment M. Verneuil comprend le traitement topique des plaies soupçonnées d'être tétaniques :

1° Proscription de la réunion immédiate, sauf dans des cas bien rares de blessures pénétrantes et après essai de stérilisation des surfaces au moyen d'un agent microbicide, appliqué pendant quelques heures;

2° Emploi également très exceptionnel de la réunion immédiate secondaire après tentative prolongée de stérilisation, même au cas où les recherches bactériologiques négatives feraient espérer le retour du foyer à l'état de pureté;

3° Bien plus utilement, dans les plaies anfractueuses, user des débridements immédiats suffisants pour rendre les parois du foyer béantes et accessibles à l'action des topiques; employer pour cela le thermocautère de préférence à l'instrument tranchant;

4° Exercer sur ce foyer des manœuvres aussi courtes, aussi simples, aussi précoces surtout que possible, avant l'apparition de la fièvre traumatique qui se développe, comme on le sait, très vite et très intense, en cas de grandes plaies contuses. Éviter, si l'on peut, de blesser les plaies infectées anciennes, le tétanos ayant maintes fois surgi alors qu'on s'y attendait le moins et après l'expiration des délais ordinaires de l'incubation, par suite d'un acte chirurgical très minime (ouverture d'abcès, extraction d'une esquille, d'un fil à ligature, etc.);

5° Extraire, sans doute, les corps étrangers, mais à la condition de ne pas employer de violences capables d'augmenter l'étendue et les sinuosités du foyer; les laisser plutôt, en cherchant à les neutraliser sur place, et, que la plaie soit récente ou ancienne, ne procéder à des manœuvres, quelles qu'elles soient, que sous le spray et après une balnéation très prolongée;

6° En cas d'attrition extrême, rendant inévitable la gangrène partielle de la main ou du pied, ne pas trop chercher à suivre les anciens errements, à régulariser les plaies et à ne retrancher que le nécessaire pour que les contacts microbicides soient réalisables;

7° En cas de gangrène confirmée partielle, constatée après l'échec de la réunion ou dans les jours qui suivent la blessure, mais toujours pendant l'inoculation, se montrer également très sobre d'excision des eschares, les sectionner plutôt dans le mort que dans le vif, avec le thermocautère manié très lentement, et répéter plutôt les séances que de sacrifier trop et d'accroître brusquement le traumatisme;

8° Le foyer étant ainsi préparé, procéder à sa purification ou stérilisation par divers moyens : en tête, le bain permanent ou très prolongé, avec pansement antiseptique dans les entr'actes, s'il y a lieu. Dans les régions où la balnéation est impossible, avoir recours à la pulvérisation, mais à la condition d'avoir un pulvérisateur puissant pour que le liquide pulvérisé pénètre partout. Injection d'un liquide microbicide dans le foyer répétée souvent. S'il s'agit de plaies planes, applications répétées de compresses bouillies, imbibées de liquide antiseptique et se moulant bien sur la surface de la plaie;

9° Les liquides microbicides les plus usités seront: les solutions médiocrement concentrées, de chloral, d'acide phénique, de sublimé, plutôt chaudes jamais froides; c'est pour cette dernière raison que M. Verneuil n'emploie pas les pulvérisations d'éther malgré leur grande puissance de pénétration et leur pouvoir microbicide très accentué. Par contre, il conseille de verser dans les foyers anfractueux l'éther et l'huile iodoformés. D'une manière générale, il croit qu'il faut rejeter tous les liquides irritants dont l'application a paru, parfois, hâter l'apparition des accidents tétaniques;

10° En cas de contusion étendue et profonde, de fracture compliquée avec plaie minime ne permettant guère la pénétration des liquides microbicides dans le tissu sous-cutané et si le degré de la lésion interdisait de larges débridements, il ne serait pas éloigné de pratiquer dans la région contuse et à sa circonférence des injections hypodermiques de liquide antiseptique, assez profondes et à intervalles assez rapprochés;

11° En cas d'inflammation du foyer, de phlegmon, de lymphangite, il utiliserait encore, outre les pulvérisations et les bains, les pointes de feu en série, pénétrant dans le tissu cellulaire souscutané.

La cautérisation, soit avec des caustiques, soit avec le fer rouge, n'empêche pas toujours la production du tétanos; il ne faudrait donc pas trop faire fond sur elle. Cependant, dans les cas où l'antisepsie est impossible, on devra l'essayer.

M. Verneuil recommande aussi le surchauffage des plaies des membres ou de certaines parties du tronc.

LECTURES

Loi générale de l'hypodermie. Hypotension artérielle et transfusions hypodermiques. — M. CHÉRON fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut p. 707.)

Du traitement occasionnel de la fièvre à sulfate de quinine. — M. ALCIDE TREILLE (d'Alger) lit une note sur ce sujet. (Sera publiée.)

Le typhus exanthématique des prisons de la Seine. — M. BARRAULT donne lecture sur ce sujet d'une communication. (Sera publiée.)

COMMUNICATION

Grossesse extra-utérine; laparotomie; guérison. — M. HOUZEL (de Boulogne-sur-Mer) communique l'observation d'une femme de quarante et un ans, chez laquelle il a pratiqué avec succès la laparotomie pour une grossesse extra-utérine abdominale.

A l'ouverture du ventre, il tomba sur l'enfant qui n'était contenu dans aucune poche, se trouvait au milieu des intestins. Il avait la tête dans le cul-de-sac de Douglas et les pieds près du foie.

Le placenta s'étendait dans la fosse iliaque gauche d'où il remontait pour s'étaler largement sur les circonvolutions de l'intestin grêle auxquelles il adhérait de chaque côté.

Le cordon, confondu avec les anses intestinales dans sa plus grande longueur, paraissait sortir du cæcum.

Après avoir retiré l'enfant, M. Houzel fit la toilette des intestins et du placenta laissé en place avec de la gaze iodoformée, puis, ayant placé un large drainage de Mickulicz, il referma les trois quarts supérieurs de la plaie.

Les suites furent simples. Quelques jours après il commença à extraire le placenta. En huit jours il put l'extraire en totalité.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La voix, le chant et la parole (1), Guide pratique de l'orateur et du chanteur, par Lennox Browne, F. R. C. S. Ed., médecin de l'hôpital central des maladies de la gorge et des oreilles (de Londres), médecin de la Société royale des musiciens, et Emil Behnke, professeur de physiologie vocale et de diction, à Londres, traduit sur la 14e édition anglaise, par M. le docteur Paul Garnault (de Paris).

Il n'existait pas, dans la bibliographie française, d'ouvrage récent présentant les qualités qui ont fait le succès de ce livre en Angleterre, succès sans précédent, car, en moins de dix ans, il est arrivé à sa 14e édition; c'est pour combler cette lacune que M. le docteur Garnault, mieux préparé que qui que ce soit à ce travail, par ses études quotidiennes, a eu la pensée de préparer cette traduction, que nous offrons au public français.

Issu de la collaboration intime d'un laryngologiste éminent, dont la réputation est universelle, et d'un professeur des plus distingués, qui avait acquis en Angleterre une très grande notoriété, ce livre brille surtout par la clarté, la simplicité, la précision, la méthode, qualités qui, malheureusement, faisaient absolument défaut aux ouvrages français écrits sur la matière.

La théorie physique de la musique, l'anatomie, la physiologie de l'organe vocal, le mécanisme de la voix et du chant y sont exposés avec une extrême clarté. L'hygiène de l'appareil vocal est traitée avec de grands développements et les auteurs y reviennent à plusieurs reprises, premièrement, dans un chapitre d'un caractère plus général, où rien de ce qui peut toucher de près ou de loin à l'art de la parole et du chant n'est omis, puis dans deux chapitres consacrés, l'un à des conseils pratiques pour la vie journalière du chanteur et de l'orateur, l'autre à leurs maladies.

Signalons encore une étude très approfondie des applications du laryngoscope à l'art du chant, mais surtout le chapitre de la culture de la voix. Ce chapitre, qui renferme l'étude de la respiration, de l'attaque, de la résonnance, de la flexibilité, des registres et de la position, est remarquable d'un bout à l'autre, la question de la respiration, en particulier, y est traitée avec une grande compétence et une grande autorité; l'étude des registres est absolument originale et jette une grande lumière sur cette question si obscure et si compliquée. Le livre se termine par une étude des défauts de la parole et du bégaiement, en particulier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 23 juin 1893, M. le médecin aide-major de deuxième classe Giraud a été promu au grade de médecin aide-major de première classe et maintenu à l'hôpital militaire du camp de Châlons, par décision en date du même jour.

(1) 1 vol. de 350 pages, illustr. de nombr. figures. Prix : 8 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

— Par décret, en date du 26 juin 1893, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. les docteurs Gascon, maire de Redon; Malherbe, médecin en chef honoraire des hôpitaux civils de Nantes; Le Gal la Salle, membre du conseil général des Côtes-du-Nord; Thomas de Closmadeuc (de Vannes).

— Par arrêté ministériel, en date du 26 juin 1893, ont été nommés :

Officier de l'Instruction publique. — M. le docteur Malherbe, professeur à l'École de médecine de Nantes.

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Bertheux (de Rennes) et Le Moaligou, médecin en chef de l'hospice de Quimperlé.

— En vertu de l'article 36 du règlement du 23 novembre 1889 sur les dispenses militaires, les étudiants dispensés par l'article 23 de la loi sur le recrutement doivent produire, du 15 septembre au 15 octobre de chaque année, jusqu'à l'âge de vingt-six ans, au commandant du bureau de recrutement de la subdivision à laquelle appartient le canton où ils ont tiré au sort, un certificat dans le but d'établir qu'ils continuent à remplir les conditions sous lesquelles la dispense leur a été accordée.

En conséquence, les étudiants, qui se trouvent dans la situation ci-dessus indiquée, devront réclamer ce certificat au secrétariat de leur Faculté ou École du 1er au 15 juillet. Passé ce délai, aucun certificat ne sera plus délivré.

D'autre part, les candidats aux bourses des divers ordres d'agrégations appartenant à la classe de 1892 ou à l'une des classes précédentes devront, en adressant leur demande à l'autorité universitaire du 1er au 25 juillet, joindre un certificat délivré par le maire de la commune où ils auront tiré au sort constatant, soit qu'ils ont satisfait aux obligations de la loi du 15 juillet 1889, soit qu'ils ont été réformés ou ajournés par le conseil de revision ou qu'ils seront appelés sous les drapeaux le 1er novembre prochain.

— Le Conseil général de l'Université de Paris a voté, à l'unanimité, le maintien de la chaire de clinique médicale vacante à la Faculté de médecine, par suite du décès de M. le professeur Peter.

Il a rappelé que les demandes en autorisation de cours libres doivent être déposées avant le 1er juillet de chaque année, pour les cours du premier semestre de l'année scolaire suivante, et avant le 1er février pour ceux qui seront faits dans le deuxième semestre.

— M. le docteur Adam, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Montdevergne, est nommé médecin en chef de l'asile des aliénés de Clermont (Oise).

— La onzième conférence transformiste annuelle aura lieu à la Société d'anthropologie, le jeudi 29 juin 1893, à cinq heures précises. M. L. Manouvrier traitera de : « Un abus de la théorie transformiste; La genèse du crime. »

— M. le docteur Léon Martin vient d'être élu membre du conseil général de Saône-et-Loire, pour le canton de Conches-les-Mines.

— M. le docteur Édmond Chaumier (de Tours) est chargé d'une mission scientifique en Italie, à l'effet d'y étudier les causes du rachitisme.

— M. le docteur Bréchot, médecin-adjoint au lycée Hoche, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. Védrine, décédé.

M. le docteur de Fourmestraux est nommé médecin-adjoint du lycée Hoche, en remplacement de M. le docteur Bréchot.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bierch (de Lembach), Broaillier (de Saint-Laurent-de-Mure), Charles (de Hérisson), Christophe (de Charlieu), Th.-H. Hermann (de Strasbourg), Kaltenbach (de Dornach), Larrivé (de Heyrieux), Nivet (de Clermont-Ferrand), Pleindoux, chirurgien en chef hono-

raire des hôpitaux de Nîmes; et celle de M. G. Paimbœuf, élève de l'École du service de santé militaire.

La névrose traumatique. Étude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemin de fer et les traumatismes analogues, par le docteur Ch. Vibert, expert près le tribunal de la Seine. 1 vol. in-8° de 171 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Contrexéville-Pavillon—Goutte, gravelle, diabète, voies urin^res.
Goudron Freyssinge (1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas). *Catarrhes, bronchites chroniques, épidémies.*
Alimentation des enfants — *Phosphatine Falières.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** D. — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : **20 c.** — Avec Supplément : **30 c.**

REVUE GÉNÉRALE

La syphilis du rein.

Par le docteur F. de Grandmaison, ancien interne des hôpitaux.

I

HISTORIQUE

Jusqu'en 1840, on ignorait absolument que la syphilis pût localiser son action sur le rein ; et c'est un Français, Rayer (1), qui, le premier, par des observations cliniques précises, établit l'existence de la néphrite syphilitique. Avant lui déjà, les Anglais avaient bien constaté la présence de l'albumine dans les urines de quelques vérolés, mais ils l'avaient mal interprétée, et l'attribuaient à l'abus des préparations mercurielles. Malgré les documents publiés par Rayer, il fallut de nombreuses années pour faire accepter son opinion ; aujourd'hui elle constitue un fait acquis, de nombreux travaux sont venus la confirmer ; presque tous, d'ailleurs, ont été publiés en France. Nous devons citer, en première ligne, les recherches de M. le professeur Cornil (2). Cet auteur, avec des examens anatomo-pathologiques pour base, arrive à décrire les différentes formes de la syphilis rénale ; elle peut revêtir l'aspect du gros rein blanc, celui du petit rein contracté ; mais elle n'a de caractère vraiment spécifique que quand elle est constituée par des gommes plus ou moins volumineuses, plus ou moins nombreuses, développées dans la substance corticale ou dans les pyramides de l'organe. Dans son traité sur la syphilis, M. Lancereaux confirme pleinement les opinions de M. Cornil et cependant, si la lésion du rein est indiscutable, les auteurs ne sont pas d'accord sur l'époque de son apparition. C'est peu à peu que les documents cliniques et les faits anatomiques s'accumulent, il se dégage de leur étude cette conclusion que, non seulement la syphilis acquise peut, à ses différentes périodes d'évolution, atteindre le rein, mais aussi la syphilis héréditaire. Depuis quelques années, les travaux

(1) F. Rayer. *Maladies des reins*, 1840.
(2) Cornil. Th. de Paris, 1864, et *Leçons sur la syphilis*, 1879.

se sont multipliés : en 1880, Wagner (1) publie une statistique de cas assez nombreux de syphilis rénale ; en 1882, M. Négel (2), dans une thèse très remarquable, résume l'ensemble des notions acquises jusqu'à lui. MM. Cornil et Brault (3), Lecorché et Talamon (4), Fournier (5) apportent chacun pour leur part des documents précieux ; mais le travail le plus intéressant est certainement celui que publie M. Mauriac (6) dans les *Archives générales de médecine* ; son étude a, depuis, servi de guide aux différents mémoires écrits sur la question ; enfin, nous devons citer la thèse de Boukkeieff (7) et celle, plus récente encore, de M. Pannetier (8).

Nous nous proposons, dans cette Revue, d'établir les conditions nécessaires pour poser un diagnostic précis, tant anatomique que clinique.

II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La syphilis rénale se traduit par des lésions variables et multiples qui, toutefois, ont un caractère commun, c'est d'aboutir à la formation de néphrites partielles. Dans un seul cas, la néphrite peut être totale, c'est quand on a affaire avec un gros rein blanc ; les altérations du parenchyme sont alors classiques et si le diagnostic de néphrite syphilitique s'impose, c'est que dans le foie, dans la rate, dans les os, la vérole a marqué son cachet. La syphilis dans le rein revêt plus spécialement une des formes anatomiques suivantes :

1° Les gommes du rein ;
2° La néphrite diffuse ;
3° La dégénérescence amyloïde.

1° Gommes du rein. — Ce cas est le seul où la néphrite syphilitique revête un caractère vraiment spécifique ; le plus souvent, les gommes se développent dans la substance corticale ou dans les pyramides du rein. Ces néoplasmes ont des dimensions variables, ils ne dépassent presque

(1) Wagner. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1880.
(2) Négel. *La syphilis rénale*, Th. de Paris, 1882.
(3) Brault. *Étude sur la pathologie du rein.*
(4) Lecorché et Talamon. *Mal de Bright et albuminurie.*
(5) Fournier. *Syphilis héréditaire tardive.*
(6) Mauriac. Syphilose des reins, *Arch. gén. de méd.*, 1886.
(7) Boukkeieff. *Les néphrites syphilitiques précoces*, Th. de Paris, 1889
(8) Pannetier. *L'albuminurie chez les syphilitiques*, Th. de Paris, 1893.

jamais le volume d'un petit pois, mais peuvent se réduire à celui d'une tête d'épingle ; leur nombre varie, un rein peut n'en contenir que deux ou trois; dans d'autres circonstances, comme dans le cas de M. Cornil (1), on en compte jusqu'à vingt dans le même organe. Les gommes se développent dans les interstices qui séparent les glomérules ou les tubes urinifères ; elles les écartent et rappellent par leur siège et leur disposition les tubercules ramollis ou les infarctus hémorragiques en voie de régression. Leur coloration est jaunâtre et leur partie centrale présente toujours un certain degré de ramollissement, qui peut aller jusqu'à la suppuration ; tel était le cas d'Israël (2), qui, dans un rein enlevé par néphrectomie, trouva des gommes ramollies dont le contenu avait passé dans les urines qui avaient pris un aspect purulent.

Histologiquement, les néoplasmes syphilitiques du rein se présentent avec les mêmes caractères que dans toute autre partie du corps ; on peut y reconnaître trois couches de structure distincte.

La couche ou zone *centrale* est le siège de la caséification ; un tissu fibreux, assez dense, enserrant dans ses mailles des cellules petites, atrophiées et très granuleuses, a envahi les glomérules de Malpighi et les tubes urinifères, dont les cellules épithéliales sont atteintes de dégénérescence granulo-graisseuse ; la gomme est-elle ramollie, ces vestiges eux-mêmes disparaissent et on rencontre au centre du néoplasme un magma contenant des cellules dégénérées, des leucocytes nombreux et des éléments graisseux.

Dans la zone *moyenne*, c'est le tissu conjonctif adulte qui prédomine ; les éléments normaux du rein peuvent encore s'y reconnaître, mais ils sont comme étouffés dans le tissu rétractile.

A la zone *périphérique*, enfin, nous pouvons étudier les premières étapes du processus pathologique : l'épithélium péri-glomérulaire, celui qui tapisse la capsule de Bowmann et les cellules pariétales des tubes urinifères sont en état de dégénérescence trouble, comme l'a dit Boukkeieff (3), la première lésion en date est une glomérulo-néphrite ; enfin, autour des parties malades, comme autour des vaisseaux qui s'y rendent, il est facile de constater une infiltration abondante de cellules embryonnaires.

Bien que les caractères histologiques de la gomme rénale soient très précis, ils ne sont cependant pas pathognomoniques et rappellent tous les caractères microscopiques du tubercule : cette erreur de diagnostic anatomique ne pourra être sûrement évitée que par la recherche bactériologique du bacille de Koch, sa présence permettant d'affirmer, sans aucune réserve, l'existence de la tuberculose.

Tout autour de la lésion syphilitique, le parenchyme peut demeurer sain; les gommes d'ailleurs, quand elles sont très discrètes, ne compromettent pas l'accomplissement de la fonction urinaire ; elles peuvent guérir, mais alors même elles laissent des traces durables et définitives de leur évolution : elles sont remplacées par des *cicatrices*. Ces cicatrices sont surtout faciles à étudier, quand elles ont remplacé une gomme superficielle, elles revêtent l'aspect de dépressions plus ou moins larges, constituées par un tissu rétractile blanchâtre, dur, criant sous le scalpel; les trois zones primitives ne se retrouvent plus, elles sont remplacées par des fibres conjonctives denses et serrées, au sein desquelles on ne trouve presque pas d'éléments cellulaires.

(1) CORNIL. Loc. cit.
(2) ISRAEL. *Deuts. med. Wochens.*, 1892.
(3) BOUKKEIEFF. Loc. cit.

2° NÉPHRITE DIFFUSE. — Les altérations rénales, que nous allons maintenant étudier, bien qu'elles paraissent être sous la dépendance exclusive de la syphilis, n'ont aucun caractère de spécificité ; elles rappellent les lésions banales que sont susceptibles de déterminer les autres maladies générales ou infectieuses. Les néphrites n'ont pas la même forme anatomique dans tous les cas; elles ne sont pas les mêmes aux différentes périodes de l'infection syphilitique ; d'après M. Mauriac, en effet, les néphro-syphiloses précoces sont parenchymateuses et les tardives, interstitielles; en d'autres termes, dans le premier cas, on a plutôt affaire au *gros rein blanc*, dans le second, au *petit rein contracté*.

Le *gros rein blanc* a été rencontré un certain nombre de fois dans les autopsies de syphilitiques; MM. Lecorché et Talamon (1), Dreyfus-Brisac (2), Négel (3), Mauriac (4), Hudelo (5) en ont rapporté des observations. Il s'agit alors, le plus souvent, d'une néphrite totale. Le rein est flasque, mou, décoloré, son volume n'est pas toujours augmenté ; quand on cherche à le décortiquer, sa capsule se laisse détacher, avec la plus grande facilité; sur une section qui part du bord convexe pour aboutir au hile, la substance corticale apparaît épaissie, pâle, d'un blanc jaunâtre. Histologiquement, les épithéliums sont envahis par la dégénérescence granulo-graisseuse; déjà, cependant, autour des tubes et des glomérules altérés s'infiltrent quelques cellules embryonnaires qui marquent comme le début des lésions conjonctives.

La forme interstitielle de la néphrite syphilitique s'observe plus fréquemment que la forme parenchymateuse; elle peut se présenter d'ailleurs sous des aspects multiples. Généralement partielle, elle laisse subsister intactes un certain nombre de portions du rein, elle peut être unilatérale. Les reins offrent ordinairement les caractères anatomiques des petits reins contractés; leur surface est parsemée de dépressions plus ou moins nombreuses, plus ou moins étendues, entourant des interstices de parenchyme sain; la capsule se détache avec peine, entraînant quelquefois des fragments du viscère. Le processus anatomique, qui détermine ces altérations, n'est pas toujours le même ; le tissu cicatriciel peut succéder aux manifestations de la néphrite épithéliale; mais aussi, dans un certain nombre de points, il a pris la place de gommes qui ont suppuré (Lancereaux).

Dans ces différents cas, il s'agit de *sclérose diffuse*, comme l'a dit M. Laffitte (6) ; mais le tissu scléreux ainsi formé n'a pas nécessairement, dès le début, une tendance à la rétraction, il peut, au contraire, donner lieu à de l'hyperplasie conjonctive; on peut s'en convaincre par l'observation qui suit.

Israël (7), chez une jeune femme de vingt-trois ans, syphilitique, enleva un rein dont la partie inférieure seule était

(1) LECORCHÉ et TALAMON. *Etudes médicales*, 1881.
(2) DREYFUS-BRISAC. *Gaz. hebd.*, 1883.
(3) NÉGEL. Loc. cit.
(4) MAURIAC. Loc. cit.
(5) HUDELO. Soc. de dermat. et de syphil., 1893.
(6) LAFFITTE. Th. de Paris, 1889.
(7) ISRAEL. Loc. cit.

tuméfiée; l'examen microscopique permit de constater qu'il s'agissait d'une néphrite interstitielle avec œdème aigu de tout l'organe; de plus, les cellules épithéliales des tubes urinifères étaient altérées.

Si la néphrite épithéliale ne va pas sans un certain degré d'infiltration embryonnaire, il est juste aussi d'ajouter que, dans les néphrites interstitielles, les cellules fonctionnelles du rein sont toujours malades : les deux altérations s'associent donc toujours au point de vue anatomo-pathologique et nous comprenons que certains auteurs aient décrit des *néphrites mixtes* dans la classe desquelles rentraient les néphrites syphilitiques.

3° Dégénérescence amyloïde. — La dégénérescence amyloïde des reins a été, pendant longtemps, considérée comme l'apanage de la phtisie pulmonaire et des maladies s'accompagnant de suppurations prolongées, telles, par exemple, que les tumeurs blanches ou les altérations tuberculeuses du rachis, au cours desquelles se produisent des abcès par congestion. Le jour où la même altération se rencontra chez les syphilitiques, on chercha à la rattacher à l'état cachectique que présentent, quelquefois, certains de ces malades; cette interprétation dut cependant être délaissée devant l'évidence des faits anatomiques et cliniques, quand la dégénérescence amyloïde fut découverte chez des individus d'apparence très robuste. Nous ne chercherons pas, pour le moment, par une théorie plus ou moins spécieuse, à expliquer le fait, nous nous bornerons à le constater et à l'étudier; d'ailleurs, tous les auteurs qui se sont attachés à l'étude des affections du rein l'ont constaté; parmi eux, nous devons plus spécialement signaler MM. Lecorché et Talamon (1), Cornil et Brault (2), Marfan (3), Labadie-Lagrave (4), Julien (5), et enfin M. Leroy (6), professeur à la Faculté de Lille, qui a publié, il y a trois ans, une monographie très intéressante sur le même sujet.

La dégénérescence amyloïde se reconnaît facilement sur les coupes histologiques du rein, qu'on colore par la solution iodo-iodurée de Graam ou par le violet de Paris. Toutes les parties malades présentent une teinte rouge acajou caractéristique; cette coloration s'observe non seulement au niveau des glomérules et des tubes urinifères, mais encore sur les artères rénales et spécialement sur les artères glomérulaires, qui, dans l'épaisseur de leurs tuniques, sont envahies par le réactif.

Presque jamais la dégénérescence amyloïde n'est isolée; ordinairement, elle s'associe à d'autres lésions du rein qui sont également sous la dépendance de la syphilis. Les différentes formes anatomiques de néphrite, déjà signalées, peuvent l'accompagner, mais celle qu'on rencontre le plus fréquemment, c'est la néphrite épithéliale, le gros rein blanc. M. Leroy (7) insiste sur la présence de cylindres hyalins dans les tubes urinifères; cette dégénérescence hyaline ne serait, d'ailleurs, selon lui, qu'un degré moins avancé de la dégénérescence amyloïde.

(1) Lecorché et Talamon. *Etudes médicales*, 1881.
(2) Cornil et Brault. Loc. cit.
(3) Marfan. *Gaz. des hôpit.*, 1888.
(4) Labadie-Lagrave. *Dict. de Jaccoud.*
(5) Julien. Loc. cit.
(6) Leroy. *Arch. gén. de méd.*, 1890.
(7) Leroy. Loc. cit.

III

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

La syphilis, sous toutes ses formes, aussi bien qu'à ses différentes périodes, peut déterminer des altérations du rein, qu'elle soit *héréditaire* ou qu'elle soit *acquise*.

MM. Parrot (1), Négel (2), Paul et Émile Diday (3) nous enseignent que la *syphilis héréditaire* peut déterminer de la néphrite; mais nous ignorons absolument quelles sont les causes essentielles de son développement, quelles sont les causes occasionnelles qui préparent son éclosion; tout ce que nous savons, c'est qu'elle peut être *précoce* ou *tardive*. *Précoce*, elle se manifeste dans les deux premières années de la vie, elle peut même se rencontrer chez le nouveau-né; *tardive*, elle peut se traduire cliniquement plusieurs années après la naissance. M. Fournier (4) pense même qu'il est possible de la voir apparaître à un âge assez avancé, vers quinze ou vingt ans.

Quand la néphrite reconnaît pour cause une *syphilis acquise*, elle peut encore être *précoce* ou *tardive*. A toutes les périodes de la vérole, le mal de Bright peut apparaître.

A la période initiale, il est vraisemblable d'admettre que le rein est frappé en même temps que les autres viscères par l'infection syphilitique; en un mot, la syphilis agit là comme les autres maladies infectieuses dont nous connaissons le microbe ou l'agent producteur. Pendant longtemps, on a cru que le traitement mercuriel devait être considéré comme la cause déterminante de l'albuminurie; Rayer, malgré l'affirmation des Anglais, avait rejeté cette manière de voir qui, du reste, n'a plus cours aujourd'hui. D'ailleurs, au Congrès de dermatologie de Vienne, Schwimmer (de Budapest), ayant examiné les urines de 250 syphilitiques, soumis au traitement par le mercure, n'a rencontré que 22 cas d'albuminurie *transitoire;* il en conclut que l'élimination du médicament par le rein ne doit pas être faite responsable des néphrites persistantes qui s'observent chez les vérolés et que ces accidents sont imputables à la maladie générale (5).

Dans la *syphilis tardive*, les lésions rénales ne sont pas très fréquentes; de tous les accidents qui s'observent à la *période tertiaire*, les néphro-syphiloses doivent être regardées comme les plus rares, puisque M. Fournier (6), sur 3,429 cas de syphilis, n'a observé que 9 fois la syphilis rénale. Par contre, les accidents rénaux de la syphilis tertiaire peuvent être très précoces, suivant M. G. Beaudoin (7).

L'*état général* des malades n'a pas une influence considérable sur l'évolution des néphro-syphiloses; on voit même souvent ces manifestations se montrer chez des individus en apparence très robustes : mais un certain nombre de causes occasionnelles peuvent hâter l'éclosion d'une néphrite syphilitique, en déterminant une action irritative locale sur le rein; dans cet ordre d'idées, les traumatismes sur la région lombaire ou le froid auraient un rôle étiologique important. M. Vignerot (8) a fait ressortir l'action de

(1) Parrot. *Leçons sur la syphilis héréditaire.*
(2) Négel. Loc. cit.
(3) P. et E. Diday. *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. Syphilis.
(4) Fournier. Loc. cit.
(5) Congr. de dermat. de Vienne, 1892.
(6) Fournier. Congr. de dermat. et de syphil., Paris 1889.
(7) G. Beaudoin. Th. de Paris, 1889.
(8) Vignerot. Th. de Paris, 1890, et *Arch. gén. de méd.*, 1891.

ce dernier facteur; selon lui, le froid, dans la production des néphrites, joue le rôle d'une cause occasionnelle et non pas d'une cause déterminante. C'est vraisemblablement parce qu'ils sont plus exposés aux intempéries, aux traumatismes, que les *hommes* sont, plus fréquemment que les *femmes*, atteints de néphrites syphilitiques.

Les causes qui président au développement des néphrosyphiloses sont donc assez obscures; mais il n'en est pas moins vrai que les manifestations rénales existent dans la syphilis, au même titre que les autres localisations viscérales. Leur pathogénie même ne peut pas être établie tant que le virus syphilitique demeurera inconnu.

M. Leroy (1) se demande si la syphilis n'agit pas sur le rein par l'intermédiaire des artères, puisque, dans les cas de dégénérescence amyloïde, ces vaisseaux sont atteints en même temps que les glomérules et les tubes urinifères.

M. Gaucher (2), dans sa remarquable étude sur la pathogénie des néphrites, émet l'hypothèse que les néphrites précoces et les néphrites tardives ne se produisent pas par le même mécanisme. Les néphrites précoces, les *gros reins blancs*, pourraient être déterminées par la persistance de l'agent infectieux dans l'économie; sa présence serait, dès lors, susceptible d'amener des altérations humorales capables de produire une néphrite à évolution chronique; les néphrites tardives, au contraire, seraient exclusivement sous la dépendance de la syphilis et se produiraient par le même mécanisme que les autres scléroses tertiaires. Cette opinion est également défendue par M. Labadie-Lagrave (3) qui considère que, suivant ses périodes, la syphilis détermine, par des procédés mécaniques différents, des altérations diverses du parenchyme rénal.

IV

SYMPTOMATOLOGIE

1. Syphilis héréditaire. — La néphrite, qui reconnaît pour cause une syphilis héréditaire, peut passer inaperçue avec la plus grande facilité; le diagnostic ne se pose le plus souvent que par hasard. Un enfant a de la bouffissure du visage, de l'œdème des membres inférieurs et des organes génitaux externes, ses urines sont plus ou moins albumineuses et cependant il n'a été la proie d'aucune infection aiguë, d'aucune fièvre éruptive susceptible de produire l'albuminurie; il présente quelques stigmates de syphilis héréditaire, fissures labiales, syphilides papuleuses de la peau, aplatissement et effondrement des os du nez; par exclusion, on diagnostique une localisation rénale de la syphilis, surtout s'il existe en même temps de l'hypertrophie de la rate et du foie. Ce diagnostic, malgré son obscurité, peut rendre de grands services au petit malade; en effet, MM. Paul et Émile Diday (4) rapportent une observation de Brodley qui, par un traitement mercuriel intensif chez un enfant syphilitique, fit disparaître une albuminurie abondante.

2. Syphilis acquise. — A toutes les périodes de la syphilis, peuvent apparaître des symptômes urinaires, qui font penser à une localisation rénale; ces symptômes ne sont pas les mêmes à la période initiale qu'à une période avancée de la maladie, c'est pourquoi, adoptant la division établie par M. Négel et par M. Mauriac, nous étudierons successivement : A. La *syphilis rénale précoce*; B. La *syphilis rénale tardive*.

A. *Syphilis rénale précoce*. — Dans les symptômes de la néphrite syphilitique précoce, on retrouve ceux du mal de Bright aigu, de même que, dans ses lésions anatomo-pathologiques, nous avons retrouvé les caractères anatomiques du gros rein blanc : son symptôme important est donc l'*albuminurie*.

L'apparition de l'albumine dans les urines peut suivre de très près les premiers accidents spécifiques; M. Georges Beaudoin (1) nous le prouve par deux observations très intéressantes, rapportées dans sa thèse. Une première fois, il vit l'albuminurie survenir immédiatement après la cicatrisation du chancre induré et avant même l'apparition des symptômes cutanés; une autre fois, il la vit se produire plus tard, huit mois après la cicatrisation du chancre, en pleine période secondaire, mais elle était très abondante. Ces deux cas, sans être des exceptions, ne sont pas d'une constatation courante dans la pratique médicale; quelques années s'écoulent habituellement avant qu'un syphilitique ne présente des signes de néphrite et alors même que ces symptômes éclatent dans la dixième année qui suit la contamination, on peut dire que la néphrite syphilitique est précoce : dans l'appréciation des formes de la néphrosyphilose, on doit prendre en considération l'évolution clinique de la maladie bien plus que la chronologie même des accidents spécifiques.

Malgré son importance, l'albuminurie n'est pas toujours le premier signe reconnu; le plus souvent même, il arrive qu'on est amené à la rechercher parce qu'on assiste au développement d'un *œdème* plus ou moins généralisé, qui survient brusquement et sans signes précurseurs. Un malade, ayant toutes les apparences de la santé, voit, en quelques jours, ses membres inférieurs et ses organes génitaux externes s'infiltrer, la paroi abdominale elle-même peut être envahie par la sérosité extravasée; et, devant le silence du cœur et des organes abdominaux, il vient naturellement à l'esprit du médecin que le malade a des troubles sécrétoires du rein. Les urines, émises en quantité à peu près normale, malgré quelques légères oscillations d'un jour à l'autre, sont louches, rosées, sanguinolentes; elles ne contiennent pas toujours de grandes proportions d'albumine; c'est alors qu'en examinant au microscope leur dépôt, on trouve dans leurs sédiments des cylindres hyalins, auxquels M. Leroy (2) accorde une grande valeur pronostique.

La *douleur lombaire*, qui souvent accompagne les néphrites aiguës, manque presque toujours; en revanche, les symptômes urémiques apparaissent de très bonne heure, bien qu'ils soient peu accentués. On observe surtout de l'urémie chronique, à début lent et insidieux : le malade accuse une céphalée qui revient par accès plus ou moins rapprochés, il a des vertiges, quelquefois des troubles de l'ouïe et de la vue, caractérisés par des bourdonnements d'oreille et par des mouches volantes qu'il a sans cesse devant les yeux;

(1) Leroy. Loc. cit.
(2) Gaucher. Th. d'agr., 1886.
(3) Labadie-Lagrave. *Pathogénie et traitement des néphrites* (in Bibliothèque Charcot-Debove).
(4) P. et E. Diday. Loc. cit.

(1) G. Beaudoin. Loc. cit.
(2) Leroy. Loc. cit.

ses digestions sont pénibles, il a des nausées, des vomissements; l'exploration de la région lombaire ne fournit d'ailleurs aucun renseignement sur l'état du rein.

Dans tous ces signes, il n'en est pas un qui permette d'affirmer que la lésion du rein est de nature syphilitique; cliniquement, il est un seul point à noter, c'est la précocité des troubles de la circulation et des manifestations de l'urémie. Il est donc important d'examiner le malade avec le plus grand soin, en se rappelant le précepte de Gübler que, dans les cas douteux, il faut toujours songer à la syphilis. On peut rencontrer, en effet, toute une série de signes cliniques de la plus haute importance, qui se rattachent à la vérole, tels sont : un chancre induré en évolution ou sa cicatrice, une roséole, des plaques muqueuses de la gorge, des syphilides de la peau; la coïncidence des accidents spécifiques et des troubles urinaires, que nous avons passés en revue, suffit alors pour affirmer l'origine réelle du mal de Bright.

Apparue et développée dans ces conditions, la néphrite syphilitique précoce peut avoir une évolution rapide : en quelques semaines, elle peut aboutir à l'urémie; dans quelques cas, malheureusement trop rares, le traitement spécifique enraye le mal et fait disparaître rapidement l'albuminurie, en même temps qu'il affirme la nature de la lésion; enfin, la maladie peut s'amender d'elle-même et les symptômes d'urémie se calment — momentanément du moins — nous avons vu, en effet, que la néphrite syphilitique est surtout une néphrite partielle.

B. *Syphilis rénale tardive.* — Si, dans la néphrosyphilose précoce, on observe plutôt les symptômes cliniques qui correspondent à la lésion du gros rein blanc; dans la néphrosyphilose tardive, on rencontre plutôt ceux que déterminent les altérations du petit rein contracté, mais avec quelques variantes. Le début est encore plus insidieux et la maladie peut demeurer très longtemps latente sans que rien fasse présumer sa gravité future. L'attention du malade n'étant pas attirée d'une manière spéciale sur ses organes urinaires, c'est par hasard qu'un soir, en se couchant, il constate que ses chevilles sont enflées; son inquiétude d'ailleurs ne dure pas, car, au réveil, il n'éprouve aucune difficulté à remettre ses chaussures.

Il a donc des œdèmes erratiques analogues à ceux qu'on observe chez les gens atteints de mal de Bright chronique.

La polyurie vraie manque; la quantité des urines émises en vingt-quatre heures ne dépasse pas deux litres; elles sont claires, limpides et contiennent à peine quelques traces d'albumine; c'est là le cas le plus fréquent, mais il peut aussi arriver qu'elles renferment en abondance du mucopus, surtout si, par le palper, on a malaxé la région lombaire pour faire l'exploration du rein. M. Israël (1) a rapporté de cette sorte de *pyurie* un fait très intéressant et, après néphrectomie, en faisant l'examen du rein, il a pu constater que des gommes ramollies et suppurées, en se vidant dans le bassinet, avaient fourni le liquide purulent, qui se mélangeait à l'urine avant d'arriver à la vessie.

Les signes d'urémie, céphalée, vertiges, troubles de la vue, sont peu marqués et très fugaces, mais l'auscultation du cœur, comme dans le mal de Bright chronique, révèle l'existence d'un bruit de galop.

(1) ISRAEL. Loc. cit.

Il est des cas où l'exploration directe de la région lombaire fournit des renseignements précieux, tel était le cas dans les deux observations de M. Israël. Au niveau des lombes, entre la crête iliaque et la dernière fausse-côte, la main, appliquée et promenée avec méthode, peut percevoir l'existence d'une tuméfaction plus ou moins volumineuse, irrégulière, quelquefois mobile et se déplaçant avec les mouvements du diaphragme et, de plus, douloureuse au toucher. Une palpation forte et prolongée de la région détermine des épreintes et des envies pressantes d'uriner. Les deux reins ne sont pas nécessairement envahis, la tuméfaction est alors unilatérale et cette unilatéralité rend encore plus difficile l'établissement du diagnostic, d'autant mieux que la tumeur ne reproduit jamais la forme du rein et n'envahit pas nécessairement toute la surface de l'organe. Cette exploration du rein détermine toujours une miction plus abondante et dans les urines émises on trouve une quantité de cellules épithéliales dégénérées et des cylindres plus nombreux qu'à tout autre moment de la maladie.

Quand on suppose qu'un malade est atteint de syphilis rénale tardive, il ne faut jamais négliger de rechercher quel est, chez lui, l'état de la rate et du foie; ce sont deux viscères que la syphilis frappe avec prédilection. Les déterminations sur le foie, la rate et le rein forment comme une *trilogie symptomatique*, dont la constatation rend les plus grands services au clinicien : Rayer avait déjà compris la valeur de ce syndrome et M. Mauriac lui accorde une importance capitale; quand donc, chez un malade, on trouve des hypertrophies manifestes de la rate et du foie, associées aux troubles urinaires énumérés plus haut, il est logique de croire à la syphilis rénale. D'autres signes viennent d'ailleurs habituellement s'y joindre; la cicatrice du chancre, les engorgements ganglionnaires chroniques, les éruptions tertiaires, les commémoratifs même fournis par le malade, sont autant de symptômes confirmatifs du diagnostic.

L'état général n'est pas toujours troublé, le malade peut conserver les apparences de la santé, c'est qu'alors il n'a que de la sclérose rénale; mais s'il perd ses forces et se cachectise, il faut penser que la néphrite syphilitique s'est compliquée de dégénérescence amyloïde. Cette éventualité se produit fréquemment au cours de la syphilis rénale et, comme nous le verrons bientôt, elle en aggrave singulièrement le pronostic.

V

MARCHE, DURÉE, TERMINAISONS

La marche de la *néphrosyphilose précoce* est à peu près celle du mal de Bright, à sa période aiguë; cependant elle est moins rapide et moins fatale. C'est une maladie qui demeure parfois latente pendant un certain temps; dès lors, elle peut passer inaperçue; mais, de plus, il n'est pas rare, qu'au cours des accidents qu'elle détermine, d'observer des rémissions qui, d'ordinaire, manquent dans les autres néphrites aiguës. C'est ainsi qu'on a vu disparaître presque subitement l'albuminurie abondante et les symptômes qui lui font cortège; cette marche favorable, malheureusement trop rare, est spéciale à la néphrite syphilitique précoce; elle la doit à son caractère de néphrite partielle et évoluant par foyers successifs, bien souvent ces signes sont suivis, à plus ou moins brève échéance, par de nouvelles manifestations rénales. Seuls, les cas, qui ont été améliorés par un

traitement spécifique prolongé, peuvent être considérés comme des exemples de guérison.

En dehors de cette éventualité, la néphrite syphilitique précoce conduit presque fatalement et avec rapidité le malade à l'urémie; alors éclatent plus ou moins brusquement des accidents qui, dans un délai variable, déterminent la mort. Les manifestations de l'urémie sont surtout respiratoires; elles sont laryngées ou broncho-pulmonaires, le malade succombe habituellement à un œdème de la glotte, à de l'œdème aigu du poumon, qui le tuent par asphyxie. L'urémie, dans quelques cas, peut être transitoire; elle se traduit par de l'encéphalopathie, un peu d'hydrothorax, d'œdème des membres inférieurs, ces accidents ne durent pas et le calme renaît habituellement après une diarrhée profuse ou une diurèse abondante.

Bien qu'elle soit très rare, la guérison peut s'observer, surtout quand le malade a été soumis à un traitement spécifique rigoureux; la néphrite syphilitique guérit alors comme toute autre manifestation de la syphilis, mais elle doit être soignée pendant de longues années.

La *néphrosyphilose tardive* évolue d'une manière encore plus insidieuse; mais, au même titre que la néphrosyphilose précoce, elle est capable d'entraîner des accidents urémiques. Ceux-ci cependant sont lents à se déclarer, mais, une fois installés, ils sont presque toujours très graves parce qu'ils résultent d'une altération plus profonde et plus étendue du filtre rénal.

Dans les cas où la dégénérescence amyloïde complique la syphilis rénale, l'évolution du mal est beaucoup plus hâtive; aux symptômes de l'urémie viennent s'ajouter tous les signes d'une cachexie profonde et rapide.

Il est impossible de préciser le temps que peut durer une syphilis du rein; s'il est des cas où, traitée avec circonspection, elle demeure compatible avec une existence assez prolongée, il ne faut pas oublier que, parmi les accidents de la vérole, la néphrite est celui qui, d'habitude, entraîne le plus rapidement la mort, sans qu'on puisse assigner à son évolution des limites précises dans le temps.

VI

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Reconnaître une néphrite syphilitique est un problème clinique des plus difficiles à résoudre; les cas sont même nombreux dans lesquels le diagnostic ne peut pas s'établir. Il est donc urgent de poser en principe la règle générale suivante : quand, en face des signes cliniques et indiscutables d'une néphrite, on arrive difficilement à reconnaître ses conditions pathogéniques, il est raisonnable de penser qu'elle est attribuable à la syphilis. C'est alors qu'il faut rechercher avec soin s'il n'existe pas sur les téguments, dans les viscères, aux différentes régions du corps, des traces de vérole; telles sont la cicatrice d'un chancre, les éruptions cutanées, les plaques muqueuses, la roséole, etc. Donc chaque fois qu'un malade offrira ces signes isolés ou réunis, en même temps qu'une albuminurie plus ou moins abondante et de l'anasarque ayant fait une apparition brusque et pris une extension rapide, il faudra songer à la syphilis rénale.

M. Mauriac insiste d'ailleurs sur un autre moyen de diagnostic, auquel il attribue une grande importance. D'après lui, quand un syphilitique avéré, soumis au traitement spécifique, est atteint de stomatite mercurielle; s'il a de l'albumine dans les urines, c'est que son rein est malade du fait de l'infection générale et le mercure, ne pouvant plus s'éliminer par les voies urinaires, n'a plus à sa disposition que la voie buccale, au niveau de laquelle il détermine des accidents trop précis et trop connus pour que nous les décrivions.

En somme, dans la néphrosyphilose, on reconnaît facilement la néphrite ; toute la difficulté consiste à retrouver les signes de la syphilis; c'est là le point capital pour ne pas être désarmé au point de vue thérapeutique.

Le diagnostic, s'il est difficile à établir pour la néphrosyphilose précoce, offre encore plus de difficultés quand il s'agit d'une néphrite syphilitique tardive. On peut alors attribuer les accidents observés à de l'artério-sclérose généralisée, à du mal de Bright chronique, et c'est encore à la constatation des signes actuels de syphilis, spécialement aux localisations hépatique et splénique, et aux commémoratifs fournis par le malade qu'il faut s'adresser pour obtenir un diagnostic précis.

Le *pronostic* de la syphilis rénale est donc grave, puisque comme les autres néphrites, elle conduit à l'urémie. On peut cependant faire quelques réserves, puisqu'il est donné d'observer quelques cas de guérison. Le médecin toutefois ne portera un pronostic favorable que dans les cas où, par un traitement spécifique régulièrement suivi, il aura obtenu une amélioration positive des symptômes, et encore devra-t-il ne pas se hâter de faire partager au malade ou à son entourage un espoir de guérison qui pourrait être trop vite déçu.

VII

TRAITEMENT

Dans le traitement de la syphilis rénale, deux indications sont à remplir : 1° combattre l'urémie ; 2° traiter la syphilis.

Contre l'urémie, il faudra employer les moyens ordinaires, que la thérapeutique met à notre disposition; régime lacté, saignées locales ou générales, purgatifs drastiques, diurétiques sous toutes leurs formes, etc.

La question du traitement antisyphilitique est beaucoup plus délicate à résoudre, surtout quand la néphrosyphilose est précoce. Nous avons vu, en effet, que, d'après M. Mauriac, le mercure, chez les syphilitiques atteints de localisations rénales, peut entraîner de la stomatite mercurielle; dès lors, le traitement ne peut pas être prolongé, d'autant plus qu'il faut toujours se rappeler que, si l'absorption du médicament n'entraîne pas des troubles urinaires fréquents, elle est susceptible de déterminer des lésions transitoires, il est vrai, mais graves cependant par leurs conséquences, puisqu'elles s'ajoutent aux désordres déjà causés par la syphilis.

Le traitement mixte, d'après Boukkeieff, est celui qui donne les meilleurs résultats dans la néphrite syphilitique précoce ; dans la néphrite tardive on s'adressera à l'iodure de potassium, le médicament par excellence des accidents tertiaires de la syphilis.

Dans le premier cas, on prescrira : soit le sirop de Gibert, à la dose d'une ou deux cuillerées à soupe chaque jour; soit une pilule de protoiodure de mercure à 1 centigramme, en même temps que 1 à 3 grammes d'iodure de potassium. La liqueur de Van Swieten et les différentes préparations mercurielles, usitées dans la thérapeutique antisyphilitique, pourront remplacer les pilules de protoiodure ; mais il faut

s'abstenir des frictions, elles produisent une absorption d'hydrargyre dont il est très difficile de régler la dose ; on pourrait alors dépasser le but désiré et irriter vivement les épithéliums du rein, en voulant guérir la néphrite. Quand, au contraire, on s'adressera à la médication iodurée seule, il faura prescrire au malade, par jour, 2, 3 et même 4 grammes d'iodure de potassium ou de sodium.

Quelle que soit la thérapeutique adoptée, il faudra toujours examiner régulièrement la quantité et la qualité des urines émises, surveiller l'état de la bouche et des gencives, pour obvier aux troubles de l'élimination qui, en dehors de la syphilis, pourraient être la conséquence d'un traitement trop intensif.

TUBERCULOSE URINAIRE CHIRURGICALE (1)

Par le docteur E. Vigneron (de Marseille),

Ancien interne des hôpitaux de Paris et de la Clinique des voies urinaires de l'hôpital Necker.

Néphrotomie. — Cinquante-cinq cas que nous avons réunis nous ont donné 21 morts dans un délai plus ou moins long (de quelques heures à plus de deux ans), dont 7 rapides, qu'on peut et doit attribuer à l'opération, soit une mortalité générale de 38,18 p. 100 et une mortalité opératoire de 12,72 p. 100.

Étant donné les conditions de cachexie dans lesquelles on opère la plupart du temps, la néphrotomie est donc une opération peu grave. Quant aux morts tardives, elles se sont produites souvent par la généralisation des lésions, après que l'opéré a bénéficié d'une amélioration très notable pendant quelque temps.

Parmi les 34 survivants, 20 ont pu subir secondairement la néphrectomie, grâce à l'amélioration que leur avait procurée la première intervention. Des 14 autres 3 auraient guéri sans conserver de fistule, 11 ont conservé une fistule, mais se sont trouvés tellement améliorés, jusqu'à trois ans après l'intervention, que certains ont pu se considérer comme guéris. Dans tous les cas, la néphrotomie fait disparaître les douleurs rénales et la fièvre, diminue la suppuration et les symptômes vésicaux, améliore le fonctionnement du second rein, remonte l'état général. Ces heureux effets se manifestent presque immédiatement et se maintiennent toujours quelques semaines, souvent quelques mois, parfois quelques années. Mais de guérison radicale et définitive, on n'en peut affirmer. Dans toute forme de tuberculose rénale, formant tumeur, la néphrotomie est indiquée par la gravité de l'état général, par l'intensité des crises de rétention rénale, par la formation d'un abcès péri-néphrétique. Devant ces indications, rien ne peut contre-indiquer, pas même une lésion du second rein.

Du manuel opératoire, si souvent répété, nous n'indiquerons que ce qui est spécial à la tuberculose du rein ou les détails peu connus. C'est ainsi que, selon le procédé de M. Guyon, la couche graisseuse péri-rénale, une fois incisée, sera suturée aux plans musculo-aponévrotiques sous-jacents, de façon à former un canal direct entre le rein, quand il sera ouvert, et l'extérieur. Il n'y aura d'exception que dans les cas où il y a abcès péri-néphrétique, ou péri-néphrite ayant déjà amené l'adhérence des capsules du rein à la paroi lombaire. Le rein, ouvert à son tour, sera muni sur chacune des lèvres de sa résection de deux ou trois fils, passés à quelque distance des bords, fils suspenseurs qui permettent d'attirer l'organe jusqu'au niveau de la plaie lombaire, de mieux le vider du pus qu'il contient et de mieux l'explorer. Il importe, en effet, d'ouvrir largement les différentes cavernes plus ou moins isolées que l'anatomie pathologique nous a montrées dans le rein caséeux ; ces cavernes seront reconnues avec le doigt et largement ouvertes à leur tour ; les brides qui les cloisonnent plus ou moins seront, soit sectionnées aux ciseaux, soit liées avec un fil élastique si leur épaisseur fait craindre une hémorragie par une section immédiate. Avec cette précaution, l'hémorragie n'est pas à craindre ; quant à celle qui résulte de la section du rein et des cloisons moins épaisses, elle cesse toujours rapidement par une compression de quelques minutes avec un tampon. Ce travail d'unification du foyer tuberculeux permet seul d'amener un résultat par la néphrotomie, et, grâce à lui, on arrive à n'avoir plus qu'une poche unique, bien qu'encore irrégulière, communiquant largement avec le bassinet, dans le fond duquel on pourra souvent apercevoir l'orifice de l'uretère. On terminera alors en fixant le rein à la paroi, en se servant des fils suspenseurs ; en lavant la cavité avec une solution de sublimé à 1/5000 environ ; en la curetant, pour ainsi dire, avec un tampon de gaze iodoformée ; enfin, en plaçant dans le fond de la caverne, dans le bassinet même si l'on peut, deux gros drains qu'on fixera à la plaie cutanée. Le reste de la cavité rénale sera bourré à la gaze iodoformée. On réduira, s'il le faut, mais sans exagérer, la plaie pariétale en suturant les extrémités de cette incision. Les soins ultérieurs doivent tendre à modifier la paroi de la poche par des lavages au sublimé et des attouchements avec un tampon imbibé de teinture d'iode, et à empêcher la fistule de se cicatriser en laissant derrière elle une caverne rénale.

(1) Une faute typographique et l'omission d'un feuillet de manuscrit nous engagent à reproduire, en entier, le passage *Néphrotomie* de la Revue générale publiée par M. Vigneron dans notre numéro du 24 juin 1893. La rectification que nous faisons aujourd'hui porte sur la page 693, 2e colonne, en tête du second alinéa qui devait commencer par le mot *Néphrotomie.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 juin 1893. — Présidence de M. Périer.

CORRESPONDANCE

M. le Président a reçu, de M. le docteur Poirier, la lettre suivante :

« Monsieur le Président,

Voulez-vous me permettre d'insister sur la contradiction relevée par M. Larger devant la Société de chirurgie (séance du 21 juin) entre deux écrits de moi parus à dix ans d'intervalle.

Dans un compte rendu de l'*Année médicale* (1882), j'attribue à M. Larger la découverte d'une séreuse tendineuse « appartenant exclusivement aux tendons radiaux ». J'étais alors aide d'anatomie et ne connaissais guère du système séreux que ce que l'on m'en disait ou montrait.

Dix ans plus tard, devenu chef des travaux, et ayant étudié un peu le système séreux, j'enseigne dans mon cours l'existence d'une séreuse intermédiaire aux tendons radiaux et à ceux du pouce, au point d'entrecroisement de ces tendons, et je nie la présence d'une séreuse « appartenant exclusivement aux radiaux » en ce point.

La contradiction, d'ailleurs flagrante, est aisément explicable ; un chef des travaux qui n'envisage plus un point d'anatomie

comme il le faisait étant aide, cela s'est déjà vu et se verra encore lorsque ce chef tiendra à contrôler, pour l'enseignement, ce qu'il aura autrefois appris.

La chose n'est guère intéressante et je ne l'aurais point relevée si M. Larger n'avait pris occasion de l'incident, qu'il créait, pour émettre, avec appréciations vives à mon endroit, des prétentions véritablement excessives. Dans de telles conditions, il me devient agréable de dire à M. Larger :

1° Que sa prétention d'avoir, « le premier », « démontré l'existence », « d'une nouvelle gaine synoviale tendineuse », « non encore révélée », etc., « qu'aucun anatomiste n'avait jusqu'à ce jour décrite ou signalée », que ladite prétention est absolument dénuée de fondement.

En effet, la séreuse en question, déjà décrite par Jancke, au siècle dernier, décrite ensuite par Munro, qui lui donne, comme M. Larger, le nom de *bourse vaginale commune supérieure des radiaux*, représentée par le même Munro dans une magnifique planche de son *Traité des bourses muqueuses*, a encore été décrite par je ne sais combien d'autres anatomistes, parmi lesquels je citerai Pétrequin, Gruber, Henle, etc.

Plusieurs de ces auteurs, entre autres Pétrequin et Henle, décrivent cette séreuse en même temps que le long abducteur du pouce et l'expliquent par le jeu de ce tendon sur les tendons sous-jacents. C'est ainsi, à mon avis, qu'il convient de l'envisager.

2° Que la seconde prétention de M. Larger d'avoir « localisé l'aï crépitant dans cette gaine » n'est pas plus justifiée que la précédente.

En effet, Pétrequin (*Traité d'anatomie topographique médico-chirurgicale*, Paris 1857, chapitre de l'AVANT-BRAS) dit : « Les tendons du long abducteur et du court extenseur du pouce se contournent en spirale sur le radius ; ils glissent dans une coulisse fibro-synoviale, etc., *cette coulisse est le siège d'une maladie particulière*, etc., qui a valu à la maladie le nom de *crépitation des gaines tendineuses.* »

L'insinuation personnelle qui termine la communication de M. Larger est dénuée de tout fondement, au même titre que ses prétentions.

Je le mets au défi de l'étayer si peu que ce soit, mais le respect que j'ai pour la Société de chirurgie, ne me permet pas de traiter ici ce point.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, avec mes regrets de n'avoir pu raccourcir cette réponse, l'expression de mes sentiments de respectueuse confraternité.

P. POIRIER. »

COMMUNICATIONS

Typhlite et appendicite tuberculeuses. — M. RICHELOT rappelle que, dans la séance du 21 juin, M. Reclus, parlant d'un cas d'appendicite à rechutes, se demandait si son malade n'était pas entaché de tuberculose, et émettait l'opinion que peut-être la typhlite tuberculeuse est moins rare qu'on ne l'admet généralement. Dans une leçon clinique publiée sur ce sujet, M. Reclus cite la plupart des auteurs qui, dans ces derniers temps, ont étudié la tuberculose du cæcum, les chirurgiens qui ont vu dans cette région de grosses masses d'origine bacillaire ayant l'apparence de tumeurs malignes, ceux qui ont opéré des abcès de même nature avec fistules, clapiers, ulcérations larges de l'intestin. Après avoir donné deux exemples personnels des formes susdites, il fait allusion à des faits plus obscurs, faciles à confondre avec l'appendicite vulgaire, dans lesquels l'ulcération tuberculeuse primitive disparaît au milieu du foyer purulent, et dont M. Cornil a, paraît-il, entrepris l'étude.

M. Richelot a beaucoup remarqué, dans ce travail, la mention de ces formes tuberculeuses qui ne paraissent pas différer des appendicites purement inflammatoires, et dont la fréquence peut échapper aux meilleurs cliniciens. Il a remarqué aussi la phrase suivante : « Une tuberculose localisée, sans infiltration, sans dégénérescence concomitante des poumons et des autres viscères importants, peut se développer autour de la valvule iléo-cæcale et s'y cantonner sans envahir les autres tissus. Cette simple constatation suffit pour ranger, dans ces cas, cette tuberculose parmi les tuberculoses chirurgicales ; du moment qu'il peut s'agir d'un foyer limité et que ce foyer nous est accessible, telles circonstances favorables peuvent se présenter où l'intervention sera légitime. »

Mon opinion, ajoute M. Richelot, est conforme à celle de M. Reclus, et je l'ai exprimée, il y a plus d'un an, le 23 mars 1892. Dans cette communication « Sur l'appendicite vulgaire et la typhlite tuberculeuse », je montre celle-ci trop négligée depuis les premiers exemples recueillis par Blatin, Duguet, etc. ; oubliée par les Anglais et les Américains, bien qu'ils aient opéré un grand nombre d'appendicites chroniques ; passée sous silence au Congrès de Berlin en 1890. A la Société de chirurgie, on connaît les grosses tumeurs opérées par MM. Terrier, Bouilly, prises d'abord pour des sarcomes et décrites par M. Pilliet ; mais on n'a plus souvenance de l'opinion de Lasègue, disant qu'en présence des pérityphlites à répétition, il faut soupçonner la tuberculose. Cependant, « j'incline à croire que la lésion tuberculeuse est plus fréquente qu'on ne le dit. Je ne suis pas sûr que nombre d'auteurs, croyant opérer des appendicites ou des pérityphlites vulgaires, n'aient pas méconnu leur véritable nature... J'ai rencontré deux fois une forme très spéciale, peu avancée, bien circonscrite, ne répondant pas du tout, par son aspect et son étendue, à la description de M. Pilliet, encore moins aux cas d'ulcérations tuberculeuses qu'on trouve, pendant l'évolution de la phtisie pulmonaire, répandues à la fois dans le cæcum et dans l'intestin grêle, avec des symptômes graves, diarrhée, amaigrissement, qui révèlent des lésions diffuses. Cette forme limitée et relativement bénigne est d'un diagnostic difficile, mais elle me paraît très justiciable d'une intervention hardie. »

Après avoir ainsi parlé, j'expose divers cas d'abcès iliaques où j'ai pu soupçonner, admettre la tuberculose mais non la démontrer, puis j'arrive aux deux faits probants, dans lesquels sont notées les tumeurs dures, allongées, douloureuses de la fosse iliaque ; les poussées successives et la marche clinique tout à fait analogue à celle des appendicites ordinaires ; l'obscurité du diagnostic ; l'opération aboutissant à l'extirpation d'un foyer tuberculeux bien limité par la résection partielle de la paroi cæcale, suivie de la suture de l'intestin et d'une guérison complète et durable.

Le malheur est que, dans de pareilles conditions, c'est-à-dire en dehors de toute lésion diffuse de l'intestin et d'une tuberculose pulmonaire confirmée, le diagnostic est fort malaisé. S'il était plus facile, la conduite des chirurgiens serait mieux réglée et l'intervention moins controversée dans un certain nombre de coliques appendiculaires à marche insidieuse. Il est de toute évidence que, moins la lésion tuberculeuse est avancée, plus l'action chirurgicale est opportune et doit être heureuse. Il faut donc, pour la deviner ou la reconnaître à temps, avoir ce fait présent à l'esprit, qu'elle n'est pas très rare, et qu'elle se confond, par son évolution clinique, avec les lésions inflammatoires banales ; il faut y penser toujours dans les cas à rechutes.

Si je vous présente ces quelques réflexions, ce n'est pas, croyez-le bien, que je pense avoir inventé la tuberculose du cæcum ; ce n'est pas, d'autre part, que M. Reclus ait prétendu l'avoir découverte. Mais, avant ma communication de l'année dernière, la Société de chirurgie ne s'en était jamais occupée au point de vue où je me place en ce moment ; aucun de nous n'avait mis en avant cette notion de la fréquence probable de la tuberculose envahissant une partie très limitée de la paroi du cæcum, simulant une appendicite vulgaire et marchant comme elle, enfin pouvant être opérée dans de bonnes conditions par l'extirpation totale d'un foyer nettement circonscrit. Je désire donc que ces faits, encore peu connus, ne soient pas considérés aujourd'hui comme absolument nouveaux, et je tiens à rappeler qu'ils ont été signalés en termes explicites à la Société de chirurgie, en mars 1892, avec preuves cliniques et détails opératoires.

M. QUÉNU, depuis l'année dernière, a pratiqué 5 opérations, dont 4 pour appendicite aiguë et 1 pour appendicite chronique, qu'il a opérée à froid. Tout en constatant le bon résultat obtenu par M. Reclus, M. Quénu s'élève contre l'opinion qu'il a émise sur la prétendue bénignité de cette opération. Il considère cette opération comme bénigne quand elle est pratiquée à froid pour une appendicite chronique, mais il n'en est plus de même quand il s'agit d'une appendicite aiguë et il déclare ne pas adopter la conduite suivie par M. Reclus dans le cas qu'il a rapporté dans la dernière séance. M. Quénu trouve plus prudent de ne pas chercher à détruire les adhérences, ni à enlever l'appendice. Il se contente d'ouvrir le foyer. C'est ce qu'il a fait chez un enfant de onze ans, chez un adulte de vingt ans et chez un adolescent de dix-sept ans. Ces trois malades avaient des abcès que M. Quenu s'est contenté d'ouvrir et ils ont très bien guéri. Chez aucun d'eux, il n'a réséqué l'appendice. Il a suivi la même conduite chez un petit malade qu'il a opéré il y a un an. Il n'est pas toujours nécessaire d'extirper l'appendice. Dans les cas aigus, il y a tout avantage à faire le moins de délabrements possibles.

Tout autre est la conduite chirurgicale à tenir en présence d'appendicites chroniques. Dans ces cas, il est indiqué de rechercher l'appendice, de l'isoler et de le réséquer, si on peut le trouver. C'est là une opération toute différente.

M. BOUILLY est de l'avis de M. Quénu; il a suivi cette conduite chez une jeune Anglaise de vingt-cinq ans, atteinte de péritonite aiguë localisée. Il s'est contenté d'ouvrir la cavité purulente, de laver et de drainer. Il n'a pas recherché l'appendice. Le résultat obtenu a été des plus satisfaisants. La température tomba dès le lendemain. Il y a donc tout avantage, dans ces cas, à faire l'évacuation pure et simple de la collection purulente.

M. RECLUS fait observer qu'il a opéré son malade à froid. Il y avait sept mois, en effet, qu'il avait une collection purulente.

Ablation d'un lipome. — **M. BOUSQUET** communique l'observation d'un cultivateur de soixante-deux ans, qu'il a opéré le 27 avril dernier, d'un énorme lipome de la région sterno-claviculaire gauche. Le pédicule présentait une largeur de 15 centimètres. Les dimensions de la tumeur étaient de 60 centimètres de large sur 70 centimètres de long. Elle pesait 17 livres et demi. Le début de la tumeur remontait à trente ans. Les suites de l'opération furent des plus simples.

RAPPORT

Injections de naphtol camphré dans les adénites tuberculeuses. — **M. NÉLATON** fait un rapport sur un travail adressé, il y a un an, par M. Reboul, relatif aux injections de naphtol camphré dans les ganglions tuberculeux. Il a lui-même expérimenté cette méthode et c'est pourquoi il a attendu une année avant de présenter ce rapport.

Les observations de M. Reboul doivent être divisées en trois catégories. Il y a d'abord les cas dans lesquels existent des trajets fistuleux; dans ces cas, les injections de naphtol camphré peuvent donner des améliorations. La seconde catégorie comprend les cas dans lesquels il s'agit de ganglions gros, par exemple, comme des amandes. La troisième catégorie comprend les faits dans lesquels il s'agit de masses énormes, arrivant à gêner les mouvements du cou, à gêner la déglutition; dans ces cas, les injections de naphtol camphré donnent des résultats.

Dans la première série de faits, celle qui a trait aux trajets fistuleux, ces injections peuvent améliorer, ou même guérir les malades. Dans ces cas, elles peuvent donc être tentées. Dans les cas de ganglions tuberculeux ramollis, on peut évacuer la poche, et y injecter le naphtol camphré. On peut en obtenir quelques résultats, mais seulement après des mois de traitement, tandis que ces malades peuvent être guéris en dix jours par l'ablation avec le bistouri.

Dans la troisième catégorie de faits, doit être rangée une observation très intéressante de M. Reboul. Il s'agit d'un homme de trente-deux ans qui avait la totalité des ganglions cervicaux envahie. M. Reboul lui fit les injections de naphtol camphré pendant un an, après quoi le malade fut complètement guéri.

M. Nélaton a employé cette méthode sur trois malades, atteints d'adénopathie tuberculeuse généralisée au cou. Chez le premier, il a obtenu une très notable amélioration après huit mois de traitement. Il en fut de même chez les deux autres; mais après plusieurs mois de traitement, ils se lassèrent.

De ces faits, M. Nélaton croit pouvoir tirer ces conclusions que, dans les deux premières catégories de faits, l'opération sanglante reste le traitement de choix. Au contraire, dans les cas où il s'agit d'adénopathies énormes, dont l'ablation par le bistouri serait dangereuse ou même impossible, on peut recourir avec avantage aux injections de naphtol camphré.

M. DELORME ne voudrait pas atténuer l'opinion émise par M. Nélaton sur les avantages du naphtol camphré en injections; mais il estime que, pour juger la valeur réelle de cette méthode, il faudrait multiplier les exemples de guérison ou d'amélioration. Il ne faut pas oublier que ces adénopathies tuberculeuses guérissent souvent ou, tout au moins, s'améliorent d'une façon notable spontanément. M. Delorme a pu constater qu'au Val-de-Grâce, par exemple, ces guérisons s'observent dans un tiers des cas. Si les injections de naphtol camphré peuvent être utiles quand il s'agit de ganglions gros et suppurés, leur action est plus incertaine en présence de ganglions durs. Enfin, ce n'est pas sans une certaine appréhension qu'on fait des injections dans les ganglions carotidiens. Il est vraiment plus chirurgical, et peut-être aussi plus prudent, dans ces cas, d'avoir recours au bistouri.

M. QUÉNU a employé les injections de naphtol camphré et les résultats qu'il a obtenus se rapprochent sensiblement de ceux de M. Nélaton, en ce sens qu'elles ne donnent pas toujours de très bons résultats. Mais il y a une distinction capitale à établir entre les faits; cette distinction est basée sur l'âge des sujets. Chez les enfants, ces adénopathies guérissent par n'importe quel procédé. Celui que M. Quénu préfère est l'ouverture avec une pointe de thermocautère. Chez les adultes, il y a une distinction à faire, selon qu'il s'agit de ganglions durs, solitaires ou isolés, ou qu'il s'agit de ganglions agglomérés formant une sorte de gangue. Quand il s'agit de ganglions solitaires, le traitement général et les injections interstitielles avec quelques gouttes de chlorure de zinc injectées au centre du ganglion, tel est le traitement auquel a recours M. Quénu; quand il s'agit de ganglions agglomérés, sans trajets fistuleux, traitement général et bains de mer; s'il y a un trajet fistuleux, cautérisation au thermocautère.

M. BERGER a substitué les injections de naphtol camphré aux injections d'éther iodoformé, ces dernières lui ayant donné des accidents fort désagréables. Depuis trois ans, M. Berger emploie le naphtol camphré, surtout dans les cas d'adénites tuberculeuses ramollies, fluctuantes. Quand il s'agit de jeunes femmes ou de jeunes filles, M. Berger estime qu'il faut être très réservé au point de vue de l'intervention sanglante et recourir de préférence à tout autre procédé, plutôt que de constituer une cicatrice indélébile.

M. REYNIER trouve de grands avantages à l'emploi de l'éther iodoformé ou mieux encore de la glycérine iodoformée. Mais il faut savoir que l'éther iodoformé devient caustique quand il est ancien. Très souvent, il suffit d'injecter seulement un ou deux ganglions, pour que les autres disparaissent ou tout au moins s'atténuent beaucoup. M. Reynier cite ainsi plusieurs exemples de guérisons spontanées de ganglions carotidiens auxquels on n'avait pas osé toucher. M. Reynier ne partage pas l'opinion de M. Nélaton sur les avantages de l'incision. Il croit qu'il faut tout faire pour l'éviter.

M. FÉLIZET approuve la division formulée par M. Nélaton. Toutefois pour la troisième catégorie, c'est-à-dire pour les grosses masses ganglionnaires, il pense qu'il faut établir une distinction entre les engorgements ganglionnaires constituant une masse charnue et ceux où il existe déjà une dégénération et un état caséeux. C'est sur ces derniers que le naphtol camphré échoue. Dans ces cas, il faut préférer l'incision. Dans les autres cas,

M. Félizet préfère les injections interstitielles de teinture d'iode iodurée. A cause de la pénétration de cette substance, on peut, assez facilement, obtenir la disparition de ganglions éloignés, non injectés eux-mêmes.

M. TUFFIER admet, avec M. Quénu, que l'âge du sujet a une très grande importance relativement à l'efficacité de tel ou tel traitement.

M. Tuffier a essayé toutes les injections interstitielles et il en a obtenu de minces résultats. Il s'est rabattu sur le traitement général et l'extirpation. Quant à cette dernière, il est impossible, le plus souvent, d'extirper tous les ganglions tuberculeux du cou, on en laisse toujours. Lorsqu'on est obligé d'enlever par la suite des ganglions qu'on a injectés sans succès, on constate un état sclérosique de la région, qui rend alors l'extirpation très difficile. Enfin, M. Tuffier insiste sur l'importance du traitement général.

M. SEGOND déclare que son expérience est très restreinte en matière d'injections interstitielles dans les ganglions tuberculeux, qu'elle est nulle pour le naphtol camphré. Il n'a guère eu affaire qu'à des adultes. Il adopte la distinction établie par M. Nélaton et s'associe à ses conclusions. Quant aux cas de la troisième catégorie, M. Segond en possède 20 ou 25 observations, dans lesquelles il a eu recours à l'extirpation. Il affirme que, dans ces cas, l'opération est facile, non dangereuse et donne des résultats morphologiques fort appréciables. Il insiste sur la facilité, la bénignité de l'ablation des gros ganglions tuberculeux du cou et sur les bons résultats morphologiques de cette intervention.

M. CHAMPIONNIÈRE a fait des injections interstitielles de naphtol camphré et ne les a pas trouvées supérieures aux autres injections de toutes sortes. Suivant lui, on peut guérir les ganglions tuberculeux non suppurés du cou de bien des façons différentes : il a obtenu quelques avantages de l'iodoforme dissous dans la glycérine ou la vaseline.

La séance est levée.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Preuve testimoniale; médecine; admissibilité.

La « Normandie médicale » publie un jugement rendu par le juge de paix de Bar-le-Duc, en faveur de l'un de nos confrères. Ce cas pouvant se représenter fréquemment, nous croyons utile de reproduire le jugement en son entier ;

Nous, juge de paix,

Attendu que la prohibition édictée par l'article 1341 Code civil, rangée sous le titre des contrats et obligations conventionnelles, reçoit exception aux termes de l'article 1348 du même Code, toutes les fois qu'il n'a pas été possible au créancier de se procurer une preuve littérale de l'obligation qui a été contractée envers lui;

Attendu que l'obligation qui naît au profit du médecin à raison des soins par lui donnés ne fait pas, dans l'usage, l'objet d'une convention écrite;

Attendu que cet usage constant se justifie tant par une impossibilité absolue qui se présente, dans certains cas, que par une impossibilité morale se rattachant à la nature des services rendus par le médecin;

Attendu qu'il est de règle que c'est au moment de la convention, au moment où l'obligation est contractée, qu'il faut se reporter pour savoir si cette obligation peut être prouvée par témoins;

Attendu que la plupart du temps le médecin ignore quelle est l'urgence ou la gravité des cas pour lesquels il est appelé;

Attendu, d'une part, que le devoir du médecin est de se porter le plus rapidement possible au secours de ses malades; que, d'autre part, il ne lui est pas toujours possible, et cette circonstance paraît se rencontrer dans l'espèce, de prévoir, lors d'une première visite, si l'obligation contractée envers lui à raison des soins à donner sera supérieure à 150 francs; que, dans l'un comme dans l'autre cas, on ne saurait imputer à faute au médecin d'être plus soucieux de remplir ses devoirs professionnels que préoccupé de demander un écrit pour commencer ou continuer à donner des soins;

Attendu, en outre, qu'une trop grande rigueur dans la preuve testimoniale tendrait, par suite de la gêne et des embarras suscités au médecin, à créer une situation dangereuse pour le public;

Attendu que ces considérations nous autorisent à décider que les défendeurs ne seraient pas fondés à s'opposer à la preuve offerte par le demandeur, si l'exception de prescription invoquée par eux n'était pas recevable; qu'il échet de statuer sur ce chef de leurs conclusions :

Attendu qu'aux termes de l'article 2272 du Code civil, l'action des médecins se prescrit par un an;

Attendu qu'il résulte des explications du demandeur que les soins qu'il a été appelé à donner à la dame T... remontent aux mois d'août et de septembre 1891, par conséquent à plus d'un an avant le jour de la demande; qu'il y a donc lieu de faire droit à l'exception de prescription invoquée par les défendeurs sous la réserve du droit du demandeur de leur déférer le serment prévu par l'article 2275 du Code civil;

Attendu que le demandeur a conclu pour le cas où la preuve par témoins, par lui offerte, ne serait pas admise, et pour le cas où la prescription serait invoquée, à ce qu'il lui soit donné acte de ce qu'il défère aux héritiers de Mme T... le serment en ces termes : « Vous jurez qu'il n'est pas à votre connaissance que Mme veuve T... ait jamais reçu des visites et des soins de M. le docteur M... pendant sa maladie ; vous jurez en outre qu'il n'est pas à votre connaissance qu'il soit dû aucune somme à M. le docteur M... par Mme veuve T... à raison de ces soins. »

Donnons acte au demandeur de ce qu'il défère le serment ci-dessus aux défendeurs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour l'internat des hôpitaux de Paris s'ouvrira le lundi 12 octobre, à midi précis.

Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat général de l'Administration, du 4 au 30 septembre, de onze heures à trois heures.

— Le concours pour l'externat des hôpitaux de Paris s'ouvrira le lundi 16 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat général de l'Administration du 1er au 25 septembre, de onze heures à trois heures.

— Dimanche 2 juillet, à trois heures, deuxième match annuel à quatre rameurs de Saint-Cloud à Suresnes, entre les équipes des Facultés de droit et de médecine, sous la présidence de M. le doyen Brouardel.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs L. Beaumont (de Paris), Jules Daudé (de Marvejols), Ledru (de Clermont-Ferrand), A. Ruhlmann (d'Epfig).

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine opératoire (opérations générales et spéciales) à l'usage des étudiants et des praticiens, par le professeur docteur Karl Löbker, chirurgien en chef de l'hôpital « Bergmunsheil », à Bochum, traduit d'après la troisième édition allemande, par le docteur Herman Hauquet, préface par M. Alex. Winiwarter, professeur à l'Université de Liège. 1 vol. grand in-8° de XVI-576 pages, avec 276 fig. — Prix : 16 francs. — Paris, O. Doin.

Atlas de cystoscopie, par le docteur Émile Burckhardt, privat-docent de chirurgie et ancien chef de clinique de la clinique chirurgicale de Bâle (Préface du professeur A. Socin). 1 vol. gr. in-8° avec 24 planches en couleurs. — Prix : 15 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le micrographe préparateur, journal mensuel de micrographie générale et de technique micrographique, publié sous la direction de M. J. Tempère, avec la collaboration d'un groupe de spécialistes. (N° 6, juin 1893.) — Prix de l'abonnement : pour la France, 12 francs; pour l'étranger, 15 francs. — Prix du numéro : 1 fr. 25. — Paris, J. Tempère, 168, rue Saint-Antoine.

Manuel de petite chirurgie de Jamain, 7e édition illustrée de 415 fig. intercalées dans le texte, par M. le professeur Félix Terrier et M. Péraire, ancien interne des hôpitaux. 1 vol. grand in-18 en élégant cartonnage anglais. — Prix : 8 francs. — Paris, Félix Alcan.

Influence du travail intellectuel sur les variations de quelques éléments de l'urine à l'état physiologique, par le docteur Henry Thorion, ancien chef des travaux chimiques à la Faculté de médecine de Nancy. 1 vol. gr. in-8° de 120 pages avec 7 planches. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le lait, par le docteur Jules Rouvier, professeur à la Faculté de médecine de Beyrouth, préface du docteur P. Budin. 1 vol. in-18 jésus de 350 p. avec figures. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

La thérapeutique suggestive et ses applications aux maladies nerveuses et mentales, à la chirurgie, à l'obstétrique et à la pédagogie (*Bibliothèque scientifique contemporaine*), par le docteur A. Cullerre, directeur de l'asile d'aliénés de la Roche-sur-Yon. 1 vol. in-16 de 318 p. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 76. — MARDI 4 JUILLET 1893. 66e ANNÉE. MARDI 4 JUILLET 1893. — N° 76.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : **20 c.** — Avec Supplément : **30 c.**

Paris, le 3 juillet 1893.

Les agrégés des Facultés de médecine de province viennent d'adresser, à M. le directeur de l'Enseignement supérieur, un rapport dont voici les conclusions :

« Considérant : 1° Que les agrégés à l'expiration des neuf années d'exercice se trouvent dans la nécessité de se créer de nouveaux moyens d'existence, surtout s'ils appartiennent aux sciences de laboratoire ;

2° Qu'un nombre restreint d'entre eux arrive au professorat, et suivant le hasard des vacances ;

3° Que cette situation faite aux agrégés de médecine est une anomalie dans nos institutions universitaires, qui ne se retrouve pas dans les Facultés de droit, par exemple ;

4° Que l'enseignement peut se trouver privé de membres exercés, et qui ont donné les preuves de leur savoir et de leurs aptitudes spéciales et professionnelles ;

Ont l'honneur de vous soumettre le vœu suivant : L'agrégation des Facultés de médecine pourrait devenir une carrière, soit par la prorogation habituelle, subordonnée à l'avis favorable du conseil de la faculté intéressée, avis confirmé par les professeurs de la section correspondante de toutes les facultés, et approuvé par le conseil supérieur de l'Instruction publique, et, demandent, en outre, l'application de l'art. 40 du décret du 28 décembre 1885 relatif à la nomination des professeurs adjoints.

Le renouvellement de l'agrégation serait assuré par la titularisation des agrégés devenant professeurs à la suite des vacances des chaires magistrales, par la nomination au titre de professeur adjoint, et enfin par les décès et démissions possibles. »

Oh ! combien néfaste l'influence de la chaleur sur l'activité des sociétés savantes !

Absence presque complète de communications à la Société médicale des hôpitaux (séance du 30 juin). Nous enregistrons seulement une très courte observation de M. Guyot relative à un cas de vomissements incoercibles, seule manifestation de l'impaludisme.

Le malade de M. Guyot présentait ces vomissements depuis un temps relativement long, sans qu'aucun des remèdes usités en pareil cas eût pu les faire disparaître. Se souvenant que son malade avait été à Panama, M. Guyot pensa à une forme larvée de l'impaludisme et pratiqua une injection sous-cutanée de quinine. La guérison fut immédiate.

Cet accident peu connu est à ajouter à la liste déjà longue des formes larvées de l'impaludisme, telles que : névralgies intermittentes, œdèmes, urticaire, accès d'asthme, de toux, de diarrhée.

Et c'est tout !

FISTULE URETÉRALE

CONSÉCUTIVE A UNE HYSTÉRECTOMIE VAGINALE. PYONÉPHROSE CONSÉCUTIVE, NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE; GUÉRISON

Par M. Lucien PICQUÉ, chirurgien des hôpitaux.

La communication récente faite par M. Bazy à la Société de chirurgie sur le traitement des fistules uretérales, à propos d'un cas qui lui avait été adressé par M. le docteur Chaput, m'engage à vous communiquer l'observation suivante, qui présente un réel intérêt, non seulement en raison de l'origine opératoire de la lésion, mais aussi à cause des accidents graves qui en ont été la conséquence et du traitement particulier que ces accidents ont nécessité.

Il s'agit d'une malade qui se présenta, en août 1892, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Perier, que j'avais l'honneur de remplacer, pour des accidents infectieux graves, d'origine rénale. Ces accidents, sur la nature desquels j'insisterai plus loin, étant liés à une fistule urinaire consécutive à une hystérectomie vaginale, je crois tout d'abord qu'il est utile de vous rapporter l'histoire antérieure de cette malade, histoire qui m'a été communiquée par un ancien interne de M. Richelot, M. Perruchet, actuellement à Lariboisière, et avec l'autorisation de mon excellent collègue, M. Richelot.

Voici la première partie de cette observation :

Mme T... (Victorine), sans profession, trente-trois ans, entre le 11 février 1892 à l'hôpital Tenon, salle R. Wallace, n° 22, dans le service de M. le docteur Richelot.

Antécédents héréditaires : Père mort de bronchite chronique; mère morte du choléra.

Antécédents personnels : Accès de rhumatisme articulaire aigu à l'âge de six ans. Endocardite consécutive. Lésion valvulaire caractérisée seulement depuis l'âge de dix-neuf ans. Tousse tous les hivers.

Cette malade n'a jamais eu de grossesse. Elle présente des époques menstruelles très irrégulières et une leucorrhée notable. Le début de son affection paraît remonter à l'année 1889. A cette époque, elle raconte que, à la suite d'un effort, elle eut une métrorragie suivie de péritonite (?), qui l'obligea à garder le lit pendant trois semaines ou un mois. A partir de ce moment, elle souffrit toujours dans le bas-ventre. Ces douleurs devenaient excessives sous l'influence de la fatigue, et elle était obligée de s'aliter.

Le 10 décembre 1891 survint une crise douloureuse, qui l'obligea à cesser tout travail. Elle prend le lit; le ventre est très douloureux; elle a des vomissements verdâtres, de la fièvre, de la diarrhée.

Perte complète d'appétit. A la fin de janvier, au dire du médecin traitant, se développent deux abcès qui viennent poindre dans le vagin, où ils sont ouverts au bistouri. Puis l'état général s'améliore un peu. On constate la disparition de la fièvre, le retour de l'appétit, mais l'amaigrissement persiste.

Le 11 février, la malade entre à l'hôpital. Elle accuse une violente douleur au niveau des deux fosses iliaques, douleurs exaspérées par la pression. Elle a un aspect cachectique, de la fièvre tous les soirs.

A l'examen physique, on trouve au toucher : un utérus enclavé, immobile, douloureux, et, de chaque côté, deux énormes tumeurs formées par les annexes.

On cherche, à l'aide du spéculum, l'ouverture des deux abcès ouverts par le vagin, sans qu'il soit possible d'en trouver la trace.

La malade est abandonnée au repos pendant un certain temps, et, le 17 mai, M. Richelot pratique l'hystérectomie vaginale par morcellement.

L'opération est laborieuse à cause de la fixité de l'utérus. Il est impossible d'enlever du côté gauche les annexes, trop adhérentes.

D'ailleurs, sur ma demande, M. Richelot a bien voulu remettre à la malade la note suivante, que je transcris textuellement :

« Mme T... a subi, le 17 mai dernier, une hystérectomie vaginale par morcellement, avec ablation des annexes droites. Elle avait, depuis longtemps, des douleurs violentes. J'ai hésité longtemps à cause de l'état du cœur.

Dans l'opération, l'utérus a été enlevé complètement avec les annexes droites malades (ovaire absolument dégénéré, scléro-kystique, trompe épaissie et adhérente, *pas de suppuration*); à gauche, les annexes, très adhérentes et collées au petit bassin, ont été laissées en place.

En raison de l'insuffisance mitrale, qui inspirait quelques craintes, l'anesthésie est commencée par des inspirations de bromure d'éthyle et continuée par le chloroforme.

Le 19, les pinces sont retirées.

Le 23, les tampons sont enlevés et la malade est soumise aux injections vaginales tous les jours. La malade urine seule.

L'état général est bon.

25 mai. La malade raconte qu'elle mouille le pansement appliqué sur la vulve. Il est impossible de voir sourdre du liquide au fond du vagin.

Le 9 avril, la malade quitte l'hôpital. Il suinte toujours de l'urine dans le pansement. La nuit, les draps sont mouillés. La plaie vaginale est presque complètement cicatrisée.

Nous revoyons plusieurs fois de suite la malade, qui a repris de l'embonpoint et ne souffre presque plus des annexes gauches. Elle perd toujours de l'urine et, par l'examen au spéculum, on voit au fond du cul-de-sac vaginal un petit tubercule saillant par lequel on essaye, sans succès, d'introduire un stylet. M. Richelot admet l'existence d'une petite plaie vésicale probablement consécutive à la chute d'une eschare, et conseille à la malade de prendre patience. »

Voici maintenant la deuxième partie de l'observation, qui m'est personnelle :

La malade est prise, vers la fin du mois d'août, d'accidents sérieux du côté de l'abdomen et se présente à l'hôpital Lariboisière, où elle est reçue d'urgence le 3 septembre, salle Gosselin, n° 17, dans le service de M. Perier.

Les symptômes que la malade présentait à son entrée étaient les suivants. Du côté de l'abdomen, la malade éprouve des douleurs vives, localisées à gauche au-dessus de l'arcade de Fallope, et à droite dans la région rénale. Il existe un peu de météorisme. Le toucher bi-manuel permet de constater, dans le petit bassin et à gauche, au niveau des annexes laissées en place, une tuméfaction diffuse, mal délimitée et sensible à la pression.

A droite, la région rénale est douloureuse; par la manœuvre du ballottement, on constate que le rein est le siège d'un gonflement notable. Il est douloureux à la pression.

Il n'y a pas de fièvre, mais l'état général est mauvais. L'amaigrissement est notable. L'appétit est nul. La malade accuse quelques nausées, elle nous signale un suintement permanent d'urine par le vagin. Il existe un érythème vulvaire assez prononcé.

La malade urine volontairement.

L'existence de lésions rénales, rendues évidentes par les symptômes physiques précédemment indiqués du côté de la région rénale, éveillent des doutes dans mon esprit sur l'existence d'une fistule vésicale, admise par M. Richelot, et je ne tardai pas, du reste, à reconnaître son origine uretérale par les constatations suivantes :

D'abord l'existence de la fistule urinaire, ne pouvant être établie par l'examen direct du liquide, rendu en trop petite quantité à la fois et impossible à recueillir, me fut démontrée par l'ingestion de 15 centigrammes de bleu de méthyle, qui colora nettement en bleu le liquide rendu par le vagin.

Puis son origine uretérale me fut démontrée de la façon suivante :

D'abord les symptômes physiques étaient bien, dans notre cas, ceux de la fistule uretérale. En effet : 1° les phénomènes de la miction volontaire n'étaient pas modifiés; 2° l'écoulement était permanent et nullement modifié par le changement d'attitude de la malade; 3° malgré l'existence de lésions rénales, les urines vésicales étaient absolument normales.

En deuxième lieu, l'injection forcée de liquide coloré dans la vessie, que je fis sur le conseil de M. Perier, ne tachait en aucune façon un tampon blanc préalablement porté dans le vagin au niveau de la fistule et maintenu en contact pendant toute la durée de l'injection. Cette expérience fut répétée plusieurs fois, et toujours sans succès.

Enfin nous eûmes recours à l'examen direct de la vessie à l'aide de l'endoscope électrique de M. Aubry. Nous pûmes constater facilement, du côté gauche, l'existence de la perle brillante qui caractérise l'écoulement de l'urine dans la vessie et son absence du côté droit, en même temps que l'étendue moindre de la tache noirâtre qui marque l'embouchure de l'uretère. Cette première constatation, non seulement confirmait l'existence d'une plaie de l'uretère, mais encore nous indiquait nettement le côté intéressé, point naturellement important en cas d'une néphrectomie.

Nous fûmes moins heureux dans nos tentatives de cathétérisme : bien que nous ayons répété plusieurs fois ces tentatives, nous ne pûmes jamais pénétrer dans le trajet de la fistule.

Quoi qu'il en soit, le diagnostic se trouvait définitivement établi; il s'agissait bien d'une fistule de l'uretère du côté droit, et les phénomènes douloureux qui amenaient la malade à l'hôpital, et qui, dès le début, avaient fait pressentir cette fistule, étaient bien sous la dépendance d'une pyélo-néphrite ascendante de nature infectieuse; et les douleurs que la malade éprouvait au niveau des annexes du côté gauche ne pouvaient guère nous donner le change.

Les accidents éprouvés par la malade, à son entrée à l'hôpital, ne se modifièrent pas dans la première semaine; mais, dès le

12 septembre, et bien avant que nous ayons fait notre première exploration, elle fut prise d'accès fébriles peu intenses, mais continus.

Le 26, cependant, la température monta à 40°8 et, je le répète, notre première exploration ne fut faite que vers la fin d'octobre, car nous tenions à avoir les renseignements opératoires qui nous manquaient, avant de commencer l'étude attentive de la malade.

Ces accès fébriles se maintinrent presque constamment, sauf quelques courtes rémissions, jusqu'au moment de l'opération, c'est-à-dire le 9 novembre. Chaque ascension thermique s'accompagnait d'une exagération notable des phénomènes douloureux qui se caractérisaient par des douleurs lombaires avec irradiation dans la fosse iliaque correspondante. L'état général s'aggravait chaque jour ; le météorisme s'accentuait ainsi que les troubles gastriques, et la malade réclamait énergiquement une intervention.

Sur le conseil de mon excellent maître M. Perier, et avec sa précieuse assistance, je lui pratiquai, pour des motifs que j'indiquerai plus loin, une néphrectomie lombaire le 9 novembre.

Cette néphrectomie fut pratiquée selon le procédé ordinaire, et je n'attirerai l'attention que sur deux points particuliers de la technique.

Une fois le rein mis à nu, j'incisai la capsule et fis la décortication sous capsulaire; ce décollement se fit avec la plus grande facilité et j'arrivai rapidement sur le hile. A ce moment, au lieu d'appliquer une ligature sur les vaisseaux du rein, et avant d'en pratiquer l'extirpation, je plaçai deux pinces courbes à ligaments sur le hile et les laissai en place quarante-huit heures. La capsule étant en quelque sorte retournée, je considérai tout drainage comme inutile et une fois les pinces retirées, la cicatrisation se fit très rapidement.

Les suites opératoires furent nulles. L'écoulement vaginal cessa le jour même de l'opération. La fièvre, qui existait avant l'opération, tomba aussitôt et la température se maintint entre 37 et 37,5. La quantité d'urine émise le jour de l'opération ne s'éleva pas au-dessus de 500 grammes, mais elle augmenta progressivement et rapidement dès le deuxième jour; au quatrième jour elle était de 2000 grammes, pour retomber définitivement à 1200 dès le sixième jour.

La malade quitta l'hôpital définitivement guérie, le 25 novembre.

J'ai eu l'occasion de revoir depuis plusieurs fois la malade : la guérison ne s'est pas démentie et l'état général est resté excellent.

Je tiens à dire encore qu'il n'est resté aucune fistule et que la malade n'a jamais paru souffrir de la portion d'uretère infecté restée dans l'abdomen.

L'examen de la pièce anatomique montre toutes les lésions de la pyonéphrose. Au moment de l'opération, la section du pédicule amena l'issue d'une quantité très abondante de pus.

A la coupe du rein, on constate une désorganisation très avancée du parenchyme. Le rein est transformé en vacuoles purulentes à parois très amincies et communiquant les unes avec les autres.

Je serai très bref sur les raisons qui m'ont engagé à pratiquer la néphrectomie chez cette malade.

Depuis quelque temps la question du traitement des fistules uretérales est entrée justement dans une voie conservatrice.

Les tentatives de Gluck et Giller en 1881, celles plus récentes de Cecci, en 1887, de Bardenheuer, de Novaro, de Reid, de Paoli et de Borecki, les expériences de MM. Tuffier et Morestin, ont donné des résultats variables, mais méritent d'être encouragées. Le beau cas que M. Chaput vient de vous soumettre en est une preuve.

Mais il est évident que toutes ces méthodes de greffe ne sont applicables que lorsque le rein n'est pas infecté.

La principale cause d'échec n'est-elle pas l'infection trop souvent consécutive du rein ?

Lors donc que le rein est infecté, le chirurgien ne saurait utiliser l'un des nombreux et ingénieux procédés de greffe imaginés par les chirurgiens et les expérimentateurs, c'est à la néphrectomie qu'il convient de recourir. Opération que les chirurgiens ont heureusement remplacée par la néphrotomie, dans les cas de pyonéphrose simple, mais qui reste la seule ressource lorsque la pyonéphrose est compliquée de fistule uretérale.

MÉDECINE PRATIQUE

I

Cholérine des jeunes enfants. — Le docteur S. Remy, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Nancy, vient de faire à la Société de Médecine de cette ville une communication dont nous reproduisons les principales conclusions :

Voici le traitement, tel que je l'ai toujours prescrit depuis plusieurs années :

Dès que j'étais appelé près d'un enfant atteint de troubles gastro-intestinaux annonçant le début d'une cholérine, ou quand je me trouvais en présence d'une cholérine confirmée, je commençais par interdire toute alimentation, diète sévère devant durer un nombre d'heures proportionné à la résistance du sujet, au degré de la maladie, dix, douze, seize, dix-huit heures.

Puis, pour répondre immédiatement aux indications pressantes, pour calmer la soif ardente, rafraîchir le tube digestif, le laver des impuretés qu'il renferme et qui l'irritent et empoisonnent l'organisme, pour rendre au sang l'eau qui lui manque, à la circulation sa pression normale, je prescris de l'eau. Quelle eau faut-il choisir? Je crains que l'eau ordinaire, sans principes de minéralisation, sans saveur, soit indigeste par elle-même, comme cela s'observe parfois. Les eaux acidulées me paraissent également contre-indiquées par l'état inflammatoire des muqueuses. En thèse générale, les muqueuses enflammées s'accommodent mieux des eaux alcalines. Dans notre cas, on ne doit pas s'adresser aux eaux alcalines fortement minéralisées, par crainte de l'effet des alcalins sur le sang. Je me suis donc arrêté à l'usage des eaux faiblement minéralisées et gazeuses digestives par elles-mêmes, parmi lesquelles on peut citer les eaux de Soultzmatt, les eaux faibles de Vals. Je me suis servi plus particulièrement de l'eau de Soultzmatt.

Je prescrivais l'eau de cette façon : On doit présenter l'eau par petites doses, pour ne pas dilater les organes et pour lui laisser le temps de pénétrer ; l'enfant l'accepte avec avidité. On lui en présente de temps en temps des doses fractionnées, aussi longtemps qu'il a soif. Il lui arrive d'en absorber ainsi en quelques heures un quart, un demi-litre, et même souvent une bouteille entière.

Quand l'intolérance gastrique est extrême, il arrive que les premières doses sont rejetées, mais il ne faut pas se laisser arrêter par ce petit incident, bientôt l'estomac se calme sous l'influence de cette eau froide et l'absorption ne tarde pas à se faire.

L'effet se produit très rapidement. Le cri d'angoisse, qui traduisait la souffrance de l'organisme privé d'eau, cesse, et le calme succède à l'agitation. Après l'anxiété, survient une période de quiétude, d'excellent augure. Sous l'influence de la pénétration de l'eau dans le sang, la circulation se rétablit, l'oxygénation s'accomplit normalement: le teint devient rosé, les lèvres reprennent leur apparence normale, la diarrhée profuse s'arrête ou se tient à des proportions minimes, l'enfant est rendu à la santé.

Et cela se produit dans les cas modérés, et presque toujours dans les cas très graves. Il me revient à la mémoire de ces

exemples où je n'aurais plus donné deux heures à vivre à ces êtres misérables, et chez lesquels l'eau produisit de véritables résurrections. Si on a souvent l'occasion, en médecine, de déplorer l'impuissance des efforts de notre art, on a rarement l'occasion de se réjouir autant de l'effet rapide et surprenant de notre intervention.

Ma conviction profonde, basée sur un nombre considérable de faits, est que le traitement par l'eau, dans la cholérine des enfants, est un moyen héroïque qui sauve presque tous les enfants, et, ce qui n'est pas à dédaigner, ce traitement est d'une exécution facile.

Mes conclusions seront les mêmes que celles formulées par M. Netter et M. Luton :

Supprimer toute alimentation;

Donner à discrétion de l'eau;

Revenir progressivement à un régime plus rationnel.

II

Du traitement culinaire de certaines maladies. — Dans la « Revue d'hygiène et de police sanitaire », M. Vallin rappelle l'influence que possède sur l'organisme le suc de certaines glandes. C'est la base de la thérapeutique de Brown-Séquard. Mais est-il indispensable d'avoir recours aux injections sous-cutanées!

Un médecin danois, M. Howitz, imagina de traiter le myxœdème par l'ingestion stomacale de corps thyroïdes en quantité considérable, comme on fait prendre de la viande crue aux phtisiques. Les mêmes expériences ont été reprises par des médecins anglais. Les résultats furent excellents. Aussi M. Vallin termine-t-il son travail en disant :

Pourquoi n'essaierait-on pas ce régime particulier chez un certain nombre de goîtreux cachectiques, dans les localités où cette maladie est endémique? La question est encore nouvelle et pleine d'obscurités, aussi bien pour l'action du suc thyroïdien que pour celle du suc testiculaire et de l'extrait de substance grise de cerveau de mouton. Elle mérite toutefois une sérieuse attention et de nouvelles études. Il y a lieu, en effet, de se demander si les propriétés alimentaires des différents tissus et organes des animaux et même des poissons, des végétaux, ne diffèrent que par leur richesse en azote, en graisse et en hydrocarbures.

N'y a-t-il pas quelque chose d'un peu grossier à ne tenir compte que des équivalents chimiques de la nutriton, sans s'occuper en rien des propriétés biologiques des tissus et des sucs qui constituent ces organes. Il n'est point invraisemblable que l'usage alimentaire de matière cérébrale produise sur un organisme sain, malade ou épuisé, des effets autres qu'une tranche de tissu musculaire, de parenchyme hépatique ou rénal, qu'un thymus de veau, de la laitance ou des œufs de poisson. Que savons-nous là-dessus? A peu près rien. On se borne à dire que telle substance est plus ou moins indigeste, mais aucune expérimentation scientifique n'a été tentée dans cette voie. Les anciens avaient, en cette matière, des préjugés et des traditions qui n'avaient pas de base sérieuse, mais que nous avons peut-être trop dédaignés. Il vaudrait la peine d'y regarder de plus près; l'hygiène y est hautement intéressée.

Un aliment est ce qui répare les pertes de l'organisme, non seulement par le dernier terme où la matière est réductible, par l'azote, l'hydrogène et le carbone, le phosphore, le fer et la chaux, mais encore par des composés compliqués, par des principes immédiats, doués de propriétés chimiques, peut-être même biologiques, très favorables à la réparation des organes et à la nutrition générale. L'hygiène est, dit-on, de la physiologie appliquée; c'est aussi de la biologie appliquée, et si les tentatives de ce qu'on pourrait appeler le traitement culinaire du myxœdème nous paraissent intéressantes, c'est surtout parce qu'elles laissent entrevoir une face nouvelle de l'hygiène alimentaire.

UN CAS DE CHIRURGIE A LA CAMPAGNE

OBSERVATION D'OBSTRUCTION INTESTINALE GUÉRIE PAR UN PROCÉDÉ TRÈS SIMPLE

Par le docteur DE DUPLAA DE GARAT (de Cap-Breton).

En lisant, dans la *Gazette des hôpitaux* du 18 mai, deux observations d'étranglement interne, par M. Paul Reclus, il m'est venu en mémoire, qu'en 1856, un fait semblable s'est présenté à moi, et que le malade a été guéri sans opération.

Il s'agissait d'un homme, âgé de trente ans environ, fort, vigoureux, jouissant d'une bonne santé habituelle.

Sans cause connue, il fut pris, pendant la nuit, de coliques sèches, violentes.

Le matin, il fit appeler un officier de santé, qui ordonna un purgatif; le médicament fut vomi, à l'instant même.

Pendant six jours, diverses médications furent employées inutilement.

Le huitième jour, je fus appelé : pendant six jours, je passai en revue toutes les ressources de la thérapeutique. Rien n'y fit.

Tous les médicaments étaient rejetés, sans exception : les tisanes avaient le même sort.

Nous étions arrivés au quatorzième jour de la maladie.

Le ventre était ballonné, la face grippée, les yeux caves, la région abdominale douloureuse, les matières fécales étaient rejetées par la bouche.

En un mot, le malade touchait à sa fin.

En présence de l'inutilité de tous les médicaments, je songeai à employer des moyens mécaniques.

Le premier qui se présenta à mon esprit fut celui-ci :

Je fis appeler deux voisins, deux hommes fort vigoureux : je leur ordonnai de soulever le patient par les pieds, la tête en bas, et au moyen de fortes secousses, imprimées de bas en haut, j'espérais produire, dans les intestins, des mouvements convulsifs, qui auraient pu les replacer dans leur état normal.

Peine perdue; pas de résultat. Alors, une autre idée me vint à l'esprit.

Je me dis que si on pouvait, par un moyen quelconque, arriver à dilater, outre mesure, le tube intestinal, l'anse obstruée pourrait se dégager.

A cet effet, je fis apporter un chaudron d'eau tiède et une forte seringue.

(Il ne faut pas oublier que nous étions dans la campagne, chez des pauvres gens, où les objets les plus ordinaires faisaient défaut.)

Je plaçai le patient sur le bord du lit, couché sur le flanc.

Je lui fais administrer, par une personne, un lavement d'eau tiède; pendant qu'on retire la canule, je pince l'anus entre le pouce et l'index pour empêcher le liquide d'être rejeté.

Immédiatement, je fais administrer un deuxième, puis un troisième lavement, en tout, trois litres de liquide; et je ne cesse pas de retenir avec mes doigts l'anus obturé.

Au bout d'un quart d'heure, fatigué de demeurer dans cette position, je me fais remplacer, avec précaution, par une autre personne, avec recommandation de ne lâcher à aucun prix, jusqu'à mon retour.

Environ une heure après, me dirigeant vers l'habitation du malade, j'aperçois de loin une personne, qui courait vers moi à toutes jambes, en criant à tue-tête : « J... est guéri! J... est guéri!... Il a rendu treize pots de chambre de matières fécales!! »

Et, en effet, le malade était dégagé, il est resté guéri.

J'ai cru utile de livrer cette observation à la publicité, persuadé, qu'à cause de son immunité et de sa facilité d'application, tous mes confrères voudront essayer de ce moyen avant d'en venir à une opération, qui offre si peu de chance de succès, et qu'on ne peut guère essayer que dans un hôpital.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Hypnotisme et double conscience (1), par le docteur Azam, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Le docteur Azam a été un initiateur. Le premier en France il eut l'idée de répéter les expériences de Braid et le courage de se livrer à des expériences d'hypnotisme, qui étaient alors entre les mains seules des charlatans avant de devenir une branche importante de la neurologie.

Le premier aussi, il publia une observation, aujourd'hui classique, de dédoublement de la personnalité. Tout le monde a lu cent fois, plus ou moins résumée, l'histoire de la fameuse Félida X..., qui est citée dans tous les ouvrages — et ils sont nombreux aujourd'hui — où sont étudiés ces faits si peu élucidés encore, concernant des troubles de la personnalité ou de la mémoire.

On peut dire que ce médecin a créé, par ses quelques publications, ce formidable mouvement de psychologie physiologique qui, loin de s'éteindre, envahit aujourd'hui les divers terrains de la science médicale.

Il était donc naturel de rassembler dans un volume les articles, épars ci et là, de M. le docteur Azam. Tous ces articles, en effet, sont à chaque instant cités et il fallait permettre aux travailleurs de les avoir réunis dans un seul ouvrage, comme à ceux qui s'intéressent à ces questions d'en faire une lecture d'ensemble.

On trouvera dans ce livre l'histoire très complète de la fameuse Félida X... et beaucoup de mémoires fort intéressants sur divers sujets de psycho-physiologie. Un des plus importants et des plus nouveaux sans aucun doute, est celui touchant le caractère des animaux, des nations, des individus, de l'homme sain et de l'homme malade. Cette question-là n'avait jamais donné lieu jusqu'à présent à une étude d'ensemble et quelque peu fouillée.

Cette lacune, M. Azam a essayé de la combler avec son talent de fin observateur et d'érudit sagace. Les pages qu'il a écrites là-dessus sont des plus attrayantes à lire et elles auront, comme leurs aînées, le sort le plus heureux, celui d'inspirer à d'autres chercheurs des investigations dans ce coin de la psychologie encore si inculte, dont la connaissance serait si utile à tant de médecins, mais surtout aux aliénistes.

L'état mental des hystériques (2), par P. Janet.

Tous les médecins qui s'occupent de psychologie connaissent M. Pierre Janet, un jeune philosophe qui fréquente depuis longtemps les hôpitaux. Sa double éducation de l'Ecole normale et de la Salpêtrière lui permet, comme le fait remarquer M. Charcot dans la préface de son livre, de traiter avec une compétence rare des questions qui se trouvent sur la limite des deux sciences, la psychologie et la physio-pathologie, autrefois séparées et rivales, aujourd'hui réconciliées et confondues.

Les théories de M. Janet sur l'état mental des hystériques ont été déjà exposées par l'auteur dans des articles de revues, qui ont eu un certain retentissement. Aujourd'hui elles font l'objet d'un ouvrage très intéressant à lire, parce qu'il résume et complète avec force détails toutes ses idées ingénieuses, probablement en grande partie vraies, sur la cause et la forme des troubles psychiques des hystériques.

On sait que M. Janet a été le premier à essayer une explication psychologique de certaines lésions de l'hystérie, et notamment de l'anesthésie qu'on observe dans cette maladie. Ce qui l'avait frappé, comme cela avait frappé tous les autres observateurs, c'étaient les différences considérables qui séparent l'anesthésie hystérique de celle due à une lésion organique. Dans la première en effet, les lésions de la sensibilité sont mobiles, viennent et disparaissent avec une égale aisance. Elles sont contradictoires; une malade, par exemple, aura perdu la sensibilité de sa main droite et cependant elle se livrera à de petits travaux qui nécessitent la conservation des différentes sortes de sensibilité dans ce segment de membre. Les hystériques sentent, dans certaines conditions, voient d'une certaine manière et certains objets, et cela les a fait longtemps considérer comme des simulatrices. Pour beaucoup de médecins encore, ces sujets, dont les troubles sensitifs et moteurs ne sont pas fixes, et se présentent sous une symptomatologie rarement complète, sont des menteuses. Et, cependant, il n'est pas niable que ce sont là des malades, de vraies malades.

Lasègue, auquel M. Janet rend un hommage mérité, avait déjà vu que l'hystérie était une maladie en grande partie mentale; et il avait même émis l'opinion que les hystériques ressemblaient à des gens distraits. M. Janet a repris cette idée, l'a élargie à tous les faits de l'histoire de cette névrose, l'a habillée d'un vêtement psychologique, sans lequel elle aurait fait mauvaise figure aujourd'hui, et l'a faite, en somme, réellement sienne par les nombreuses expériences dont il l'a étayée et les développements qu'en bon normalien il a su lui donner.

Pour cet auteur, l'anesthésie hystérique est la conséquence de ce qu'il a appelé d'une expression élégante le *rétrécissement du champ de la conscience*. Le sujet a commencé par avoir de la peine à s'assimiler, à faire siennes, à rapporter à sa personnalité toutes les sensations qui la composent. Il en a négligé peu à peu quelques-unes, par exemple celles de la sensibilité tactile d'une moitié de son corps, peut-être parce qu'elles lui étaient le moins utiles. Puis l'habitude rendant en quelque sorte chronique cette distraction systématique, le malade — car c'en est un — devient incapable de rien percevoir à l'état normal des excitations qui atteignent les divers tissus de cette partie de son organisme. La région de la conscience correspondante à la perception claire et personnelle de ces sensations sera comme frappée d'obnubilation. Il y aura en définitive hémianesthésie; et l'on pourra dire que le champ de la conscience est rétréci.

Mais en fait les sensations existent, elles sont perçues, mais d'une façon sub-consciente, mais elles ne sont pas assimilées par le *moi* ordinaire, par la conscience principale; aussi échappent-elles d'habitude à celle-là et semblent-elles absentes. Mais, dans certaines circonstances, elles réapparaissent, ce qui prouve qu'elles ont une vie psychique réelle, quoique ordinairement plongées dans une certaine obscurité, ou appartenant à d'autres consciences, c'est-à-dire à d'autres personnalités, opinion qui est surtout celle de M. Binet (1).

Cette même théorie de la distraction peut servir à expliquer les autres phénomènes observés chez les hystériques, les amnésies, les aboulies, les paralysies motrices, etc. Dans tous ces cas, il y a toujours rétrécissement de l'esprit, mais ce rétrécissement porte alors sur les souvenirs, sur les actes, sur les images motrices. Ce qui manque toujours, c'est le pouvoir de synthèse qui permet de rattacher un fait à la conscience principale et de le conserver à l'état de souvenir précis, grâce aux liens qui l'enchaînent à mille autres; c'est ce même pouvoir de synthèse, grâce auquel il est possible de se représenter les actes à accomplir dans leurs rapports et leurs différences avec les anciens, ou bien les images motrices qui déterminent la contraction musculaire et dont l'effacement aboutit à des phénomènes paralytiques ou parésiques.

Certes cette théorie est séduisante par la quantité de faits qu'elle explique. Elle a ainsi son utilité, en permettant une étude plus méthodique de certains phénomènes pathologiques, tels que les stigmates hystériques, où, évidemment, l'esprit, le psychique est lésé. Ne servirait-elle qu'à cela, que sa fonction serait déjà des plus élevées. Il est, en effet, à craindre que ces explications, tout ingénieuses qu'elles paraissent, ne soient que des hypothèses qui serviront surtout à ordonner et à diriger des recherches. Car elles sont en définitive d'apparence assez trompeuse et promettent plus qu'elles ne donnent.

Le mécanisme et surtout la cause prochaine de cette distrac-

(1) In-8°. Prix : 9 francs. — Paris, F. Alcan.
(2) In-16. Bibl. Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

(1) Binet. *Altération de la personnalité.*

tion, mère de tous les vices psychiques, elles ne nous les donnent pas. Et puis, est-il bien sûr que ces théories ne puissent s'appliquer qu'aux phénomènes hystériques. Je serais porté à croire, au contraire — mais mes observations ne sont pas encore assez décisives à ce sujet — que ces phénomènes psychologiques, rétrécissement du champ de la conscience et de la personnalité, qui, d'après M. Janet, expliquent et caractérisent les troubles hystériques, puissent aussi expliquer des désordres produits par d'autres maladies que par cette névrose. Il est fort possible que les théories de M. Janet, plus généralisées, offrent des explications psychologiques vraisemblables pour la plupart des désordres moteurs et esthésiques de maladies les plus diverses, névrosiques et même organiques, partout enfin où les lésions intellectuelles jouent un certain rôle.

Enfin, il ne faut pas non plus manquer de faire cette réserve que l'interprétation toute psychologique de M. Janet des symptômes hystériques ne vise et ne peut viser qu'une partie du problème. Cette théorie ne tend à expliquer que le mécanisme psychique. Il n'en reste pas moins une maladie qui, comme toutes les autres, repose sur des troubles organiques, qui, quoique peu connus, doivent, là comme ailleurs, entretenir l'état mental particulier à l'hystérie, et qui ne sont pas supprimés du fait qu'on n'en étudie que les conséquences.

Quoi qu'il doive advenir, M. Janet aura toujours eu le mérite, qu'il partagera d'ailleurs avec quelques autres philosophes, d'avoir permis aux cliniciens de s'aventurer sur le terrain de la pathologie cérébrale dans des explications psychologiques, qui ne seront pas trop vides de sens lorsque les doctrines philosophiques auxquelles elle se rattachent auront vieilli comme tant d'autres.

Les morphinomanes (1), par le docteur E. Chambard.

Très documenté, bourré de faits, de théories, d'anecdotes, agrémenté de citations littéraires et de maximes philosophiques, ce livre rappelle, par son allure encyclopédique et les digressions de l'auteur sur la morale, la politique, l'histoire et la sociologie, la manière des écrivains du XVI[e] siècle.

Le docteur Chambard, qui est très instruit et grand lecteur, a jeté dans cet ouvrage une foule de pensées et d'opinions, qu'il ne pouvait, dans son exil, communiquer à personne. Il a écrit quelque chose comme son testament scientifique et administratif à propos de la morphinomanie. Mais je dois ajouter tout aussitôt que la partie auto-biographique et philosophique du livre est d'une saveur très agréable; d'ailleurs, elle n'empêche pas que l'autre partie, celle qui a trait uniquement au but de l'ouvrage, est de développements très amples et certainement une des meilleures monographies que nous possédions sur la question.

Je n'entreprendrai pas d'analyser, chapitre par chapitre et paragraphe par paragraphe, le contenu du livre. Ce serait par trop fastidieux. Ce que je dois dire d'une façon générale, c'est que c'est une revue très complète de la morphinomanie, de son étiologie, de sa symptomatologie, de ses complications, de sa médecine légale et de son traitement. Les personnes curieuses de renseignements sur les formes de ce vice, sa pathologie ou l'historique de cette intoxication volontaire, sont certaines de trouver, sur chaque point particulier, des détails qui les intéresseront. Je signalerai, entre autres, le chapitre sur la façon dont on devient morphinomane, par occasion thérapeutique ou par contagion directe d'un ami, d'un époux, d'une maîtresse, le chapitre sur les mœurs des intoxiqués, la manière de se procurer le poison, et quelques cercles ou lieux de réunion de morphinomanes, d'opiophages et de fumeurs, en Europe et en Asie.

Les différentes étapes de l'accoutumance par lesquelles passe le malheureux que la morphine guette sont dépeintes avec un grand art psychologique. D'autre part, les troubles somatiques de la morphinomanie sont étudiés avec beaucoup de précision scientifique et les divers traitements dirigés contre cette maladie sont exposés très clairement.

Une des questions les plus embarrassantes pour l'aliéniste est l'internement des morphinomanes. Ceux-là ne peuvent, d'après la loi actuelle, être séquestrés, hormis les cas où ils sont délirants — ce qui est rare — si bien qu'il est illégal de les admettre dans un asile ou même de les y retenir jusqu'à la fin de leur traitement, s'ils réclament leur sortie après y être entrés dans un but thérapeutique.

M. Chambard demande qu'on assimile aux aliénés tous les intoxiqués volontaires pour qu'ils puissent *bénéficier* d'un article du projet de loi sénatorial sur les aliénés, lequel dispose que, sur l'avis du médecin, on pourra désormais maintenir l'internement d'un malade dans l'intérêt de sa *propre sécurité,* c'est-à-dire de sa santé. Je crois que les malheureux morphinomanes pourraient dire comme Néron : « C'est prendre trop de soin. » Cette sollicitude à leur égard, qui se traduit par une extension des droits de l'Administration et du médecin d'asile, déjà quelque peu larges, rappelle un peu celle de Torquemada envers les hérétiques, qui les envoyait au Ciel dans l'intérêt aussi de leur salut.

Ce qu'il semble devoir être recherché, ce n'est pas le moyen de guérir de gré ou de force les intoxiqués volontaires, mais plutôt celui d'empêcher, par des mesures sociales prophylactiques, que leur nombre n'augmente.

Ce qu'a fait la Suède pour l'alcoolisme, on peut le tenter contre le morphinisme. Un impôt très lourd contre l'alcaloïde de l'opium à la mode, une bonne loi contre la vente illégale de cette drogue et surtout son application rigoureuse, voilà des mesures qui seraient autrement efficaces pour diminuer le nombre des morphinomanes, que celles qui permettraient à des médecins peu scrupuleux de retenir plus longtemps dans leurs maisons de santé les meilleurs de leurs clients.

(1) In-16. Bibl. Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et C[ie].

L'opium (1), par le docteur Ernest Martin.

M. le docteur Martin, qui a été médecin-major de la légation de France à Pékin, a recueilli, durant son séjour dans l'Extrême-Orient, des documents intéressants sur la question de l'opium en Asie. Car c'est spécialement ce point, assez peu connu ici, qui est développé dans son petit livre. On y trouvera des renseignements instructifs sur la culture de l'opium dans l'Inde et sur l'importation de cette drogue en Chine. Les démêlés de l'Angleterre avec le Céleste-Empire, l'historique de la guerre de l'opium, sont racontés avec force détails. L'auteur s'occupe aussi de la consommation de l'opium au Tonkin et il signale en passant ses ravages dans la population européenne, plus sensible au poison que les indigènes. Les abus de ce suc en Amérique et en Europe sont ensuite étudiés.

Le livre se termine par quelques chapitres d'un plus grand intérêt scientifique, notamment le résumé des travaux de M. Moissan sur la fumée de l'opium et la relation des expériences faites par l'auteur, en collaboration avec M. Gréhant, sur des chiens et des chats, et d'après lesquelles il semblerait que ces animaux supportent, sans aucun malaise apparent, l'inspiration prolongée de la fumée d'opium.

Les principales idées qui vous restent après la lecture de ce livre sont d'abord que, des trois modes d'intoxication par l'opium, la morphinomanie, essentiellement européenne, est la plus grave; que les deux autres, l'opiophagie et le fumage, sont des procédés bien moins dangereux. Les orientaux qui se livrent à ce dernier vice pâtissent, en général, peu, car la fumée d'opium ne contient pas beaucoup de morphine et est surtout toxique par les composés hydropyridiques qui se produisent à une haute température, nécessaire pour la combustion du *chandoo* ou opium préparé quand il est de mauvaise qualité.

D[r] E. Toulouse.

(1) In-18. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 1er juillet 1893, M. le docteur Nicolas (Marie-Adolphe), chargé d'un cours d'anatomie descriptive à la Faculté de médecine de Nancy, est nommé professeur d'anatomie descriptive à ladite Faculté.

— Par décision ministérielle, en date du 29 juin 1893, M. le médecin aide-major de première classe Frache, du 4e bataillon d'infanterie légère d'Afrique, a été affecté pour ordre aux salles militaires de l'hospice mixte de Verdun, pour être détaché aux bataillons d'artillerie de la 40e division d'infanterie, par permutation avec M. le médecin aide-major de première classe Cultin.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Lafourcade est nommé chef de clinique chirurgicale.

M. le docteur Wallich est nommé chef de clinique obstétricale.

M. le docteur Achille Souques est nommé moniteur des travaux pratiques d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Nicolle, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — Le concours pour le clinicat médical s'est terminé par les nominations de M. le docteur Sabrazès, comme chef de clinique, et M. le docteur Fourquet, comme chef de clinique adjoint.

Le concours pour le clinicat obstétrical s'est terminé par la nomination de M. le docteur Audebert.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Nové-Josserand, aide d'anatomie, est nommé prosecteur, en remplacement de M. Curtillet.

M. Villard, aide d'anatomie, est nommé prosecteur, en remplacement de M. Adenot.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 77. — JEUDI 6 JUILLET 1893. 66e ANNÉE. JEUDI 6 JUILLET 1893. — N° 77.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : **20 c.** — Avec Supplément : **30 c.**

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur le tétanos continue. M. Verneuil a achevé l'exposé de ses recherches sur ce sujet pour lequel il montre une prédilection marquée. Il cite un certain nombre d'exemples tendant à prouver que les infections secondaires des plaies les plus simples sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit généralement. Si les faits avancés par M. Verneuil ont été confirmés par M. Trasbot relativement à ce qu'on observe en médecine vétérinaire, nous ne saurions admettre, sans réserves, l'opinion de notre éminent maître en ce qui touche la chirurgie humaine. Si, en effet, les vétérinaires négligent de panser les plaies simples du cheval, lesquelles plaies simples, de l'aveu même de M. Trasbot, sont celles qui se compliquent le plus fréquemment de tétanos, nous ne pensons plus qu'il en soit tout à fait de même chez l'homme. L'antisepsie, sauf de rares et regrettables exceptions, est tellement entrée aujourd'hui dans les mœurs de la chirurgie courante que le tétanos, au moins d'après ce que nous observons depuis une dizaine d'années, est devenu une complication tout à fait exceptionnelle des plaies, tout au moins des plaies chirurgicales. Toutefois pour peu qu'un blessé ou un opéré se trouve dans des conditions pouvant favoriser l'apparition du tétanos, les conseils donnés par M. Verneuil sont bons à retenir, car il a eu soin de spécifier qu'ils ne s'appliquent pas à tous les traumatismes, ni à toutes les plaies ; ils ne répondent, en effet, qu'à un nombre de cas tout à fait exceptionnels dans la chirurgie actuelle.

M. Budin a fait un rapport sur une intéressante communication adressée par M. Lefour (de Bordeaux) relative à l'influence des nœuds du cordon surla circulation fœtale. Il ressort du travail de M. Lefour qu'un obstacle placé sur le trajet du cordon est capable d'amener la mort du fœtus, soit par simple obstacle mécanique à la circulation funiculaire, soit par thrombrose consécutive à une altération vasculaire.

Au début de la séance M. Joannès Chatin a donné lecture d'un rapport sur un travail de M. Bomadjian (d'Erzeroum) relatif à des insectes employés en Arménie contre la rage : d'après M. le rapporteur, non seulement ces insectes ne sont nullement antirabiques, mais ils sont encore, eux-mêmes, éminemment toxiques.

L'Académie s'est formée en comité secret pour entendre le rapport de M. Debove sur les titres des candidats à la place vacante, dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicales. Les candidats sont classés ainsi qu'il suit : en première ligne, M. Hallopeau ; en deuxième ligne, M. Laveran ; en troisième ligne *ex æquo*, MM. Ferrand, Huchard et Legroux.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DUPLAY.

Traitement de la fracture de Dupuytren.

I

FRACTURE RÉCENTE : *a*. RÉDUCTIBLE; *b*. IRRÉDUCTIBLE

(Leçon recueillie par le docteur A. DEMOULIN, chef de clinique.)

Nous avons actuellement dans notre service deux malades (une jeune fille et un homme) atteints d'une affection qui, malgré sa fréquence relative, est encore insuffisamment connue, surtout en ce qui concerne son traitement. Il s'agit de la déformation qui succède aux fractures bi-malléolaires non soignées ou mal soignées.

Je vous parlerai en premier lieu d'une jeune fille de dix-sept ans, domestique, sans antécédents héréditaires ni personnels dignes de remarque, actuellement couchée au n° 11 de la salle Gosselin.

Voici son histoire : Il y a dix-huit mois, elle fit une chute dans un escalier, et dans cette chute se tordit le pied droit en dehors. Immédiatement elle ressentit une vive douleur, se releva, mais ne put marcher. Bientôt après un gonflement notable apparut au niveau de la région tibio-tarsienne. Elle remarqua alors une petite plaie au niveau de la malléole interne et constata en même temps que son pied était fortement déjeté en dehors.

Un médecin, appelé aussitôt après l'accident, appliqua sur la région malade des compresses résolutives, mais ne fit aucune tentative de réduction. Cette conduite est d'autant plus inconcevable qu'il avait certainement constaté la présence d'une fracture, puisque, au dire de la malade, il fit suivre son pansement de l'application, sur la partie inférieure de la jambe, de deux attelles latérales. Mais ces

moyens de contention devaient être tout à fait insuffisants, car (si nous sommes bien renseignés) les attelles ne dépassaient pas le bord inférieur du pied et ne remontaient pas au delà de la partie moyenne de la jambe. — Au bout de trois semaines, la malade ne souffrait plus ; malgré tout, elle resta au lit deux mois, et quand elle en sortit, dut se servir de cannes, de béquilles, pour faire péniblement quelques pas et même pour se tenir debout; bref, c'était une infirme. Elle l'est restée et vient nous demander nos soins.

Actuellement, la malade présente une difformité choquante; c'est celle du début qui n'a fait qu'augmenter.

Le pied droit est en valgus, l'axe de la jambe prolongé passe en dedans du gros orteil, le bord interne du pied est abaissé, l'externe relevé, la région plantaire regarde en dehors. On constate une légère rotation du pied autour de l'axe vertical, car sa pointe est un peu déviée en dehors. De plus, le pied est en extension sur la jambe, il y a un peu d'équinisme. Enfin, il semble y avoir un très léger degré de déplacement de l'astragale en arrière, le pied tout entier a suivi ce mouvement, le tendon d'Achille décrit une courbe à concavité postérieure plus grande que celle qui existe à l'état normal.

Si vous examinez de plus près la région tibio-tarsienne, vous trouvez d'abord une augmentation notable du diamètre bi-malléolaire. La malléole interne est plus volumineuse qu'à l'état normal, elle est très saillante et recouverte d'une peau cicatricielle qui lui adhère. Elle n'a plus sa direction habituelle, elle a été arrachée à sa base lors de l'accident et forme avec le plateau tibial un angle obtus, ouvert en dehors, à sommet interne, répondant à la cicatrice.

Du côté externe, la peau est saine, mais il y a des lésions osseuses analogues. A 5 ou 6 centimètres au-dessus de la malléole externe, on constate l'existence de la déformation dite *en coup de hache* par Dupuytren ; les deux fragments du péroné dont l'inférieur a été entraîné en avant et en dehors, le supérieur étant resté à sa place, forment un angle obtus ouvert en dehors.

En résumé, il y a subluxation en dehors et en arrière du pied sur la jambe. Cette malade présente un type parfait de la déviation consécutive à la fracture de Dupuytren avec arrachement de la malléole interne. Avec de telles lésions, les troubles fonctionnels sont considérables : dès que la malade pose le pied à terre, le valgus tend à s'accentuer, elle ressent de vives douleurs dues au tiraillement d'un appareil ligamenteux insuffisamment reconstitué. La claudication est des plus accusées. La station prolongée et la marche sont à peu près impossibles.

Le second cas dont j'ai à vous entretenir semble calqué sur le précédent.

Il s'agit d'un homme de trente-trois ans, appréteur, couché au n° 19 de la salle Velpeau. Soigné dans le service pendant les vacances de 1892, je ne l'ai pas vu au début, mais voici les renseignements qui, à mon retour, m'ont été fournis sur son compte.

A la suite d'une chute sur laquelle il ne donne que des explications très vagues, le malade entra dans nos salles le 22 octobre dernier. Le chirurgien qui me remplaçait constata tous les signes d'une fracture de Dupuytren, et, après l'avoir réduite, appliqua un appareil plâtré. Vingt jours après, cet appareil fut levé et remplacé par une botte silicatée. Le quarante-troisième jour après son entrée, le malade fut envoyé à Vincennes. C'est là que ce deuxième appareil fut retiré et qu'on constata la déformation pour laquelle on le renvoya dans le service.

La fracture date actuellement de six mois environ et voici ce qu'on constate : comme dans le premier cas, c'est le pied droit qui est atteint; comme dans le premier cas, il est en valgus, mais à un degré moindre; cependant, il se trouve dans son ensemble en dehors de l'axe passant par le tibia, le bord interne est abaissé, l'externe relevé; la région plantaire regarde en dehors, pas d'équinisme, pas de déplacement de l'astragale en arrière. Ici la difformité la plus accentuée consiste dans la déviation du pied en dehors.

Comme dans le premier cas, nous constatons encore :

1° L'élargissement du diamètre bi-malléolaire ;

2° Du côté externe : le coup de hache;

3° Du côté interne : la saillie de la malléole interne et la déviation de son sommet en bas et en dehors. Mais il y a ici quelque chose de plus : l'extrémité inférieure du tibia, au voisinage de l'articulation, est plus grosse qu'à l'état normal, surtout du côté interne; nous avons là une forte saillie, une sorte de cal exubérant qui fait qu'on songe, non plus à un arrachement de la malléole seule à sa base, mais à un arrachement du plateau tibial supportant la malléole interne.

Les troubles fonctionnels sont aussi accentués chez notre homme que chez notre jeune fille. Ce sont, je le répète, deux infirmes; aussi réclament-ils avec instance une opération qui puisse leur rendre l'usage de leur membre.

Ces deux faits sont extrêmement instructifs pour vous ; ils vous montrent l'importance d'un bon traitement dans les fractures de Dupuytren, la gravité de ces fractures, au point de vue fonctionnel, si elles sont mal soignées.

Dans tous les cas, à de très rares exceptions près, c'est à la négligence ou à l'ignorance du chirurgien qu'il faut attribuer la difformité persistante. Presque toujours il est possible de réduire ces fractures et de les maintenir réduites, même sans chloroforme, lorsqu'elles viennent de se produire. Pour y arriver il faut employer un procédé trop souvent négligé, quoique excellent ; il consiste à mettre le membre inférieur dans une position telle que tous les muscles soient dans le relâchement, car ce sont eux qui, le plus souvent, je ne dis pas toujours (vous verrez tout à l'heure pourquoi), sont les agents de la persistance de la déformation.

Pour arriver à relâcher les muscles, il faut d'abord mettre le pied dans l'extension, puis fléchir la jambe sur la cuisse, et enfin la cuisse sur le bassin. C'est dans cette position que vous exercerez la traction sur le pied à l'aide d'une main, appliquée sur le dos du pied, tandis que l'autre embrasse solidement le talon. Un aide, maintenant solidement la jambe, exerce ainsi la contre-extension.

Dans les cas où la réduction est difficile, on a recommandé la section du tendon d'Achille ; c'est là une opération que je crois inutile dans la plupart des cas. Je ne l'ai jamais faite.

Si la manœuvre que je viens de vous recommander échouait, il faudrait avoir recours au chloroforme qui, s'il ne s'agit que des muscles, permettra la réduction.

La contention de la fracture de Dupuytren est quelquefois plus difficile à maintenir qu'à obtenir. Le meilleur appareil, pour arriver à ce résultat, est la gouttière plâtrée. Lors-

qu'elle est appliquée, le chirurgien doit maintenir le pied dans l'adduction jusqu'à solidification complète. Il faut, de plus, surveiller le malade fréquemment, le dégonflement survenant sous l'appareil, la déviation peut se reproduire ; il est alors nécessaire de remettre un deuxième, parfois un troisième appareil.

Dans certains cas, le plâtre ne peut être appliqué parce qu'il y a un gonflement énorme, des phlyctènes, des plaies; vous pouvez enfin ne pas avoir de plâtre à votre disposition. Vous avez une ressource, vous trouverez toujours ce qui est nécessaire pour confectionner l'appareil de Dupuytren, il est excellent, appliquez-le. Il m'a rendu, dans bien des circonstances, les plus grands services. Je n'en entreprendrai point la description que vous trouverez dans vos livres classiques, je vous en rappellerai seulement le principe.

Un coussin est appliqué le long de la jambe à sa face interne, il arrive jusqu'à la base de la malléole interne, par-dessus on applique une attelle qui dépasse la plante du pied de 10 à 15 centimètres. Cet appareil est maintenu sur le membre par une première bande.

Prenez-en une seconde large de 3 à 4 travers de doigt, longue d'une dizaine de mètres, commencez par faire quelques tours sur le pied, puis ramenez la bande sur le bout de l'attelle qui dépasse le membre en bas, et ainsi de suite. Votre pied se trouvera ainsi dans l'adduction forcée et la fracture sera maintenue réduite. Ce bandage peut rester en place une quinzaine de jours, ce qui suffit pour la réduction dans la majorité des cas.

Alors l'appareil plâtré peut être appliqué facilement.

Quel que soit l'appareil adopté il faut le laisser en place pendant six semaines, deux mois; vous verrez tout-à-l'heure pourquoi.

Je l'ai dit, dans l'immense majorité des cas, les fractures de Dupuytren récentes sont réductibles ; il en est cependant quelques-unes qui, malgré la manœuvre que je vous ai conseillée, l'emploi du chloroforme, les sections tendideuses, restent irréductibles.

Quelles sont les causes de cette irréductibilité ? Elles sont assez mal connues.

On a accusé la trop grande obliquité du trait de la fracture, ce qui n'est pas démontré et n'explique rien.

On sait cependant qu'il existe parfois un fragment intermédiaire interposé entre les deux os ; il existe plusieurs faits de ce genre incontestables. Verneuil a bien insisté sur ce point. Presque toujours le fragment vient du tibia, mais il peut aussi être arraché du péroné ainsi qu'en témoigne une observation de Kirmisson.

D'autres fois, la malléole interne arrachée est portée en avant du plateau tibial où elle reste fixée, constituant ainsi une sorte de cale qui empêche l'astragale de revenir à sa place.

L'astragale peut être fracturé ou plus ou moins déplacé dans ses articulations calcanéennes, il y a véritable luxation de cet os compliquant la fracture, d'où irréductibilité.

Enfin, il y a des fractures dont on ne peut pas expliquer l'irréductibilité.

Autrefois, on abandonnait ces cas-là. Les accidents n'étaient pas rares au niveau des plaies si fréquentes dans la fracture de Dupuytren ; la gangrène, le phlegmon venaient les compliquer, aussi le chirurgien n'avait-il de ressources que dans l'amputation.

Nous devons faire mieux aujourd'hui, armés comme nous le sommes, à l'abri des accidents septiques qui emportaient autrefois un grand nombre de blessés et la plupart des grands opérés.

En présence d'une fracture de Dupuytren irréductible, il faut ouvrir l'articulation tibio-tarsienne, rechercher la cause de l'irréductibilité. Si vous trouvez un fragment intermédiaire, des éclats osseux provenant de l'astragale, extirpez-les et essayez de réduire; si vous y parvenez, arrêtez-vous là, vous aurez fait une résection atypique, mais suffisante. Si, malgré l'extraction des fragments, vous échouez, s'il est impossible de ramener en contact et dans une bonne position, les surfaces articulaires, alors faites une résection typique. Peut-être serez-vous obligés d'extirper l'astragale luxé à la fois dans ses articulations jambières et calcanéennes. Qu'importe ! Faites tous les sacrifices nécessaires, n'abandonnez pas ces fractures sans les réduire par quelque moyen que ce soit.

Avant d'aborder l'étude des fractures anciennes, je tiens à vous signaler un fait qui nous servira de transition entre elles et les fractures récentes.

Il arrive, en effet, qu'une fracture a été réduite et bien maintenue dès le début ; vous enlevez l'appareil, le résultat vous paraît excellent et vous autorisez le malade à faire quelques pas. Quelques semaines après, il vient vous retrouver avec une déviation secondaire du pied, rappelant celle du début, parfois presque aussi accentuée. C'est là un fait exceptionnel bien mis en lumière dans le Mémoire de Sebileau et Blaise (1), où vous trouverez plusieurs observations concluantes. Cette déviation secondaire semble due à l'élargissement de la mortaise tibio-péronière, à des ruptures ligamenteuses, étendues, insuffisamment cicatrisées, au manque de solidité du cal.

Quoi qu'il en soit, il faut toujours se rappeler cette déviation secondaire toujours possible, quoique rare ; aussi est-ce pour cela que je vous conseillais il n'y a qu'un instant de prolonger l'immobilisation, de la maintenir pendant deux mois.

Je n'ai jamais vu cette déformation tardive dont je viens de vous entretenir, mais à Vincennes et au Vésinet, on la rencontre, paraît-il, assez fréquemment.

Vous devez, dès que vous constatez sa présence, remettre un appareil plâtré après avoir fait tous vos efforts pour ramener le pied dans une bonne attitude et l'immobiliser dans l'adduction.

LE TYPHUS EXANTHÉMATIQUE. — HISTORIQUE

Par le docteur CATRIN,

Médecin-major de première classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Nous n'oserions pas remonter à la peste du Péloponèse et affirmer que c'est le typhus qui tua Thucydide. Quand on voit les difficultés qu'éprouve l'observateur consciencieux et sans parti pris pour se rendre compte des épidémies récentes comme celles de Crimée, de Silésie, on hésite à fouiller dans l'obscurité des temps et à fonder son opinion sur le nombre des morts, la contagiosité, etc., ou sur un mot plus ou moins bien conservé, signifiant pour les uns *peste*, pour les autres *famine*.

Néanmoins, on peut, dès le moyen âge, trouver des traces

---

(1) BLAISE. *Arch. gén. de méd.*, 1886.

de la fièvre péticulaire ou pétéchiale; toutefois, même les descriptions de Girolamo, Fracastar, laissent des doutes dans l'esprit, et au XVIIIe siècle, nous pouvons assister aux hésitations des médecins militaires en présence des épidémies portant des noms divers, mais qui semblent pourtant se rapprocher singulièrement du typhus exanthématique.

Nous voyons, par exemple, Pelicot, médecin de l'hôpital d'Aix, qui soigna, en 1782, les soldats revenus de Cadix, ne pas oser donner de nom à la maladie dont ils étaient atteints et dont voici, en quelques mots, la description : « Grand abattement, douleur de tête, mal de gorge, soif insatiable, croûtes noirâtres et sèches sur la langue; tous avaient, en outre, des taches rouges et livides sur toute l'étendue du corps. Les causes invoquées sont : aliments et eaux corrompus, air méphitique des vaisseaux. Au total, *4 décès sur 610 cas.* »

Si on veut savoir ce qu'étaient ces malades venus de Cadix à Aix, on trouve, décrite par M. Thion de La Chaume, premier médecin de l'armée française, l'épidémie qui frappa les troupes de France, faisant partie de l'escadre combinée avant leur débarquement en Algérie. On avait dû laisser plus de 500 malades à Cadix, et M. Thion de La Chaume définit la maladie : « Une fièvre maligne, qui approchait tant de la fièvre pestilentielle qu'on eût dit qu'elle en était une espèce affaiblie. » On remarquait déjà, à cette époque, cette chaleur de la peau âcre, mordicante, signalée par tant d'auteurs et de laquelle parle Virchow avec une spéciale insistance. « Cette chaleur caustique, dit Thion, persistait encore quelque temps après avoir touché le malade; *la constipation* était généralement opiniâtre, le ventre météorisé; tremblement continu. A ces symptômes, se joignait une éruption de pourpre, qui devenait bientôt noire et livide; elle affectait principalement la poitrine et se répandait bientôt par toute l'habitude du corps. »

Voilà donc un habile observateur qui ne trouve, dans l'affection qu'il observe, qu'une certaine analogie avec la fièvre de Pringle. On voit quelle incertitude régnait encore à cette époque au sujet de la fièvre tachetée.

D'autre part, nous lisons dans une relation de Dehorne, sur les maladies de l'armée du Bas-Rhin pendant la campagne de 1757, que les fièvres malignes, à l'hôpital de Wesel, présentaient les symptômes suivants : Accablement général, douleur de tête, penchant à l'assoupissement, soubresauts des tendons, peau aride sèche, langue noire, dure, yeux fixes, éteints, d'autres étincelants; ventre tendu, météorisé; surdité, qui était un signe mortel si elle paraissait au début, un signe de guérison si elle se montrait seulement au quatorzième jour; rechute, si les malades se laissaient aller à leur faim dévorante. Aux autopsies, on trouvait du pus entre la dure-mère et la pie-mère; quelques points suppurants de la substance corticale, épanchement séreux abdominal et, sur un soldat du régiment de Champagne, rien dans les viscères. « Ce qui est plus surprenant, ajoute Dehorne, il existe donc quelquefois, et surtout dans les maladies les plus malignes, des miasmes si subtils qu'ils échappent à tout examen et ne laissent aucune trace. »

Puis Dehorne décrit les dysenteries et la fièvre d'hôpital, et tout lecteur qui voudra comparer ces descriptions pourra voir combien il est difficile d'établir de bien tranchées différences entre elles.

Les relations de Pringle lui-même sont-elles donc si claires quand il parle de cette fièvre d'hôpital, « *lente dans son cours*, accompagnée d'un pouls profond et d'une stupeur constante »? Dans les dissections, y a-t-il plus de certitude? On signale les abcès du cerveau comme fréquents et « les intestins sont plus sujets à se mortifier, puisqu'il y a peu de ces malades qui meurent sans des selles cadavéreuses et involontaires ».

Et la maladie des assises d'Oxford (1577), celle des assises de Old Bailey (1750), sont-elles bien le typhus? Suffit-il, pour l'affirmer, de l'assertion de Pringle, qui dit « que plusieurs des malades ont eu des taches pétéchiales »? Certes, pour notre part, nous n'oserions décider, et ces maladies pouvaient aussi bien être une des sept fièvres pestilentielles de Platerus ou une des cinq de Bartholin.

Notre excuse, pour avoir tant insisté sur ces citations du Journal de Dehorne, réside dans notre désir de n'avoir pas à examiner, non seulement le typhus qui, dit-on, sévit lors du siège de Troie ou de Carthage, mais encore les moins anciennes épidémies de typhus du siège de Grenade ou de Naples.

Il faut reconnaître aux Anciens un génie observateur, qui n'a peut-être pas été surpassé; mais il faut, d'autre part, avouer que leur description des fièvres putrides, malignes, pestilentielles, est loin de dissiper toute obscurité dans l'esprit et répond bien imparfaitement aux types nosologiques actuels.

« Aux diverses époques, a dit M. l'inspecteur Perrier, on a confondu, sous le nom de typhus, des maladies très dissemblables, n'ayant pour lien que la stupeur. »

Enfin, le fameux *Ueber den ansteckenden Typhus*, de Hildenbrand (1810), qui, longtemps, fut considéré comme *le livre du typhus*, a eu ses détracteurs. Jacquot, dans son remarquable *Traité du typhus*, s'accuse avec un certain orgueil d'avoir, le premier, renversé ce monument; pour lui, le typhus de Hildenbrand est « impossible et inadmissible », et le professeur viennois a confondu la fièvre typhoïde avec le typhus, ou plutôt appelé typhus toutes les maladies d'armées.

Jacquot n'a commis qu'une erreur, celle de croire qu'il était le premier ayant eu l'audace de toucher l'arche; avant lui, Virchow avait dit : « L'épidémie d'Hildenbrand n'a pas été le typhus exanthématique », et la diarrhée, le météorisme constant (umwandelbare) indiquent qu'on avait affaire à une affection intestinale.

Virchow lui-même sera plus tard accusé de méprise par un médecin anglais, Jenner, qui voit dans l'épidémie de Silésie (1848) une épidémie de « relapsing-fever ». M. Laveran a, plus récemment, mis en doute l'épidémie de typhus de la Gironde, signalée par M. Jaccoud.

D'ailleurs, si l'on veut un historique du typhus, il suffit de se rappeler l'histoire des grandes guerres et des grandes famines qui désolèrent l'Europe, car, à ces fléaux, s'ajoutent presque toujours le typhus, et l'armée de Lautrec en Italie (1524-1530) fut atteinte par la maladie, comme l'ont été plus tard les armées française et russe en 1854, comme l'armée russe dans la guerre de 1877-1878, qui perdit 50000 hommes du typhus de guerre.

Cet historique a été très longuement fait par Murchison dans son ouvrage sur le typhus, et par M. Laveran dans son *Traité des maladies et épidémies des armées*.

Néanmoins, parmi les épidémies modernes, nous citerons celles d'Athènes (1870), Riantec (1870-1871), Paul-Croix et Lesneven (1873), Molène (1878), guerre russo-turque (1877-1878), Dantzig (1887), Prague (1888), Birkhadem (1888), et celle toute récente de l'île de Tudy (1891).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 juillet 1893. — Présidence de M. LABOULBÈNE.

RAPPORTS

Insectes considérés comme anti-rabiques. — M. JOANNÈS CHATIN lit un rapport sur une communication de M. Bomadjian (d'Erzeroum) et relative à des insectes employés en Arménie contre la rage. Ces insectes appartiennent au genre Mylabris, et, loin d'être anti-rabiques, ils seraient, d'après le rapporteur, éminemment toxiques en raison de la grande quantité de cantharidine qu'ils renferment (12 grammes par kilogramme).

De l'influence des nœuds du cordon sur la circulation fœtale. — M. BUDIN fait un rapport sur une communication de M. le docteur Lefour (de Bordeaux) à ce sujet. Voici d'abord l'observation : Le 7 février dernier, dit M. le docteur Lefour, j'étais appelé auprès de Mme C..., âgée de quarante-deux ans, enceinte pour la douzième fois, et de huit mois et demi environ. Cette dame, que j'avais assistée dans ses deux derniers accouchements, était extrêmement préoccupée, car depuis deux jours, elle ne sentait plus remuer son enfant. Je recherchai avec le plus grand soin les battements du cœur nettement perceptibles huit jours auparavant; mais ce fut en vain, le fœtus était mort. Le 17 février, Mme C... entra en travail et expulsa en quelques heures un fœtus très macéré, dont le cordon présentait un nœud à peu près en son milieu. Ce nœud était assez fortement serré pour que la portion du cordon servant à le former fût très aplatie et ressemblât à un ruban dont les bords amincis étaient, par places, presque tranchants.

Ne connaissant chez les parents ni intoxication, ni tare constitutionnelle d'aucune sorte, M. Lefour ne put se défendre, malgré ce qui a été dit et écrit sur ce sujet, de voir une relation de cause à effet entre cette anomalie de la tige funiculaire et la mort du fœtus.

Il enleva le nœud du cordon, le plaça dans l'alcool et l'envoya au professeur Coyne, qui lui remit quelque temps après la note suivante : « Les nombreuses coupes en séries que j'ai pratiquées permettent de constater : 1° que les parois des artères sont très épaissies et que leur lumière aplatie se présente sous forme d'une fente linéaire; que, dans l'une d'elles, l'endothélium a formé des végétations assez volumineuses sur lesquelles sont venus se greffer des caillots fibrineux, tandis que, dans l'autre, les végétations sont plus petites et plus disséminées; 2° que la veine ombilicale a des parois moins altérées, mais qu'elle renferme cependant des caillots fibrineux, très adhérents à la tunique interne, et en voie d'organisation. »

« Jamais, que nous sachions, fait remarquer M. Lefour, les caillots ne s'organisent après la mort. Dans le cas actuel, ils se sont donc formés du vivant du fœtus, et probablement parce que, sous l'influence de l'auto-compression à laquelle la veine et les artères ombilicales étaient soumises au niveau du nœud, l'endothélium vasculaire s'est altéré. »

Dans la discussion qui avait eu lieu dans cette enceinte, en décembre 1880 et en janvier 1881, on avait opposé à M. Guéniot que les caillots, existant dans les vaisseaux présentés par lui, s'étaient formés après la mort. Cette objection, pense M. Lefour, ne saurait être faite à l'observation qui lui est personnelle, car l'examen histologique de la pièce, fait par un anatomo-pathologiste dont tout le monde reconnaît la haute compétence, a donné des résultats qui semblent tout à fait probants. Aussi se croit-il autorisé à conclure que, dans son fait, le nœud du cordon a été la cause, tout au moins indirecte, de la mort du fœtus.

Mais, indépendamment de toute altération vasculaire et de toute thrombose consécutive, les nœuds peuvent-ils arrêter ou même entraver la circulation funiculaire? Telle est la question que se pose M. Lefour. M. Tarnier avait déjà fait sur ce sujet des recherches expérimentales : « J'ai pris un cordon frais, dit-il, et j'ai pratiqué sur lui un nœud aussi serré que possible, puis j'ai poussé une injection dans les vaisseaux ombilicaux, et le liquide a traversé facilement toute la longueur du cordon. Il en est de même avec des nœuds très serrés et très rapprochés. Avec trois nœuds, le liquide passe encore, mais avec une certaine difficulté. Dans toutes mes expériences, j'ai même vu un fait assez curieux se produire : c'est que les nœuds se desserrent pendant que le liquide de l'injection traverse les vaisseaux ombilicaux. Est-ce à dire que jamais les nœuds du cordon ne peuvent produire la mort? Assurément non, mais celle-ci ne surviendra que dans des cas très exceptionnels. »

Comme on avait fait remarquer qu'il était bien difficile de pousser une injection dans les vaisseaux ombilicaux sans dépasser malgré soi les limites de la pression à laquelle est physiologiquement soumis le sang du fœtus, M. Lefour a institué, dans le laboratoire de physiologie de la Faculté de Bordeaux, une série d'expériences dans lesquelles il n'a eu recours qu'à une force exactement mesurée.

Dans les artères ombilicales, la pression du sang ferait en moyenne équilibre à une colonne mercurielle de 63mm,7 de hauteur. Dans la veine, au contraire, cette pression ne s'élèverait qu'à 33mm,49. Partant de ces données, écrit M. Lefour, il fallait prendre des sources d'écoulement à pression constante, par exemple, deux flacons de Mariotte remplis d'eau salée et les placer, l'un à 83 centimètres et l'autre à 43 centimètres au-dessus de la table sur laquelle reposait le cordon en expérience. En mettant alors le premier flacon en rapport avec les artères, à l'aide d'un tube en caoutchouc muni d'un raccord en Y, et en y reliant le second à la veine par une voie unique, on était en situation d'observer, dans une certaine mesure, l'influence qu'un nœud, placé dans telle ou telle condition, peut exercer sur le passage du liquide dans les deux ordres de vaisseaux. Et, pour étudier les variations dans le débit, si tant est qu'il doive s'en produire, il n'y avait qu'à compter les bulles d'air de remplacement qui, en un temps donné, pénétraient dans chaque flacon. M. Lefour a fait ainsi sept expériences qui, toutes, ont donné des résultats analogues.

De ces expériences il semble ressortir :

A. En ce qui concerne la circulation dans la veine ombilicale: — 1° Qu'un nœud non serré n'exerce sur elle aucune action. — 2° Qu'un nœud serré l'entrave d'une manière appréciable. — 3° Qu'un nœud serré et soumis à une compression évaluée en poids à 100 grammes, constitue un obstacle sérieux à cette circulation. — 4° Qu'un nœud serré et soumis à une compression évaluée en poids à 150 grammes, l'arrête d'une façon à peu près absolue.

B. En ce qui a trait à la circulation dans les artères ombilicales : — 1° Que l'influence exercée sur elle par un nœud serré est très peu accusée. — 2° Que l'influence d'un nœud serré et même comprimé par un poids de 100 grammes est à peine sensible. — 3° Qu'un nœud serré et comprimé par un poids de 150 grammes amène dans le débit un ralentissement extrêmement marqué, mais non un arrêt marqué.

Si dans son ensemble, dit encore M. Lefour, cette expérience met hors de doute l'influence mécanique du nœud sur la circulation funiculaire, elle démontre aussi l'importance qu'il y a lieu d'accorder à toute compression qui viendrait ajouter son action à celle du nœud lui-même. Mais il est à remarquer que pour être efficace, la compression doit porter sur le nœud où elle se multiplie, pour ainsi dire, car lorsqu'elle s'exerce sur un point quelconque du cordon autre que le nœud, elle est presque sans effet sur le débit, comme nous nous en sommes assuré à plusieurs reprises. M. Lefour a encore recherché ce qui se passe si l'on vient à augmenter la pression intra-vasculaire par l'élévation des flacons de Mariotte, et voici ce qui lui a été donné d'observer par deux fois différentes. La portion du cordon placée en amont du nœud et le nœud lui-même deviennent turgescents, les anses se desserrent, et l'écoulement ralenti ou arrêté reprend avec d'autant plus d'abondance que l'augmentation de pression est plus grande.

Ces diverses expériences viennent donc confirmer et compléter

les résultats déjà obtenus par M. Tarnier et qu'il avait rappelés ici en 1881.

Mais il y avait lieu de se demander si l'énergie cardiaque nécessairement sollicitée par la résistance placée sur le trajet du cordon, n'était pas capable, au même titre qu'une simple augmentation de pression, de triompher de l'obstacle qui lui était opposé.

Pour répondre à cette question, M. Lefour eut recours à l'expérience suivante :

« Nous avons remplacé, dit-il, les flacons de Mariotte par un cœur de tortue dont les contractions nous ont semblé pouvoir être employées à faire circuler dans un cordon préalablement noué, du sang de chien défibriné : le choix de la tortue était plus particulièrement indiqué, d'abord à cause de la propriété que possède son cœur, de continuer à se contracter en dehors d'elle, puis parce que sa tension artérielle est sensiblement la même que chez le fœtus.

Nous voyons maintenant le dispositif de l'expérience. Tous les vaisseaux du cœur afférents sont liés, sauf la veine cave et l'une des aortes.

La veine cave supporte, par l'intermédiaire d'un embout et d'un tube de caoutchouc, un entonnoir de verre dans lequel sera versé le sang défibriné. L'aorte respectée est mise en communication, au moyen d'un raccord en Y avec les orifices d'entrée des deux artères ombilicales. Les orifices de sortie des artères ombilicales sont de nouveau réunis à l'aide d'un second raccord en Y, placé en sens inverse, et abouchés avec l'orifice d'entrée de la veine ombilicale. L'orifice de sortie de la veine ombilicale est muni d'une canule métallique qui permettra de recueillir aisément, dans une éprouvette graduée, le sang qui se sera écoulé en un temps donné.

Tout étant ainsi préparé, on verra du sang défibriné dans l'entonnoir de verre.

L'oreillette s'emplit, se contracte et chasse le sang dans le ventricule, celui-ci se contracte à son tour et le fait passer dans les artères ombilicales, puis dans la veine ombilicale et enfin dans l'éprouvette graduée.

Chaque observation dure une minute.

A peine le sang a-t-il pénétré dans les vaisseaux que le cordon devient turgescent et se met à battre régulièrement. Le nœud, quelque serré qu'il soit, se desserre aussitôt et son action sur l'écoulement est tout à fait passagère. En effet, avec le nœud formé, mais non serré, on recueille 12 centimètres cubes de sang en une minute; dès que le nœud a été serré, le débit tombe à 9 centimètres cubes pour se relever quelques instants après et remonter à 11 centimètres cubes.

Si l'on fait alors intervenir la compression, sous forme de poids de 100, 200 et 300 grammes successivement, maintenus sur le nœud, on n'en voit pas moins le cœur se contracter fortement et le sang continuer à couler. Cependant, le débit diminue ; il est de 8 centimètres cubes pour une compression de 100 grammes, de 7 centimètres cubes pour une compression de 200 grammes et de 5 centimètres cubes seulement pour une compression de 300 grammes. Il est vraiment curieux de voir ces poids croissants soulevés d'une façon rythmique à chaque systole ventriculaire. Mais un poids de 500 grammes arrête complètement l'écoulement, malgré les efforts du muscle cardiaque qui continue à se contracter énergiquement.

Cette expérience, dit encore M. Lefour, démontre qu'en présence d'un obstacle placé sur le trajet du cordon, nœud avec ou sans compression, la circulation continue à se faire tant que la résistance est inférieure à la puissance du moteur, ce qui doit être le cas le plus fréquent; mais il nous paraît indispensable, pour que la circulation puisse se continuer longtemps sans dommage pour le muscle cardiaque, que la puissance soit très supérieure à la résistance.

M. Lefour croit pouvoir conclure qu'un obstacle placé sur le trajet du cordon est capable d'amener exceptionnellement la mort du fœtus. Cette mort pourrait se produire de deux façons différentes : 1° par simple obstacle mécanique à la circulation funiculaire; 2° par thrombose consécutive à une altération vasculaire.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TÉTANOS

M. VERNEUIL, après avoir rappelé l'objet de ses premières communications, insiste aujourd'hui sur l'importance des recherches microbiologiques au point de vue des foyers tétanifères. Il distingue, à ce point de vue, les plaies en foyers purs et en foyers impurs et fait suivre cette distinction de plusieurs exemples.

Il cite d'abord l'observation d'un concierge qui était atteint d'une petite plaie du coude. C'était au mois de juillet; il faisait très chaud et ce concierge quitte sa loge pour aller coucher dans une écurie voisine. Sa plaie était cicatrisée ; en se grattant, il enleva la croûte qui la recouvrait ; quelques jours après, il était pris du tétanos et succombait.

Un fantassin qui soignait le cheval d'un officier se couche dans l'écurie ; il avait une petite écorchure à la jambe ; il contracta le tétanos et guérit.

M. Verneuil cite un troisième cas analogue. Ces infections secondaires, selon lui, sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit généralement. M. Verneuil a pu constater que le sable des plages maritimes n'est pas tétanifère. Il a pu se rendre compte qu'à Biarritz, à Cannes, à Trouville, le tétanos était très rare. Il n'en est pas de même à Arcachon et voici l'explication qu'en donne un jeune médecin qui doit faire un travail sur ce sujet. On travaille beaucoup les huitres à Arcachon ; les gens préposés à cette besogne travaillent pieds nus; ils se font aux pieds de fréquentes écorchures avec les écailles d'huitre et rentrent aussi pieds nus dans la ville où ils contractent le tétanos en marchant sur le sol.

M. Verneuil cite encore l'exemple suivant : dans un petit village des environs de Marseille, il a vu un enfant de dix jours mourir du tétanos. La mère de cet enfant avait lavé son linge dans une mare infectée par des débris de fumier qu'y amenait le vent du mistral et s'était servie de ce linge pour panser la plaie ombilicale de son enfant.

M. Verneuil termine par l'exposé général du traitement topique, qu'il conseille pour les plaies suspectes et rappelle les conclusions que nous avons déjà données (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1893 p. 709.)

M. TRASBOT fait observer qu'il ressort deux points importants de la communication de M. Verneuil ; le premier, c'est que ce sont surtout les plaies non pansées qui se compliquent de tétanos; le second, c'est que la peau du cheval est elle-même tétanifère.

Pour le premier point, tous les praticiens vétérinaires ont remarqué que, chez le cheval, ce sont surtout les plaies les plus simples qui amènent le tétanos. On a dit que c'étaient surtout les plaies des extrémités ; c'est là une erreur. Mais ce qui est vrai, c'est que toutes ces plaies très simples sont généralement abandonnées à elles-mêmes. Par contre, on ne voit presque jamais survenir le tétanos à la suite d'opérations graves, parce que dans ces cas, on panse les plaies.

Autrefois, on observait souvent le tétanos à la suite de la castration ; aujourd'hui, qu'on a soin de savonner et d'antiseptiser la région avant de pratiquer cette opération, on ne voit plus jamais survenir le tétanos.

M. Verneuil a établi que la peau du cheval était tétanifère. Cela est vrai aussi pour la peau d'autres animaux. Par exemple, lorsqu'on pratique la castration chez les ruminants par le procédé du bistournage ou par le procédé qui consiste à placer un lien sur le scrotum au-dessus du testicule, on voit parfois survenir le tétanos. C'est ainsi qu'autrefois, ayant pratiqué la castration sur 150 agneaux, M. Trasbot vit survenir le tétanos sur 18 d'entre eux. Dans ces cas, c'est le lien qui avait fait pénétrer l'infection de la peau.

L'Académie se forme en comité secret.

UN CHIRURGIEN DES HOPITAUX AU POSTE

Il y a trois ou quatre jours, un chirurgien des hôpitaux de Paris, faisant le service de garde, était demandé pour une opération urgente dans un hôpital excentrique. Arrivé à un certain endroit, force fut au cocher de rebrousser chemin ; on ne passait pas. Les cochers grévistes, aidés de la population du lieu, s'opposaient à la circulation des voitures, tuaient les chevaux, coupaient les harnais, brisaient et brûlaient les voitures.

Notre collègue cherchait par des rues collatérales à gagner le plus rapidement possible l'hôpital où il était mandé, lorsqu'il aperçut, devisant philosophiquement, deux ou trois sergents de ville à qui il eut la malheureuse idée de demander protection.

Comme il expliquait au gardien de la paix la nécessité où il était de gagner au plus vite l'hôpital, il fut interpellé grossièrement par ce préposé à la sécurité publique, et comme notre confrère s'apprêtait à prendre le numéro de l'agent, celui-ci furieux, aidé de ses collègues, conduisit au poste chirurgien, infirmier, cocher, cheval et voiture. Là, malgré un rapport des plus invraisemblables, le commissaire dut faire des excuses au chirurgien, qui, relâché, put parvenir tardivement jusqu'à l'hôpital.

La morale à tirer de cette histoire est fort instructive, elle peut se résumer ainsi :

Si vous avez besoin d'aide et de protection dans la rue, évitez de vous adresser aux sergents de ville.

Mais, ce petit fait divers peut avoir une autre conséquence : c'est que désormais les chirurgiens de garde refuseront de se déranger la nuit — lorsque leur voiture ne sera pas accompagnée d'un agent destiné à les protéger contre les agents de la préfecture.

Par décret, en date du 1 juillet 1893, M. Baraban, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Nancy, est nommé, sur sa demande, professeur d'anatomie pathologique à ladite Faculté.

— *École de médecine de Nantes.* — M. le docteur Vignard est institué chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Bureau.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 78. — SAMEDI 8 JUILLET 1893. 66e ANNÉE. SAMEDI 8 JUILLET 1893. — N° 78.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE.	3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Le typhus exanthématique.

Par le docteur Catrin,
Médecin-major de première classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

La petite épidémie de typhus exanthématique qui sévit actuellement en certains points de la France et surtout à Paris, a de nouveau attiré l'attention du monde médical sur cette affection, dont l'étude est tant soit peu négligée et qui avait tendance à passer aux yeux de bien des médecins pour une maladie quasi éteinte.

On a oublié les passionnées discussions de 1854, 1874 à l'Académie, la terrible épidémie de la guerre de Crimée, celle plus récente d'Algérie, et les jeunes générations médicales, voire même les anciennes, ont hésité à reconnaître la fièvre tachetée que la récente épidémie de l'île Tudy avait pourtant mise à l'ordre du jour.

Comme le signalait M. Netter dans une séance de la Société médicale des hôpitaux, les diagnostics les plus étranges ont servi à désigner les premiers cas de typhus dans un grand nombre de localités petites ou grandes. La plus fréquente erreur — et combien facile ! — a été celle qui consiste à dénommer fièvre typhoïde anomale les cas de typhus, mais encore M. Netter a pu avec sûreté établir des diagnostics rétrospectifs de typhus qui avaient été baptisés : grippe, rougeole, tétanos.

L'étude de cette maladie est particulièrement intéressante pour les médecins de notre pays, puisque, avec l'Angleterre, la Prusse et la Russie, nous avons le triste privilège de posséder encore un foyer presque permanent de typhus.

De par la bactériologie, la question de la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde va être tranchée, elle l'est presque déjà malgré le nombre restreint des autopsies, mais dans le travail qui va suivre, le lecteur pourra constater que cette question était loin d'être élucidée, quoi qu'on ait dit.

Les non-identistes étaient évidemment en majorité, mais les identistes formaient encore un parti nombreux dans lequel on trouvait des hommes avec lesquels il faut toujours compter.

Notre opinion personnelle est que les deux maladies, bien qu'ayant des caractères communs et des épidémies coïncidentes, sont absolument dissemblables ; néanmoins nous avons cru devoir exposer, avec toute l'impartialité nécessaire dans une Revue critique, les opinions des uns et des autres.

Sans parler du prix que l'Académie partagea entre l'identiste Montault et le non-identiste Gaultier de Claubry, nous rappellerons qu'il y a vingt ans à peine, dans la même séance de l'Académie, on vit successivement à la tribune deux académiciens éminents affirmer qu'en Crimée, tout le monde était identiste, disait l'un, non-identiste, assurait l'autre.

I

Historique. — (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 735.)

Définitions. — Nous n'insisterons pas sur les différents noms du typhus; Griesinger, pour les énoncer, emploie deux ou trois pages et ne les énumère pas tous.

On peut diviser en deux grandes classes les auteurs qui ont donné leur appréciation sur la nature du typhus. Les uns considéraient le typhus comme une fièvre exanthématique analogue à la rougeole, etc.; les autres, comme une fièvre essentielle. Chauffard, Ferry, Davidson, Hirsch, etc., sont du premier avis.

Ce terme de fièvre essentielle n'a plus de sens aujourd'hui; mais, parmi ceux qui croyaient à l'essentialité de cette fièvre, certains considéraient le typhus exanthématique comme une espèce nosologique bien tranchée, bien caractérisée; certains, au contraire, l'identifiaient à la fièvre typhoïde [Gaultier de Claubry, Stokes, Kennedy (école de Dublin), Lindwurn, Huss, Becquerel, etc.). Jacquot n'ose donner une définition, mais il fait remarquer la multiplicité des formes, la variabilité des symptômes, du type et des lésions anatomiques, des *différentes* épidémies, et, pour lui, cette irrégularité même serait caractéristique du typhus.

Avant lui, Borsieri, qui avait fait une étude spéciale du typhus, avait dit : « Tam varia vero multiplexque est febris hujus ratio, ut vix satis cum omnibus suis variationibus eam delineari liceat. »

M. Jaccoud admet le genre typhus, qu'il divise en trois espèces : abdominal, exanthématique et cérébro-spinal.

Griesinger, jugé si sévèrement par Lasègue, fait du typhus une maladie typhoïde, mais se rapprochant beaucoup des fièvres exanthématiques,

II

Étiologie. — C'est là une question très controversée et beaucoup d'ouvrages sur le typhus ne sont remplis que de considérations étiologiques, la symptomatologie, le traitement étant laissés de côté.

Par ailleurs, et fort heureusement, les diverses théories étiologiques conduisent à peu près aux mêmes mesures prophylactiques et hygiéniques.

Les principales causes invoquées ont été : l'encombrement, la famine, la putréfaction, mais un grand nombre de causes prédisposantes ont été citées. Il est évident qu'à l'heure actuelle, toutes ces causes n'ont que la valeur de conditions favorisant le germe, non trouvé encore, mais évident, et nous n'insisterons pas plus longuement sur cette distinction.

Encombrement. — Pour certains, l'encombrement simple ne suffit pas, il faut encombrement de *malades*. Netter, par exemple, affirme que les hommes sains, accumulés dans un espace physiologiquement insuffisant, engendrent la fièvre typhoïde, les malades, le typhus.

Murchison a fait du typhus la maladie de l'encombrement, comme, de la famine, il fait dériver la fièvre récurrente et, de la fermentation fécale, la fièvre typhoïde.

Pour surannées que paraissent ces idées, elles n'en sont pas moins l'expression d'observations nombreuses, patiemment établies, et l'influence des causes secondes du terrain, reconnue actuellement par les bactériologistes les plus éminents, montre bien qu'il faut se garder de dédaigner ces matériaux accumulés par nos anciens et ne vouloir s'occuper que du microbe. Dans le cas particulier, celui-ci est d'ailleurs encore à trouver et nous devons, pour le moment du moins, nous contenter des faits et des déductions qui en ont été tirés.

C'est ainsi que Jacquot, en Crimée, Barralier, à Toulon, remarquèrent que les gens vivant en plein air, soldats du train pour celui-là, étoupiers pour celui-ci, n'ont pas eu le typhus; M. Guillemin se joint à ces auteurs et reconnaît que les encombrés doivent être débiles pour contracter le typhus. M. Barralier cite encore l'exemple des paquebots menant en Chine des hommes *empilés* et ne contractant pourtant pas le typhus. MM. Méry, Herpin, Michaux, Viry attribuent à la dissémination des troupes l'absence, à Metz, en 1870, du fléau habituel des grandes guerres.

Quesnoy, en 1854, n'a pas vu de contagion du typhus au Grand Hôpital de l'Ambassade russe, dont les locaux étaient vastes et aérés.

M. Marmy, identiste, admet l'encombrement comme cause du mal, que les hommes soient sains ou malades.

Pringle, si souvent cité, reconnaît l'influence de l'encombrement, surtout pendant l'été, ce qui semble indiquer qu'il avait des idées différentes des nôtres sur le typhus; ces conceptions sont d'accord avec cette autre émise par le même auteur, que le typhus peut être causé par « les émanations putrides et animales dues aux corps corrompus ».

Pour d'autres auteurs, c'est l'encombrement des *affamés* qui explique la genèse du typhus. M. le professeur Arnould a vaillamment défendu cette thèse, à l'aide d'arguments de haute valeur, il admet néanmoins des causes auxiliaires très puissantes. Pour l'éminent professeur de Lille, « l'encombrement est le moyen d'engraisser le terrain à typhus, » mais dans l'épidémie d'Algérie de 1868, il a montré que l'encombrement était très modéré.

M. Perrier, dans son enquête générale sur le typhus algérien, Delassus à Cherchell, Lavigne à Milianah, Beauchamp à Djelfa ont constaté l'encombrement des faméliques. En 1848, Manouvriez observa à Valenciennes une épidémie de typhus résultant de l'agglomération de faméliques dans une prison de la ville.

M. Fauvel admettait également l'influence de ces deux facteurs : famine et encombrement.

A côté des médecins que nous venons de citer, reconnaissant une étiologie exclusive, il en est d'autres plus éclectiques, mais qui comptent, néanmoins, l'encombrement parmi les causes du typhus.

Morel, Cazalas, Becquerel donnent un rôle important à la putréfaction.

Graves joint à l'encombrement la saleté, Virchow, la mauvaise nourriture, les émanations excrémentitielles, Billot (Frioul) invoque aussi l'alimentation insuffisante ou défectueuse.

Jaccoud reconnaît la valeur de l'encombrement.

Mais Garreau est un adversaire déclaré de cette étiologie et Coindet vit le typhus éclater sur les hauts plateaux du Mexique, malgré d'excellentes conditions hygiéniques.

Bartholow, pendant la guerre de la Sécession, a vu si peu de typhus, qu'il se demande si réellement l'absence de ventilation et l'encombrement suffisent, à eux seuls, pour produire le typhus (fait d'Andersonville).

Enfin plus récemment, M. Bouchardat, à l'Académie, déclara « que l'encombrement n'est pas le facteur du typhus ».

Dans l'épidémie actuelle, partout on a signalé l'encombrement des prisonniers dans les différents refuges, dépôts, etc., où éclata le typhus, et si l'on ne peut dire que les victimes de la maladie étaient des affamés, en le sens strict du mot, on peut affirmer qu'ils étaient tout au moins des faméliques.

Putréfaction. — Les partisans de la genèse du typhus par la putréfaction sont nombreux et beaucoup de ceux qui ne l'admettent point comme cause essentielle reconnaissent, en cette influence, un puissant adjuvant.

M. Gendrin cite une épidémie sur un navire porteur d'un chargement corrompu (analogie avec l'épidémie de la Gironde de Jaccoud) et aussi cette épidémie de Cork dont on crut trouver la cause dans un abattoir qui laissait écouler le sang corrompu dans les puisards de la ville.

Forestus, à Venise, attribua le pourpre à l'ingestion de poissons corrompus.

Godelier fait remarquer que ce furent les soldats qui nettoyèrent l'*Edgard*, navire très malpropre, qui contractèrent le typhus (épidémie du Val-de-Grâce).

M. Brault voit dans la saleté sordide des habitations mexicaines une cause suffisant largement pour provoquer le typhus.

Riecke à Targau prétend pouvoir suivre « pas à pas, pouce par pouce, l'influence des matières fécales ».

Pour Brachet, la putréfaction animale donne le typhus et la putréfaction végétale, la fièvre intermittente, tandis que pour Graves, c'est aux émanations de végétaux putréfiés qu'est dû le typhus.

En 1867, Robinski cherchait la cause du typhus dans les eaux croupissantes des citernes du bourg de Tijlizt, atteint par une épidémie, qui respectait les villages environnants, approvisionnés de bonne eau.

Brussilowski (1884), à Odessa, trouvait dans un amas de

fumier l'explication d'une petite épidémie de typhus exanthématique.

La corruption des matières animales ne ferait qu'aggraver la maladie, affirme M. Jacquot, et M. Colin trouve douteux le rôle des cadavres et des matières animales corrompus, tandis que, pour MM. Blanvillain et Garreau (Crimée), l'accumulation de corps morts dans le sol est une plus puissante cause de typhus que l'encombrement.

Mais M. Barralier fit, avec juste raison, remarquer que, si la putréfaction était la véritable cause du typhus, on verrait surtout la maladie sévir en été, ce à quoi on pourrait d'ailleurs objecter que l'été est la saison où tout est ouvert et où l'on vit au dehors.

Famine. — Un des plus ardents partisans de l'origine famélique du typhus est, nous l'avons dit, M. le professeur Arnould; il a développé cette théorie, d'une façon aussi remarquable que rigoureuse, dans l'article FAMINE du *Dictionnaire Dechambre* et nous renvoyons nos lecteurs à ces intéressantes pages où les faits sont tellement condensés que nous ne saurions les résumer.

La théorie est ici fort nette. « Le principe du typhus émane des faméliques et c'est la famine qui fournit la matière à miasme et prépare mieux que l'encombrement, qui n'agit qu'en entraînant la décadence vitale. »

Qu'on nous permette ici d'ouvrir une parenthèse et de nous expliquer une fois pour toutes sur les mots « principe du typhus, matière à miasme », qui viendront quelquefois sous notre plume, lorsque nous aurons à citer des auteurs ayant observé des épidémies de typhus à une époque où la bactériologie n'avait pas encore élevé sa voix puissante. Que le lecteur qu'offenseraient ces mots surannés les remplace par « micro-organisme du typhus, bouillon ou terrain de culture » et, rajeunie par ces substitutions, la phrase perdra son aspect et son sens vieillots. Nous ne voudrions point, paraphrasant le récent discours de M. le médecin principal Kelsch, à l'Académie (séance du 18 avril 1893), montrer qu'il suffit de s'entendre sur les doctrines de la spontanéité, qui paraissent incompréhensibles actuellement, mais il nous suffira de rappeler, avec M. Kelsch, que M. Pasteur lui-même explique par la reviviscence des germes l'apparition dite spontanée de certaines épidémies; nous citerons d'ailleurs ultérieurement ses paroles au sujet du typhus lui-même. Qu'il soit donc bien entendu que lorsque, dans le cours de cette Revue, il sera parlé de typhus spontané, on devra comprendre que des germes non virulents ont acquis, sous l'influence de causes peu, mal ou pas connues, une nocuité telle qu'il en est résulté la maladie : typhus. Actuellement, on peut affirmer que personne n'admet la génération spontanée, pas plus pour les maladies que pour les êtres animés; mais « la maladie infectieuse étant le résultat de deux éléments également nécessaires, savoir l'absorption de l'agent infectant et le consentement de l'organisme, la spontanéité morbide reste donc debout avec son entière puissance » (Jaccoud).

Pour M. Colin, « toutes les affections faméliques prédisposent à l'élaboration du miasme typhique ».

Murchison et M. Jaccoud ne considèrent la famine que comme une cause indirecte du typhus, elle provoque d'ordinaire l'encombrement et l'affaiblissement.

Kennedy est contagionniste; il rejette comme cause du typhus la famine. Il rappelle qu'en 1725, 1726, 1727, il y eut des famines sans typhus; au contraire, en 1830, il y eut une épidémie et l'année avait été si prospère, qu'un auteur n'hésita point à accuser l'excès de nourriture animale comme cause du typhus; en 1817, pas de famine, mais typhus; enfin, en 1826, une épidémie de typhus s'éteignit au milieu d'une famine.

Virchow, après avoir fait remarquer que l'épidémie des Flandres, aussi bien que celle de Silésie en 1848, avait été précédée par des années de disette, montre néanmoins qu'à Spessart (*die Noth im Spessart*), il y eut famine sans typhus et pourtant cette localité avait eu antérieurement une épidémie de fièvre tachetée; il cite également une terrible famine du Bengale qui causa trois millions de décès et où l'on ne constata pas de typhus.

Causes adjuvantes. — Virchow, Colin, Guillemin admettent l'humidité comme cause adjuvante; les temps humides n'agiraient-ils pas à la façon du froid, en obligeant les hommes à vivre confinés?

Davidson affirme, qu'après les pluies, le typhus prend beaucoup d'extension et à Torgau, Koppe avait fait la même remarque.

Tous les auteurs s'accordent à regarder la saleté comme favorisant l'éclosion du typhus (saleté des Silésiens, des Arabes, des Mexicains).

Les fatigues, l'alimentation médiocre, l'état moral déprimé, les maladies les plus diverses, mais, en particulier, le scorbut (Netter), la malaria (Virchow, Woodward), la dysenterie (Pringle, Bärensprung) sont autant de facteurs qui viennent prêter main forte aux causes principales, ou qui viennent préparer le terrain pour que le microbe y puisse éclore ou prospérer.

En Crimée, l'immunité des Anglais bien nourris a été invoquée par Jacquot pour démontrer l'influence des causes que nous venons d'énoncer.

Billot (Frioul) a vu les alcooliques, frappés plus particulièrement par le typhus.

Holland à Manchester trouve, dans les rues de deuxième classe, une mortalité plus élevée de 18 p. 100 que celle des rues de première classe, dans celles de troisième classe l'excès va jusqu'à 68 p. 100.

Anderson, Riecke font des observations identiques et Alison accuse les work-house d'être des foyers d'infection.

Beaucoup d'observateurs ont vu que l'invasion du typhus était d'ordinaire précédée par une série de maladies, parmi lesquelles il faut surtout citer la *fièvre récurrente* (épidémie de Saint-Pétersbourg, d'Ain el Bey, de Prague). Bärensprung avait constaté, avant l'invasion du typhus en Silésie, la fréquence des diarrhées et des catarrhes d'estomac ou d'intestins.

Dans certains cas, à l'approche du fléau, les maladies prennent des allures suspectes qui permettent de prédire l'arrivée du typhus (Guillemin, Jacquot, Leplat).

De même, Arnould a vu chez les indigènes (typhus d'Algérie) les affections suppurantes se multiplier, préparant pour ainsi dire « le fumier humain ».

En somme, sauf Magnus Huss, tous les auteurs reconnaissent que les débilités, les malades sont surtout atteints. M. le médecin-inspecteur Vallin, relevant 2848 cas de typhus, fait la statistique suivante :

476 étaient atteints de diarrhée chronique.

442 étaient atteints de scorbut.

466 étaient atteints de dysenterie.

129 étaient atteints de maladies diverses.

Citons, pour terminer, certaines opinions dont quelques-unes singulières.

Alison incrimine les crises commerciales (1836-1842). On comprend facilement le rapport direct entre ces crises et la misère.

Howard attribue au changement brusque d'air et de nourriture le typhus des prisons. La rareté de l'air sur les plateaux de l'Anahuac est accusée de produire le typhus.

Enfin, Botkin vit, dans la maladie des pommes de terre, la cause du typhus, Virchow a pourtant longuement réfuté cette bizarre étiologie.

Reste à signaler la prédisposition des races, admise par un certain nombre d'auteurs; mais Arnould nous montre en Crimée toutes les races atteintes; « ne serait-ce pas là le cas de faire remarquer que les Anglais, *gens à typhus*, n'ont plus eu la maladie, en 1855, quand l'hygiène est intervenue? »

L'influence des épizooties a semblé se faire sentir à Posen par exemple, Virchow lui-même (Kriegstyphus und Ruhr) dit qu'il faut bien reconnaître que les pays slaves sont une source constante de fièvre tachetée et de peste bovine.

N'y a-t-il qu'une coïncidence? N'a-t-on pas vu le typhus de guerre suivre presque toutes les armées venant de l'Est vers le centre de l'Europe? La plus lourde épidémie, qui ait visité la France et l'Allemagne, dans les temps modernes, a été rapportée par l'armée française lors de la retraite de Russie et de nouveau les armées alliées ont eu le typhus lorsque, sur le sol de la Crimée, il y a eu contact avec les troupes slaves.

Gendrin avait déjà signalé, à Rocroi, une épidémie causée, dit-on, par l'ingestion de viandes d'animaux malades.

En résumé, ne voit-on pas que, pour la plupart des auteurs, la misère physiologique est le résultat final des diverses causes invoquées? La famine, l'encombrement, les émanations putrides, qu'elles viennent des matières fécales ou des détritus organiques, l'humidité, qui favorise la putréfaction, la mauvaise nourriture, etc., est-ce que tous ces facteurs ne tendent pas au même but : réduire l'organisme humain à un état misérable, incapable de résister aux micro-organismes qu'en temps ordinaire il combat avec succès?

Quant à soutenir avec M. Bouchardat que l'organisme « en état de misère physiologique » fabrique lui-même son parasite, il faut renoncer à cette opinion, mais admettre avec M. Pasteur que « le microbe du typhus est répandu partout, mais ne devient dangereux que lorsque, par des conditions d'encombrement et de développement successifs, soit à la surface des plaies, soit dans les corps affaiblis ou autrement, leur virulence se trouve progressivement renforcée ». On voit que l'opinion du père de la bactériologie n'a rien d'inconciliable avec les théories anciennes. M. Pasteur en matérialisant les *effluves* plus ou moins mystérieux, si souvent invoqués jadis, en nous faisant voir les *miasmes*, a donné des bases autrement solides et sérieuses à la prophylaxie des maladies, mais quelque belles et fructueuses que soient ces géniales découvertes, l'œuvre d'observation de nos pères n'en conserve pas moins sa valeur et comme déjà on a pu le voir dans l'étude des maladies infectieuses, beaucoup de mesures d'hygiène prescrites autrefois pour la prévention des épidémies subsistent encore avec toute leur efficacité; fort heureusement les divergences théoriques conduisent assez souvent aux mêmes conséquences pratiques.

Au fond toute la discussion sur l'étiologie du typhus se réduit à la grande scission des spontanéistes et des contagionnistes.

Mais encore, si l'on ne prend point le mot *spontanéité* dans son sens strict, étroit pourrait-on dire, on voit qu'en somme les spontanéistes sont des Pasteuriens, car si, à la vérité, la maladie n'éclate pas spontanément, du moins peut-elle le faire sans contact d'un malade antérieurement atteint, le micro-organisme du typhus acquérant sous des influences en partie connues, en partie inconnues, une virulence qui, d'indifférent qu'il était, le rend extrêmement nocif.

Ce n'est pas là une théorie faite spécialement pour le typhus, les microbes de la diphtérie, de la pneumonie ne peuvent-ils pas vivre dans notre organisme en parasites non pathogènes jusqu'au jour où leur virulence s'éveille ou s'exalte?

Nous n'insisterons pas plus longuement sur ces faits connus de tous, et si même nous en avons encore une fois parlé, c'est qu'ainsi est justifiée l'opinion de tant et de si éminents médecins rangés dans le parti des spontanéistes.

En effet, Virchow dit qu'il y a des *cas évidents* de spontanéité et il est extrêmement intéressant de lire, dans ses critiques sur l'épidémie de Haute-Silésie, l'enquête qu'il fit pour démontrer l'inanité des prétentions exagérées des contagionnistes à outrance : « Cas irréfutables de M. Dunant, voleurs de Parusschowitz et forgeron de Pozmorski. » Coindet, Guillemin, Arnould, Baudens, Laveran, Lebert, Perrier, Kelsh, Jaccoud, Theuerkauf, etc., admettent tous la spontanéité du typhus, et si Parkes a prétendu que le typhus existait sur le Sheah-Gehald (1861) contrairement à ceux qui soutiennent qu'on n'y trouvait que de la dysenterie, lorsque éclata le typhus, il reste toujours l'inexpliquée explosion de typhus de l'expédition du Niger.

Dans une petite épidémie, que j'ai observée à Condé [Nord (1)], l'encombrement n'était que relatif, puisque les hommes jouissaient du cubage réglementaire ($12^{m}50$ à 13) mais il y avait eu néanmoins une augmentation notable de l'effectif qui de 300 avait été porté à 600 hommes, l'on avait donc été forcé de resserrer le casernement et de mettre trente militaires, par exemple, dans une chambre qui, auparavant, n'en contenait que vingt. J'ai également fait ressortir, dans la relation de cette épidémie, que des cavaliers logés dans une vieille caserne voisine de celle où sévissait l'épidémie ne furent pas atteints, malgré les imperfections de ces vieux bâtiments, à cours étroites, corridors multiples, etc. Les fatigues, au moment où éclata l'épidémie dont je parle, étaient assez considérables, car c'était l'époque de l'instruction des recrues et, parmi les vingt-cinq cas de typhus que nous avons signalés, on comptait cinq caporaux et un adjudant employés aux recrues; sur quatre décès, deux caporaux employés aux recrues. Les eaux de la caserne dans laquelle sévissait la maladie laissaient beaucoup à désirer et avaient causé une véritable épidémie de diarrhée qui précéda celle de typhus d'environ un mois.

Le germe de cette petite épidémie peut s'expliquer : 1° par la reviviscence des germes de l'épidémie des Flandres de 1848; 2° par la virulence exaltée ou éveillée d'un micro-organisme, parasite habituel de l'organisme humain.

Mais à Condé, comme dans la plupart des autres localités où l'on a observé le typhus, il a fallu faire intervenir la *notion de temps*, car jamais, que je sache, on n'a vu éclater brusquement, au milieu d'une population saine, une épidémie de fièvre tachetée, et nous dirions presque avec Pringle : « Avec des varioleux vous pouvez faire des typhi-

(1) Catrin. *Arch. de méd. milit.*, 1885.

ques, si vous les placez dans des conditions favorables à l'éclosion des miasmes. »

En Crimée, on a fait du typhus avec des cholériques, des scorbutiques, des paludéens, etc.

Incubation du typhus. — Ici encore grande divergence d'opinions : M. Jacquot donne neuf à treize jours, M. Arnould dix à douze, Baudens six, M. Roux un à soixante, M. Garcin vingt-six. Godelier a vu l'incubation atteindre cinquante jours et Bancroft affirme soixante-trois dans un cas (1809).

En Silésie, les médecins admettent les chiffres de quatorze à vingt et un jours, mais le docteur Bœckel tomba malade neuf jours après son arrivée au milieu du foyer épidémique.

Virchow se tient au chiffre de neuf à quatorze jours, qui se rapproche de celui de M. Jacquot.

Beaucoup de médecins de la marine, bien placés pour fixer la durée de l'incubation, pensent qu'elle est comprise entre huit et dix-neuf jours.

Magnus Huss : un à dix jours.

M. le médecin-inspecteur général Colin, en prenant comme moyenne quatre à cinq jours, affirme qu'en certains cas quelques heures suffisent. M. Worms a cité le fait d'un médecin mort du typhus, quarante-huit heures après son arrivée en Crimée.

Virchow, en 1848, avait insisté sur cette difficulté de reconnaître la durée de l'incubation, vu, ajoute-t-il, la difficulté de savoir le moment où commence la maladie chez les paysans, par exemple, « cette couche sociale » prêtant peu d'attention au début des maladies et ne prenant le lit que lorsqu'elles sont à leur apogée. Cette remarque n'est-elle pas jusqu'à un certain point appliquable aux soldats. Quel médecin militaire n'a vu des hommes courageux laisser évoluer des fièvres typhoïdes sans se présenter à la visite et n'entrer à l'hôpital qu'à la période d'acmé de la maladie.

D'ailleurs, les rémissions qui peuvent se présenter dans le typhus rendent encore plus difficile la fixation de la durée de l'incubation.

Virchow a cité le prince Biron de Curland, qui, le 24 février, tombait malade et ce, si gravement, que Altmann son médecin le força à quitter Breslau ; le 27, le prince était à Pless et paraissait guéri, il avait *bon appétit*, causait gaiement et avec animation, le 9 mars il était à l'agonie.

III

Symptômes. — Faire la symptomatologie du typhus est œuvre presque impossible et c'est avec le plus grand plaisir que, tout récemment, nous avons entendu M. Combemale affirmer qu'il y avait autant de cas atypiques que de typiques et que certaines récentes descriptions lui paraissaient plus théoriques que réelles.

Début. — Une fois sur trois, dit M. Jacquot, le début est brusque. Léonard et Marrit, en Algérie, Marmy, Garreaud, Baudens, Mongrand, Billot, Colin, Jaccoud, G. de Mussy, Laveran, Brault, Perrier, Lavigne, Leplat, etc., se rangent à cet avis.

Néanmoins, Jacquot, Garcin, Virchow ont cité des cas à début insidieux, quelques-uns seraient même précédés d'accès intermittents. Ce sont là des exceptions. « Le malade peut, le plus souvent, indiquer avec une précision toute mathématique l'instant où il a ressenti la première atteinte du mal » (Jaccoud).

« Ho ricevuta la pistoletta, » s'écrie Frank atteint par le fléau.

Dans l'épidémie, dont nous avons déjà parlé, nous avons fait les mêmes observations. C'est tout à coup en allant au tir à la cible, nous dit un de nos malades C... que j'ai été pris de frissons et de céphalée violente. C'est au milieu de l'exercice, nous affirme B..., que j'ai frissonné et que j'ai eu mal à la tête, etc.

Les symptômes d'invasion sont d'ailleurs ceux de presque toutes les fièvres ou maladies infectieuses : anorexie, insomnie, frissons, soif, céphalée, cauchemars. Plus fréquemment que dans d'autres pyrexies, on note des *bourdonnements d'oreilles* et mes malades ont confirmé cette observation.

La constipation est le plus souvent notée au début par tous les médecins, mais il existe des cas nombreux avec diarrhée, surtout consécutivement à un purgatif donné dès les premières plaintes du malade.

Période d'état. — Ici, nous pourrons citer tous les symptômes et aussi toutes les contradictions possibles. Faisons rapidement une revue des phénomènes les plus souvent observés, mais notons dès maintenant cette remarque si souvent faite par tous ceux qui ont écrit sur le typhus : la variabilité des symptômes.

Jacquot a insisté sur cette inconstance symptomatologique : et non seulement, dit-il, « les caractères varient avec les épidémies, mais dans la même épidémie, les malades diffèrent selon qu'on observe dans tel ou tel hôpital. »

Pour M. Quesnoy, il faudrait faire l'historique de chaque typhique. Pour M. Netter, les saisons changent les symptômes ; M. Garreau dit le typhus incohérent et Bryce, en Orient, affirme que la caractéristique du typhus est l'inconstance des symptômes.

Suchaneck, à Prague, distinguait le typhus des riches de celui des pauvres.

Graves : « Dans notre pays, cette fièvre présente une grande variété de caractères, bien plus, on peut, dans le cours d'une épidémie, constater des différences remarquables dans les manifestations morbides. » Graves admettait, d'ailleurs, six formes de typhus : avec ou sans tache, avec ou sans complications, etc.

Griesinger : « La fièvre pétéchiale offre bien plus que la fièvre typhoïde des différences marquées au point de vue des symptômes. »

En outre, la fréquence de maladies existant concurremment avec le typhus a, surtout en Orient, singulièrement compliqué la description de la fièvre pourprée, et rien n'est plus intéressant à lire à ce sujet que le mémoire de Tholozan sur les maladies de l'armée d'Orient pendant l'hiver de 1854-1855.

Parmi les symptômes du système nerveux, on note généralement la surdité, le délire, les hallucinations, le mélange d'hébétude et d'exaltation, l'insomnie, la faiblesse, la céphalée frontale.

Beaucoup d'auteurs signalent la stupeur et l'affaissement comme étant moindres que dans la fièvre typhoïde. Pour d'autres, c'est le contraire qui a lieu.

Virchow insiste sur l'absence de phénomènes cérébraux au début.

Les hallucinations furieuses, dont M. Jaccoud fait une sorte de caractéristique du typhus, ont été rencontrées, mais on voit aussi le délire tranquille.

L'ivresse vertigineuse est fréquente (Barudel, Barralier, Vital, Jaccoud).

Pour M. Perrier, l'excitation domine la stupeur.

Virchow signale la difficulté de déglutition et aussi les bourdonnements d'oreilles que M. Chauffard, à Avignon, considérait comme pathognomoniques.

MM. Garau, Vital, Barralier ont observé la voix éteinte. De même, M. Lancereaux dans l'épidémie parisienne de 1893.

On a soutenu que la diarrhée est aussi fréquente dans la fièvre typhoïde que la constipation dans le typhus. M. Thoinot dit la constipation « de règle absolue ».

En effet, la constipation est notée par MM. Jacquot, Marrit, Léonard, Brochin, Marmy, Baudens, Manouvriez, Virchow, Barralier, Laveran, Leplat, Jaccoud, etc.

Griesinger a signalé la constipation ou des selles normales.

On sait combien sont facilement atteints par le typhus les individus porteurs d'affections intestinales. « En Crimée, la majorité des victimes du typhus était atteinte de diarrhée, dysenterie, scorbut » (L. Colin).

Mais le typhus par lui-même, c'est-à-dire ne venant pas compliquer des maladies à flux intestinal, provoque souvent la diarrhée. Ainsi, la diarrhée séreuse est signalée par Scrive, Marmy.

Morel, à Colmal (1866), donne comme principaux symptômes du typhus, la fièvre et la diarrhée sans gargouillement, de même Hirtz et Bernheim.

Les trente premiers malades qu'observa M. Godelier étaient diarrhéiques. M. Lancereaux, sur les dix cas de typhus soignés à l'Hôtel-Dieu, en 1893, a décrit une diarrhée verdâtre mélangée de mucus.

M. Vital, en Algérie, signale la constipation ou la diarrhée, mais remarque que les typhus avec diarrhée étaient d'ordinaire moins graves. Cette dernière observation a été également faite par M. Arnould en Algérie, et par M. Manouvriez à Valenciennes.

M. Barralier, lors de l'épidémie de Toulon, en 1856, eut 21 p. 100 de diarrhée, 51 p. 100 de constipation et 38 p. 100 de selles normales.

Virchow, qui, dans l'épidémie de Silésie, avait insisté sur la fréquence de la constipation, a, dans les plus récentes épidémies de Berlin, vu des diarrhées très sévères. « La constipation et la diarrhée, ajoute-t-il, ne sont point ennemis irréconciliables. »

M. Tholozan, sur 1200 cas observés, affirme que 1100 eurent de la diarrhée soit au début, soit dans le cours de la maladie.

La constipation n'est donc pas un symptôme caractéristique du typhus.

Etat de la langue. — Pour MM. Jacquot, Godelier, Virchow, la langue reste humide et les fuliginosités sont rares. Pour MM. Quesnoy, Griesinger, Maugrand, Brault, etc., la langue est sèche, fendillée et les fuliginosités sont fréquentes. De même pour M. Lancereaux.

D'ailleurs, Virchow dit qu'à la fin de la maladie, la langue se sèche, elle est rissolée (rissig).

Le météorisme est rare et, en tous cas, toujours léger; parfois, nausées et vomissements.

La rate a été trouvée presque toujours hypertrophiée dans l'épidémie de Crimée, en Silésie également, mais Virchow rappelle que, dans ce pays, presque tous les habitants sont paludéens.

M. Laveran signale aussi la splénomégalie que M. Barralier n'a trouvée qu'exceptionnellement.

MM. G. de Mussy, Bally et quelques autres médecins font de la rate normale dans le typhus un signe différenciant cette maladie de la fièvre typhoïde.

Pour MM. Jacquot, Godelier, Bally, la peau est chaude, mais reste moite à toutes les périodes; beaucoup d'auteurs, au contraire, ont senti la peau sèche et la chaleur *mordicante*. Virchow insiste sur cette sensation presque douloureuse des doigts qui ont palpé la peau d'un typhique. Pringle, Thion de la Chaume, Dehorne avaient fait la même remarque.

Rares pour quelques-uns, les épistaxis sont, au contraire, signalées fréquemment par Theuerkauf [Göttingen, (1875), Quesnoy, Mongrand, Coindet, Lancereaux, etc.]

L'injection de la face et des conjonctives a été souvent notée comme un des meilleurs signes diagnostics du typhus, mais beaucoup d'auteurs passent ce symptôme sous silence.

Opinions diverses sur la bronchite qui, en général, est plus rare que dans la fièvre typhoïde.

Griesinger signale la gangrène comme une complication relativement fréquente.

Estlander, en Finlande (1866), fit la même observation; Virchow, en Silésie, a cité quelques cas de gangrène des extrémités, mais fait observer que les malades étaient paludéens. Au contraire, d'autres auteurs ont prétendu que les eschares, la tendance à la gangrène étaient beaucoup plus rares que dans la fièvre typhoïde.

Marche de la température. — Peu de travaux sur ce sujet. Baudens comparait la fièvre du typhus à une fièvre rémittente.

La précocité du maximum thermique, la rapidité de l'invasion, la faiblesse des rémissions ont été signalées comme caractéristiques de la courbe thermique du typhus, par Griesinger, Laveran, Jaccoud. Brault, Arnould constataient peu de fièvre au début.

M. le médecin-inspecteur Vallin insiste sur l'élévation thermique, même dans les cas légers, et a vu souvent la défervescence finale précédée d'une hyperthermie notable.

On sait qu'Hildenbrand regardait comme pathognomonique du typhus une rémission considérable de la fièvre au septième jour, nous avons eu un cas où le thermomètre nous a montré nettement cette rémission.

Nous avons souvent observé la défervescence rapide de la température, et pour M. le professeur Arnould, cette défervescence est assez caractéristique. M. Thoinot, au contraire, a toujours observé une chute de la température par lysis.

Mais ce qu'ont noté presque tous les observateurs, c'est la durée plus courte du cycle fébrile, nous avons également remarqué ce fait qui nous semble avoir une importance considérable au point de vue du diagnostic, bien que sa constatation soit un peu tardive.

Tandis que les bourdonnements d'oreilles sont plus fréquents que dans la fièvre typhoïde, les épistaxis, la bronchite, sont plus rares. Les douleurs iliaques, le ballonnement manquent toujours.

Éruption. — Arrivons enfin à l'éruption qui a valu son nom au typhus, et qu'on a longtemps considérée comme pathognomonique de la maladie. Cette éruption est loin d'avoir la constance qu'on lui avait attribuée, et d'après l'aveu des auteurs les plus compétents, cet exanthème peut être si fugace ou si peu net, qu'il faut bien regarder pour le voir et qu'il peut passer facilement inaperçu.

Pringle avoue que ces taches sont si petites et si peu remarquables « qu'elles peuvent échapper à la vue ».

Bien plus, l'éruption du typhus n'aurait rien de spécial,

de typique : « On peut, dit Virchow, étudier le typhus pétéchial en autant d'auteurs et sur autant de malades que l'on voudra, on ne trouvera jamais aucune différence entre l'exanthème du typhus et celui de la fièvre typhoïde, *il n'y a qu'une différence quantitative*, et, ajoute-t-il, la découverte des pétéchies n'a aucune importance pour le diagnostic. » Bien que cette dernière proposition nous semble tout au moins paradoxale, pour ne pas dire erronée, nous avons tenu néanmoins à citer ce passage d'un des maîtres en matière de typhus.

Dans son travail intitulé : « Kriegstyphus und Ruhr », Virchow a longuement défini les sens divers attachés au mot pétéchie, et décrit avec prolixité les piqûres de puces que souvent, dit-il, il hésite à distinguer des taches rosées.

Jacquot admettait deux éruptions : 1° l'exanthème tacheté; 2° l'exanthème morbiliforme, rare en Orient.

M. Quesnoy adopta cette division.

Pour Laveran, l'exanthème est morbiliforme, de même que pour Godelier, qui reconnaît que les pétéchies peuvent se joindre à l'exanthème, mais n'ont rien de caractéristique.

Virchow a souvent constaté cette éruption morbiliforme, qu'il dit parfois impossible à distinguer de l'éruption de la rougeole, et Lindwurm considère l'épidémie de Silésie observée par Virchow, comme une épidémie de rougeole maligne.

Les pétéchies caractérisent le typhus pour Gendrin, Léonard et Marrit, MM. Chauffard, Manouvriez, Coindet, Lasègue, Morache, Garreau et ce dernier affirme que l'éruption du typhus diffère absolument de celle de la fièvre typhoïde.

Gibert, sur l'*Iéna*, a toujours vu des pétéchies, mais Barralier, en Orient, en constate la rareté; Graves n'en a jamais vu, et, ajoute-t-il, « si les vraies pétéchies sont rares en Irlande, les vraies piqûres de puces y sont plus communes; il en est beaucoup qui ont pris ces piqûres de puces pour des pétéchies ».

M. Garcin, dans l'épidémie de Neufchateau, n'a vu que deux fois des pétéchies, Brault n'en a jamais remarqué au Mexique et n'a constaté que des macules; de même Morel, à Colmar.

Un grand nombre d'auteurs admettent la transformation des taches rosées en pétéchies (Griesinger, Weldelmeyer, Jaccoud, Anderson, Billot).

Enfin, sur 112 typhiques, Marmy n'a vu que 2 exanthèmes. Botkin affirme que l'éruption manque souvent, et Griesinger dit qu'elle peut varier avec l'épidémie et même manquer. Baudens, Garcin, Mongrand, Götz n'ont vu que des roséoles, qui peuvent être si pâles, dit Bärensprung, qu'on a peine à les distinguer.

Woodward trouva si rarement l'éruption pendant la guerre de la sécession, qu'il se demande s'il n'avait pas affaire au typhus cérébro-spinal, plutôt qu'au pétéchial.

M. J. Arnould, tout en reconnaissant que ce sont des cas exceptionnels, admet qu'il peut y avoir fusion des formes, c'est-à-dire qu'on peut avoir des pétéchies dans la fièvre typhoïde et des taches rosées dans le typhus.

M. Jaccoud, dans les cas légers, signale l'absence d'éruption, de même M. Manouvriez dans l'épidémie de Valenciennes.

Blanvillain, en Orient, n'a jamais observé aucun symptôme cutané.

Quelle est, pour les auteurs qui admettent l'importance de cette éruption, la date de son apparition?

Jacquot, Jaccoud disent du deuxième au cinquième jour, Chauffard, Pringle, du quatrième au cinquième; Coindet, Perrier, du cinquième au neuvième; Suchaneck, Griesinger, Godelier, Laveran, du troisième au sixième; Billot, Dümler, Fustenberg assignent le troisième jour, Götz le deuxième, Brault affirme n'avoir jamais vu l'exanthème avant le cinquième jour, Mongrand avant le neuvième.

Enfin, on a signalé des sudamina, de l'urticaire dans diverses épidémies. On voit donc encore ici des divergences nombreuses.

Dans l'épidémie que j'ai observée, l'éruption a été constante et m'a frappé par son abondance; en de certains cas, la confluence était telle que les taches réunies formaient de véritables plaques; les pétéchies étaient fréquentes mais presque toutes résultaient de la transformation des taches rosées. En outre, j'ai souvent vu un piqueté hémorragique et parfois de véritables ecchymoses, qu'il ne faut pas confondre avec les taches ombrées.

On voit que si l'on consulte les nombreux auteurs que nous avons d'ailleurs si parcimonieusement cités, on est loin d'arriver aux conclusions de M. Thoinot : « Les traits cliniques du typhus sont constants, nets, aussi bien que ceux de la pneumonie, de la variole, des maladies les mieux caractérisées. »

Néanmoins, cet auteur reconnaît « qu'un cas isolé de typhus exanthématique ne sera jamais reconnu ».

Et cependant, avec M. Thoinot nous croyons que le typhus est caractérisé par son début brusque, sa marche rapide, son tracé thermométrique, son éruption, l'absence de météorisme et de gargouillement, et enfin la constipation.

Marche; type; période. — Dans une maladie dont la variabilité est la caractéristique, on comprend combien il est facile de multiplier les types et les périodes, aussi ne dirons-nous qu'un mot sur ce sujet.

Hildenbrand comptait huit périodes, Cazalas, comme beaucoup d'autres, les a vainement cherchées.

Sauvage décrit neuf genres de typhus.

On a divisé le typhus en type intermittent, rémittent, etc.

M. Jaccoud admet une forme ambulatoire, une abortive, une foudroyante, M. Talamon des formes brusques, graves, anormales, compliquées.

La division la plus simple nous semble la meilleure et en admettant une période d'augment, une d'état et une de décroissance si courte qu'elle se confond avec la convalescence, on a un tableau aussi clair que possible de la maladie.

Durée. — Nous trouvons ici un point sur lequel l'accord est à peu près parfait, sauf naturellement chez les identistes et encore Mongrand, qui ne voyait entre le typhus et la fièvre typhoïde qu'une affaire de degré, reconnaissait-il une durée moindre à la fièvre tachetée.

Jacquot, Blanvillain, en Crimée, dix à onze jours.

Garreau, en Crimée, onze à douze jours.

Baudens, en Crimée, douze à quinze jours.

Bally, Godelier, Chauffard, Griesinger, Botkin, quatorze à vingt jours.

Marrit et Léonard, en Algérie, Faure à Toulon, Bärensprung et Virchow en Silésie, douze à quatorze jours.

Billot, au Frioul, huit à seize jours.

Suchaneck (Silésie) onze à vingt-deux jours.

Barralier, Vital, seize jours.

Une moyenne de tous ces chiffres donne 11,2 comme minimum, 16 comme maximum.

Dans l'épidémie que j'ai observée la durée moyenne a été de 14,73.

IV

Anatomie pathologique. — Nous arrivons à ce qui est pour nous la base du diagnostic du typhus, jusqu'à ce que la bactériologie ait parlé, et avec M. Laveran nous dirons volontiers : « Le diagnostic est écrit dans l'intestin du malade. »

Néanmoins, il y aurait actuellement à faire des réserves, car les faits de MM. Vaillard, Vincent, Chantemesse, Du Cazal ont montré que la fièvre typhoïde pouvait, elle aussi, évoluer sans produire de lésions intestinales et que la bactériologie pouvait seule, dans ces cas, poser le diagnostic de fièvre typhoïde.

Néanmoins, même ces réserves faites, il ne faudrait pas croire qu'il existe un critérium anatomo-pathologique du typhus, car c'est plutôt l'absence des lésions qui caractérise le typhus et c'est surtout l'état normal de l'intestin qui permet de différencier de la fièvre typhoïde, affection avec laquelle la confusion est la plus fréquente, bien que M. Talamon n'admette aucune analogie entre ces deux maladies. Mais l'unanimité n'existe en aucun point quand il s'agit de typhus et certains auteurs affirment avoir toujours vu les lésions des plaques de Peyer dans le typhus, Prudhomme croit même que ceux qui nient ces lésions sont des médecins qui ne font pas d'autopsies.

Pour Marmy, il n'y a qu'une affaire de degré entre les lésions de la fièvre typhoïde et celles du typhus, Briquet a trouvé les lésions de la fièvre typhoïde 31 fois sur 35 autopsies, et pour Becquerel, si on ne les constate pas plus souvent, c'est grâce à la rapidité avec laquelle la mort survient.

Mais à côté de ces quelques contradicteurs, nous citerons une pléiade d'auteurs qui, jamais, n'ont constaté de lésions intestinales dans le typhus : Griesinger, Barralier, Laveran, Virchow, Jaccoud, Quesnoy, Baudens, Chauffard, Forget, Bailly, Tholozan, Cazalas, Godelier, Landouzy, Billot, Barudel, Haspel, Manouvriez, Dümler, Bärensprung, Vital, Perrier, Mœring, Lallemand, Faure, Flint, Parisot, Herzog, Fouquier, Kelsch, Thoinot, etc.

Les lésions les plus fréquemment signalées sont celles du cerveau que pourtant Vital, Laveran, traitent de banales, ne considérant comme caractéristiques que les lésions du cœur, sur lesquelles Stokes avait insisté.

Les lésions du cerveau ont été souvent observées par Jacquot, Jaccoud, Virchow, Brault, Coindet, Baudens, Perrier, Barralier; Cazalas et Petit les disent même constantes, et seules, dit Quesnoy, elles peuvent expliquer la mort.

Tholozan les constate 47 fois sur 79 autopsies.

Quant à la nature de ces lésions, c'est tantôt le ramollissement par places (Quesnoy), l'hypérémie généralisée (Griesinger, Jaccoud, Barralier, etc.).

Virchow, Jacquot, Lallemand, ont décrit l'hypertrophie des glandes de Pacchioni et la fréquence des plaques opalines le long de la scissure interhémisphérique.

Comme Graves, Godelier ne trouve qu'un caractère anatomo-pathologique constant dans les autopsies des typhiques : la congestion des organes internes.

La rate a été trouvée hypertrophiée par Marmy, Griesinger, Mongrand, Tholozan, Godelier, Billot, Jacquot, Virchow, Dümler, et elle était normale à Toulon (Barralier), au Mexique (Brault).

Sur les deux autopsies de Lancereaux : une fois la rate est normale, une fois hypertrophiée.

On a, selon les épidémies, trouvé plus ou moins fréquemment des lésions pulmonaires; en Crimée, on remarqua cette particularité que ces lésions, rares chez les Français, étaient très fréquentes chez les Russes.

Quelques auteurs ont aussi parlé de lésions rénales.

Dans les trois autopsies que nous avons pratiquées, nous avons constaté une absence complète de lésions intestinales et des lésions cérébrales variées; dans deux cas, la rate était hypertrophiée, dans le troisième, elle était normale.

Mortalité. — Encore à ce chapitre, nous allons voir les chiffres varier considérablement avec les épidémies, avec les auteurs.

Jacquot constate 30 décès sur 100 malades, 20 p. 100 dans les cas légers, 40 dans les cas graves. On a rappelé bien des fois cette mortalité effrayante de l'ambulance Goût, en Crimée, où, sur 375 cas, il y eut 370 décès.

A côté de ces pourcentages réellement terrifiants, Garcin n'a pas un décès sur 9 cas, Godelier, 14 morts p. 100, Mongrand, 17 p. 100, Griesinger, 15 à 20 p. 100, Manouvriez, 2 p. 100.

Barralier cite des épidémies à chiffres de mortalité divers : 1 sur 10, 1 sur 7, 1 sur 4, 1 sur 2. Graves, sur les émigrants, constate un décès sur 2 cas.

Brault, 40 p. 100, Vital, 29 p. 100, Leplat, 16 p. 100, Frison, 7 p. 100, Lavigne, 34 p. 100, Chauffard, 33 p. 100, Léonard et Marrit, 49 p. 100, Thoinot, 16 morts sur 84 cas. Jacquot montre que les statistiques varient avec les épidémies, les localités, les hommes atteints. A Condé, nous avons eu 3 décès sur 19 cas.

Convalescence. — D'ordinaire la convalescence survient brusquement avec la chute de la fièvre qui, rarement, a lieu par lysis. Bouchardat en conclut que le parasite du typhus doit quitter l'organisme plus tôt que celui de la fièvre typhoïde.

A Rouissan (1878), cette convalescence brusque était exceptionnelle (Gestin).

Dans l'épidémie que nous avons observée, nous avons toujours vu la convalescence s'établir rapidement et, presque immédiatement après, nous avons pu nourrir nos malades sans aucun inconvénient.

Diagnostic. — Pour Blanvillain, le diagnostic est facile, et pour Jenner, il n'y a pas plus de rapport entre la fièvre typhoïde et le typhus qu'entre la scarlatine et la variole (1); Griesinger, au contraire, avoue que le diagnostic est souvent difficile, quelquefois impossible, et, dans le même sens, M. L. Colin dit : « L'autopsie dément parfois les diagnostics les plus laborieusement élaborés. »

Les signes spéciaux, affirme M. Arnould, n'ont pas de rigueur et l'enchevêtrement pathologique se rencontre à chaque pas dans les trois typhus : abdominal, exanthématique et récurrent.

Presque tous les observateurs sont d'accord pour reconnaître la plus courte durée du typhus, la rapidité de sa convalescence et la brusquerie du début.

Le cycle thermique est différent dans les deux maladies.

L'éruption est considérée comme caractéristique par certains, non pathognomonique par d'autres.

(1) Pour M. Thoinot, « les traits cliniques du typhus sont aussi nets, aussi tranchés que ceux de la pneumonie, de la variole, des maladies aiguës les mieux caractérisées en un mot ».

Les bourdonnements d'oreille seraient plus spéciaux au typhus (Chauffard).

L'absence de lésions intestinales a une grande valeur pour le diagnostic.

A notre avis, le diagnostic peut se baser :

1° Sur les allures bizarres de la maladie ; quiconque a observé des fièvres typhoïdes et se trouve en présence de cas de typhus, posera presque toujours, de prime abord, le diagnostic de fièvre typhoïde anomale, s'il a oublié ou s'il ne connaît pas le typhus ; mais en lisant les descriptions de cette maladie, il ne tardera pas à rectifier son diagnostic ;

2° L'absence de lésions intestinales ;

3° La durée de la maladie ;

4° La brusquerie du début, la chute brusque de la fièvre et l'amendement rapide des symptômes ;

5° L'éruption ;

6° Mais avec beaucoup de réserves la fréquence de la constipation.

Contagion. — Cette question est également très controversée.

Baudens dit la contagion incontestable et rappelle des personnes contractant le typhus après une seule visite sur un navire où règnait le typhus (épidémie du Sheah-Gehald).

M. Chauffard n'admet que la contagion et s'appuie sur l'absence du typhus dans la guerre de 1870 pour légitimer son opinion.

La contagion est une des caractéristiques du typhus dit Hecker.

MM. Boudin, Laveran, Coindet, Brault, Vital, Thoinot sont contagionnistes.

Morache nie, au contraire, la contagion.

« Les Anglais ne semblent-ils pas, en Crimée, dire non aux contagionnistes », écrit M. Guillemin, qui fait, en outre, remarquer qu'en Irlande, en Algérie, en Crimée, on a vu entre deux villages, deux baraques infectés, un village, une baraque indemne, aussi cet auteur n'admet-il la contagion que s'il y a encombrement et M. Jacquot rappelle « que le typhus n'atteignait personne au delà de la largeur de la rue ».

Quesnoy n'eut pas un cas de contagion dans le vaste hôpital de l'Ambassade russe à Constantinople.

Godelier au Val-de-Grâce, Blanvillain en Crimée, Habert à Sahrau, Bärensprung en Silésie, M. Lancereaux à l'Hôtel-Dieu, en 1893, n'ont vu que des cas très rares de contagion.

Pour Billot, au Frioul, la contagion est douteuse.

Cazalas, Marmy : la contagion de lit à lit n'a pu être notée. Pour M. Thoinot, il faut le contact direct.

M. L. Colin : un typhique isolé n'amène pas le typhus.

Pour Virchow, la mortalité considérable des médecins, des infirmiers, des ministres du culte, invoquée en faveur de la contagion, ne constitue pas un argument de grande valeur, ces personnes étant placées dans des conditions identiques à celles des malades, grâce à leur séjour prolongé dans les hôpitaux.

A Orléansville, Leplat n'eut pas un cas de contagion à l'hôpital et les malades soignés en ville ne répandirent pas le mal dans leurs familles.

Enfin, on ne peut parler de la contagiosité du typhus, sans signaler cette singularité (Perrier, Perrin, Fabriès, Arnould) d'Arabes faméliques mais non typhiques, communiquant le typhus, « porte-microbes inconscients, malfaiteurs sans le vouloir ».

V

BACTÉRIOLOGIE. — Nous hésitons à traiter cette question, non que manquent les microbes pathogènes ou supposés tels, mais précisément leur abondance est un peu gênante et les preuves apportées par les différents bactériologistes sont encore un peu précaires.

Nous énumérerons donc rapidement les différents micro-organismes qui ont été accusés de produire le typhus.

Une excellente Revue de M. Gouget sur la bactériologie du typhus exanthématique a été publiée dans la *Semaine médicale* du 25 février 1893, nous prierons les lecteurs de s'y reporter pour plus de détails.

En 1881, Brautlecht aurait isolé de l'urine de plusieurs malades un microbe qui n'a jamais été retrouvé pas plus que le coccus que M. Hallier avait constaté dans le sang.

MM. Moreau et Cochez, lors de l'épidémie de Birkhadem (Algérie), en 1885, trouvèrent un bacille très voisin de celui de la fièvre typhoïde, mais leur communication qui parut dans la *Gazette hebdomadaire* n'a pas eu de suites.

Ali Cohen (1887), non cité par M. Gouget, aurait constaté dans la rate d'un malade mort du typhus exanthématique un bacille qui donnait le choléra Roth aussi vite et aussi facilement que le bacille Komma.

Vient ensuite le strepto-bacille du professeur Hlava, qu'il aurait réussi à cultiver et même à inoculer à des porcs (1888).

Babes aurait aussi cultivé une bactérie mobile rencontrée dans deux cas seulement.

Lewaschew de Kazan, en 1891-1892, dans le sang de la rate ou du doigt, aurait, mais avec de très forts grossissements, constaté dans le sang des typhiques la présence de corpuscules arrondis, mobiles qui, à une période avancée de la maladie, seraient en outre munis d'un prolongement filamenteux mobile, contourné, véritable spirille dont les mouvements se ralentissent peu à peu.

Des figures très analogues, si ce n'est identiques, avaient été antérieurement trouvées par MM. Thoinot et Calmettes, dans quatre cas de typhus en 1892, mais après une première communication faite en commun par ces deux observateurs, M. Thoinot semble avoir abandonné la question ; au contraire, M. Calmettes a continué ses travaux et en a communiqué le résultat dans divers mémoires qu'il a résumés dans les *Annales de micrographie* (février 1893). Le micro-organisme de M. Calmettes serait un champignon du groupe des ascomicètes ou des ustilaginées, il existerait non seulement dans le sang, mais encore dans les urines, les crachats des malades atteints de typhus exanthématique.

« Pour certains auteurs, ces prétendus parasites ne seraient que des globules sanguins déformés ; cependant les cultures semblent protester contre cette interprétation » (Gouget).

Il est certain que le micro-organisme décrit par M. Calmettes, et qui n'aurait pas moins de quatre formes, s'éloigne de tous les types connus jusqu'à ce jour, néanmoins il méritait d'être cité, si la réalité des cultures est incontestée et peut-être a-t-on été un peu hâtif en l'appelant « organisme en trois actes et à transformation » (1).

M. Legendre aurait, dans un cas de typhus, trouvé un bacille spécial dont il a parlé dans une des dernières séances de la Société médicale des hôpitaux.

(1) *Méd. moderne*, 1893.

Enfin MM. Dubief et Bruhl n'auraient jamais constaté dans le sang de la rate l'organisme de Lewaschew ou de Calmettes, mais ils ont, dans neuf cas, trouvé un diplocoque qui, dans le poumon, se trouve à l'état de culture pure, qui se cultive sur bouillon, gélatine, agar et qui, inoculé à un lapin, le tue en trois jours après avoir produit une hyperthermie considérable.

MM. Dubief et Bruhl ont dénommé ce diplocoque « diplococcus exanthematicus ».

Si brièvement qu'ait été exposée la question, on voit qu'elle est loin d'être résolue et des recherches bactériologiques actuelles, une seule vérité ressort jusqu'à ce jour, c'est la non-identité du typhus exanthématique et de la fièvre typhoïde, car jamais, dans aucun cas, on n'a trouvé le bacille d'Éberth soit dans le sang, soit dans la pulpe splénique ou dans les autres organes.

Ce résultat est considérable et d'ailleurs la microbie n'a peut-être pas dit son dernier mot.

Quoi qu'il en soit, on peut, d'après la clinique, préjuger que le micro-organisme du typhus est peu diffusible, qu'il a une période de virulence plus courte que celle du bacille d'Éberth, qu'il peut être transporté par un tiers indemne et qu'enfin, il peut très longtemps persister à l'état latent, dans un habitat qui nous est inconnu, tout prêt à s'éveiller lorsque des conditions favorisantes viendront à se produire : encombrement, famine, malpropreté.

VI

Traitement. — Nous rappellerons, au début de ce chapitre, ces philosophiques paroles de M. le médecin-inspecteur Marmy : « La question du diagnostic du typhus et de la fièvre typhoïde est une affaire d'amour-propre, car le traitement est le même. »

Plus de trente ans après, M. Lancereaux tient un langage analogue, élargissant davantage encore le débat : « Je pensai que le traitement du typhus devait reposer sur les mêmes bases que celui de toutes les maladies aiguës ; or, n'admettant de traitement systématique pour aucune d'elles, j'arrivai à l'idée qu'il fallait traiter d'après les indications et que les plus importantes, dans l'espèce, devaient avoir pour objectif d'*abaisser la température*, de *diminuer la sécheresse des téguments* et de *relever l'état d'affaissement du système nerveux* (1). » On ne niera pas que ces trois médications ne soient presque toujours prescrites dans la fièvre typhoïde.

Le traitement du typhus est certes difficile à décrire, aussi les auteurs sont-ils, en général, très sobres sur ce sujet, sauf, parmi les modernes, Graves, dont la thérapeutique peut sembler parfois un peu subtile.

Virchow en était arrivé à conseiller l'expectation. Un grand nombre de médecins ont préconisé le sulfate de quinine et, depuis longtemps, le quinquina était employé surtout pendant la convalescence.

Nous ne dirons pas l'engouement, selon les époques, et de l'émétique et de la saignée; depuis longtemps, déjà, ces méthodes ont été abandonnées et même au temps où florissait la doctrine broussaisienne, beaucoup de praticiens reconnaissaient que la saignée était souvent contre-indiquée, surtout dans la seconde période pendant laquelle elle pouvait devenir mortelle.

Récemment, on a soutenu que les bains froids efficaces contre la fièvre typhoïde étaient sans action contre le typhus, on a même été jusqu'à faire de cette différence d'action dans les deux maladies un moyen de diagnostic. Mais d'autre part, M. Lancereaux et plusieurs médecins des hôpitaux de Paris ont employé avec succès les bains tièdes et même les bains froids.

(1) Acad. de méd., séance du 16 mai 1893.

Ils avaient été précédés dans cette voie par Currie, de Liverpool, qui publia 153 observations de typhus, dans lesquelles il avait usé largement des affusions froides sur la tête du malade, et avec un tel succès que sa méthode se généralisa en Angleterre. On usa également de ce moyen dans l'épidémie de Breslau, en 1737. En résumé : lotions froides ou bains tièdes ou froids, sulfate de quinine, caféine, éther, potion de Todd à l'extrait de quinquina, régime lacté, tels sont, brièvement résumés, les divers moyens à opposer aux symptômes principaux du typhus. De traitement spécifique, il n'en est point, sauf pour les Brandistes, qui pourront ériger en traitement systématique les bains froids, comme ils l'ont déjà fait pour la fièvre typhoïde (1). La prophylaxie du typhus est, au contraire, toute-puissante.

Grâce aux progrès de l'hygiène, le typhus ne pourra plus se développer, a dit M. le médecin-inspecteur L. Colin.

Tous les faits prouvent que la véritable immunité typhique est dans l'hygiène, assure M. le professeur Arnould.

Dès 1848, Virchow ne craignait point d'affirmer que l'origine des épidémies de typhus devait être attribuée à l'ignorance des hommes et à la négligence des gouvernements. Une des principales mesures hygiéniques est la ventilation, dont M. Lancereaux a vanté l'efficacité. Meilleure sera la ventilation, assure Griesinger, meilleur sera le traitement.

La rapidité avec laquelle on est parvenu, à Paris, à enrayer, à limiter l'épidémie, est d'ailleurs la plus éloquente preuve de l'efficacité des mesures hygiéniques et de la puissance des moyens de désinfection.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour trois places de médecin au Bureau central s'est terminé par la nomination de MM. Achard, Lebreton et Widal. Nos compliments tout particuliers à MM. Achard et Widal, dont nos lecteurs n'ont pas oublié les « Revues générales » publiées dans ce journal.

— Par décret, en date du 28 juin 1893, M. le docteur Jean Verthac, médecin des hospices de Brive (Corrèze), a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 5 juillet 1893, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le médecin principal de première classe Van Merris; MM. les médecins principaux de deuxième classe Mathias et Barbier; MM. les médecins-majors de première classe Boncour, Arnaud et Coustan.

Au grade de chevalier. — M. le médecin principal de deuxième classe Delorme; MM. les médecins-majors de première classe Bruant, Boutié, Cicile, Potheau, Tardif, Sacreste, Lobit; MM. les médecins-majors de deuxième classe Pierron, Richard, Salle, Radouan, Ferrié, Louis, Cauchy, Jarry, Lemarchand, Lévèque, Chenet, Baills; M. Vallois, médecin-major de deuxième classe au bataillon des régiments étrangers, détaché au Dahomey; MM. les pharmaciens-majors de première classe Périer, Jehl; M. le pharmacien-major de deuxième classe Durand; M. le médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale Moriez.

(1) M. Sapelier, à Nanterre, a insisté sur les bons résultats qu'il aurait obtenus par les injections intra-veineuses de sérum artificiel. Ce traitement a été appliqué dans 12 cas, qui ont donné 6 morts et 6 guérisons; mais c'est seulement dans des cas extrêmement graves que ces injections ont été employées.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Fête nationale du 14 juillet. Billets d'aller et retour à prix réduits.* — La Compagnie informe le public qu'à l'occasion de la Fête nationale, les billets d'aller et retour, délivrés du 7 au 15 juillet inclusivement, en vertu du tarif spécial G. V. n° 2, seront tous indistinctement valables pour le retour jusqu'aux derniers trains de la journée du 17 juillet.

Cette validité pourra être prolongée à deux reprises et de moitié (les fractions de jour comptant pour un jour), moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix des billets.

Les billets d'aller et retour, délivrés de ou pour Paris, Lyon et Marseille, conserveront leur validité normale, lorsqu'elle sera supérieure à celle fixée ci-dessus.

— *Fête nationale du 14 juillet.* — A l'occasion de la Fête nationale du 14 juillet, la Compagnie organisera pour Paris des trains de plaisir, à prix très réduits, composés de voitures de 2e et 3e classe permettant de passer plusieurs jours à Paris.

Ces trains, qui desserviront toutes les gares du réseau, partiront et reviendront aux dates ci-après :

		départ le	juillet,	retour le
Cette	départ le	10	juillet, retour le	19
Valence	—	8	— —	17
Clermont-Ferrand	départ le	9	juillet, retour le	17
Dijon	—	9	— —	16
Marseille	—	9	— —	18
Besançon	—	10	— —	17
Saint-Étienne	—	11	— —	19
Lyon	—	11	— —	19
Genève	—	12	— —	20
Nevers	—	12	— —	18

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

99

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre....................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux....................		
Chlorure de sodium....................		
Matières organiques....................		

Cette eau est arsenicale ; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

22

HAMAMELINE-ROYA

Principe actif de l'HAMAMELIS-VIRG :

HÉMORRAGIES, PHLÉBITES, HÉMORROÏDES, VARICES, MÉTRITES, ETC. — *3 cuillerées à soupe par jour.* Phie Lachartre, 19, rue des Mathurins, Paris.

55

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PAR LE CARBONATE DE GAÏACOL VIGIER

EN CAPSULES DE 0gr10 CENTIGR.

Dose : *de 2 à 6 capsules par jour.*

Le **CARBONATE DE GAÏACOL** jouit des **vertus curatives** du gaïacol sans en avoir les *effets irritants.* Traversant l'**estomac** sans se décomposer, il agit dans l'**intestin.** Ne troublant pas les **fonctions digestives,** il remplace avantageusement le **gaïacol** et la **créosote.**

Phie Vigier, 12, boulev. Bonne-Nouvelle, Paris.

65

SANTAL SAVARESSE

en capsules anglaises de MEMBRANE ORGANIQUE

Ces capsules se dissolvent dans les **intestins,** sans nausées ni troubles digestifs.

Evans Lescher et Webb, Londres.

Paris : Béral, phien, r. de la Paix ; Marchand, r. Grenier-St-Lazare ; Conor, r. Barbette, et phies.

11

CHLORÉTHYLE BENGUÉ



ANESTHÉSIE LOCALE — NÉVRALGIES

Dr Bengué, phien, 34, rue La Bruyère, Paris.

10

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

44

NI GASTRALGIES, NI ENTERALGIES !

ROB LECHAUX

La cuillerée à soupe contient :

Iodure de potassium recristallisé.	0gr 40
Extrait de quinquina calisaia. . .	0 20
Extrait de salsepareille	0 25

RACHITISME, SYPHILIS
ANÉMIES GRAVES
MALADIES DE LA PEAU
ADÉNOPATHIES STRUMEUSES

Envoi gracieux d'échantillons aux médecins.

164, rue Ste-Catherine, Bordeaux, et phies.

79

LE CHARBON DE BELLOC

soit en poudre, soit en pastilles, est un des remèdes qui rendent le plus de services dans la *dyspepsie* et la *gastralgie.* L'Académie de médecine de Paris, après de nombreuses expériences faites par une commission nommée à cet effet, a approuvé et recommandé l'emploi du Charbon de Belloc pour le traitement de ces maladies qui, dit-elle, « font trop souvent le désespoir des malades et des médecins ».

Le plus souvent, le bien-être se fait sentir dès les premières doses.

La Poudre se prend à la dose de 2 à 6 cuillères à soupe par jour, soit avant, soit après le repas, avec un peu d'eau. Les Pastilles se prennent après les repas à la dose de 4 à 12 par jour. Prix du flacon de poudre : 2 francs ; de la boîte de Pastilles, 2 fr. 50. — Exiger la signature et le cachet du Dr Belloc. — Fabrication : Maison L. Frere, A. Champigny et Cie, successeurs, 19, rue Jacob, Paris.

36

CÉRÉBRINE

(*Coca-Théine analgésique Pausodun*)

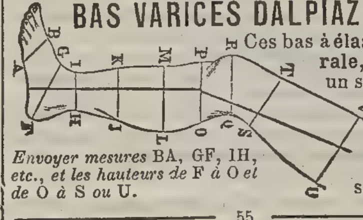
Migraines, Névralgies, Vertige stomacal, Zona, Courbature, Grippe, Coliques menstruelles. — C. BROMEE et C. IODEE : **Névroses, Névralgies** rebelles ou diathésiques, Etats congestifs du cerveau.

Eug. Fournier, pharmacien de 1re classe, ex interne des hôpitaux, *114, rue de Provence (Pharmacie du Printemps), Paris,* et toutes phies.

33

BAS VARICES DALPIAZ

R. St-HONORÉ 275, PARIS



Ces bas à **élasticité latérale,** procurent un soulagement immédiat. Les bas n'allnt pas parfaitemt st **échangés.**

Envoyer mesures BA, GF, IH, etc., et les hauteurs de F à O et de O à S ou U.

55

APIOL DES DOCTEURS JORET & HOMOLLE

Aménorrhée, Dysménorrhée, Métrorrhagie.

ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARIS.

1 caps. 0,20 cent. matin et soir pendant 5 à 6 jours à l'époque présumée des règles.

Dépôt général : Phie Briant, 150, rue Rivoli.

23

HAMAMELIS DU Dr LUDLAM

Gouttes concentrées, véritable spécifique des hémorrhoïdes, varices, puissant hémostatique. — Paris, Phie Cabanès, 34, Bd Haussmann. — Ech. sr dem.

93

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Dépôt : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie Brunschwik.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

99

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE

Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

Prix du flacon : 4 francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

99

STÉRÉSOL

VERNIS ANTISEPTIQUE

Adhérent aux MUQUEUSES et à la PEAU

Diphtérie, Angines, Ulcérations muqueuses et cutanées.

Dépôt : Meunier, phien à Grenoble (Isère).

12

LIQUIDES ORGANIQUES

d'après les **PROCÉDÉS** de

BROWN-SEQUARD

ADMIS DANS LES HOPITAUX



MÉDAILLE D'OR
Marseille 1893

La boîte de 12 ampoules de 3 c. c., **20 fr.**

contre mandat accompagné de la carte du médecin traitant.

LABORATOIRE DE PRODUITS PHYSIOLOGIQUES
CHAIX et RÉMY
Rue de l'Orne, 10, Paris.

79

ERGOTINE BONJEAN

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

LE MEILLEUR HÉMOSTATIQUE

Potions, Solutions, Injections hypodermiques.

DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN

15 centigr., contre *Hémorrhagies de toute nature, Dysenteries, Diarrhées chroniques, etc.*

Dépôt : Labélonye et Cie, et toutes phies.

64

Dans les **congestions** *et les* **troubles fonctionnels du foie,** *la* **dyspepsie atonique,** *les* **fièvres intermittentes,** *les* **cachexies** *d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds,* on prescrit dans les hôpitaux, A PARIS ET A VICHY, de 50 à 100 gouttes par jour de **BOLDO-VERNE** ou 4 cuillerées à café d'**ELIXIR de BOLDO-VERNE.** — Dépt : Verne, profr à l'Ec. de méd., Grenoble (France), et phies de France et Etranger.

46

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Viande crue, Alcool, Écorces d'oranges amères, Phtisie, Anémie, Convalescence.

Paris, 20, place des Vosges.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 10 juillet 1893.

La Chambre des députés vient de voter, en deuxième lecture, la loi qui régit l'exercice de la pharmacie. Le texte comprend vingt-sept articles, dont les dix premiers réglementent les conditions requises pour ouvrir et gérer une officine pharmaceutique.

L'article 11 vise un point délicat des rapports du médecin et du pharmacien. Il condamne à une amende de 500 à 3000 francs le médecin et le pharmacien qui se sont associés pour retirer des bénéfices communs de la vente d'un médicament. Cette association scandaleuse du médecin traitant et du pharmacien est heureusement exceptionnelle; nous sommes heureux de voir ses rares adeptes tomber sous le coup de la loi.

L'article suivant règle les conditions dans lesquelles les médecins peuvent délivrer des médicaments : tous les médecins dans le cas d'urgence, et, d'une façon habituelle, tous les médecins habitant dans une commune à plus de 4 kilomètres d'une officine pharmaceutique.

La nouvelle loi autorise le pharmacien à délivrer, *sans ordonnance*, tout médicament simple ou composé, sous trois conditions : 1° qu'il ne soit pas dérogé aux lois sur l'exercice illégal de la médecine; 2° qu'une étiquette explicative énumère les substances employées dans le médicament vendu directement par le pharmacien; 3° que certaines substances actives, dont la liste sera déterminée, ne pourront jamais être délivrées sans une prescription émanant du médecin.

Nous pensons que la loi nouvelle, malgré son désir d'empêcher l'exercice illégal de la médecine par le pharmacien, lui prête, au contraire, un certain appui. En effet, tout en admettant, ce qui est invraisemblable, que la liste des médicaments réservés au médecin sera des plus longues, on n'empêchera pas certains industriels, tenant officine, de vendre directement, et à grands renforts de réclame, un remède contre une affection courante : la coqueluche, la diarrhée, la grippe. Le flacon contiendra des substances permises; l'étiquette en fera foi. Le malade grippé, ou qui se croit grippé, entrera directement demander le remède contre la grippe et le médicament plus ou moins complexe, plus ou moins nocif lui sera délivré sur sa simple demande. C'est là de l'exercice illégal de la médecine et puisque la liste des médicaments interdits est encore à publier, nous demandons qu'elle comprenne le plus grand nombre possible de médicaments et qu'elle réserve à la vente directe les substances absolument inoffensives et d'un usage courant.

L'inscription, sur l'étiquette, des substances contenues et de leurs doses est une mesure louable à plus d'un titre; mais pourquoi la limiter au seul cas où le pharmacien délivre directement le médicament? Nous aurions voulu la voir indistinctement sur toute étiquette. Cette simple précaution éviterait bien des méprises et souvent de terribles accidents. En Angleterre, en Autriche, l'étiquette reproduit en partie l'ordonnance, chez nous, nous voyons simplement : « Potion ou solution suivant la formule, n°... » Nous nous demandons comment le médecin peut reconnaître, au milieu d'autres, la potion récemment prescrite, comment le chirurgien peut distinguer la solution toxique de sublimé de la solution inoffensive d'acide borique, comment il pourra reconnaître les titres de différentes solutions d'acide phénique. D'ailleurs beaucoup de praticiens remédient avec raison à cette insuffisance de la loi en inscrivant cette mention sur leur ordonnance : « Prière de reproduire la formule sur l'étiquette .»

Nous approuvons sans réserves la défense formelle faite au pharmacien de renouveler certains médicaments sans ordonnance nouvelle. Toute ordonnance devra être timbrée et datée par le pharmacien qui l'a exécutée. Elle ne pourra être renouvelée que si elle est exempte de certaines substances dont l'usage habituel ou immodéré est reconnu dangereux. Puisse cette précaution diminuer le terrible abus de la morphine, jusqu'ici facilité par la législation en vigueur.

Les derniers articles visent la police et l'inspection de la pharmacie, ainsi que les dispositions pénales.

On se souvient qu'il y a quelque temps, des auteurs ont soutenu, à titre de pure hypothèse sans doute, que les vaccinations antirabiques pourraient avoir une influence favorable sur l'épilepsie. Cette hypothèse n'a guère reçu de sanction, et un fait apporté par M. Ballet (Société Médicale des hôpitaux, séance du 7 juillet) semble l'infirmer complètement. M. Ballet a présenté, en effet, un jeune homme atteint de crises de mal comitial depuis l'enfance. Il y a peu de temps, un chien enragé le mordit au bras droit. Le jeune homme fut guéri par la méthode de Pasteur... mais depuis cette

époque, les crises épileptiques ont reparu. Il est certain que la vaccination antirabique n'a pas augmenté l'épilepsie... il est certain aussi qu'elle ne l'a pas guérie.

La semaine dernière, M. Chantemesse publiait un long travail dans la *Semaine médicale*, dans lequel il soutenait la transmission du typhus par la voie pulmonaire.

C'est contre cette théorie que M. Netter s'élève, et contre laquelle il invoque les arguments suivants.

Et d'abord, on croit la transmission pulmonaire possible à cause de la fréquence des altérations pulmonaires et pharyngées. Dans le typhus exanthématique, tous les auteurs qui ont comparé le typhus à la fièvre typhoïde ont dit les altérations des voies aériennes plus fréquentes dans la fièvre typhoïde. On ne saurait considérer ces altèrations comme témoignant en faveur de l'infection pulmonaire dans le typhus, sans admettre en même temps que ce mode d'infection doit être de règle dans la fièvre typhoïde, et cependant M. Chantemesse admet avec raison dans celle-ci un tout autre mode d'infection, alors que l'agent de la fièvre typhoïde a été souvent trouvé par lui dans le poumon.

Le principal argument épidémiologique est fourni par quatre personnes qui auraient contracté le typhus dans une salle où séjournaient des vagabonds crachant sur le parquet. Mais la personne la plus disposée à inhaler ces poussières de crachats, le garçon de salle qui balayait le parquet, n'a pas pris le typhus, et les personnes contaminées exerçaient des professions pouvant les mettre en rapport avec la clientèle normale des hôpitaux de typhiques.

En disant que la contagion du typhus demande ordinairement un contact intime et prolongé avec le typhique ou les objets approchés par le typhique, M. Netter ne préjuge rien du véhicule du contage, du mode habituel de la contagion.

En terminant, disons que la prophylaxie du typhus tient surtout dans la désinfection et dans les soins de propreté. L'isolement n'est nécessaire que parce que l'une et les autres ne peuvent être obtenues en son absence.

HOPITAL COCHIN

Un cas de typhlite ou appendicite causé par des ascarides.

Par MM. X. Gouraud, médecin à l'hôpital Cochin, et Martin-Durr, interne des hôpitaux.

Le traitement de l'appendicite est de nouveau mis à l'ordre du jour de la Société de chirurgie, ce qui nous a déterminé à publier l'observation suivante, qui nous paraît intéressante à la fois par la cause de la maladie et par sa marche.

Nous avons eu affaire à une *occlusion intestinale causée par des ascarides*, suivie de *péritonite localisée à la fosse iliaque droite*. Y a-t-il eu appendicite ou typhlite? Les statistiques répondent appendicite; cependant, la marche clinique et le nombre des ascarides évacués par haut et par bas (cinq) semblent plutôt dire typhlite.

Il y eut, à la suite de cette péritonite localisée dans la fosse iliaque droite, *abcès péri-rectal*, ouvert après toucher rectal; puis, plus tard, *abcès enkysté de la fosse iliaque gauche*, qui fut évacué par la laparotomie latérale.

Et le malade guérit au bout de deux mois.

Observation (rédigée avec les notes de M. Guerlain, externe du service). — *Occlusion intestinale causée par des ascarides; appendicite ou typhlite; péritonite localisée dans la fosse iliaque droite; abcès péri-rectal ouvert après toucher rectal; abcès enkysté de la fosse iliaque gauche; laparotomie latérale: guérison.* — L... Léon, trente ans, teinturier en soie, entré, le 30 octobre 1892, à l'hôpital Cochin, service de M. le docteur Gouraud, salle Lasègue n° 7.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort à cinquante-deux ans de ramollissement cérébral et était vieil emphysémateux.

Sa mère est vivante et bien portante.

Un frère est mort tuberculeux dans le service; un second frère est bien portant.

Antécédents personnels. — Est habituellement d'une bonne santé; il a bien des rhumes de temps en temps, mais peu fréquents et sans périodicité, l'hiver.

Dans son enfance, il a eu des lombrics.

Il a fait son service militaire en Algérie. La quatrième année, en 1889, aux environs d'Alger, il a eu, pendant dix mois, les fièvres, et fut renvoyé à Paris en congé de convalescence.

En octobre 1891, il va faire vingt-huit jours à Chartres. Malgré la défense, il boit, pendant les huit à dix derniers jours de son séjour, *de l'eau de rivière*.

Début de la maladie actuelle. — Le 27 octobre, en descendant du train à la gare Montparnasse, il est pris d'une *violente douleur abdominale* entre l'ombilic et le pubis, avec sensation de froid et plusieurs frissons successifs.

Il a grand'peine à marcher pour rentrer chez lui. Il se couche, mais la sensation de barre dans le bas-ventre persiste, elle est plus douloureuse encore à la chaleur du lit et s'accroît par le décubitus dorsal.

Le 28 octobre au matin, il prend 40 grammes d'huile de ricin, qui amènent deux évacuations de matières verdâtres.

La douleur abdominale persiste; de même le 29, où il n'y eut pas de selle.

Le 30 octobre, le malade entre à l'hôpital.

Nous le trouvons le soir, dans le décubitus dorsal, les jambes fléchies, se plaignant d'une douleur intense dans l'abdomen.

La langue est saburrale. La face est pâle, tirée; les yeux un peu excavés. Le pouls est fréquent et la température est de 38°9.

Le ventre est un peu ballonné. Il est douloureux au moindre palper, surtout dans les deux fosses iliaques.

Pendant la nuit, les douleurs deviennent plus violentes.

Le 31 octobre, la température matinale n'est que de 37°5. Mais le malade a toujours le facies grippé et le ventre reste douloureux et ballonné.

On lui administre un lavement purgatif qui ne produit aucun résultat.

Du 1er ou 7 novembre, l'état du malade reste stationnaire : le ventre reste ballonné et douloureux, mais il y a encore quelques selles très petites. La température oscille autour de 37 degrés.

Du 7 novembre au 11, il n'y a plus aucune selle : les lavements huileux, le sel de Glauber restent impuissants. Le ballonnement du ventre augmente, la douleur est plus intense.

Le 11 novembre au soir, le malade *vomit un lombric de 20 à 22 centimetres de long*.

Le 12 novembre, la température monte à 38°2. On ordonne au malade 20 centigrammes de santonine, suivis une heure après d'un lavement huileux.

Le malade eut de violentes douleurs abdominales, mais n'eut pas de selle.

Le 13 novembre, on lui administre 15 grammes d'eau-de-vie allemande et 15 grammes de sirop de naprun.

Pas de selle. La nuit, vomissements verdâtres porracés.

Le 14 novembre, le malade est dans la prostration et pousse des gémissements presque continuels. La face a le type péritonéal, les yeux sont excavés et présentent un cercle bleuâtre, la peau est terreuse. La température est de 38 degrés.

Le ventre est extrêmement ballonné; le moindre attouche-

ment est douloureux. La douleur spontanée arrache des plaintes au malade.

M. Lejars, chirurgien du Bureau central, appelé en consultation, se prépare à pratiquer la laparotomie, mais auparavant, il fait pratiquer le toucher rectal par mon collègue M. Genouville, interne de M. Quénu. Le doigt tombe sur une tumeur arrondie faisant saillie dans l'intérieur du rectum, et, à la suite de ce toucher, le malade évacue un verre environ de pus jaune verdâtre, strié de sang.

Ce que voyant, M. Lejars fait reporter le malade dans son lit.

Le soir, le malade *vomit un nouveau lombric*. Pendant la nuit, plusieurs selles purulentes.

Le 15 novembre, la température a baissé et est à 37 degrés. Le malade a repris connaissance, mais son ventre reste ballonné, tendu, douloureux, surtout dans la fosse iliaque droite, où l'on constate de l'empâtement. Lavements boriqués chauds.

Le 16 novembre, même état. Pendant la nuit, vomissements verdâtres et *une selle contenant un lombric*; c'est le troisième rendu par le malade et le premier qui soit sorti par l'anus.

Le 18 novembre, vomissement bilieux et *une selle avec un quatrième lombric*. Il n'y a plus de pus dans les selles.

Le 19 novembre, *cinquième lombric dans les garde-robes*. Le ventre est toujours ballonné; le lait continue à être vomi. Le facies reste toujours grippé. La température reste à 37 degrés.

Le 22 novembre, le ventre est moins ballonné, surtout au niveau de la fosse iliaque droite, où l'empâtement a presque disparu et la douleur à peine marquée.

Le 24 novembre, l'empâtement et la tuméfaction semblent se localiser *dans le côté gauche de l'abdomen*.

Le 25 novembre, on sent très nettement localisée dans la fosse iliaque gauche une tuméfaction arrondie, qui occupe l'hypocondre gauche. A ce niveau, matité complète.

M. Schwartz, chirurgien de l'hôpital Cochin, appelé en consultation, ordonne la laparotomie latérale. Cette opération est faite par Martin-Durr. Après anesthésie par le chloroforme, une ponction exploratrice avec l'appareil Potain est faite.

Sur le point le plus mat, on retire un demi-litre de pus louable.

On se sert alors de la canule comme guide et on pratique une incision de 8 à 10 centimètres, couche par couche, parallèle à l'arcade crurale et située à deux travers de doigt au-dessus de cette arcade.

Au moment de l'incision du péritoine, il s'échappe un flot de pus, qu'on peut évaluer à 2 litres.

On vide le plus possible la collection, mais, à certain moment, une anse intestinale se montre à la partie supérieure de l'incision.

Le doigt, promené dans la cavité, la trouve énorme, remontant en haut vers la région lombaire, descendant en bas jusque dans le petit bassin.

On introduit une mèche de gaze iodoformée de 5 à 6 mètres de long dans la cavité. Pansement externe à la gaze iodoformée, épaisse couche d'ouate et compression de l'abdomen.

Immobilité la plus complète possible du malade qui n'éprouve aucun malaise de son anesthésie et n'a aucun vomissement.

Les suites opératoires furent très bonnes. La température se maintint autour de 37 degrés. Le premier pansement fut fait le 2 décembre, huit jours après l'opération : lavage de la cavité avec 3 litres d'eau boriquée chaude, la cavité est nettement circonscrite, on n'aperçoit aucune anse intestinale. Mèche iodoformée moins longue.

Le 5 décembre, second pansement : la cavité diminue de capacité.

Le 10 décembre, la malade se lève sans permission pour aller à la garde-robe. Le 11, il se plaint de coliques et la température s'élève à 38 degrés. Le 12, troisième pansement : température 37°2, la cavité diminue.

Depuis lors, pansements tous les huit jours. La cicatrisation est complète le 23 janvier.

Le malade sort guéri le 8 mars 1893.

LE TYPHUS EXANTHÉMATIQUE A LA PRISON DE LA SANTÉ

Par M. le docteur Barrault.

Les circonstances nous ayant mis à même d'en recueillir un groupe plus important, à l'infirmerie centrale des prisons de la Seine, sur des malades qui ont pu être suivis depuis le lieu où s'est fait la contagion jusqu'à l'issue de la maladie, il nous a paru qu'il ne serait pas sans intérêt de mettre ces matériaux en œuvre pour préciser avec plus d'exactitude l'ordre, la durée, le mode suivant lesquels se présentent divers symptômes au cours de l'évolution du typhus et nous rendre un compte plus complet de sa marche et de la thérapeutique à lui opposer.

Sans prétendre à une définition rigoureuse, on peut dire que le typhus est une maladie infectieuse et contagieuse qui, dans ses manifestations extérieures, procède à la fois de la fièvre typhoïde et des fièvres éruptives. A la première, il emprunte l'hyperthermie continue, les symptômes généraux et nerveux; aux secondes, l'exanthème et une marche régulière et cyclique.

C'est pourquoi, pour la facilité de la description, on peut adopter la division en périodes, qui est propre aux fièvres éruptives :

1° L'incubation. Sa durée varie entre quatre et vingt jours. Le plus souvent, elle est comprise entre dix et quatorze. Elle s'écoule sans manifestations appréciables;

2° L'invasion se fait en trois à six jours, le plus ordinairement en quatre ou cinq jours. Son début est brusque et violent, avec fièvre atteignant d'emblée son apogée : 40 degrés et quelques dixièmes en plus;

3° L'éruption est moins sujette à variations. Elle dure de dix à douze jours, plus souvent douze. Dans un cas où elle éprouva une rechute, sa durée atteignit dix-huit jours.

L'exanthème n'est pas identique à lui-même chez tous les malades. Nous lui avons vu revêtir trois formes :

1° La forme rubéolique, la plus fréquente;

2° La forme de taches lenticulaires d'un rouge sombre, exagération pour les dimensions, la coloration et le nombre des taches rosées lenticulaires de la fièvre typhoïde;

3° La forme de marbrures, qui deviennent très rapidement pétéchiales.

L'éruption ne se fait pas d'une façon soudaine et brusque. Elle est, au contraire, progressive, met environ trois jours à se compléter. Il ne paraît pas qu'elle manque jamais, quoique, dans certains cas, elle soit très difficile à reconnaître nettement. Mais, dans un cas où il nous restait un doute, la démonstration de la réalité de son existence s'est trouvée faite par une desquamation pendant la convalescence.

L'exanthème ne reste pas identique à lui-même, chez le même malade, pendant toute sa durée. Hyperémique au début et s'effaçant sous le doigt, il devient ecchymotique et permanent après deux ou trois jours. Souvent ces taches s'accompagnent d'autres taches purpuriques, en plus ou moins grand nombre, presque dès le premier jour de l'éruption. L'abondance, la précocité et l'étendue de ces dernières taches sont des signes fâcheux.

La période d'éruption représente le stade véritablement grave et critique du typhus. Bien que la chaleur y soit, en général, moindre de 1 degré que pendant l'invasion, c'est à l'occasion de l'apparition de l'éruption et pendant qu'elle se complète, que l'on voit éclater les symptômes généraux les plus pénibles et les plus redoutables : l'agitation, le délire, les troubles nerveux, l'ataxo-adynamie, la langue rôtie, la trémulation musculaire, la carphologie, la diarrhée et l'incontinence, l'asthénie cardiaque, l'albuminurie dans les urines, etc. Aussi est-ce invariablement pendant l'éruption, du deuxième au sixième jour, rarement après le septième, qu'ont lieu les décès. Et quand le malade a pu franchir heureusement ce premier septenaire, l'éruption restant dans la période d'état, il retombe dans la prostration et la stupeur.

Sur ce dernier point, il y a une exception qui se produit lorsque le malade éprouve une rechute d'éruption, ce que j'ai observé dans un cas. Alors le malade repasse exactement par les

mêmes accidents, agitation, délire violent, ataxo-adynamie, troubles du cœur, etc., qui avaient accompagné la première éruption. Celle-ci avait duré douze jours; la deuxième n'en dura que six.

Avant de parler de la quatrième période ou de desquamation, qui est sans intérêt au point de vue clinique, il sera mieux de nous occuper de quelques phénomènes morbides et de quelques symptômes que l'on retrouve également dans les périodes d'invasion et d'éruption et de nous expliquer sur leur degré de fréquence, leur intensité et leur valeur nosographique.

Au premier rang, il faut faire passer la fièvre. Elle éclate au moment de l'invasion et, d'emblée, atteint 40 degrés et dépasse même ce point de quelques dixièmes. Elle reste à ce niveau, avec une très légère rémission matinale, jusqu'au jour de l'éruption. Ce matin-là, on la voit fléchir le plus souvent d'environ 1 degré. Le soir, elle est revenue à 40 degrés. La rémission, dite du septième jour par quelques auteurs, me paraît être seulement cette chute thermique qui coïncide avec le début de l'éruption; mais la date du septième jour est loin de se trouver exacte dans tous les cas. L'éruption établie, tous les jours suivants, la courbe thermique reste ordinairement comprise entre 39 et 40 degrés.

Au moment où la défervescence va se produire, il est commun que celle-ci soit annoncée par une véritable crise.

La défervescence, qui suit, ne se fait jamais, comme on l'a dit, d'une façon brusque, comparable à celle de la pneumonie. Elle est graduelle. Lorsqu'elle est rapide, elle met encore quatre jours à s'effectuer complètement. On peut dire qu'elle s'opère entre quatre et sept jours.

Si on envisage les simptômes généraux, on voit que, au début de l'invasion, avec la congestion de la face et l'injection des conjonctives, ce qui domine, avec la fièvre, c'est la prostration, la stupeur, l'adynamie. Le malade reste anéanti sur le dos, répond mal, a de la confusion des idées.

En même temps, dix fois sur treize cas, il présente des manifestations pulmonaires intenses, de la dyspnée. Dans les cas où ces manifestations pulmonaires manquent, on observe des signes d'embarras gastrique fébrile ou même typhoïde très nets, s'accompagnant d'une céphalalgie intense.

A mesure que le malade approche du moment de l'éruption et surtout pendant le début de celle-ci, on voit l'agitation, le délire, l'ataxo-adynamie prendre la place de la prostration et de l'adynamie calme du commencement. A ce moment, apparaissent la surdité plus ou moins marquée, la fétidité de l'haleine, les spasmes, la trémulation musculaire, la carphologie, le délire agité qui iront en s'accentuant jusqu'au moment voisin de la mort, chez ceux qui doivent succomber, ou vers le quatrième ou le cinquième jour pour ceux qui doivent guérir. Puis ces derniers retomberont dans la torpeur et l'adynamie, entrecoupées seulement de périodes intermittentes de délire, tantôt triste, tantôt gai, parfois loquace et même avec chants. Il est commun qu'il y ait deux formes différentes de délire, une de jour et une autre de nuit, la seconde étant toujours la plus agitée.

La constipation, qui a été signalée comme un état très particulier au typhus, ne fait, en réalité, qu'alterner avec la diarrhée. Il est commun, en effet, que la diarrhée soit observée au début de l'invasion, qu'elle fasse place ensuite à la constipation, pour reparaître au moment ou pendant l'éruption et aboutir à l'incontinence. L'incontinence paraît alors moins due à l'abondance des matières qu'à l'état des sphincters.

Les vomissements se montrent moins souvent au début de l'invasion. Leur plus grande fréquence est au cours de l'éruption.

Il en est de même de l'épistaxis, de l'hématémèse et du melæna que je n'ai vus qu'au cours de l'éruption et vers la fin.

La présence de l'albumine dans les urines a été notée dans un tiers des cas. Je ne crois pas me tromper en la disant liée à l'état de la peau, comme cela a lieu dans la scarlatine.

Les sudamina, quand ils ont été observés, ont toujours accompagné l'éruption.

La période de desquamation, cela a été dit, est sans intérêt au point de vue clinique et ne présente rien de particulier. Elle se fait sous forme d'une fine desquamation furfuracée, parfois mal aisée à reconnaître. Il faut la chercher surtout au ventre et au voisinage des crêtes iliaques. Elle commence souvent pendant la défervescence.

La durée totale de la maladie, du jour de l'invasion à la fin de la défervescence, peut être évaluée de quatorze à dix-huit jours. Dans le cas où il y eut une rechute d'éruption, elle fut de vingt-deux jours.

Pour abréger cette lecture, nous passerons de suite au traitement.

La médication que nous avons instituée n'avait aucune prétention spécifique. Son seul but était de répondre aux indications.

Contre les manifestations pulmonaires, nous avons eu recours aux médications habituellement usitées.

Contre la fièvre, après avoir constaté le peu de résultat à attendre du sulfate de quinine et de l'analgésine, faisant passer au second plan les manifestations thoraciques, nous avons mis en usage les lotions vinaigrées, répétées d'après les indices de la température, jusqu'à huit, dix et douze fois en vingt-quatre heures. Nous avons recouru au bain frais (25 degrés). Ces moyens procuraient un certain bien-être aux malades, mais restaient, en définitive, sans grande influence sur la fièvre qui, nous le répétons, pendant la durée de l'éruption, restait inférieure à ce qu'elle avait été pendant l'invasion.

Nous n'avons pas recouru au bain froid à 15 degrés, qui a été très recommandé depuis.

L'insomnie, l'agitation, le délire étant sous la dépendance de la fièvre, nous n'avons rien entrepris de particulier contre ces accidents.

Contre la stupeur, la prostration, l'adynamie, nous avons employé les toniques généraux, vin, grog, quinquina, potion de Todd, café au rhum, lait, etc. Quand nous avons vu l'adynamie augmenter, le cœur fléchir et l'asystolie, l'arythmie apparaître, nous avons recouru en outre aux injections hypodermiques répétées de caféine et d'éther.

En tout temps, nous nous sommes occupés de la propreté de la bouche et des premières voies respiratoires en recourant à des lavages à l'eau boriquée, au jus d'orange, de citron, en humectant la langue et les parois buccales au moyen de badigeonnages à la glycérine. Lorsque la bouche et l'haleine étaient trop infectes, nous faisions des badigeonnages à la liqueur de Van Swieten.

Mais, parce que nous avons vu au cours de cette épidémie, il nous reste l'impression que c'est moins dans la matière médicale que dans les règles de l'hygiène et dans les indications de la physiologie qu'il faut chercher le traitement du typhus.

En effet, si nos deux premiers malades ont été soignés en salles communes et sans succès; si tous les suivants ont été traités dans de vastes cellules d'isolement dont une large baie était tenue constamment ouverte en vue d'aérer sans cesse, mais sans parvenir à obtenir un écoulement d'air continu, ce n'est pourtant qu'à partir du jour, 8 avril, où tous nos malades ont été placés sous la tente que nous avons vu la situation s'améliorer et s'arrêter une mortalité qui avait été effrayante jusque-là.

De là cette conviction que j'ai, que la première et la plus pressante indication à remplir pour lutter contre l'infection typhique, la seule qui soit rationnelle et effective est de s'efforcer de restaurer l'intégrité de l'hématose par la respiration non pas seulement d'un air pur, mais d'un air sans cesse renouvelé, du plein air. Dans les cas plus graves, nous conseillerons la respiration de l'oxygène en nature.

Si on réfléchit, en effet, aux conditions dans lesquelles se produit invariablement le typhus : l'encombrement, l'air confiné, la respiration des émanations humaines condensées; si on tient compte que ces causes sont tellement efficientes qu'elles ont pu amener des épidémiologistes de la valeur de Murchison, Bouchardat, Fauvel, Jacquot, M. Jaccoud et tant d'autres à admettre

la spontanéité du typhus, on voudra peut-être convenir que l'indication la plus impérieuse est de faire cesser au plus tôt la cause du mal et d'en réparer les effets accumulés. Or, pour y parvenir, quel moyen plus sûr et plus rapide que de laver le sang infecté par un air pur, sans cessé renouvelé, et d'exciter l'hématose par le contact de l'oxygène donné en nature.

Comme preuve à l'appui de cette opinion, je me bornerai à invoquer des faits et à rappeler le résultat final de notre épidémie typhique.

Sur douze malades soignés dans les salles communes et les cellules d'isolement, six avaient succombé le 5 avril.

Le 6, entre le treizième malade. Le 8 au matin, les sept survivants sont portés sous la tente. Le même jour a lieu le septième décès. Le lendemain matin, 9 avril, le huitième et dernier décès. Tous les autres guérirent. Rien ne fut pourtant changé au traitement. A quelle cause attribuer cette transformation si subite, si ce n'est au grand air et à la restauration de l'hématose?

THÉRAPEUTIQUE

De la valeur antiseptique du chloroforme et de l'eau chloroformée. — Le Dr Henrotay a été amené à étudier les propriétés antiseptiques du chloroforme en cherchant un moyen pratique et infaillible de désinfecter les instruments tranchants et piquants sans les altérer.

Le procédé utilisé a consisté à désinfecter à l'étuve sèche des brins de soie à suture n° 5 d'une longueur de 10 à 15 millimètres. Ils étaient ensuite introduits dans une culture pure, virulente, de bacillus anthracis, riche en spores et laissée à l'étuve à incubation pendant vingt-quatre heures. Les fils, ainsi imprégnés de bactéridies charbonneuses, furent placés dans du chloroforme, du chloral, et, après des temps de séjour variables, un certain nombre de brins furent retirés pour être mis en culture.

Nous avons, de la sorte, mis en culture des fils ayant séjourné une demi-heure, une heure, vingt-trois heures, six jours, huit jours, vingt et un jours, vingt-cinq jours dans le chloroforme.

Tous ces tubes ont poussé et donné des cultures de bacillus anthracis.

Les mêmes expériences, répétées en utilisant cette fois l'eau chloroformée, ont donné des résultats aussi négatifs au point de vue du pouvoir antiseptique de cet agent sur les spores du bacille charbonneux.

Des brins de fil de soie, traités comme ci-dessus, et mis en culture après séjour dans l'eau chloroformée pendant un jour, trois jours, sept jours, vingt jours, ont tous donné des cultures du bacille qu'ils renfermaient dans leur trame.

Le chloroforme et l'eau chloroformée n'ont donc pas d'action bactéricide sur le bacillus anthracis sporulé, même après un contact relativement très long. Les seuls effets que ces agents paraissent avoir, sont de ralentir légèrement la germination et de diminuer assez notablement la formation de spores.

Mais, le bacillus anthracis n'est pas l'ennemi ordinaire contre lequel le chirurgien met tout en œuvre pour lutter avantageusement.

C'est pour cela, qu'il reste à notre confrère d'Anvers l'obligation d'étudier l'action du chloroforme et de l'eau chloroformée sur le staphylococcus pyogenes aureus ou albus, pour avoir une idée nette de la valeur de ces agents comme antiseptiques.

Lait cru ou lait bouilli. — M. Crolas fait connaître, à la Société des sciences médicales de Lyon, certaines modifications que fait subir au lait l'ébullition.

Les recherches de M. Crolas ont été faites sur le lait de vache provenant d'une ferme du département de l'Isère; et il résulte des analyses soigneuses faites comparativement avant et après l'ébullition que :

1° L'ébullition enlève au lait une petite quantité de beurre entraîné par l'albumine au moment de la coagulation par la chaleur, quantité que l'on retrouve, du reste, dans la pellicule qui se forme sur le lait bouilli et refroidi;

2° L'ébullition n'a aucune action sur la caséine et la lactose; ces principes subsistent tels qu'avant l'ébullition;

3° L'ébullition augmente la quantité de phosphates solubles; ce qui semble indiquer que le lait bouilli contient une plus grande quantité d'acide phosphorique immédiatement assimilable.

De toutes ces recherches, M. Crolas se trouve donc autorisé à conclure que le lait bouilli est au moins équivalent comme produit alimentaire, sinon supérieur, au lait non bouilli.

CORRESPONDANCE

RÉPLIQUE A M. LE DOCTEUR POIRIER

Dans ma communication sur l'*Aï douloureux*, du 21 juin, à la Société de chirurgie, où loin de prendre l'offensive, ainsi qu'il le prétend, je n'ai fait au contraire que répondre aux attaques vives et réitérées que m'adresse M. Poirier, dans ses cours de l'École pratique, je m'étais borné, dis-je, à signaler une inexactitude et une contradiction flagrante, de la part de mon honorable adversaire.

Par sa lettre adressée à M. le président de la Société de chirurgie et publiée dans le dernier numéro de ce journal, M. Poirier confesse l'une et... glisse sur l'autre.

M. le chef des travaux anatomiques ne revient pas, en effet, sur sa prétention évidemment par trop fantaisiste, d'avoir trouvé le vrai siège de l'aï crepitans, mais il essaie de rompre les chiens, comme l'on dit, en s'efforçant — avec le succès que nous allons voir — de m'en contester la priorité!

Relativement à la contradiction que je lui oppose, M. Poirier, tout en s'avouant coupable, plaide cependant les circonstances atténuantes. Il a décrit jadis ma gaine : c'est vrai, dit-il en substance, mais c'était par ouï-dire, etc...

M. Poirier est vraiment trop modeste, car la gaine, dont il a ensuite nié l'existence, il l'a bel et bien décrite d'après ses propres dissections : « NOS *recherches* ont confirmé la description de M. Larger », disait-il en 1883.

C'est même pour cela que j'ai relevé la contradiction, non certes que je doutasse le moins du monde de la bonne foi de M. Poirier, mais bien de sa logique.

Sa logique? — Mais il nous en offre un nouvel échantillon dans sa lettre, le voici :

Cette gaine, qu'il a tout d'abord si minutieusement et si bien décrite, dont il a ensuite nié l'existence, il est vrai, M. Poirier vient aujourd'hui m'en contester la paternité! Cela ne revient-il pas, je le demande, à en admettre implicitement, et pour la deuxième fois, la réalité? Et si M. Poirier en attribue la paternité à d'autres qu'à moi, c'est que nécessairement la gaine existe, à moins d'admettre la paternité du néant!

Je pourrais dès lors borner là ma réponse; mais, « *dans de telles conditions, il me devient agréable de dire* », à mon tour, à M. Poirier :

« 1° Qu'il sait mieux que personne — puisqu'il l'a vérifié le premier — que j'ai signalé ou décrit, au lieu d'entrecroisement des radiaux externes et des tendons du pouce, non pas *une*, mais *deux* gaines. Or les auteurs, quels qu'ils soient d'ailleurs, n'en signalent tous qu'*une seule*. Donc, il y a une des deux gaines qui m'appartient!

2° Qu'il confond une fois de plus la gaine qu'il a si bien décrite après moi, dont il a nié l'existence ensuite, et dont il doit logiquement admettre de rechef la réalité, avec la bourse séreuse intermédiaire aux tendons du pouce et des radiaux, bourse séreuse distincte de la mienne, que j'ai si peu la prétention d'avoir découverte, que, dans mon travail de 1882, je cite textuellement la description qu'en donne le Traité classique de MM. Bouchard et Beaunis (Voir *Revue de chirurgie*, 1882, p. 402).

C'est la bourse de Monro que décrit encore Henle, mais dont le rôle pathologique — n'en déplaise à M. Poirier — n'avait jamais été signalé dans l'aï douloureux ;

3° La citation de Pétrequin, que M. Poirier prétend fournir à mon encontre, et que je reproduis littéralement ici, se retourne malheureusement contre lui :

« Les tendons du long abducteur et court extenseur du pouce se contournent en spirale sur le radius ; ils glissent dans une coulisse FIBRO-*synoviale*, etc., cette coulisse est le siège d'une maladie particulière, etc., qui a valu à la maladie le nom de crépitation des gaines tendineuses. »

J'en demande bien pardon à M. Poirier, mais il me semble qu'il cite Pétrequin sans le comprendre. La FIBRO-*synoviale* des tendons du pouce, dont il est question ici, ne peut incontestablement se rapporter qu'à la *gaine carpienne* de ces muscles, laquelle est seule à parois *fibreuses*. La bourse antibrachiale, à parois molles, de Monro paraît avoir été ignorée de Pétrequin, du moins n'en parle-t-il nulle part dans son *Traite d'anatomie médico-chirurgicale*, ainsi que je viens encore de m'en assurer. La bourse de Monro a été d'ailleurs méconnue par la plupart des auteurs classiques, Henle, MM. Bouchard et Beaunis exceptés, auteurs qui plaçaient le siège de l'aï crépitans, les uns, avec Pétrequin, dans la gaine *carpienne* des muscles du pouce, les autres, avec Velpeau et Poulain, dans la gaine *carpienne* des radiaux : les seules gaines qu'ils connussent d'ailleurs.

On le voit : aux contradictions dans les *faits*, M. Poirier a tenu à ajouter la confusion dans les *textes*.

La preuve est complète. Ce qui me permet de déclarer, qu'en ce qui me touche, le débat est définitivement clos.

Veuillez agréer, etc...

R. LARGER.

Maisons-Laffitte, 2 juillet 1893.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société médicale des hôpitaux vient d'adresser la lettre suivante à M. le ministre de l'Intérieur :

Monsieur le Ministre,

La Société médicale des hôpitaux, dans sa séance du 7 juillet, a reçu de MM. les internes de l'Hôtel-Dieu la lettre suivante :

« Monsieur le Président de la Société médicale des hôpitaux,

Le mardi 4 juillet, sans aucune provocation de notre part, malgré les affirmations contraires de la Préfecture de police, l'Hôtel-Dieu a été envahi par une trentaine d'agents précédés d'un commissaire. Les agents ont brutalisé le personnel et le commissaire a fait saisir deux internes d'une façon arbitraire.

Après des explications entre nous et M. le Préfet de police, celui-ci a déclaré regretter l'accident et il s'est retiré suivi de son personnel.

Nous avons pensé que nous devions vous communiquer ces faits, en vous priant de vouloir bien les soumettre à la Société médicale des hôpitaux.

Veuillez agréer, monsieur le Président, l'assurance de nos sentiments respectueux.

Pour les internes de l'Hôtel-Dieu : BRAQUEHAYE, R. DIRIART et R. MARIE. »

La Société médicale des hôpitaux, après avoir délibéré sur cette question, a rédigé l'ordre du jour suivant, que nous avons l'honneur de vous communiquer et qui a été voté à l'unanimité :

« La Société médicale des hôpitaux s'associe aux plaintes exprimées par les internes de l'Hôtel-Dieu et proteste contre l'envahissement non justifié de cet hôpital par la police et contre les scènes de violence qui l'ont accompagné.

Veuillez agréer, monsieur le Ministre, l'assurance de nos sentiments respectueux.

Pour la Société médicale des hôpitaux :

Les membres du bureau : FERNET, président ; RENDU, secrétaire général ; SIREDEY et LE GENDRE, secrétaires des séances. »

— Par décret, en date du 23 juin 1893, le prix du trousseau qu'auront à verser les candidats qui seront admis, à la suite du concours de cette année, à l'École du service de santé militaire, est porté de 1 030 francs, chiffre primitivement fixé, à 1 048 fr. 67.

— Par décret, en date du 7 juillet 1893, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Baltus, Seuvre, Baraduc, Cellard, Roudouly, Bourretire, Brun-Bourdaux, Tranier, Barlemont, Chautemps, Cauchy, Roussy, Simonneaux, Lochard, Defaut et Martin.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Barbier, Darses, Couécou, Dhers, Périssé, Peyronnet, Bonnafoux, Molas, Duffours, Lahalle, Bosquet, Leroux, Hays, Garaudeaux, Soulès, Moula, Guérineau, Oberlin, Rey, Alibert, Bernay, Jaubert, Lacrampe-Loustau, Doassans, Marietti, Boyé, Lotz, Charvet, Weiss, Levaillant, Soularue, Le Bailly, Cheyrou, Austruy, Badaire, Bellissent, Courtois, Mengeaud, Peyramaure-Duverdier, Cheyron-Lagrèze, Debierre, Pluyaud, Depierris, Testory, Rétif, Brisson et Reddon.

— Par décret, en date du 8 juillet 1893, M. le médecin principal de première classe Guillemin est promu au grade de médecin-inspecteur dans le cadre du corps de santé militaire, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Baudouin, placé dans la section de réserve.

Par décision ministérielle en date du même jour, M. le médecin-inspecteur Guillemin est maintenu dans ses fonctions de directeur du service de santé du 19e corps d'armée.

— En témoignage du dévouement dont elles ont fait preuve au cours de l'épidémie cholérique qui a sévi dans le département du Morbihan, les médailles d'honneur et les mentions honorables suivantes ont été décernées aux personnes ci-après désignées :

Médailles d'or. — MM. les docteurs Pédrono, médecin des épidémies à Lorient ; Conan, médecin de la marine, envoyé à Bely ; Mme Le Maître (Juliette), en religion sœur Pacifique, à Lorient.

Médailles de vermeil. — M. le docteur Huot, médecin aide-major, envoyé à Séné ; Mme Kergal, en religion sœur Félix-Marie, à Séné ; M. le docteur A. Mauricet, médecin en chef de l'hôpital de Vannes.

Médailles d'argent. — M. le docteur Bayon, médecin suppléant des épidémies pour le canton de Questembert ; M. Paul Mével, interne des hôpitaux de Nantes ; M. le docteur Langlois, médecin des épidémies de l'arrondissement de Pontivy ; Mmes Déchambre, en religion sœur Angèle, infirmière à l'hôpital de Vannes ; Blayo, en religion sœur Saint-François (de Riantec) ; M. le docteur Jardin, médecin à Auray ; Mme Hervo, en religion sœur Sainte-Espérance, attachée au bureau de bienfaisance de Lorient.

Médailles de bronze. — M. Louis Evens, infirmier à l'hospice de Lorient ; Mmes Kergal, en religion sœur Bonaventure, à Plouhinec ; Lehideux, en religion sœur Philibert, à Quiberon ; M. Grandgien, employé à l'hôpital de Vannes ; Mme Jéhanno, en religion sœur Ferdinand, à Gâvres.

Mention honorable. — M. Louis Baudet, infirmier volontaire à l'hospice de Vannes.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Hayem, professeur de thérapeutique, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique interne, en remplacement de M. le professeur Peter, décédé.

La Faculté a dressé la liste des présentations pour la chaire de clinique des maladies mentales, vacante par suite du décès de M. le professeur Ball. Sont portés : en première ligne, M. Joffroy ; en seconde ligne, M. Gilbert Ballet.

— L'équipe à quatre rameurs de l'École de médecine a battu d'une longueur et demie l'équipe de l'École de droit.

Le départ avait été donné à Saint-Cloud, l'arrivée avait lieu à Suresnes. Le parcours était de 2,500 mètres environ ; il a été fait par l'équipe gagnante en 9'55".

Ce n'est qu'à quelque cent mètres du but que l'équipe de l'École de médecine, qui était constamment restée en arrière, a pu, grâce à un bel enlevage, rattraper sa concurrente et la dépasser.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Excursion en Suisse et au Mont-Blanc (du 15 juillet au 1er août 1893).* — Itinéraire : Paris, Bâle, Zurich, Dacksen (chutes du Rhin), Einsiedeln, le lac des Quatre-Cantons (Brunnen, chapelle de Guillaume Tell, Vitznau, ascension du Rigi), Lucerne, Le Brunig, Brienz (cascade du Giessbach), Interlaken (Grindelwald, Lauterbrunnen, cascade du Staubach), Thoune, Berne, Fribourg, Lausanne-Ouchy, le lac de Genève (Territet, Glion, Montreux, Château-Chillon), Vernayaz (visite des Gorges du Trient), Martigny (passage de la Tête-Noire), Chamonix (Montanvert et la Mer de glace), Genève, Paris.

D'accord avec la Compagnie P. L. M., l'agence des Indicateurs Duchemin fait émettre jusqu'au 13 juillet 1893 inclusivement des billets d'excursion combinés comprenant : 1° le transport en chemin de fer en France et en Suisse ; 2° les bateaux et voitures pour les excursions indiquées au programme ; 3° les frais de logement et de nourriture dans les hôtels ; 4° les soins des guides attachés à l'excursion.

Prix de l'excursion complète : 1re classe, 530 francs ; 2e classe, 485 francs (le nombre des places est limité).

Les billets (coupons de chemin de fer, de voiture, d'hôtel, etc.) sont délivrés à première demande dans les bureaux des « Indicateurs Duchemin », agence française des voyages, 20, rue de Grammont, à Paris.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus : à la gare de Paris P. L. M., dans les bureaux succursales de la Compagnie à Paris, rue Saint-Lazare, 88 ; rue Sainte-Anne, 6 et rue Molière, 7 ; rue Étienne-Marcel, 18 ; rue des Petites Écuries, 11 ; rue de Rambuteau, 6 ; rue du Louvre, 44 ; rue de Rennes, 45 ; rue Saint-Martin, 252, et place de la République, 8 ; au Bureau général des billets de chemins de fer de l'Hôtel Terminus de la gare de Paris Saint-Lazare (General Ticket Office).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

90

ALIMENTATION DES MALADES

et des convalescents par les

POUDRE de BIFTECK

ET

POUDRE DE VIANDE ADRIAN

les seules bien digérées et supportées longtemps par les malades.

44

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES
et GÉNITO-URINAIRES

LE TERPINOL ADRIAN

a les propriétés de l'essence de térébenthine, dont il dérive, mais il est plus facilement absorbé et surtout très bien toléré.

Se vend en CAPSULES de 15 centigrammes à prendre à la dose de 4 à 8 par jour.

PILULES et ÉLIXIR de TERPINE ADRIAN

33

AFFECTIONS CARDIAQUES

Les SIROP et PILULES de
CONVALLARIA MAIALIS LANGLEBERT
et les **Granules** de **Convallamarine**
offrent cet immense avantage, sur tous les autres médicaments cardiaques, qu'une élimination rapide permet d'en continuer l'usage sans crainte aucune d'intoxication.

Phie LANGLEBERT, 55, rue des Petits-Champs.

33

LE CHLOROFORME ADRIAN

SPÉCIALEMENT PRÉPARÉ POUR L'ANESTHÉSIE
est toujours préféré
dans les laboratoires pour les essais, comme en ville pour les opérations

POUR EN GARANTIR LA CONSERVATION INDÉFINIE
il est enfermé dans des tubes scellés à la lampe d'une contenance de 30 et 60 grammes.

MÊME MAISON

PANSEMENTS ANTISEPTIQUES

perfectionnés d'après les derniers travaux microbiologiques.

QUALITÉ SUPÉRIEURE — DOSAGE GARANTI

Spécifier marque ADRIAN ou S-F.

60

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-l'Abbé, Paris.**

22

SOLVÉOL

SOLUTION FORTE	SOLUTION FAIBLE
2 p. 100	*1 p. 100*

NOUVEL ANTISEPTIQUE
ABSOLUMENT NEUTRE
SOLUBLE DANS L'EAU

Plus énergique et moins caustique que le Phénol,
il remplace avec avantage tous les antiseptiques connus sans en avoir les inconvénients.

Le **Solvéol** n'est pas une spécialité pharmaceutique, mais un produit chimique se trouvant dans toutes les Pharmacies.

POUR LES DEMANDES D'ÉCHANTILLONS
s'adresser à la **Pharmacie LACROIX,**
76, rue du Château-d'Eau, PARIS.

72

PILULES (RHÉO-FERRÉES) VIGIER

spéciales contre la constipation.— 1 à 2 au dîner.

10

FARINE LACTÉE NESTLÉ

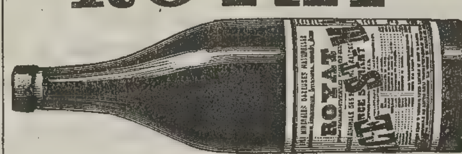
Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

55

ROYAT



ARTHRITISME — ANÉMIE

70

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant,* sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

55

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

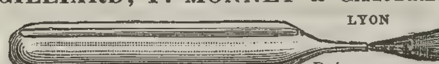
Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.
Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phies.

99

CHLORURE D'ÉTHYLE PUR

Anesthésique local du Prof.-Docteur REDARD.

PRÉPARÉ PAR
GILLIARD, P. MONNET & CARTIER
LYON



Bté s. G. D. G.

(Tube réduit au 5e de la grandeur naturelle,)

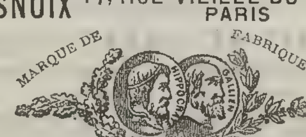
Innocuité absolue. — Anesthésie parfaite.
Guérison des névralgies, sciatiques, etc.

DÉPÔT DANS TOUTES LES PHARMACIES
Prix : **9 fr.** *la boîte de 10 tubes.*

33

DESNOIX

17, RUE VIEILLE-DU-TEMPLE PARIS



PANSEMENTS ANTISEPTIQUES
TOILE VESICANTE
TOILE VÉSICANTE ROSE à la cantharidine
THAPSIA, SPARADRAP des **HOPITAUX**
et tous les sparadraps.
PLUMASSEAUX-EPONGES
remplaçant les éponges naturelles.
PINCEAUX MOLLETONNÉS
pr enlever les fausses membranes ds l'angine couenneuse.

17

CHARBON NAPHTOLÉ FRAUDIN

CACHET DE GARANTIE

PHARMACIEN, BOULOGNE-PARIS

58

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

93

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

99

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

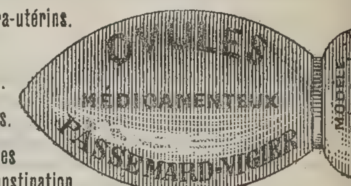
EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE

Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

PRIX du flacon : **4** francs.
DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

48

Crayons intra-utérins.
—
Bougies uréthrales.
—
Suppositoires.
—
Balles rectales contre la constipation.



52

VICHY, SOURCES DE L'ÉTAT

CÉLESTINS
GRANDE-GRILLE
HOPITAL

Avoir soin de désigner la source.

PASTILLES AUX SELS NATURELS

SAISON DES BAINS
DU 15 MAI AU 30 SEPTEMBRE

43

VIN NOURRY IODOTANÉ

EXACTEMENT TITRÉ

Une cuillerée à bouche contient :
0gr,05 d'Iode
et 0gr,10 de Tanin,
exempt de tout iodure alcalin.

Par son assimilation et sa tolérance parfaites, le **VIN NOURRY** est le curatif par excellence des affections qui ont l'Iode ou les Iodures pour base de traitement, telles que : **Lymphatisme, Scrofule, Anémie, Menstruations difficiles,** etc.....

DOSES. — Enfants : 1 cuillerée à café;
Adultes : 1 cuillerée à soupe,
avant les deux principaux repas.

Paris, 28, rue Saint-Claude, et Pharmacies.

39

Méd. aux Exp.: Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney.

INHALATIONS D'OXYGÈNE

APPAREIL DE LIMOUSIN

INHALATEUR, location, 3 francs par semaine. GAZ, 2 f. 50 le ballon de 30 litres. — Appareil complet pour fabriquer et respirer, avec boîte, **130** fr.
Phie LIMOUSIN ✻, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête nationale, le journal ne paraîtra pas samedi.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie est revenue sur deux questions, d'ailleurs intéressantes, et sur lesquelles elle s'est déjà assez longuement arrêtée : ce sont, d'une part, les accidents causés par le chloroforme et, d'autre part, le moyen d'y remédier, comme à beaucoup d'autres modes d'asphyxie, par le procédé dit des tractions rythmiques de la langue, procédé imaginé par M. Laborde et auquel on doit déjà la conservation de pas mal d'existences.

M. Laborde a fait devant ses collègues une expérience qui prouve nettement que la syncope du début de la chloroformisation est due à l'irritation de la muqueuse nasale, d'où cette conclusion pratique, sur laquelle insiste particulièrement M. Alphonse Guérin, de faire respirer le chloroforme, surtout au début, par la bouche et non par le nez. Lorsque l'anesthésie est confirmée, les réflexes nasaux ayant disparu, il n'y a plus de dangers à faire inhaler le chloroforme par le nez. Des expériences de M. Laborde, des observations cliniques de MM. Guérin et Le Fort, il faut donc, au point de vue pratique, retenir ce fait important qu'il faut toujours commencer l'anesthésie chloroformique en pinçant le nez et en faisant respirer par la bouche.

Par un de ces curieux hasards des discussions, après s'être occupée des dangers de l'asphyxie par le chloroforme, l'Académie a entendu un nouveau travail de M. Laborde sur un des moyens d'y remédier.

Nos lecteurs connaissent le procédé des tractions rythmiques de la langue. Depuis les dernières communications que nous avons publiées sur ce sujet, les faits se sont multipliés et M. Laborde a rapporté plusieurs exemples de véritables résurrections par son ingénieux procédé. Il a, de plus, expliqué le mécanisme physiologique de son action. Cette nouvelle communication de M. Laborde est assez importante pour que nous en donnions prochainement un résumé détaillé.

En ce qui concerne l'application du procédé de M. Laborde au traitement de l'asphyxie des nouveau-nés, M. Tarnier a fait quelques réserves et il a demandé qu'on n'abandonnât pas complètement, pour ce procédé, celui de l'insufflation, qui lui a permis, comme à tous les accoucheurs, de rappeler à la vie bien des enfants asphyxiés.

L'Académie a procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale. M. Hallopeau a été élu par 54 suffrages sur 65 votants. Nous adressons toutes nos félicitations à notre sympathique confrère.

Il y a eu ensuite un comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Kelsch sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pathologie médicale. Les candidats sont ainsi classés : en première ligne, M. Straus; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Fernet, Joffroy, Landouzy, Rendu et Troisier.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DUPLAY.

Traitement de la fracture de Dupuytren (1)

II

FRACTURE ANCIENNE VICIEUSEMENT CONSOLIDÉE
(Leçon recueillie par le docteur A. DEMOULIN, chef de clinique.)

J'arrive maintenant aux fractures anciennes, à celles qui sont consolidées dans une attitude vicieuse, soit parce qu'elles ont été mal réduites et insuffisamment maintenues, soit parce qu'une des dispositions précédemment signalées ayant empêché la réduction, immédiatement après l'accident, le chirurgien n'a pas su faire le nécessaire. Comment faut-il se comporter en présence de la difformité devenue définitive ? Trois moyens s'offrent à nous :

L'ostéoclasie,
L'ostéotomie,
La résection.

L'ostéoclasie peut être instrumentale ou manuelle. Je repousse la première, je la crois dangereuse, je n'aime pas cette chirurgie aveugle faite avec des machines. Je ne m'occuperai que de l'ostéoclasie manuelle; elle n'est pas

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 733.

applicable à tous les cas, en particulier dans ceux que nous observons en ce moment, c'est-à-dire quand il s'agit de cals très solides, la fracture datant de trois, six mois ou plus. Mais l'ostéoclasie manuelle peut donner d'excellents résultats lorsque la fracture date de trente ou de quarante jours seulement. On peut, après avoir chloroformé le patient, faire le redressement forcé du péroné ou du tibia ou des deux os à la fois.

Un malade couché actuellement au n° 3 de la salle Trélat vous fournit une preuve de ce que j'avance. Il s'agit d'un homme âgé de trente ans environ qui est entré, au mois d'octobre, dans le service avec une fracture du péroné siégeant à 5 ou 6 centimètres au-dessus du sommet de la malléole externe, présentant la déformation type en coup de hache, une énorme saillie de la malléole interne. Mais celle-ci n'était point arrachée, il y avait douleur vive audessous du sommet de cette malléole dans la région du ligament latéral interne qui, très probablement, avait été plus ou moins déchiré. Nous étions donc en présence d'une fracture de Dupuytren, mais du premier type qu'a décrit cet auteur, de la fracture du péroné avec coup de hache sans arrachement de la malléole interne.

C'est une erreur de croire que toutes les fractures dites de Dupuytren sont bi-malléolaires, comme on l'écrit à chaque instant; la déformation typique peut exister avec intégrité de la malléole interne. Ce qui le prouve c'est que, dans certains cas, l'ostéotomie ou l'ostéoclasie du péroné appliquée à la difformité confirmée suffit à elle seule pour remettre la jambe et le pied dans leurs rapports normaux.

Notre malade présentait donc une fracture du péroné, la fracture par divulsion de Maisonneuve avec valgus; le membre à l'arrivée avait été placé dans une gouttière plâtrée, le lendemain on avait dû en appliquer une seconde, car la difformité s'était reproduite sous le premier appareil. Lorsque, au bout de trente-quatre jours, mon chef de clinique M. Demoulin enleva le plâtre, il constata que la déviation persistait; séance tenante il endormit le malade et après avoir mis le membre inférieur dans le relâchement par la méthode que je vous ai indiquée plus haut, avec la main gauche, il porta le pied dans l'adduction, la droite maintenant l'extrémité inférieure des deux os de la jambe. Bientôt sous un effort soutenu, le cal céda avec bruit, le pied put être ramené en bonne attitude, un nouveau plâtre fut appliqué sous le sommeil chloroformique maintenu jusqu'à dessiccation de l'appareil.

Trente-quatre jours après cette intervention, soixante-huit jours, par conséquent, après l'accident, le plâtre était enlevé, le cal solide, le pied dans une excellente attitude; le malade partait quelques jours après pour Vincennes marchant à l'aide d'une canne.

Essayez donc l'ostéoclasie manuelle si, au bout de trente ou quarante jours, vous vous apercevez que la difformité persiste, faites la réduction et surtout appliquez-vous à la bien maintenir.

L'ostéotomie est une opération qui a pour but la section du cal d'un seul ou des deux os de la jambe, à l'aide soit d'un ciseau ordinaire, soit d'un instrument que voici, dit ostéotome.

La section du péroné a suffi, dans quelques cas, pour remédier à la difformité, cela se conçoit aisément, le péroné ayant été seul fracturé, ou bien la malléole interne, quoique arrachée à sa base, s'étant consolidée dans une bonne position.

Mais si la malléole interne arrachée à sa base et portée en bas et en dehors s'est consolidée dans cette situation, elle empêche le retour de l'astragale dans sa mortaise, il faut la sectionner. Normalement épaisse au niveau de son insertion au plateau tibial, elle l'est devenue davantage par la formation du cal qui la relie à l'extrémité inférieure du tibia; et, dans ce cas, une section linéaire ne suffit pas; il faut enlever un coin osseux à base interne, c'est-à-dire pratiquer une ostéotomie cunéiforme.

L'ostéotomie du péroné seul suffit quelquefois, je le répète. Dès 1882, M. Polaillon obtenait un succès par ce procédé; M. Gangolphe, en 1883, en rapportait un autre dans le *Lyon médical;* M. Terrillon un troisième à la Société de chirurgie, en 1888.

Quand l'ostéotomie du péroné seul ne suffit pas, il faut y joindre la section cunéiforme de la malléole interne.

Cette méthode a donné des succès à M. Vautrin dont on trouve l'observation très détaillée dans la thèse de son élève Bertaux (Th. Nancy, 1891), à M. Reynier qui a rapporté trois cas de guérison, en 1888, à la Société de chirurgie. Signalons encore les faits heureux de Decès et Doyen (de Reims) présentés au Congrès de chirurgie, en 1886, et celui qu'a publié M. Poncet dans le *Lyon médical*, en 1883.

M. Bertaux affirme que, dans les fractures de Dupuytren anciennes vicieusement consolidées, l'ostéotomie double du péroné et du tibia est le procédé de choix. Bien que je sois tenté de partager son opinion, je crois que, dans quelques cas, il serait insuffisant. Pour ceux où il y a un fragment intermédiaire, des lésions plus ou moins graves de l'astragale, il n'y a plus d'ostéotomie même double qui tienne, il faut faire la résection.

Quand vous l'entreprendrez vous aurez déjà sectionné le péroné sans résultat, pratiqué l'ostéotomie cunéiforme du tibia sans plus de succès, vous vous trouverez donc là dans des conditions opératoires spéciales. Il faut alors agrandir la plaie interne faite pour atteindre le tibia, ouvrir largement l'articulation, dégager l'extrémité inférieure du tibia et luxer le pied en dehors, ce qui est facile puisque le péroné a été sectionné. On résèque alors le plateau tibial et cela peut suffire; une observation de M. Charvot, présentée à la Société de chirurgie en 1888, nous le prouve. D'ailleurs, si l'obstacle à la réduction vient de l'astragale, la résection de l'extrémité inférieure du tibia expose largement cet os tarsien qu'on peut tailler, enlever facilement.

M. Kirmisson a fait au sujet du manuel opératoire de la résection tibio-tarsienne une importante remarque. Chez un malade auquel il avait pratiqué une résection tibio-tarsienne pour fracture de Dupuytren vicieusement consolidée, il avait obtenu un excellent résultat, puis il avait perdu de vue son opéré. Il le revit cinq ans après avec une difformité presque aussi accentuée qu'avant la première intervention. Notre collègue fit une seconde résection, enleva un fragment intermédiaire et cette fois réséqua le péroné sur une hauteur de 3 centimètres. Les résultats opératoires de sa deuxième intervention furent excellents.

Ce fait démontre que, si on pratique la résection de l'extrémité inférieure du tibia, l'ostéotomie simple du péroné ne suffit pas toujours et qu'il est prudent d'en retrancher une certaine longueur.

La résection tibio-tarsienne, soit dit en passant, est une

excellente opération quand on peut conserver les deux malléoles; elle est encore très bonne quand on ne sacrifie pas la malléole externe; sinon, c'est une très mauvaise intervention qui nécessite alors l'emploi d'un appareil à tuteurs.

En résumé, dans les fractures de Dupuytren anciennes, vicieusement consolidées, voici la conduite à tenir :

1° Dans les cas relativement récents, ceux dans lesquels la fracture ne date pas de plus de trente à quarante jours, essayez l'ostéoclasie manuelle sous le chloroforme;

2° Si vous échouez ou s'il s'agit d'une fracture datant de deux mois et au delà, pratiquez l'ostéotomie simple du péroné : elle a suffi dans bien des circonstances;

3° En cas d'insuccès, à l'ostéotomie linéaire du péroné, joignez l'ostéotomie cunéiforme du tibia;

4° La réduction est encore impossible : alors, séance tenante, pratiquez la résection tibio-tarsienne, sous aucun prétexte ne sacrifiez la malléole externe, si vous le pouvez, conservez l'interne.

Après résection du plateau tibial, vous voyez clair, cherchez le fragment intermédiaire, les stalactites osseuses, les fragments osseux venus de l'astragale intéressé par le traumatisme, enlevez avec le ciseau et le maillet tous ces obstacles à une bonne réduction, mais n'oubliez pas, qu'après résection de l'extrémité inférieure du tibia, votre ostéotomie linéaire du péroné ne suffit plus, il faut enlever un fragment de cet os.

Nous n'opérerons aujourd'hui que la jeune fille dont je vous ai tout d'abord entretenus. Notre manuel opératoire sera simple.

Je vais pratiquer devant vous, sur la face externe du péroné, une incision longue de 6 à 7 centimètres, aboutissant au sommet de la malléole externe, allant d'emblée jusqu'à l'os. J'inciserai le périoste dans les deux tiers de la plaie, le décollerai avec la rugine et je sectionnerai le péroné au niveau du coup de hache avec un petit ostéotome. Puis j'essaierai de réduire. Je ne compte pas réussir dans ce premier temps opératoire, puisque la malléole interne fracturée est vicieusement consolidée et qu'elle repousse l'astragale en dehors. Je pratiquerai alors l'ostéotomie cunéiforme du tibia.

Pour cela, je ferai une deuxième incision en dedans, sur la malléole interne, partant de son sommet, remontant de 4 à 5 centimètres vers le haut, j'exposerai ainsi le foyer de la fracture, je dénuderai le tibia, puis, un peu au-dessus de l'interligne articulaire, en plein cal, j'enlèverai un coin osseux à base interne et je ferai une nouvelle tentative de réduction; peut-être réussirai-je alors. Sinon, profitant de la même incision, la prolongeant en haut, faisant tomber sur elle, si cela est nécessaire, au niveau de l'interligne articulaire, une deuxième incision qui lui sera perpendiculaire, je relèverai le lambeau, dénuderai toute l'extrémité inférieure du tibia, faisant érigner les tendons qui resteront dans leurs gaines et je luxerai le pied en dehors. L'extrémité inférieure du tibia fera saillie par la plaie interne, je verrai l'astragale et je chercherai l'obstacle. Si je ne le trouve pas, je réséquerai le tibia et je tenterai de nouveau la réduction, après avoir enlevé un petit fragment du péroné.

En agissant ainsi, je corrigerai la difformité. C'est au même procédé que vous devrez avoir recours lorsque, dans une fracture récente, vous ne pourrez obtenir la réduction, quels que soient vos efforts.

Je suturerai les plaies sans drainage, je les recouvrirai d'un peu de gaze iodoformée maintenue par quelques tours de bande de tarlatane, puis j'appliquerai une gouttière plâtrée épaisse, échancrée au niveau des incisions, et je maintiendrai, avec mes aides, le pied dans l'adduction jusqu'à solidification complète. L'appareil restera en place pendant deux mois au moins, après quoi nous pourrons permettre à nos malades de se lever, les surveillant de très près, les immobilisant de nouveau si quelque déviation nouvelle tendait à se produire.

N. B. — Les deux malades qui font le sujet de cette clinique ont été opérés par M. le professeur Duplay qui a suivi, en tous points, le plan tracé plus haut.

C'est le 20 janvier 1893, qu'il est intervenu chez la jeune fille.

L'ostéotomie simple du péroné n'a rien produit; après ostéotomie cunéiforme du tibia, portant en plein cal au niveau de la base de la malléole interne, le valgus et la subluxation du pied en arrière ont pu être facilement corrigés. Il restait un peu d'équinisme qui a disparu après section sous-cutanée du tendon d'Achille. La diaphyse du péroné a été ensuite réséquée au-dessus du trait de l'ostéotomie sur une longueur de 5 millimètres environ.

Suture des plaies au fil d'argent, sans drainage.

Application d'une forte gouttière plâtrée, les laissant à découvert et maintenant le pied dans l'adduction.

Pas de réaction, fils enlevés au dixième jour, réunion per primam.

Appareil enlevé au bout de six semaines.

La réduction est parfaite. L'articulation tibio-tarsienne ne présente qu'un très léger degré de raideur, dont le massage triomphe facilement.

La malade que nous aurions voulu retenir plus longtemps pour mieux juger du résultat est sortie le 15 avril. Elle marche facilement à l'aide d'une canne.

Quant à l'homme, il a été opéré le 27 janvier 1893 et de la même façon.

Ostéotomie linéaire du péroné : rien; ostéotomie cunéiforme du tibia portant au-dessus de la base de la malléole interne, sur un cal volumineux, assez friable, qui occupe l'extrémité inférieure de la diaphyse tibiale. Cette ostéotomie a dû être poursuivie jusqu'à ce que le coin enlevé mesurât 2 centimètres de hauteur à sa base et arrivât par son sommet jusqu'au péroné. Encore la réduction n'était-elle pas irréprochable. En fouillant la plaie osseuse, M. Duplay finit par trouver un petit fragment intermédiaire aux deux os, fragment haut et large de 1 centimètre environ. Dès qu'il fut enlevé, la correction de la difformité devint parfaite; résection de la diaphyse du péroné sur une hauteur de 5 millimètres environ.

Comme dans le premier cas, suture des plaies sans drainage, gouttière plâtrée maintenant le pied dans l'adduction.

Pas de réaction, fils retirés au dixième jour, réunion per primam.

Appareil enlevé au bout de six semaines, les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne sont un peu gênés.

Massage; premiers pas après le deuxième mois révolu.

M. Duplay a tenu à conserver ce malade aussi longtemps que possible; il est encore dans le service.

Le résultat orthomorphique est parfait, la marche facile. Aucune déviation secondaire ne s'est produite.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 juillet 1893. — Présidence de M. LABOULBÈNE.

COMMUNICATIONS

Sur le mécanisme de la syncope chloroformique initiale. — M. LABORDE rappelle que, dans la dernière discussion sur les accidents du chloroforme, M. A. Guérin fut frappé de l'influence qu'il attribuait aux nerfs sensitifs des premières voies respiratoires dans le mécanisme de cette syncope. Il vit dans ces recherches expérimentales l'explication d'un fait clinique qu'il avait maintes fois observé, à savoir que les sujets dont on fermait les narines au début de la chloroformisation n'avaient pas eu de syncope.

Cependant la démonstration que donna M. Laborde ne parut pas complète à M. Guérin ; c'est alors qu'il fit, sur sa demande, une expérience qu'il répète devant l'Académie.

Après avoir trachéotomisé un lapin, on lui fait respirer le chloroforme par sa canule ; ce lapin n'a pas de syncope. Après quelques instants, le lapin n'étant nullement anesthésié et la respiration nasale étant rétablie, on approche brusquement la compresse des narines, aussitôt syncope cardiaque. Si l'animal échappe à cette syncope, on continue les inhalations trachéales et l'animal arrive, sans accidents, à l'anesthésie complète. On peut alors, et sans danger, reprendre les inhalations par le nez ; les nerfs sensitifs étant anesthésiés ne peuvent plus être le point de départ d'une syncope réflexe.

M. A. GUÉRIN fait observer que cette expérience démontre, d'une façon indiscutable, l'action du réflexe nasal sur l'arrêt du cœur au début de la chloroformisation.

Dès lors, il ne comprendrait pas que l'on continuât à administrer le chloroforme indifféremment par la bouche ou par le nez : la respiration par la bouche est beaucoup plus large et plus promptement efficace et ce n'est pas elle qui fait mourir par arrêt du cœur.

Cette expérience démontre l'action des réflexes nasaux sur l'arrêt du cœur, mais M. Guérin ne doute pas non plus de leur influence sur la respiration. Il rappelle que l'arrêt du cœur ne se présente jamais qu'au début de la chloroformisation, parce que, plus tard, ce réflexe nasal est aboli comme les autres réflexes sensitifs ; c'est donc seulement au début de la chloroformisation, que la respiration par le nez peut devenir funeste ; plus tard, on ne doit pas la redouter.

M. LE FORT communique un fait malheureux qui confirme ce que vient de dire M. Guérin. Il s'agissait d'un enfant de douze ans que M. Le Fort endormait pour l'opérer de doigts palmés. Comme il respirait mal, M. Le Fort lui recommanda de respirer plus fort. L'enfant fit, par le nez, deux ou trois fortes inspirations et tomba aussitôt après comme foudroyé. Il était mort. Toutes les tentatives faites pour le ranimer restèrent sans résultat.

M. ALPHONSE GUÉRIN fait observer que l'expérience clinique de M. Le Fort est bien aussi concluante que les expériences faites sur les animaux.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 65, majorité, 33, M. Hallopeau obtient 54 voix, M. Laveran 5, M. Ferrand 1, M. Huchard 1, M. Legroux 1 ; bulletins blancs 3.

En conséquence, M. Hallopeau est proclamé élu.

COMMUNICATION

Traitement des asphyxies par le procédé des tractions rythmiques de la langue. — M. LABORDE fait une communication sur ce sujet (sera publiée).

DISCUSSION

M. TARNIER ne voudrait pas amoindrir le légitime succès obtenu par M. Laborde, mais, en ce qui concerne l'application de son procédé pour combattre l'asphyxie des nouveau-nés, il ne trouve pas qu'il soit supérieur à l'insufflation et il regretterait qu'on abandonnât l'insufflation pour le procédé des tractions rythmiques de la langue.

M. Tarnier a plusieurs fois essayé le procédé de M. Laborde, et il ne lui a jamais réussi. Avec l'insufflation, on fait des miracles, on obtient une véritable résurrection des enfants nouveau-nés et même des femmes. Il ne faut donc pas l'abandonner. M. Tarnier cite l'exemple d'un enfant nouveau-né en état de mort apparente ; il eut recours tout d'abord au procédé de M. Laborde sans succès. Il fit l'insufflation de bouche à bouche et l'enfant revint à la vie et vécut vingt-quatre heures. Donc, sans nier l'importance ni l'intérêt des faits apportés par M. Laborde, M. Tarnier insiste pour que l'on n'abandonne pas, pour ce procédé, celui de l'insufflation de bouche à bouche dont tous les accoucheurs ont tiré de si bons effets.

M. LABORDE craint que le procédé des tractions rythmiques de la langue n'ait pas été appliqué par M. Tarnier, comme il doit l'être. Sans doute, l'insufflation est une excellente méthode et il faut l'employer, mais elle peut échouer là où réussit le procédé des tractions rythmiques de la langue.

M. TARNIER accepte le reproche de M. Laborde, à savoir que son procédé a peut-être été mal appliqué. Mais l'insufflation, elle aussi, demande à être bien appliquée, et, quand elle ne réussit pas, cela peut tenir à sa mauvaise application.

M. BUDIN fait remarquer qu'il y a une sorte d'opposition entre les assertions de M. Laborde. Son procédé, dit-il, réussit quand les autres échouent ; alors on se dira que ce n'est pas la peine de s'arrêter à un autre procédé. Or, quand un nouveau-né vient en état de mort apparente, la première chose est d'enlever les mucosités qui remplissent les voies aériennes et qui mettent un obstacle mécanique à la respiration. Il faut donc commencer par faire une aspiration.

L'Académie se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

La médecine légale dans l'histoire.

LA MORT DE MARAT

Par M. le docteur CABANÈS.

Il y a juste cent ans.

Le calendrier révolutionnaire porte la date du 13 juillet de l'an Ier de la République. Paris est en effervescence. Le bruit court qu'un attentat vient d'être commis, à sept heures trois quarts de relevée (1), sur la personne du citoyen Marat, député à la Convention nationale, rédacteur de l'*Ami du peuple*. En quelques instants, une foule, qui grossit de minute en minute, s'est amassée sous les fenêtres de la maison située au n° 30 de la rue des Cordeliers. C'est là que le drame vient de se dérouler, dans une des chambres du premier étage, dont on aperçoit de la rue les deux croisées à grands verres de Bohême.

Une jeune fille, arrivée de la veille à Paris, par le coche de Normandie, a adressé, le matin du 12 juillet, une demande d'entrevue au représentant du peuple Marat. Dans un premier billet, elle sollicitait un entretien pour une heure de l'après-midi, afin, disait-elle, de faire connaître au membre de la Convention « les malheureux événements qui se passent à Caen » (2). Dans une seconde lettre, la jeune fille qui signe « Charlotte Corday » devient plus pressante. Elle se propose de révéler à Marat « les secrets les plus importants pour le salut de la République » (3). Elle se dit persécutée pour la liberté ; elle est malheureuse ; l'Ami du peuple voudra bien compatir à son infortune. Les deux lettres

(1) Procès-verbal de flagrant délit du C. Guellard.

(2) Lettre de Ch. Corday au C. Marat, 12 juillet 1793.

(3) Lettre de Ch. Corday.

étant restées sans réponse, la jeune fille se fait conduire le lendemain, vers sept heures du soir, au domicile de celui qu'elle a projeté de tuer.

Marat est au bain, occupé à corriger les épreuves de sa feuille. Le mot d'ordre est de ne laisser pénétrer personne auprès de lui. Mais il a entendu dans l'antichambre le bruit d'une discussion ; un son de voix, d'un timbre agréable, est parvenu à ses oreilles. D'un ton impératif, il a donné l'ordre qu'on introduise la visiteuse qui met tant d'insistance à obtenir une entrevue.

Que se passa-t-il à cette heure suprême? On ne possède, à cet égard, que la version de l'héroïne du drame. Marat a exigé les noms des députés, ainsi que ceux des officiers municipaux réfugiés à Caen. Charlotte Corday les lui a livrés. « Autant pour la guillotine, » aurait répliqué Marat. Et aussitôt la jeune fille a tiré le couteau qu'elle tenait caché dans son fichu et l'a enfoncé, d'une main sûre, dans la poitrine de Marat. Celui-ci a articulé un son rauque, d'aucuns disent qu'il aurait prononcé ces mots : « A moi, chère amie, à moi! » (1).

La compagne de Marat, Simonne Evrard, qui n'avait pas introduit, sans défiance, une visiteuse dont les allures lui paraissaient suspectes, est accourue aux premiers cris. Elle aperçoit l'assassin debout contre un rideau dans l'antichambre. Elle la saisit par la tête et appelle des voisins (2). Alors accourent un des plieurs du journal de Marat, le commissionnaire Laurent Basse, la cuisinière Jeanne Maréchal, la portière de la maison ; tous affolés, et appelant à l'aide, sans songer à porter secours au blessé. Le sang jaillit à flots de la blessure, il inonde le carreau de la chambre (3), et l'eau de la baignoire en est toute rougie.

Simonne Évrard, remise de son émotion, s'approche de Marat et applique instinctivement sa main droite sur la plaie béante. Le commissionnaire Basse s'occupe à barrer la porte avec des chaises ; puis il en saisit une dont il assène un coup violent sur la tête de la jeune fille (4).

Le dentiste Antoine de La Fondée, principal locataire de la maison de Marat, est survenu sur ces entrefaites ; ayant constaté que le sang sort en abondance, *gros comme le pouce*, il fait sur-le-champ une compresse pour arrêter l'hémorragie, en même temps qu'il envoie prévenir aux écoles de chirurgie.

« Ayant tâté le pouls (à Marat), il ne lui en trouve plus. Il aide à le retirer de sa baignoire et à le mettre dans son lit, où étant, il n'a plus remué, étant déjà mort (5). »

Presque au même instant, on annonce l'arrivée du chirurgien Pelletan, qu'on est allé quérir à son domicile, rue de Touraine, situé presque en face de la maison du crime.

Pelletan procède aussitôt aux constatations : le coup porté à Marat a pénétré près la clavicule du côté droit, entre la première et la seconde vraie côte, et cela si profondément « que l'index a fait écart pour pénétrer de toute sa longueur à travers le poumon blessé (6)... »

On a soulevé, à ce propos, cet étrange débat (7) : Ne serait-ce pas l'index de l'assassin, bien plutôt que le doigt du chirurgien, qui aurait ainsi pénétré dans l'orifice de la blessure? « Ce cadavre encore chaud, c'est celui d'un représentant du peuple, d'un personnage fort important et non un sujet d'amphithéâtre. Une telle expérimentation, faite sans mission, et si peu de minutes après la mort, semble bien choquante et inusitée. Elle eût, en outre, dénaturé sans nécessité la physionomie de la blessure et rendu plus difficiles les constatations médico-légales (8). » Alors, si l'on suppose, car nous sommes dans le domaine des conjectures, que Charlotte Corday a frappé, par un coup droit, l'index appuyé sur la lame, ne pourrait-on pas en conclure qu'elle l'a enfoncé jusques et au delà de la garde?

(1) Déposition de Laurent Basse au Tribunal révolutionnaire.

(2) Déposition de S. Evrard.

(3) Procès-verbal de Guellard.

(4) Déposition de L. Basse.

(5) Déposition de La Fondée devant le Tribunal révolutionnaire.

(6) Procès-verbal de Guellard, loc. cit.

(7) *Intermédiaire des chercheurs et curieux*, 1866.

(8) *Intermédiaire des chercheurs et curieux*, loc. cit., col. 195.

Sans doute, il est vraisemblable que le couteau a été enfoncé perpendiculairement (1), mais, malgré toute la violence du coup, on ne saurait admettre que le doigt de l'assassin a pu pénétrer dans la blessure. Quelle que soit la manière dont on prenne l'instrument, l'index n'entrera jamais à sa suite dans le trou de la blessure. Quant à l'exploration dont on accuse Pelletan, elle n'offrait, au moment où il la pratiquait, aucun danger sérieux. Marat avait définitivement expiré et la manœuvre du chirurgien était pour le moins inoffensive.

Tout récemment, notre éminent confrère, M. le professeur Lacassagne (de Lyon), a soulevé un problème autrement intéressant. Il a recherché les conditions précises dans lesquelles le coup avait été porté ; il a essayé de déterminer la position de l'assassin, de fixer les dimensions de la lame du couteau, en même temps que le trajet exact de l'arme et la nature même de la blessure.

Cette reconstitution d'archéologie criminelle porte, est-il besoin de le dire, le cachet de précision et d'exactitude qui caractérise les travaux du savant professeur lyonnais.

Avec l'aide de son collègue, M. le docteur Testut, M. Lacassagne a, sur le cadavre, tenté de reproduire, en s'appuyant sur les données du procès-verbal d'autopsie de Marat, la scène de l'assassinat. C'est une évocation d'un intérêt saisissant. Laissons la parole au maître lui-même : « Le sujet était âgé de trente-cinq à quarante-cinq ans. C'était un tuberculeux, un peu émacié, sur lequel, par un heureux hasard, le poumon droit se trouvait adhérent. Les plans sont préparés couche par couche, afin de conduire successivement un bistouri de la plaie externe à l'oreillette gauche. L'instrument, enfoncé entre la première et la deuxième côte droite près du sternum, traverse le poumon, entre dans le péricarde, atteint l'aorte à sa partie antéro-latérale et ressort au point opposé à gauche à sa partie postéro-latérale. Dans ces conditions, la lame passe sous la branche droite de l'artère pulmonaire, puis la pointe entre au voisinage de la base de l'oreillette gauche, un peu en dedans ou à droite de l'auricule gauche. La distance de la plaie extérieure à l'oreillette gauche est d'environ 11 à 12 centimètres.

Nous pouvons donc supposer, avec quelque probabilité, que le couteau de table « à gaine et à manche noirs » payé 2 francs par Charlotte Corday, avait une longueur de 15 centimètres environ (2). »

Voilà, certes, de curieuses déductions. Mais poursuivons : ce couteau « à manche d'ébène, fraîchement rémoulu, de ceux qu'on emploie à découper » (3), était pointu. Quelles étaient les dimensions de la lame?

Elle était certainement étroite, affirme le professeur Lacassagne. On ne s'explique pas autrement que l'artère pulmonaire ou sa branche droite n'aient pas été atteintes. « Cette dernière aurait été ouverte si l'aorte avait été complètement sectionnée. »

Le procès-verbal d'autopsie, rédigé le 14 juillet 1793 par Louis Deschamps, chirurgien en chef de la Charité, porte qu'il existe « près du sternum du côté droit une playe transversale un peu oblique de la largeur de six lignes à peu près ».

C'était donc, dit judicieusement M. Lacassagne, une ouverture de 13 millimètres parallèle aux côtes. Or, là « l'espace intercostal n'est que de 15 millimètres. La lame a pénétré à plat dans le passage étroit, et si, par l'effet du hasard, la lame s'était pré-

(1) Le citoyen Montané, qui présidait au jugement de Ch. Corday, lui fit observer qu'elle avait plongé le couteau dans la poitrine de Marat *perpendiculairement*, pour être bien sûre de ne pas le manquer. Si elle l'eût frappé horizontalement, le couteau aurait pu rencontrer une côte, et le coup n'eût pas été mortel.

(2) Dr LACASSAGNE. *Jugement de Marat au point de vue médico-légal.*

(3) L. DU BOIS. *Charlotte Corday*, p. 33.

sentée autrement elle aurait été arrêtée par les côtes. Un couteau de 1 centimètre de largeur peut faire une plaie de 13 millimètres, mais il peut aussi se produire, à cause de la rétraction de la peau, une ouverture plus petite que la lame. Il est donc probable que celle-ci avait, à sa base, une largeur de 10 à 15 millimètres. »

Quelle était la position respective de l'assassin et de la victime? A-t-elle eu une influence sur le degré de pénétration de l'instrument du crime?

Il n'est pas contestable, et les observations de M. Lacassagne sont d'une remarquable justesse, que la station assise de Marat a facilité la pénétration de la lame dans l'oreillette gauche « en augmentant l'obliquité de la direction donnée au couteau ». Marat eût été debout que l'aorte aurait été atteinte en un point supérieur. Mais il était assis dans sa baignoire, le bras droit pendant au dehors.

Ajoutez à cela qu'il était petit de taille ($1^{m}50$ à $1^{m}60$; la hauteur de sa fourchette sternale devait être de 55 centimètres environ); que Charlotte Corday était plutôt grande ($1^{m}64$, dit son signalement).

« Elle a dû, placée à la droite, et un peu en arrière, se pencher pour plonger le couteau dans la poitrine de Marat. » Pour ce motif, et par le fait des autres circonstances que nous venons de rapporter, la pointe de l'instrument s'est dirigée à gauche; elle a ainsi sectionné l'aorte incomplètement, et ouvert l'oreillette gauche.

Le *coup de Charlotte Corday* n'est donc pas d'une réalisation facile. Le professeur Lacassagne avoue, sans embarras, qu'il l'a essayé souvent, expérimentalement, sans le réussir.

Marat est-il, oui ou non, mort subitement? nous demandions-nous dans une étude antérieure à ce travail (1). A-t-il pu même appeler au secours? A plus forte raison, aurait-il écrit, après le coup mortel qu'il avait reçu, le prétendu billet à un de ses amis, l'Espagnol Guzman, qu'un collectionneur, plus fervent que délicat, montrait comme la perle la plus rare de son cabinet d'autographes? Nous avons discuté, enson temps, les raisons, scientifiques autant que graphiques, qui militent en faveur de la mort subite. Nous avons, de plus, rappelé les termes de la lettre de Charlotte Corday, écrivant à Barbaroux le lendemain de son attentat : « Je crois que l'on a imprimé les dernières paroles de Marat, je doute qu'il en ait proféré. » M. le docteur Lacassagne, qui a bien voulu lire avec attention notre ouvrage, n'accepte pas, sans réserves, notre jugement. Il rappelle que divers auteurs, entre autres Bougeart et Chèvremont, racontent que Marat aurait eu assez de survie pour prononcer les paroles que nous avons citées plus haut : « A moi, chère amie, à moi! » et il exprime l'avis que cette opinion est tout aussi admissible que la précédente. L'extrême gravité des blessures du cœur, ajoute notre distingué contradicteur, n'empêche pas une survivance, une continuation de la vie. Les statistiques démontrent que, dans ce traumatisme, les morts rapides sont plus rares que les morts précédées d'un moment de survie, survivance variable de quelques minutes à quelques heures, et même quelques jours. Mais M. Lacassagne ne met nulle difficulté à reconnaître que les blessures du ventricule droit sont les plus fréquentes et qu'elles sont moins dangereuses que celles du ventricule gauche; les blessures des oreillettes étant, de toutes, les plus graves.

Au résumé, Marat a bien pu prononcer quelques paroles, mais il n'a pas eu le temps matériel d'écrire la lettre qu'on lui a faussement attribuée.

Ce ne sont pas, du reste, les seuls points que relève, dans son étude critique, M. le docteur Lacassagne. Avec raison, il signale des lacunes regrettables dans le procès-verbal d'autopsie de Marat. Mais est-ce bien la faute du médecin Deschamps de n'avoir pas devancé Bichat? La science de l'anatomie pathologique est, à cette époque, à peine soupçonnée; y a-t-il, dès lors, lieu de s'étonner que l'examen des méninges, des vaisseaux, etc., ait été fait d'une façon superficielle? Pouvait-on songer à pratiquer des coupes dans le cervelet ou la moelle allongée, pour y chercher la trace des foyers hémorragiques? On avait bien noté l'adhérence de l'intestin avec le péritoine et celle du poumon avec la plèvre; pourquoi n'avoir pas fait pareille constatation sur la séreuse cérébrale? Sans doute; mais peut-on penser à tout? Combien davantage nous déplorons, avec nombre de bons esprits, ce qui manquera vraisemblablement toujours pour peindre au vrai cette physionomie si complexe, si énigmatique, de Marat, à savoir « la série des ordonnances que les médecins rédigeaient pour essayer de rafraîchir le sang et de diminuer la frénésie du malade »!

Ce sont des documents sur la dermatose de Marat, sur cette « lèpre hideuse », dont parlent les contemporains à mots couverts, qui nous font défaut pour parfaire le portrait physiologique de l'*Ami du peuple*. Quand nous les posséderons, et ce jour-là seulement, il nous sera loisible d'écrire la biographie, sûre et vraie, d'un homme qui, mieux connu, sera peut-être moins sévèrement jugé.

(1) Dr Cabanès. *Marat inconnu*, p. 219.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 9 juillet 1893, ont été promus dans le corps de santé militaire et, par décision du même jour, ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Ferron, en remplacement de M. Pichon, mis en non-activité; désigné pour les salles militaires de l'hospice mixte de Besançon (médecin-chef). — Bouchez, en remplacement de M. Guillemin, promu; maintenu provisoirement comme médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Rouen.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Bar, en remplacement de M. Liénard, retraité; maintenu provisoirement comme médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Châlons-sur-Marne. — Labrevoit, en remplacement de M. Ferron, promu; maintenu comme médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Lunéville. — Lepage, en remplacement de M. Bouchez, promu; désigné pour l'hôpital militaire de Bordeaux.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Leuc, en remplacement de M. Grandjean, décédé; maintenu au 71e d'infanterie. — Polin, en remplacement de M. Blanc, démissionnaire; désigné pour le 79e d'infanterie. — Pozzo di Borgo, en remplacement de M. Demeunynck, mis en non-activité; maintenu à l'hôpital militaire de Nice. — Badin, en remplacement de M. Ramonet, retraité; désigné pour le 4e régiment du génie. — Héral, en remplacement de M. Ocana, mis en non-activité; désigné pour le 99e d'infanterie. — Février, en remplacement de M. Bar, promu; maintenu à l'hôpital militaire de Nancy. — Hecquin, en remplacement de M. Labrevoit, promu; désigné pour le 3e régiment du génie. — Lecomte, en remplacement de M. Lepage, promu; désigné pour le 87e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Mitry, en remplacement de M. Vallois, mis hors cadre; maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'Oran. — Morin, en remplacement de M. Brissé Saint-Macary, mis hors cadre; maintenu au 2e zouaves. — Bourdin, en remplacement de M. Milliès, dit Lacroix, mis en non-activité; maintenu au 1er zouaves. — Lebesque, en remplacement de M. Torthe, décédé; désigné pour le 38e d'infanterie. — Pettier, en remplacement de M. Coste, mis en non-activité; désigné pour le 5e d'infanterie. — Quéhéry, en remplacement de M. Clary, décédé; désigné pour le 87e d'infanterie. — Saintin, en remplacement de M. Leuc, promu; désigné pour le 132e d'infanterie. — Lorin, en remplacement de M. Polin, promu; désigné pour les

hôpitaux militaires de la division d'Oran. — Lejour, en remplacement de M. Pozzo di Borgo, promu ; désigné pour le 56[e] d'infanterie. — Marignac, en remplacement de M. Badin, promu ; maintenu provisoirement aux hôpitaux militaires de la division d'Alger. — Aubertie, en remplacement de M. Héral, promu ; désigné pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine. — Adriet, en remplacement de M. Février, promu ; maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'Alger. — Drély, en remplacement de M. Hecquin, promu ; désigné pour le 148[e] d'infanterie. — Rouffignac, en remplacement de M. Lecomte, promu ; désigné pour l'infirmerie-hôpital de l'Ubaye.

— Par décision ministérielle, en date du 9 juillet 1893, ont été désignés pour les postes suivants :

MM. les médecins-majors de première classe Bucquoy, pour l'hôpital militaire de Nancy (pour ordre); Moutet, pour l'hôpital militaire de Perpignan; Jourdan, pour l'hôpital militaire de Marseille; Cordier, pour le 27[e] d'artillerie; Chevassu, pour l'hôpital militaire de Versailles; Donion et Dubujadoux, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Lamps, pour le 8[e] d'infanterie; Lemarchand, pour le 3[e] bataillon d'artillerie de forteresse; Renaut, pour le 14[e] dragons; Mourey, pour le 13[e] bataillon d'artillerie de forteresse; Barbès, pour l'École de Montreuil-sur-Mer; Méjasson, pour le 6[e] chasseurs à cheval; Rouget, pour le 7[e] escadron du train des équipages militaires ; Camus, pour le 21[e] d'infanterie; Labroue, pour le 3[e] hussards; Géhin, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; Faveret et Véret, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran ; Mazeillé, pour le 2[e] bataillon d'infanterie légère d'Afrique; Lanel, pour le 16[e] bataillon de chasseurs à pied; Bich, pour le 66[e] d'infanterie; Baptiste, pour le 30[e] bataillon de chasseurs à pied; Trédos, pour le 110[e] d'infanterie;

M. le médecin aide-major de première classe Thooris, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Nicolas, pour le 30[e] d'infanterie; de Bovis, pour le 20[e] bataillon de chasseurs à pied.

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 81. — SAMEDI 15 ET MARDI 18 JUILLET 1893. 66e ANNÉE. SAMEDI 15 ET MARDI 18 JUILLET 1893. — N° 81.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 17 juillet 1893.

Si nous revenons encore aujourd'hui sur la situation faite aux étudiants en médecine par la loi militaire, c'est que, contrairement à nos espérances, la Commission sénatoriale de l'armée vient de rejeter le projet élaboré par la Presse médicale et présenté par M. Cornil. Une note, parue quelques jours auparavant dans un journal politique, dont les attaches officielles sont bien connues, nous avait déjà fait entrevoir le peu de succès de nos propositions. L'auteur de l'article ne contestait guère le bien-fondé de nos réclamations, nos plaintes étaient peut-être justes, mais, disait-on, elles venaient à un mauvais moment; une modification actuelle à la loi militaire était inopportune et il convenait d'en expérimenter le fonctionnement avant de tenter toute modification.

Ce n'est pas, ajoutait-on, au moment où la Chambre des députés est sur le point de se séparer, qu'elle consentirait à toucher à la loi militaire. Pour toutes ces raisons, notre requête risquait d'être repoussée. C'est ce qui a eu lieu.

Si nos informations sont exactes, le rejet du projet de M. Cornil n'implique pas le refus définitif de toute modification à la loi. Ce n'est donc pas le moment de cesser la lutte; et il convient, bien au contraire, de grouper nos forces et d'user de toutes nos influences.

Deux ordres d'arguments peuvent être présentés, les uns sont d'ordre exclusivement médical et professionnel, les autres visent l'intérêt général, parce qu'ils touchent à l'organisation du service de santé militaire.

Les premiers, basés sur le trouble porté dans les études médicales par cette interruption des études pendant une année, doivent être présentés *officiellement* par les doyens de nos Facultés. Ces réclamations n'ont de chance d'être écoutées que si les Facultés les prennent en mains et en font leur chose. Quelle importance peuvent avoir les réclamations de la Presse médicale devant la Commission du Sénat, quand les corps enseignants ne font entendre aucune protestation. Depuis deux ans, des commissions sont nommées aux seins des Facultés pour étudier cette situation faite aux étudiants en médecine par la loi militaire. Nous n'avons pas ouï dire que les Facultés aient été bien ardentes à défendre leurs étudiants. Cette indifférence de ceux qui ont en main la direction des études médicales n'a pas été sans produire un effet funeste au sein de la Commission sénatoriale. De quel poids plus considérable eût été l'argumentation de M. Cornil, s'il eût été le porte-parole officiel de toutes nos Facultés de médecine ?

Les autres arguments devraient être les plus puissants devant ceux qui sont chargés des intérêts de l'armée et du pays. Nous l'avons déjà dit et répété, notre service de santé serait, dès le lendemain de la déclaration de guerre, dans un complet désarroi, et cela, avant même l'arrivée du premier blessé dans nos ambulances. Des formations sanitaires importantes seront commandées et dirigées par des médecins civils, absolument incompétents, qui ne connaîtront de la médecine militaire que le costume qu'ils auront appris à porter pendant une période d'appel. Il est nécessaire donc que ces médecins soient instruits de leurs futures fonctions, et pour cela il importe de les instruire pendant l'année qu'ils passent sous les drapeaux. N'incorporer les étudiants-médecins que lorsqu'ils sont reçus docteurs, et les utiliser comme médecins, ce sont là les deux grandes réformes qu'il faut réaliser. Malheureusement, les membres militaires de la commission ne sont pas médecins, ils ne connaissent pas les défectuosités du service de santé en campagne ; ils ne se doutent pas du bouleversement profond apporté dans un service assuré habituellement par douze cents officiers et qui, du jour au lendemain, va se trouver désorganisé par l'arrivée de cinq mille ignorants.

Mais comment faire connaître l'exacte vérité aux membres de la commission du Sénat ? Nos confrères de l'armée, qui seuls auraient la compétence nécessaire pour parler, sont enchaînés par la discipline, et nous doutons qu'on leur permette de publier la moindre critique. Cependant cette vérité, à force d'être criée par la presse médicale entière, finira par triompher, et nous ne doutons pas qu'avec de la persévérance et de la volonté, nous n'arrivions à faire modifier dans un sens équitable une loi qui compromettrait si gravement, en temps de guerre, le bon fonctionnement du service de santé.

HOPITAL NECKER. — M. Le Dentu.

Les hernies inguinales congénitales et leur traitement.

Je vais pratiquer devant vous la cure radicale chez un malade atteint de hernie congénitale complète. Dans cette variété de hernie, vous le savez, le sac est directement constitué par la tunique vaginale et l'ancien conduit péritonéo-vaginal. Le testicule est flottant au milieu du sac en contact direct avec l'épiploon ou l'intestin. Le cordon spermatique affecte avec le sac des rapports spéciaux, que je vous décrirai plus loin. Tous ces détails anatomiques ont, vous le verrez, une grande importance au point de vue de l'intervention.

Pour bien comprendre les conditions dans lesquelles se présentent ces hernies, il faut connaître exactement les conditions de migration du testicule de la région lombaire, où il se développe primitivement, vers le fond du scrotum où il est en général arrivé à la naissance. C'est vers le septième mois que le testicule arrive au niveau de l'anneau inguinal profond. Il s'y engage en déprimant, en entraînant le péritoine. Peut-être même le péritoine précède-t-il le testicule et est-il tout d'abord attiré en bas. Quand le testicule a gagné le fond du scrotum, il se produit, dans le canal péritonéo-vaginal qui lui a livré passage, une série de rétrécissements aboutissant à l'oblitération complète de ce canal. Mais cette oblitération peut manquer ou être incomplète. Le canal, ainsi persistant, constitue un point d'appel tout préparé pour la hernie inguinale congénitale, la hernie à sac préparé, nom sous lequel l'avait déjà décrite Malgaigne.

Quelle est la fréquence de cette absence d'oblitération. Ramonède, sur 215 cadavres d'adolescents ou d'adultes, a trouvé 32 persistances plus ou moins complètes du canal vagino-péritonéal. La persistance était intégrale dans 2 cas seulement. Elle était incomplète dans 4 cas. Dans les 26 autres, les rétrécissements existaient et le canal restant était rudimentaire. M. Féré, examinant 62 cadavres d'enfants de un mois au moins, a trouvé 28 persistances plus ou moins complètes du canal vagino-péritonéal. Les points les plus importants de ces recherches sont la possibilité de persistance chez des adolescents et même des adultes. La hernie congénitale peut donc se produire jusqu'à un âge assez avancé, vingt-cinq ans au moins. La possibilité de persistances complètes explique la production, souvent rapide, en quelques jours, en quelques semaines, de ces hernies. D'autre part, les rétrécissements, qui se sont souvent formés en partie, expliquent les étranglements d'emblée au moment même de l'apparition, qui ne sont pas absolument rares. Enfin les persistances incomplètes, avec oblitération du canal au-dessus du testicule, au niveau de la partie supérieure de la vaginale, permettent de comprendre la production des hernies congénitales incomplètes, funiculaires, séparées du testicule par un cordon fibreux.

Deux autres points sont importants dans cette histoire anatomique : la coïncidence avec l'ectopie testiculaire ; les rapports avec le cordon.

Le défaut d'oblitération du canal vagino-péritonéal est souvent associé à une migration incomplète du testicule. Les variétés anatomiques résultant de cette association sont très multiples, très complexes. Les types qu'on a voulu créer sont assez factices. En réalité, le testicule en ectopie peut affecter, avec la hernie, tous les rapports imaginables. Sa présence est, vous le verrez, singulièrement gênante dans le traitement des hernies par le bandage.

Le cordon spermatique est, dans les hernies acquises, simplement accolé à la face externe du sac. Dans les hernies congénitales, il fait saillie à l'intérieur ; il y forme une crête très prononcée, enveloppée par le sac qui lui constitue une sorte de méso. Par suite, la dissection complète du sac est impossible sans sacrifier le cordon.

Le diagnostic des hernies congénitales est-il toujours possible ? Dans les hernies complètes, le rapport direct de l'épiploon ou de l'intestin avec le testicule noyé, perdu dans la masse herniaire, constitue un signe de grande valeur et assez facile à apprécier. Dans les hernies incomplètes, on constate parfois la persistance d'un cordon fibreux unissant la hernie funiculaire au testicule, mais cet élément du diagnostic est inconstant. L'existence de deux enveloppes fibreuses bien caractérisées au-devant de la hernie, l'abondance et la puissance des fibres du crémaster sont des signes moins certainement appréciables encore. Il est un dernier signe qu'on a indiqué : les tractions exercées de bas en haut sur la hernie et le sac se transmettraient au testicule. Mais ce signe fait, en quelque sorte, double emploi avec le premier, car il ne peut exister qu'en cas de persistance du cordon fibreux.

En dehors des signes de certitude, il existe quelques signes de probabilité permettant de soupçonner la hernie congénitale. Cette hernie est souvent apparue dans l'enfance. Même quand elle survient pour la première fois chez un adolescent, un jeune homme, vous apprendrez que les malades ont eu, enfants, une hernie qui a fini par guérir en apparence. Le développement est rapide, brusque, ainsi que Malgaigne l'avait déjà bien montré. Le sac a souvent une forme cylindrique en boudin et non évasée en gourde comme dans la hernie acquise. Il offre parfois des rétrécissements multiples. Ces signes de probabilité doivent suffire pour que vous vous attendiez, dans une cure radicale, aux quelques difficultés spéciales à ce genre de hernie.

Quelles sont, dans les hernies congénitales, les indications de la cure radicale ? Tout d'abord, dans les hernies de l'enfant non compliquées d'ectopie testiculaire, il faut attendre. Le port d'un bon bandage suffit souvent à la guérison. Ce n'est que chez l'adolescent ou l'adulte qu'il est permis d'intervenir.

Chez l'enfant, quand la hernie se complique d'ectopie testiculaire, faut-il pratiquer à la fois l'orchidopexie et la cure radicale ? Ce serait très exagéré de le faire dans tous les cas. Sans doute, le port d'un bandage offre quelques difficultés. Il est assez difficile qu'il maintienne la hernie sans refouler, sans comprimer douloureusement le testicule. En donnant à la pelote du bandage une forme spéciale évasée en fourche, en variant la forme de cette fourche, on réussira le plus souvent à tourner cette difficulté. Et à l'adolescence, dans bien des cas, la hernie aura fini par guérir, le testicule par descendre dans les bourses.

Mais il est des cas où la hernie est vraiment impossible à contenir et s'accroît ; il en est d'autres où le testicule est douloureux, ou il s'étrangle en quelque sorte à chaque instant dans l'anneau. C'est en pareil cas qu'une double opération est justifiée. Le testicule sera bien dégagé de lanneau, bien libéré des liens fibreux qui l'y unissent. La suture au fond même du scrotum n'est nullement indispensable. L'essentiel est que l'organe soit bien dégagé. On fait ensuite la cure radicale.

Dans la cure radicale des hernies congénitales, la décor-

tication complète du sac, l'étranglement du collet par une double ligature est impossible en raison des rapports spéciaux du cordon que je vous ai signalés. Force est donc de laisser une partie, une bandelette du sac. Par suite, l'orifice supérieur n'est pas complètement fermé. Le résultat de la cure radicale est plus incertain que dans une hernie acquise. Ce n'est que le travail d'accolement adhésif de la séreuse qui complète ultérieurement l'occlusion.

Dans les hernies complètes comme celle que nous allons opérer existe une dernière difficulté. Pour enlever tout le sac, il faudrait enlever la vaginale testiculaire. Nous nous garderons de faire cette ablation complète. Le sac sera sectionné transversalement au-dessus du testicule, en respectant, bien entendu, le cordon. La moitié inférieure sera fermée par une suture en surjet reconstituant une véritable vaginale close. La moitié supérieure seule sera enlevée autant que les rapports avec le cordon le permettront.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement du diabète sucré, d'après M. Lecorché.

I

M. Lecorché vient de faire paraître dans la bibliothèque Charcot-Debove un petit volume dans lequel il expose sa façon de comprendre le traitement du diabète sucré (1). Un de nos collaborateurs doit traiter ce sujet dans une de nos prochaines Revues générales. Malgré cela, nous pensons être agréable à nos lecteurs, en résumant ici rapidement, en réduisant à ses principes fondamentaux, la thérapeutique mise en œuvre par un des médecins qui connaissent le mieux la maladie et qui ont le plus incontestablement le droit d'avoir une opinion personnelle sur cette question controversée. En faisant ce résumé, nous défigurerons sûrement l'excellent exposé qu'en a fait l'auteur, mais à cela, il y a un remède, c'est de lire l'original, ce que nous conseillons fort.

Dans une critique préalable, rapide et substantielle, M. Lecorché montre que les théories du diabète ne servent à rien pour le traitement. A ce point de vue, les cas de diabète peuvent se diviser en trois catégories : 1° les formes légères, fréquentes chez les arthritiques et les obèses, dans lesquelles il y a par jour élimination de 50 à 100 grammes de sucre; 2° les formes graves avec 100 à 300 grammes de sucre, 4, 5, 6 litres d'urine par jour et une forte proportion d'urée (60 à 80 grammes); 3° les formes très graves avec une grande polyurie (10 litres), une grande glycosurie (500 à 1000 grammes), une grande azoturie (100 grammes et plus) et une tendance rapide, soit à la cachexie, soit à l'acétonémie. Il faut y ajouter les formes aggravées dans lesquelles surviennent diverses complications.

La chose la plus importante dans le diabète, c'est le régime. M. Lecorché rejette complètement les régimes exclusifs et, en particulier, le régime carné exclusif proposé par Cantani. Ce régime provoque, en effet, le dégoût chez les malades, mais, ce qui est plus grave, il expose aux accidents d'auto-intoxication réunis sous le nom d'acétonémie et de coma diabétique. Le régime des diabétiques, comme le régime des individus sains, doit être un régime mixte, dans lequel on diminuera dans des proportions variables, suivant la gravité des cas, la proportion des substances sucrées et des féculents, en les remplaçant, dans la mesure du possible, par des substances grasses; mais on ne peut pas se proposer d'en supprimer totalement l'usage.

M. Lecorché rejette également, en tant que régime commun, le régime lacté, exclusif, proposé par Donkin ; il sera réservé aux cas dans lesquels un véritable brightisme se surajoute ou se substitue au diabète.

Le sucre sera complètement supprimé; on n'emploiera pas à sa place la saccharine qui a l'inconvénient de provoquer assez rapidement des troubles digestifs. On peut lui substituer la glycérine, pour sucrer le café noir en particulier, cela surtout lorsqu'il y a des accidents tuberculeux.

Pour ce qui est des fruits, il faut interdire en tout cas les cerises, les raisins et les oranges, très riches en glucose; dans les formes légères, M. Lecorché permet les poires, les pêches et les prunes.

Vient ensuite la grande question du pain. M. Lecorché rejette à peu près tous les pains artificiels qui ont été proposés : pains d'amandes de Pavy, gâteaux de Camplin, pain de farine de sarrasin, pain à la viande du baron Lichdorf, pain de soja. L'aleuronat, proposé par Ebstein et mélangé à de la farine de froment, serait à essayer; l'aleurone est une espèce de gluten qui renferme 80 p. 100 d'albumine, alors que le gluten ordinaire en renferme quelquefois seulement 50 p. 100.

M. Lecorché ne donne guère le pain de gluten que d'une façon passagère. Il n'oublie pas que cette préparation renferme une notable quantité d'amidon, de 14 à 44 p. 100, alors que le pain en renferme de 40 à 72 p. 100. Il en limite donc, en tout cas, l'usage; du reste, en général, il prescrit de 40 à 50 grammes de pain à chaque repas, de la croûte de préférence. Il préfère la croûte, parce qu'elle se digère plus facilement. La croûte et la mie ont, on le sait, chacune leurs partisans. Nous pensons, pour notre part, qu'aux diabétiques dont les gencives et les dents sont en mauvais état, il vaut mieux recommander la mie qui se mâche beaucoup plus facilement. Il est vrai que, pour la même raison, on leur a recommandé la croûte, en donnant cet argument qu'avec leurs mauvaises dents, ils auraient moins tendance à en abuser !

Pour les autres farineux, la règle est simple, il faut les supprimer tous. La pomme de terre seule pourra trouver grâce; elle ne renferme, en effet, que 17 à 20 p. 100 d'amidon, moins, on le voit, que le pain de gluten. Elle peut donc être substituée au pain ordinaire, aux repas, un certain nombre de jours par semaine, par exemple.

Tous les légumes verts sont, on le sait, permis, il en serait de même des topinambourgs et des crosnes qui renferment comme sucre de l'aniline et non de la glucose.

Dans les sauces, la farine sera remplacée par du jaune d'œuf ou par de la crême.

Les légumes verts, toutes les viandes, le fromage, toutes les graisses sont permis.

Pour ce qui est des boissons, on interdira les boissons sucrées, la bière, les vins sucrés et le champagne. Les diabétiques, qu'il ne faut pas priver de boire, devront se défier d'un excès de boissons alcooliques, car ils ont facilement des accidents de cirrhose du foie.

Au point de vue de l'hygiène, le travail manuel, la vie au grand air seront recommandés à ceux qui sont vigoureux.

(1) Lecorché. *Traitement du diabète sucré*, Paris, Rueff et Cie.

Chez ceux qui ont un amaigrissement marqué, une tendance évidente à la cachexie, une hyperazoturie de dénutrition marquée, le travail musculaire pourrait être fort mal supporté. Il faut, en tout cas, éviter le surmenage; l'exercice doit être, avant tout, sagement mesuré, il doit représenter un entraînement méthodique et progressif.

Quels sont, maintenant, les médicaments qu'on pourra utiliser contre le diabète?

M. Lecorché les divise en *anti-diabétiques complets* et en *anti-diabétiques incomplets*.

Les premiers doivent réunir les six propriétés suivantes :

1° Faire baisser le chiffre du sucre;
2° Faire baisser le chiffre de l'urée;
3° Diminuer la polyurie;
4° Provoquer la diminution de volume du foie;
5° Arrêter l'amaigrissement;
6° Faciliter le retour de l'embonpoint.

Trois ordres de médicaments seraient des anti-diabétiques complets, d'après notre auteur : les alcalins, les opiacés et l'arsenic.

Les anti-diabétiques incomplets, le nombre en est très considérable, n'agiraient que sur quelques-uns des éléments que nous venons d'énumérer : ils pourraient, par exemple, diminuer la polyurie et même la glycosurie, mais sans combattre l'amaigrissement, sans amener le retrait du foie.

Ces médicaments peuvent servir d'adjuvants dans certaines circonstances; ils ne peuvent pas combattre l'ensemble du processus diabétique.

Nous nous contenterons d'indiquer ici comment M. Lecorché utilise les anti-diabétiques proprement dits.

En première ligne, les alcalins, et, en première ligne parmi les alcalins, le bicarbonate de soude. « C'est, dit M. Lecorché, le premier médicament à administrer à un diabétique dont on veut mesurer la réaction aux médicaments.

Son efficacité sera d'autant plus grande et plus rapide que le diabète est moins grave. S'il reste sans action, ou s'il ne produit que des effets insignifiants sur la glycosurie, on peut être certain qu'on se trouve en présence d'une forme grave et il faut s'attendre, dans un avenir plus ou moins rapproché, à voir apparaître des complications sérieuses.

Nous le donnons à la dose de 4 à 6 grammes par jour pendant quinze jours à un mois. Nous le faisons prendre d'ordinaire en deux ou trois fois, 2 grammes par exemple à chaque repas. »

« C'est le type de l'anti-diabétique complet, car en même temps que le sucre diminue, le chiffre de l'urée s'abaisse aussi, la polyurie diminue et l'amaigrissement s'arrête. »

Les autres alcalins employés, le salicylate de soude, le benzoate, les sels de potasse, d'ammoniaque, de chaux, de magnésie, de lithine, bien que souvent utiles, lui sont inférieurs.

M. Lecorché considère l'opium comme un excellent médicament anti-diabétique; il l'associe habituellement aux alcalins et surtout au bicarbonate de soude. L'extrait thébaïque est, d'après lui, la meilleure des préparations opiacées à employer. Il le donne à la dose de 5 centigrammes par jour, sous forme de pilules de 25 milligrammes, matin et soir. Cette dose serait suffisante dans la majorité des cas de forme légère ou moyenne. Il sera donné avec interruptions et non d'une façon continue.

Il faut être prudent chez les vieux diabétiques qui ont tendance à la cachexie, lorsqu'il y a des complications pulmonaires, rénales ou gastro-intestinales. Il est complètement contre-indiqué quand il y a menace d'accidents acétonimiques.

M. Lecorché croit à l'efficacité des arsenicaux contre le diabète. « C'est la liqueur de Fowler (arséniate de potasse) que nous prescrivons habituellement. Nous en donnons de xv à xx gouttes par jour, rarement plus, et, pour prévenir l'irritation intestinale et la diarrhée, qui résultent souvent de l'usage de l'arsenic, nous associons d'ordinaire à la liqueur de Fowler II à III gouttes noires anglaises, ou bien IV à V gouttes de laudanum de Sydenham. Ces gouttes doivent être prises avant le repas, pendant un temps plus ou moins long, suivant l'intensité du diabète, trois semaines au moins. En même temps que l'arsenic, nous conseillons une des eaux minérales dont nous parlerons plus loin.

Au bout de trois ou quatre semaines, nous cessons tout traitement, sauf indication spéciale, et, après un repos de durée variable, nous revenons, s'il en est besoin, à l'usage de la liqueur de Fowler. Nos malades font ainsi souvent, dans le cours de la même année, trois à quatre cures arsenicales.

Si le diabète ne nous paraît pas modifié d'une façon suffisante par l'arsenic, nous suspendons momentanément l'usage de la liqueur de Fowler pour prescrire les alcalins.

L'arsenic nous a donné de bons résultats dans toutes les formes du diabète, mais c'est surtout chez les diabétiques anémiés et débilités, et en particulier chez les diabétiques tuberculeux, que son emploi nous semble indiqué. »

Nous laisserons de côté les anti-diabétiques incomplets, passés en revue par M. Lecorché : la créosote, les acides phénique et salicylique, l'iodoforme, le chloral, les sulfites, le jambul, la présure, la pepsine, la levure de bière, le pancréas en nature, l'oxygène en inhalations, l'eau oxygénée, le chlorate et le permanganate de potasse, le jaborandi, la pilocarpine. Nous pouvons nous contenter, du reste, de citer textuellement la conclusion de l'auteur : « Il n'y a rien à attendre que des mécomptes ou des accidents des divers anti-diabétiques incomplets dont la prétendue action s'exercerait sur la glycosurie. Ceux qui agissent sur la polyurie ne sont guère plus recommandables. » Ce sont : le seigle ergoté, la belladone, l'antipyrine, la digitale, et bien d'autres.

Les amers, les ferrugineux, le quinquina, le sulfate de quinine, la glycérine, l'huile de foie de morue, sont des adjuvants quelquefois utiles : on devine dans quelles conditions.

Signalons un intéressant chapitre sur l'emploi des eaux minérales dans le diabète; nous regrettons que la place nous manque pour en rendre compte. Il en sera question, il est vrai, à propos du traitement des diverses formes du diabète et des complications que nous exposerons dans un prochain article.

A. M.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 juillet 1893. — Présidence de M. Périer.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

M. Reynier, en présence d'une appendicite suppurée, suit la conduite indiquée dans la dernière séance par M. Quénu. Il se

contente d'ouvrir la collection purulente sans chercher l'appendice, dont il pourrait être dangereux de détruire les adhérences. Il a ainsi opéré plusieurs malades, chez lesquels il n'a pas constaté de récidives. Parmi ces observations, il en est une qui présente un intérêt particulier : il s'agissait d'un jeune homme, syphilitique et tuberculeux, chez lequel, à la suite d'une inflammation cæcale, apparurent des signes de péritonite généralisée. Les accidents s'étaient développés brusquement et on avait tout lieu de penser à une perforation. M. Reynier crut devoir attendre avant d'opérer ce malade et s'appliqua à relever ses forces. Lorsque apparut une voussure dans la fosse iliaque droite, il incisa et donna issue à des matières fécales mélangées à du pus. Peu à peu, la suppuration s'est tarie et, après un mois, la plaie était cicatrisée. Il ne resta qu'un empâtement profond. Dans certains cas, il est donc prudent d'attendre afin de laisser se produire une localisation de la péritonite suppurée.

M. MONOD cite un cas analogue à celui de M. Reynier : il s'agissait d'une jeune fille atteinte d'appendicite suppurée, chez laquelle il se contenta de faire une incision. Il y eut, dans la suite, issue de matières fécales, ce qui n'empêcha pas la malade de guérir. Cette pratique, qui consiste à ne pas chercher l'appendice, est d'ailleurs adoptée par un grand nombre de chirurgiens. Roux (de Lausanne), sur 40 observations, s'est contenté d'inciser dans 28 cas. Dans quelques cas même où la résection a été pratiquée, il y a eu des accidents. Il est donc plus prudent de s'abstenir.

M. SCHWARTZ cite un cas dans lequel existait une volumineuse collection à la partie supérieure de la cuisse, communiquant, par-dessous l'arcade, avec un foyer rétro-cæcal. Dans un autre cas où M. Schwartz rechercha l'appendice sans pouvoir le trouver, il a persisté une fistule qui a nécessité deux autres interventions.

M. TUFFIER a pratiqué 17 opérations pour des cas d'appendicite. Au point de vue de l'intervention, il divise les appendicites en trois groupes. Dans le premier groupe, la péritonite suppurée est généralisée : sur 4 opérés de ce groupe, 2 sont morts rapidement, 2 ont guéri; dans ces cas, la résection s'impose. Dans le second groupe se trouvent les opérations faites à froid; il a ainsi opéré 3 malades, en faisant la résection; tous les 3 ont guéri, l'un avec trajet fistuleux. Enfin, le troisième groupe comprend les opérations pratiquées pour des péritonites localisées; M. Tuffier en a pratiqué 10, dont 8 suivies de guérison et 2 de mort tardive.

M. NÉLATON ne pense pas, comme l'a dit M. Reynier, qu'il faille attendre qu'une péritonite généralisée se localise pour intervenir. Suivant lui, il serait extrêmement dangereux d'adopter cette manière de faire.

M. REYNIER répond que, lorsqu'il s'agit d'une péritonite généralisée à la suite d'une perforation, il ne faut pas attendre; mais, dans le cas qu'il a cité, il s'agissait surtout de péritonisme; et c'est dans ces cas qu'on voit les accidents se localiser.

COMMUNICATION

Du naphtol camphré dans les adénites tuberculeuses.— M. MOTY, depuis trois ans, emploie le naphtol camphré dans les adénites tuberculeuses cervicales. Il l'emploie dans les cas de récidive après excision, dans les gommes cutanées de la face, enfin dans les cas d'adénites inopérables. Dans tous ces cas, le naphtol camphré lui a donné de très bons résultats.

M. MARCHAND lit un travail sur le traitement des adénites tuberculeuses envisagées d'une manière générale. Pour M. Marchand, l'indication varie avec la période de l'adénite. Tout en reconnaissant les avantages des injections interstitielles modificatrices, M. Marchand ne croit pas qu'il faille négliger l'excision, à laquelle il a eu recours un grand nombre de fois et qui lui a toujours donné de bons résultats.

M. MONOD est de l'avis de M. Marchand et cite plusieurs faits à l'appui. Lorsque les tumeurs sont mobiles, elles sont faciles à enlever, et l'excision est même le meilleur mode de traitement. Quand elles forment une masse suppurée adhérente, l'excision devient très difficile.

RAPPORT

Accidents toxiques déterminés par les injections de naphtol camphré. — M. NÉLATON fait un rapport sur une communication adressée par M. Calot (de Berck). Il s'agit d'un malade atteint de coxalgie, que M. Nélaton a lui-même traité, pour un abcès ossifluent de l'aine, par les injections de naphtol camphré, d'ailleurs sans grand succès. M. Calot continua ce traitement à Berck, en augmentant les doses et en les portant jusqu'à 40 grammes en une seule fois.

A la suite de cette injection, le malade tomba dans le coma, puis eut des accès épileptiformes. M. Calot ouvrit l'abcès et le vida. Les crises épileptiformes durèrent encore quelques heures, puis tout rentra dans l'ordre et le malade guérit.

M. Calot conclut de ce fait que ces injections peuvent donner lieu à des accidents, qu'il faut les combattre en ouvrant la poche et qu'il serait prudent, avant d'y recourir, de tâter la susceptibilité du malade. M. Nélaton admet les deux premières conclusions; quant à la troisième, il fait observer qu'il était d'autant plus difficile de tâter la susceptibilté du malade que celui-ci était, depuis longtemps, soumis à ces injections.

M. KIRMISSON rappelle que M. Ménard (de Berck) a constaté ces mêmes accidents sur deux enfants, l'un âgé de huit ans, coxalgique, atteint d'un abcès de la partie supérieure de la cuisse; l'autre âgé de onze ans, atteint de mal de Pott avec abcès de la fosse iliaque. Chez ces deux malades, il y eut des accès épileptiformes à la suite de doses élevées de naphtol camphré injecté dans la cavité des abcès. Le premier a guéri, mais le second a succombé.

M. G. MARCHANT cite, à son tour, le fait suivant : Une jeune femme, atteinte d'une tumeur ganglionnaire du cou, reçoit une injection de naphtol camphré, environ le volume d'une demi-seringue de Pravaz pleine. Cette malade fut prise d'accidents épileptiformes graves qui durèrent toute la journée. Les urines de cette malade contenaient de l'albumine.

M. MONOD a employé le naphtol camphré dans le traitement des adénites tuberculeuses et n'en a pas été très satisfait. Il a constaté plusieurs fois de légers accidents.

M. VERNEUIL préfère, au naphtol camphré, l'éther ou l'huile iodoformée. Les accidents que l'on vient de rappeler surviennent habituellement lorsqu'il y a des lésions viscérales. Il importe donc de bien examiner ses malades avant de leur pratiquer ces injections.

La séance est levée.

Séance du 12 juillet 1893. — Présidence de M. PÉRIER.

DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

M. RECLUS fait observer qu'il ressort de cette discussion que tous les chirurgiens sont à peu près d'accord sur la plupart des points relatifs au traitement chirurgical de l'appendicite et de la péritonite suppurées. Dans les cas d'appendicite tuberculeuse, l'intervention précoce est le meilleur mode de traitement. Il en est de même pour la péritonite compliquant l'appendicite. Si le traitement chirurgical appliqué à la péritonite suppurée ne donne encore que 50 p. 100 de succès, il y a lieu de penser que cette proportion de succès s'accroîtra dans l'avenir.

On reconnaît, d'un commun accord, que, pour les appendicites à rechutes, l'opération pratiquée à froid ou entre deux crises est généralement peu dangereuse. Il y a tout avantage, dans ces cas, à intervenir le plus tôt possible. Il en sera de même dans les appendicites suppurées à début brusque. Malgré quelques exemples de guérison spontanée, il est indiqué d'intervenir chirurgicalement le plus tôt possible.

Quant à la résection de l'appendice, on ne doit y avoir recours

qu'exceptionnellement. Toutefois, il est sage de l'examiner et de rechercher si, indépendamment de la poche superficielle, il n'existe pas d'abcès profonds.

RAPPORT

Tumeur mixte du testicule. — **M. GÉRARD MARCHANT** fait un rapport sur une observation adressée par M. Reboul (de Marseille).

Il s'agit d'un enfant de six ans chez lequel, à la suite d'un traumatisme ayant eu lieu huit mois auparavant, se développe une tumeur du testicule droit. Cette tumeur, du volume du poing, était bosselée, indolente et non transparente. Il y avait un léger empâtement du cordon. Cette tumeur fut enlevée. L'examen histologique a montré qu'elle était mixte, formée de deux segments constitués par des éléments sarcomateux et des éléments épithéliaux.

En publiant cette observation, M. Reboul fait connaître que les suites de l'opération furent des plus simples; mais il fait des réserves au point de vue de la récidive possible.

M. BAZY a enlevé un sarcome de l'épididyme et trois mois après le malade succombait à une généralisation du néoplasme. M. Reboul a donc raison de faire des réserves au point de vue de la récidive de la tumeur qu'il a opérée.

COMMUNICATION

Fibromes sessiles intra-utérins. — **M. MARCHAND** communique treize observations de fibromes sessiles intra-utérins qu'il a opérés par énucléation, précédée ou non du morcellement.

Au point de vue de l'intervention, il distingue ces tumeurs en deux catégories : les fibromes de petit ou de moyen volume et les gros fibromes. Pour les premiers, M. Marchand n'a eu recours qu'à la dilatation du col; pour les autres, il a dû faire une section plus ou moins étendue. Enfin, dans plusieurs cas, il a fallu recourir au morcellement.

LECTURE

Le salol liquide. — **M. REYNIER** appelle l'attention sur une propriété du salol, signalée par tous les chimistes qui l'on étudié, mais propriété qu'on n'a pas encore utilisée :

A la température de 40 degrés, le salol entre en fusion et devient liquide; on peut facilement l'injecter avec une seringue de Pravaz.

Cette liquéfaction persiste au-dessous de 40 degrés pendant quinze à vingt minutes. De plus, à cette température le salol peut être injecté sans danger.

Le salol présente une autre propriété, qui n'a pas encore été signalée. On avait bien remarqué qu'il se combine avec le camphre. Mais il peut s'unir à d'autres substances. Si on mélange le salol avec l'iodoforme, l'aristol, et si l'on chauffe, le mélange devient liquide, facilement injectable, et se reprend au bout d'un certain temps en masse, dans laquelle les différents corps mélangés sont intimement unis.

M. Reynier a injecté ce salol liquide, soit seul, soit uni à l'iodoforme ou à l'aristol, dans différents trajets fistuleux, ou dans des cavités purulentes; le salol se cristallisait, et en se désagrégeant il arrivait à aseptiser la cavité ou le trajet. M. Reynier l'a ainsi essayé dans des adénites tuberculeuses suppurées, dans des trajets fistuleux, dans des fistules consécutives à la résection costale pour lésions tuberculeuses, etc., etc.

Les injections de salol liquide sont contre-indiquées dans les cavités purulentes ouvertes par un orifice étroit. Enfin M. Reynier l'a employé sur des sutures cutanées comme pansement. En se cristallisant, le salol liquide iodoformé forme au-dessus des plaies un véritable vernis aseptique qui les protège.

La séance est levée.

CORRESPONDANCE

Granville, le 11 juillet 1893.

Mon cher Directeur,

Décidément, M. Larger (de Maisons-Laffitte) ne sait pas lire ou ne veut pas comprendre.

Le cas est grave; cependant, il y a remède.

Comme il ne me convient pas de continuer une ennuyeuse polémique ni d'ergoter sur des textes très précis qui condamnent les prétentions de M. Larger, je dis à M. Larger ceci :

Je vous offre de parier cinq sous ou cinq mille francs, au bénéfice des pauvres de Maisons-Laffitte ou de Granville : 1° que vous n'avez, comme je l'ai dit, *rien découvert*, *rien démontré*, *rien inventé*; 2° que vos prétentions, comme vos insinuations, sont, comme je l'ait dit, *dénuées de tout fondement.*

Un jury compétent prononcera et *sa décision sera publiée.*

A cela, il n'y a qu'une réponse possible : *accepter.* M. Larger n'acceptera pas.

Bien vôtre,

P. Poirier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— Par décret, en date du 10 juillet 1893, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — M. Lepetit, ancien professeur à l'École de médecine de Caen; M. le docteur Bonin, ancien médecin auxiliaire; M. le docteur Bury, ancien député.

— Par décret, en date du 12 juillet 1893, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. de Fornel, médecin en chef de la marine.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de première classe de la marine Bourit, Gueit, Hervé (A.-J.-M.), Pallardy, Poulain, Regnaud, Hervé (H.-M.-V.); M. Bourdon, pharmacien de première classe de la marine.

— Par décret, en date du 13 juillet 1893, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le docteur Motet, médecin-expert près le Tribunal de première instance de la Seine ;

Au grade de chevalier. — M. Calmette, médecin de première classe des colonies; Drevon, médecin principal des colonies.

— Par décret, en date du 11 juillet 1893, M. Morel, médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine, a été nommé médecin de deuxième classe des colonies.

— Par arrêté ministériel, en date du 13 juillet 1893, ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — M. les professeurs Baraban (de Lille), Boudet (de Limoges), Feillé (d'Angers), Fouriaux (de Clermont), Gidon (de Caen), Girod (de Clermont), Jeannel (de Toulouse), Panis (de Reims), Weiss (de Nancy), Wertheimer (de Lille), M. le docteur Besnier, médecin au collège Rollin.

Officiers d'Académie. — MM. les professeurs Bahuaud (d'Angers), Brunon (de Rouen), Caussanel (d'Alger), Debionne (d'Amiens), Deshayes (d'Alger), Domergue (de Marseille), Doumer (de Lille), Lelieuvre (de Rouen), Mauduit (de Poitiers), Mosnier (de Clermont).

MM. les agrégés Combemale et Curtis (de Lille), Hedon (de Montpellier), Nabias (de Bordeaux), Parisot et Rémy (de Nancy), Rodet (de Lyon), Sarda (de Montpellier).

M. Lagrolet, chef des travaux à la Faculté de Bordeaux.

MM. les docteurs Huillet, médecin du lycée de Nice ; Mougeot, médecin du lycée de Sens; Bacheley, médecin du lycée de Saint-Omer ; Bonnefour, médecin du lycée de Rodez ; Fabre, médecin du collège de Revel; Vignes, médecin du lycée de Tarbes.

— Par décision ministérielle, en date du 7 juillet 1893, M. Dziewonski, médecin-major de deuxième classe, a été désigné pour être attaché à la direction du service de santé au ministère de la Guerre.

— *Hôpital de Bordeaux.* — Le concours pour une place de médecin-adjoint vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Daniel Dumur.

— *École de médecine d'Alger.* — M. le docteur Caussanel est chargé du cours complémentaire de clinique des maladies des enfants.

— *École de médecine de Clermont.* — M. Bousquet, professeur de clinique obstétricale et gynécologique, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique externe.

— M. Maurice Binder a déposé au Conseil municipal une proposition tendant à la désaffectation de l'hôpital Beaujon et à la vente des terrains sur lesquels est construit cet hôpital.

— M. le docteur C. Marcailhou d'Aymeric est nommé conseiller général pour le canton de Blidah.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bersonnet (de Paris), Deblon (de Lille), Degand (de Pisseloup), Derbez (de Lyon), Duprat (de Nérac); et celle de M. Mollenthiel, interne à l'hôpital Necker.

— Sait-on comment se radoubent, sur les quais de Rouen, les pièces de vin débarquées et qui laissent suinter leur contenu?

Voici ce que nous avons vu. Un ouvrier prend du crottin de cheval (c'est une marchandise qui ne coûte pas cher), l'enfonce avec le plus de soin possible dans les fissures, met par dessus du papier et cloue une lame de zinc.

Aux incrédules, nous pourrions fournir les marques imprimées sur le fût. (*Normandie médicale.*)

Médecine légale militaire (*Encyclop. scient. des Aide-Mémoire*), par MM. les docteurs Du Cazal et Catrin, professeurs au Val-de-Grâce. 1 vol. — Prix : broché, 2 fr. 50 ; relié : 3 francs. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 82. — JEUDI 20 JUILLET 1893. 66e ANNÉE. JEUDI 20 JUILLET 1893. — N° 82.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Lagneau a communiqué à l'Académie une étude démographique sur l'habitat urbain. Cette étude porte sur Paris et les chiffres fournis par M. Lagneau sont des plus tristement instructifs. En voici quelques exemples : tandis que la mortalité est, en France, de 20,7 p. 1000 habitants, elle est, à Paris, de 24,8 p. 1000. L'athrepsie des nouveau-nés, la rougeole et la diphtérie des enfants, la phtisie des adultes, telles sont les principales causes de cette mortalité considérable. Pour ne parler que de la phtisie, elle donne environ 11000 décès sur 56000. Tandis que l'âge moyen des décédés s'élève, pour l'ensemble de la France, à quarante ans et deux mois, il n'est, pour Paris, que de vingt-huit ans et un mois. Enfin les familles parisiennes qui ne s'unissent pas à des immigrés s'éteignent en trois ou quatre générations. On comprend aisément le rôle important que jouent les mauvaises conditions de l'habitat au point de vue de ces déplorables faits particuliers à la population parisienne. C'est donc à l'hygiène et toujours à l'hygiène qu'il faut s'adresser pour tenter d'apporter quelque remède à cette triste situation.

L'Académie a entendu deux communications d'ordre chirurgical fort intéressantes : c'est d'abord la présentation par M. Perier d'un malade auquel il a enlevé la totalité du larynx, pour un épithélioma, sans trachéotomie préalable; ce malade est pourvu d'un appareil qui lui permet de parler. C'est ensuite une communication de M. Richelot sur la fixation d'un foie déplacé. Nous publions plus loin la curieuse observation de M. Richelot.

M. Hervieux a donné lecture d'un travail sur la vaccination et la variolisation intra-utérines. Il ressort de ce travail que la vaccination ou la variolisation maternelles ne donnent pas toujours à l'enfant l'immunité pour la vaccine ou la variole. Signalons, enfin, la présentation, par M. Guéniot, d'un enfant nouveau-né qui offre un curieux exemple d'adermogenèse.

L'Académie a élu, par 54 suffrages sur 58 votants, M. Straus membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

LOI SUR L'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE PREMIER

Organisation de l'assistance médicale.

Article premier. — Tout Français malade, privé de ressources, reçoit gratuitement de la commune, du département ou de l'État, suivant son domicile de secours, l'assistance médicale à domicile ou, s'il y a impossibilité de le soigner utilement à domicile, dans un établissement hospitalier.

Les femmes en couches sont assimilées à des malades.

Les étrangers malades, privés de ressources, seront assimilés aux Français toutes les fois que le Gouvernement aura passé un traité d'assistance réciproque avec leur nation d'origine.

Art. 2. — La commune, le département ou l'État peuvent toujours exercer leur recours, s'il y a lieu, soit l'un contre l'autre, soit contre toutes personnes, sociétés ou corporations tenues à l'assistance médicale envers l'indigent malade, notamment contre les membres de la famille de l'assisté désignés par les articles 205, 206, 207 et 212 du code civil.

Art. 3. — Toute commune est rattachée pour le traitement de ses malades à un ou plusieurs des hôpitaux les plus voisins.

Dans le cas où il y a impossibilité de soigner utilement un malade à domicile, le médecin délivre un certificat d'admission à l'hôpital. Ce certificat doit être contresigné par le président du bureau d'assistance ou son délégué.

L'hôpital ne pourra réclamer à qui de droit le remboursement des frais de journée qu'autant qu'il présentera le certificat cidessus.

Art. 4. — Il est organisé dans chaque département, sous l'autorité du préfet et suivant les conditions déterminées par la pré sente loi, un service d'assistance médicale gratuite pour les malades privés de ressources.

Le conseil général délibère dans les conditions prévues par l'article 48 de la loi du 10 août 1871 :

1° Sur l'organisation du service de l'assistance médicale, la détermination et la création des hôpitaux auxquels est rattaché chaque commune ou syndicat de commune ;

2° Sur la part de la dépense incombant aux communes et au département.

Art. 5. — A défaut de délibération du conseil général sur les objets prévus à l'article précédent, ou en cas de la suspension de la délibération en exécution de l'article 49 de la loi du 10 août 1871, il peut être pourvu à la réglementation du service par un décret rendu dans la forme des règlements d'administration publique.

TITRE II

Domicile de secours.

ART. 6. — Le domicile de secours s'acquiert :

1° Par une résidence habituelle d'un an dans une commune postérieurement à la majorité ou à l'émancipation ;

2° Par la filiation. L'enfant a le domicile de secours de son père. Si la mère a survécu au père, ou si l'enfant est un enfant naturel reconnu par sa mère seulement, il a le domicile de sa mère. En cas de séparation de corps ou de divorce des époux, l'enfant légitime partage le domicile de l'époux à qui a été confié le soin de son éducation ;

3° Par le mariage. La femme, du jour de son mariage, acquiert le domicile de secours de son mari. Les veuves, les femmes divorcées ou séparées de corps, conservent le domicile de secours antérieur à la dissolution du mariage ou au jugement de séparation.

Pour les cas non prévus dans le présent article, le domicile de secours est le lieu de la naissance jusqu'à la majorité ou à l'émancipation.

ART. 7. — Le domicile de secours se perd :

1° Par une absence ininterrompue d'une année postérieurement à la majorité ou à l'émancipation ;

2° Par l'acquisition d'un autre domicile de secours.

Si l'absence est occasionnée par des circonstances excluant toute liberté de choix de séjour ou par un traitement dans un établissement hospitalier situé en dehors du lieu habituel de résidence du malade, le délai d'un an ne commence à courir que du jour où ces circonstances n'existent plus.

ART. 8. — A défaut de domicile de secours communal, l'assistance médicale incombe au département dans lequel le malade privé de ressources aura acquis son domicile de secours.

Quand le malade n'a ni domicile de secours communal ni domicile de secours départemental, l'assistance médicale incombe à l'État.

ART. 9. — Les enfants assistés ont leur domicile de secours dans le département au service duquel ils appartiennent, jusqu'à ce qu'ils aient acquis un autre domicile de secours.

TITRE III

Bureau et liste d'assistance.

ART. 10. — Dans chaque commune, un bureau d'assistance assure le service de l'assistance médicale.

La commission administrative du bureau d'assistance est formée par les commissions administratives réunies de l'hospice et du bureau de bienfaisance, ou par cette dernière seulement quand il n'existe pas d'hospice dans la commune.

A défaut d'hospice ou de bureau de bienfaisance, le bureau d'assistance est régi par la loi du 21 mai 1873 (articles 1 à 5), modifiée par la loi du 5 août 1879, et possède, outre les attributions qui lui sont dévolues par la présente loi, tous les droits et attributions qui appartiennent au bureau de bienfaisance.

ART. 11. — Le président du bureau d'assistance a le droit d'accepter, à titre conservatoire, des dons et legs et de former, avant l'autorisation, toute demande en délivrance.

Le décret du Président de la République ou l'arrêté du préfet qui interviennent ultérieurement ont effet du jour de cette acceptation.

Le bureau d'assistance est représenté en justice et dans tous les actes de la vie civile par un de ses membres que ses collègues élisent, à cet effet, au commencement de chaque année.

L'administration des fondations, dons et legs qui ont été faits aux pauvres ou aux communes, en vue d'assurer l'assistance médicale, est dévolue au bureau d'assistance.

Les bureaux d'assistance sont soumis aux règles qui régissent l'administration et la comptabilité des hospices, en ce qu'elles n'ont rien de contraire à la présente loi.

ART. 12. — La commission administrative du bureau d'assistance, sur la convocation de son président, se réunit au moins quatre fois par an.

Elle dresse, un mois avant la première session ordinaire du conseil municipal, la liste des personnes qui, ayant dans la commune leur domicile de secours, doivent être, en cas de maladie, admises à l'assistance médicale, et elle procède à la revision de cette liste un mois avant chacune des trois autres sessions.

Le médecin de l'assistance ou un délégué des médecins de l'assistance, le receveur municipal et un des répartiteurs désignés par le sous-préfet, peuvent assister à la séance avec voix consultative.

ART. 13. — La liste d'assistance médicale doit comprendre nominativement tous ceux qui seront admis aux secours, lors même qu'ils sont membres d'une même famille.

ART. 14. — La liste est arrêtée par le conseil municipal, qui délibère en comité secret : elle est déposée au secrétariat de la mairie.

Le maire donne avis du dépôt par affiches aux lieux accoutumés.

ART. 15. — Une copie de la liste et du procès-verbal constatant l'accomplissement des formalités prescrites par l'article précédent est en même temps transmise au sous-préfet de l'arrondissement.

Si le préfet estime que les formalités prescrites par la loi n'ont pas été observées, il défère les opérations, dans les huit jours de la réception de la liste, au conseil de préfecture, qui statue dans les huit jours et fixe, s'il y a lieu, le délai dans lequel les opérations annulées seront refaites.

ART. 16. — Pendant un délai de vingt jours à compter du dépôt, les réclamations en inscription ou en radiation peuvent être faites par tout habitant ou contribuable de la commune.

ART. 17. — Il est statué souverainement sur ces réclamations, le maire entendu ou dûment appelé, par une commission cantonale composée du sous-préfet de l'arrondissement, du conseiller général, d'un conseiller d'arrondissement dans l'ordre de nomination et du juge de paix du canton.

Le sous-préfet ou, à son défaut, le juge de paix préside la commission.

ART. 18. — Le président de la commission donne, dans les huit jours, avis des décisions rendues au sous-préfet et au maire, qui opèrent sur la liste les additions ou les retranchements prononcés.

ART. 19. — En cas d'urgence, dans l'intervalle de deux sessions, le bureau d'assistance peut admettre provisoirement, dans les conditions de l'article 12 de la présente loi, un malade non inscrit sur la liste.

En cas d'impossibilité de réunir à temps le bureau d'assistance, l'admission peut être prononcée par le maire, qui en rend compte, en comité secret, au conseil municipal dans sa plus prochaine séance.

ART. 20. — En cas d'accident ou de maladie aiguë, l'assistance médicale des personnes qui n'ont pas le domicile de secours dans la commune où s'est produit l'accident ou la maladie incombe à la commune, dans les conditions prévues à l'article 21, s'il n'existe pas d'hôpital dans la commune.

L'admission de ces malades à l'assistance médicale est prononcée par le maire, qui avise immédiatement le préfet et en rend compte, en comité secret, au conseil municipal dans sa plus prochaine séance.

Le préfet accuse réception de l'avis et prononce dans les dix jours sur l'admission aux secours de l'assistance.

ART. 21. — Les frais avancés par la commune en vertu de l'article précédent, sauf pour les dix premiers jours de traitement, sont remboursés par le département d'après un état régulier dressé conformément au tarif fixé par le conseil général.

Le département qui a fourni l'assistance peut exercer son recours contre qui de droit. Si l'assisté a son domicile de secours dans un autre département, le recours est exercé contre le département, sauf la faculté, pour ce dernier, d'exercer à son tour son recours contre qui de droit.

ART. 22. — L'inscription sur la liste prévue à l'article 12 continue à valoir pendant un an, au regard des tiers, à partir du jour où la personne inscrite a quitté la commune, sauf la faculté pour la commune de prouver que cette personne n'est plus en situation d'avoir besoin de l'assistance médicale gratuite.

ART. 23. — Le préfet prononce l'admission aux secours de l'assistance médicale des malades privés de ressources et dépourvus d'un domicile de secours communal.

Le préfet est tenu d'adresser, au commencement de chaque mois, à la commission départementale ou au ministre de l'Intérieur, suivant que l'assistance incombe au département ou à l'État, la liste nominative des malades ainsi admis pendant le mois précédent aux secours de l'assistance médicale.

TITRE IV

Secours hospitaliers.

ART. 24. — Le prix de journée des malades placés dans les hôpitaux aux frais des communes, des départements ou de l'État est réglé, par arrêté du préfet, sur la proposition des commissions administratives de ces établissements et après avis du conseil général du département, sans qu'on puisse imposer un prix de journée inférieur à la moyenne du prix de revient constaté pendant les cinq dernières années.

ART. 25. — Les droits résultant d'actes de fondations, des édits d'union ou de conventions particulières sont et demeurent réservés.

Il n'est pas dérogé à l'article 1er de la loi du 7 août 1851.

Tous les lits dont l'affectation ne résulte pas des deux paragraphes précédents ou qui ne seront pas reconnus nécessaires aux services des vieillards ou incurables, des militaires, des enfants assistés et des maternités, seront affectés au service de l'assistance médicale.

TITRE V

Dépenses, voies et moyens.

ART. 26. — Les dépenses du service de l'assistance médicale se divisent en dépenses ordinaires et dépenses extraordinaires.

Les dépenses ordinaires comprennent :

1° Les honoraires des médecins, chirurgiens et sages-femmes du service d'assistance à domicile ;

2° Les médicaments et appareils ;

3° Les frais de séjour des malades dans les hôpitaux.

Ces dépenses sont obligatoires. Elles sont supportées par les communes, le département et l'État, suivant les règles établies par les articles 27, 28 et 29.

Les dépenses extraordinaires comprennent les frais d'agrandissement et de construction d'hôpitaux.

L'État contribuera à ces dépenses par des subventions dans la limite des crédits votés.

Chaque année, une somme sera, à cet effet, inscrite au budget.

ART. 27. — Les communes, dont les ressources spéciales de l'assistance médicale et les ressources ordinaires inscrites à leur budget seront insuffisantes pour couvrir les frais de ce service, sont autorisées à voter des centimes additionnels aux quatre contributions directes ou des taxes d'octroi pour se procurer le complément des ressources nécessaires.

Les taxes d'octroi votées en vertu du paragraphe précédent seront soumises à l'approbation de l'autorité compétente, conformément aux dispositions de l'article 137 de la loi du 5 avril 1884.

La part que les communes seront obligées de demander aux centimes additionnels ou aux taxes d'octroi ne pourra être moindre de 20 p. 100, ni supérieure à 90 p. 100 de la dépense à couvrir, conformément au tableau A ci-annexé.

ART. 28. — Les départements, outre les frais qui leur incombent de par les articles précédents, sont tenus d'accorder aux communes qui auront été obligées de recourir à des centimes additionnels ou à des taxes d'octroi, des subventions d'autant plus fortes que leur centime sera plus faible, mais qui ne pourront dépasser 80 p. 100, ni être inférieures à 10 p. 100 du produit de ces centimes additionnels ou taxes d'octroi, conformément au tableau A précité.

En cas d'insuffisance des ressources spéciales de l'assistance médicale et des ressources ordinaires de leur budget, ils sont autorisés à voter des centimes additionnels aux quatre contributions directes dans la mesure nécessitée par la présente loi.

ART. 29. — L'État concourt aux dépenses départementales de l'assistance médicale par des subventions aux départements dans une proportion qui variera de 10 à 70 p. 100 du total de ces dépenses couvertes par des centimes additionnels et qui sera calculée en raison inverse de la valeur du centime départemental par kilomètre carré, conformément au tableau B ci-annexé.

L'État est en outre chargé :

1° Des dépenses occasionnées par le traitement des malades n'ayant aucun domicile de secours ;

2° Des frais d'administration relatifs à l'exécution de la présente loi.

TITRE VI

Dispositions générales.

ART. 30. — Les communes, les départements, les bureaux de bienfaisance et les établissements hospitaliers possédant, en vertu d'actes de fondation, des biens dont le revenu a été affecté par le fondateur à l'assistance médicale des indigents à domicile, sont tenus de contribuer aux dépenses du service de l'assistance médicale jusqu'à concurrence dudit revenu, sauf ce qui a été dit à l'article 25.

ART. 31. — Tous les recouvrements relatifs au service de l'assistance médicale s'effectuent comme en matière de contributions directes.

Toutes les recettes du bureau d'assistance pour lesquelles les lois et règlements n'ont pas prévu un mode spécial de recouvrement s'effectuent sur les états dressés par le président.

Ces états sont exécutoires après qu'ils ont été visés par le préfet ou le sous-préfet.

Les oppositions, lorsque la matière est de la compétence des tribunaux ordinaires, sont jugées comme affaires sommaires, et le bureau peut y défendre sans autorisation du conseil de préfecture.

ART. 32. — Les certificats, significations, jugements, contrats, quittances et autres actes faits en vertu de la présente loi et exclusivement relatifs au service de l'assistance médicale, sont dispensés du timbre et enregistrés gratis lorsqu'il y a lieu à la formalité de l'enregistrement, sans préjudice du bénéfice de la loi du 22 janvier 1851 sur l'assistance judiciaire.

ART. 33. — Toutes les contestations relatives à l'exécution soit de la délibération du conseil général prise en vertu de l'article 4, soit du décret rendu en vertu de l'article 5, ainsi que les réclamations des commissions administratives relatives à l'exécution de l'arrêté préfectoral prévu à l'article 24, sont portées devant le conseil de préfecture du département du requérant, et, en cas d'appel, devant le Conseil d'Etat.

Les pourvois devant le Conseil d'Etat, dans les cas prévus au paragraphe précédent, sont dispensés de l'intervention de l'avocat.

ART. 34. — Les médecins de service de l'assistance médicale gratuite ne pourront être considérés comme inéligibles au conseil général ou au conseil d'arrondissement à raison de leur rétribution sur le budget départemental.

ART. 35. — Les communes ou syndicats de communes qui justifient remplir d'une manière complète leur devoir d'assistance envers leurs malades peuvent être autorisés par une décision spéciale du ministre de l'Intérieur, rendue après avis du Conseil supérieur de l'assistance publique, à avoir une organisation spéciale.

Art. 36. — Sont abrogées les dispositions du décret-loi du 24 vendémiaire an II, en ce qu'elles ont de contraire à la présente loi.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 15 juillet 1893.

Carnot.

Par le Président de la République :
Le président du Conseil, ministre de l'Intérieur,
Ch. Dupuy.

Le garde des Sceaux, ministre de la Justice,
E. Guérin.

Le ministre des Finances,
P. Peytral.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. L.-G. Richelot.

Fixation d'un foie déplacé.

En dépit des principes les mieux établis et des plus sérieux efforts pour ne jamais opérer sans diagnostic précis, nous devons toujours nous attendre, en chirurgie abdominale, à voir nos prévisions déçues et nos plans opératoires modifiés. Il y a encore, il y aura toujours des laparotomies exploratrices.

Le propre de l'affection dont je vais parler est de se rencontrer sans avoir été prévue. L'opération que j'ai faite est la quatrième en date, et quatre fois elle a été faite sans préméditation, au cours d'une laparotomie entreprise pour une autre fin.

Une femme de vingt-huit ans, marchant à peine, entre dans mon service, à l'hôpital Saint-Louis, le 22 mars 1893. Elle est gênée dans son travail depuis une année environ, mais c'est depuis deux mois surtout qu'elle se mit à souffrir du côté droit et sentit dans la fosse iliaque une tumeur qui se déplaçait. Les douleurs revinrent par accès fréquents; elle eut des vomissements bilieux, peut-être un peu de fièvre qui, maintenant, n'existe plus, Aujourd'hui, elle a cessé tout travail; elle est immobilisée, impotente et vient nous demander secours.

On trouve, assez haut dans la fosse iliaque droite, un empâtement dur, circonscrit, sans mobilité, douloureux à la pression. Il n'y a ni fluctuation ni rénitence. La forme rappellerait un peu celle du rein, au dire d'un de mes internes, qui pense à une ectopie de cet organe fixé par des adhérences inflammatoires. Pour mon compte, je n'admets guère ce diagnostic, mais je pense encore moins au foie, car, entre la tumeur et les fausses côtes, le flanc droit est libre et paraît avoir toute sa souplesse.

Cette tumeur iliaque me semble avoisiner l'intestin et revêtir une des formes connues de l'appendicite ; forme assez grave, assez pressante pour motiver une intervention dont la plupart des chirurgiens admettent aujourd'hui l'opportunité. Ajoutons que, le père de la malade étant mort à trente-cinq ans d'une affection thoracique, elle-même ayant eu à l'âge de treize ans une bronchite qui dura sept mois et nous disant qu'elle s'enrhume facilement l'hiver, enfin mes souvenirs me rappelant certains cas de tuberculose limitée du cæcum ayant eu des allures semblables et dans lesquels j'ai réséqué partiellement la paroi intestinale au grand bénéfice des malades, je suis fort tenté de croire, malgré l'absence de tout signe d'auscultation, à une typhlite tuberculeuse plutôt qu'à une appendicite ordinaire.

En tous cas, l'évolution de cette tumeur douloureuse peut entraîner de sérieux dangers; à défaut d'un diagnostic plus certain, l'indication chirurgicale n'est pas douteuse.

Le 12 avril, j'ouvre l'abdomen sur le bord externe du muscle droit, et je mets à nu la tumeur, qui adhère à la paroi dans toute la hauteur de mon incision. Je la décolle sans peine, et, à mon grand étonnement, je reconnais le foie descendu dans la fosse iliaque. L'organe est de volume normal, et son tissu paraît sain dans presque toute son étendue : mais il a changé de place, il est devenu vertical, son lobe gauche occupe l'hypocondre droit, sa face convexe est tournée en dehors, et l'extrémité de son lobe droit est venue se mettre en rapport avec la paroi abdominale un peu au-dessus du cœcum. L'adhérence qui s'est faite en ce point correspond à une surface large comme la paume de la main, où la capsule de Glisson est blanche, épaisse et fibreuse, de telle façon que cette minime partie du foie, qui d'ailleurs ne contient ni kyste ni aucun produit morbide apparent, simulait par sa dureté une tumeur nettement circonscrite. L'intégrité du tissu hépatique au-dessus de la zone fibreuse donnait à la région une souplesse relative qui faisait croire à un vide, à une interruption complète entre la tumeur et les fausses côtes. Je ne sais d'ailleurs quelle pouvait être l'origine de cette périhépatite localisée, qui rendait immobile le foie déplacé et contribuait par là même à l'obscurité du diagnostic.

Les adhérences ayant été rompues, le foie devient libre et mobile, et je le repousse facilement en haut, de manière à lui rendre à peu près son attitude normale. L'idée me vient aussitôt de le fixer après l'avoir réduit. En effet, l'épaississement limité de la capsule ne constitue pas une lésion grave et ne saurait motiver une résection partielle. Au contraire, il est très indiqué d'empêcher le déplacement de se reproduire, avec les tiraillements douloureux, les compressions, les adhérences bizarres qu'il peut encore entraîner. Cette fixation est d'autant plus opportune, que la zone fibreuse est toute faite pour admettre les fils sans se déchirer ni saigner, et pour contracter facilement de nouvelles adhérences.

Je remonte le foie le plus haut possible avec deux doigts de la main gauche, de telle sorte que son bord antérieur dépasse encore de trois travers de doigt les fausses côtes. Un aide attire en haut l'extrémité supérieure de mon incision cutanée, en la faisant glisser sur les couches profondes de la paroi. Je passe à travers ces couches et la partie épaisse de la capsule trois fils de catgut montés sur une aiguille courbe, et je les noue solidement, sans voir ni déchirure ni écoulement sanguin. Puis je ferme la paroi comme à l'ordinaire.

Les suites de cette opération ont été nulles, et j'ai revu la malade il y a huit jours, c'est-à-dire près de trois mois après mon intervention. La guérison est complète; le foie, facile à sentir à travers la paroi abdominale, est collé à la place où je l'ai mis et déborde les fausses côtes de trois travers de doigt. Le ventre est souple, insensible, et la malade, qui avait pris une ceinture et la trouvait gênante, ne veut déjà plus la porter. Elle marche longtemps sans fatigue, et se déclare aussi bien portante que jamais.

J'ai dit que mon observation était la quatrième; mais ce n'est pas tout à fait exact (1). Dans les deux premiers cas, Billroth et Tscherning fixèrent à la paroi abdominale, non pas le foie lui-même, qui était à sa place, mais un lobule pédiculé et flottant de cet organe, qu'ils avaient pris pour une tumeur. Cette fixation partielle est une opération tout autre, car un simple lobule était forcément plus léger et moins rebelle que ne l'eût été le foie lui-même. Au contraire, dans le cas de M. Gérard-Marchant, il s'agit d'un foie mobile en totalité; c'est donc bien notre collègue qui fit pour la première fois, le 28 mars 1891, une « hépatopexie » au sens propre du mot. Seulement, d'après les termes de cette observation, la malade continua de souffrir après l'intervention chirurgicale et elle ne fut guérie qu'après la fixation du rein, qui, lui-même, était mobile; puis, quelque temps après, il fut constaté que le foie retombait dans

(1) J.-L. Faure. *L'appareil suspenseur du foie, l'hépatoptose et l'hépatopexie*, Th. de Paris, 1892.

l'abdomen. Par conséquent, la fixation hépatique n'avait pas été durable, et, pendant le temps qu'elle avait persisté, elle n'avait pas atteint son but. Le résultat que j'ai obtenu est meilleur, puisque la douleur a disparu, la malade est redevenue alerte et l'organe reste à sa place. Donc l'opération que j'ai faite est la deuxième en date, mais, en réalité, c'est la première fixation du foie *réussie* et *curative*.

J'ai encore à citer quelques faits de détail.

L'organe adhérent simulait une tumeur absolument fixe dans la fosse iliaque; c'est un cas très exceptionnel, car « le foie prolabé est essentiellement mobile » dans toutes les observations.

La malade ne présente aucun degré d'entéroptose; tous les autres viscères sont à leur place, la paroi abdominale est ferme et le ventre plat. Son appétit est conservé, ses digestions régulières. Elle a eu trois grossesses normales. Le seul fait à signaler au point de vue de l'étiologie, c'est qu'elle est « passementière au pied », c'est-à-dire qu'elle est debout toute la journée, manœuvrant une pédale avec le pied droit; mais je doute qu'on puisse tirer de ce détail beaucoup de lumière sur le mécanisme de l'hépatoptose. J'éviterai donc de me livrer à une discussion stérile et de renouveler les hypothèses qu'on a faites sur la pathogénie, et dont quelques-unes sont absurdes.

Au point de vue du diagnostic, il faut rappeler que le déplacement et la mobilité du foie ont été souvent reconnus sans entraîner une intervention chirurgicale et que la fixation n'a encore été faite que par surprise, au cours d'une laparotomie motivée par un diagnostic erroné ou incertain.

Mais un déplacement du foie cliniquement démontré, s'il est douloureux, s'il entrave les fonctions et résiste à la ceinture abdominale, peut fort bien nous conduire, à titre exceptionnel, à une intervention chirurgicale de parti pris. Je n'y vois pas d'objection, pour ma part. Dans cette hypothèse, et si on me demandait mon avis sur la technique de la fixation du foie, je dirais que la seule incision admissible est verticale, sur le bord externe du muscle droit, à l'occasion sur la ligne médiane, et qu'il faut se garder, ici comme ailleurs, d'imiter les chirurgiens qui, à la moindre difficulté, coupent l'abdomen en travers et montrent ainsi une grande inexpérience de la laparotomie. Les fils doivent être passés entre les couches profondes de la paroi abdominale et la face convexe du foie, et appliquer celle-ci au péritoine pariétal, sans traverser l'organe de part en part, car le contact arrête l'hémorragie, tandis que les trous de la face inférieure pourraient saigner gravement. Ces fils doivent être serrés avec modération, comme dans la néphropexie, pour ne pas déchirer le tissu. Ils doivent être en catgut et non pas en soie; il n'est pas vrai de dire que les premiers déchirent plus que les seconds, jamais on n'est sûr que la soie ne s'éliminera pas en formant des abcès; le catgut est suffisant pour le foie aussi bien que pour le rein et l'utérus, car ce n'est pas le fil qui tient l'organe en définitive, c'est l'adhésion inflammatoire dont il est cause.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 juillet 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

PRÉSENTATIONS

Adermogénèse. — M. **Guéniot** présente un enfant nouveau-né qui a sur les deux jambes de grands espaces irréguliers où les téguments font défaut; la racine du cordon présente une malformation semblable; enfin, sur plusieurs doigts de chaque main, existent des soulèvements épidermiques qui ressemblent à ceux d'une brûlure au second degré. Le père est bien portant, la mère âgée de vingt-huit ans a eu deux enfants bien conformés.

Extirpation du larynx sans trachéotomie préalable. — M. **Ch. Perier** présente un malade sur lequel il a pratiqué l'extirpation totale du larynx sans trachéotomie préalable. C'est un homme de soixante-deux ans, qui était atteint d'un épithélioma du larynx.

Bien que la cavité du larynx fût notablement rétrécie, l'anesthésie chloroformique fut possible.

La trachée fut d'abord coupée en travers et amenée en haut et en avant, au moyen de deux anses de fil placées d'avance sur ses côtés; on y introduisit une canule conique, munie d'un gros tube, au moyen duquel fut continuée l'anesthésie. Le larynx fut alors détaché des parties molles avoisinantes et enlevé en totalité, sauf la partie supérieure de l'épiglotte qui n'était pas malade.

Cela fait, on retira la canule et on sutura la trachée aux lèvres de la plaie cutanée. Une ouverture fut ménagée au-dessus pour permettre le rétablissement ultérieur de la voix au moyen d'un larynx artificiel. Actuellement, ce malade va aussi bien que possible et commence à parler, grâce à un larynx artificiel ou appareil phonateur, imaginé et construit par M. A. Aubry.

Cet appareil est représenté par une anche métallique renfermée dans un tube dont les plaques, disposées en sens contraire, oblitèrent la moitié de la lumière à chaque extrémité.

Un mamelon en caoutchouc perforé s'engage dans le tube jusqu'au contact d'une plaque mobile à ailettes, destinée à fixer l'appareil au moyen de cordon entourant le cou. Ce mamelon est recouvert d'une chemise caoutchouc très mince, oblitérant la plaie opératoire après l'introduction de l'extrémité du tube opératoire.

L'appareil est relié au moyen d'un tube caoutchouc à deux réservoirs élastiques, assouplis et montés sur une armature métallique tubulée en forme d'S, permettant de communiquer l'un avec l'autre afin d'obtenir un courant d'air continu et de moyenne intensité. Un des réservoirs est mis en communication avec une soufflerie de Richardson.

Un lac à boucle relie les deux réservoirs pour les maintenir sur la poitrine de l'opéré.

En présentant cet appareil à l'Académie de médecine, M. Ch. Perier l'a fait fonctionner sur son opéré, qui, malgré son émotion, a pu parler distinctement.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

Au premier tour de scrutin, M. Straus est élu par 54 voix sur 58 votants, contre 3 à M. Fernet et 1 à M. Troisier.

LECTURES

Remarques démographiques sur l'habitat humain à Paris. — M. **Lagneau** lit, sur ce sujet, une communication. (Sera publiée.)

Vaccination intra-utérine et variolisation intra-utérine. — M. **Hervieux**, par ces deux appellations, désigne l'immunité conférée au fœtus soit par la vaccine, soit par la variole de la mère pendant la grossesse. En réunissant à 32 cas de vaccination intra-utérine observés par M. Lop de (Marseille) les observations recueillies par divers auteurs, on a un total de 152 cas dans lesquels la vaccination pratiquée sur l'enfant peu de temps après la naissance a réussi 106 fois et échoué 46 fois, ce qui prouve que le nombre des enfants immunisés par la vaccination maternelle, est beaucoup moins grand que celui des enfants qui ont reçu l'immunité. Quant à la variolisation intra-utérine, le nombre des cas qui existent dans la science n'est pas assez grand pour qu'on puisse affirmer si l'immunité conférée au fœtus par

la variole maternelle est la règle ou l'exception. Mais ce que nous savons c'est qu'il en existe quelques cas authentiques. Quant à la question de savoir si les micro-organismes de la variole ou de la vaccine peuvent traverser le placenta pour arriver au fœtus, elle semble résolue par les recherches de M. Malvoz, qui a établi que l'envahissement de l'organisme fœtal par les microbes semblait subordonnée à l'intensité de l'état morbide.

Fixation d'un foie déplacé. — M. L.-G. RICHELOT fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 780.)

L'Académie se forme en comité secret.

CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE HUMAINE ET ANIMALE

Troisième session, à Paris, du 27 juillet au 2 août 1893.

ORDRE DU JOUR DES SÉANCES

Jeudi 27 Juillet

A 2 heures de l'après-midi. — Séance d'ouverture dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Vendredi 28 Juillet

A. — *A 9 heures du matin.* — Discussion de la 1re question : *Du rôle respectif de la contagion et de l'hérédité dans la propagation de la tuberculose.*

B. — *A 2 heures de l'après-midi.* — Discussion de la 2e question : *Des maladies infectieuses comme agents provocateurs de la tuberculose.*

C. — *A 4 heures.* — Questions diverses : MM. HAYEM, A.-J. MARTIN, etc.

Samedi 29 Juillet

A. — *A 9 heures du matin.* — Visite aux étuves municipales de la Ville de Paris, pour la désinfection des locaux contaminés, 6, rue des Récollets.

B. — *A 10 heures 1/2.* — Visite du Musée de l'hôpital Saint-Louis. Tuberculoses cutanées.

C. — *A 2 heures de l'après-midi.* — Discussion de la 3e question : *Des trêves de la tuberculose.*

D. — *A 4 heures.* — Questions diverses.

Dimanche 30 Juillet

A. — *A 9 heures.* — Visite à l'hôpital Trousseau. — Présentation des anciens et nouveaux malades du service de M. LANNELONGUE, traités par les injections de chlorure de zinc.

Lundi 31 Juillet

A. — *A 9 heures du matin.* — Visite au Marché aux bestiaux et aux Abattoirs de la Villette. Examen d'animaux suspects.

B. — *A 2 heures de l'après-midi.* — Visite aux Laboratoires de la Faculté. — Présentation de nouvelles tuberculines d'un pouvoir toxique considérable.

C. — *A 3 heures.* — Discussion de la 4e question : *Des divers moyens de diagnostiquer la tuberculose bovine.* — Questions diverses.

D. — *A 7 heures 1/2.* — Banquet du Congrès.

Mardi 1er Août

A. — *A 9 heures du matin.* — Visite au Crématoire de la Ville de Paris.

B. — *A 2 heures.* — Discussion de la 5e question : *Des dangers qui peuvent provenir de l'inhumation des tuberculeux.*

C. — *A 4 heures.* — Discussion de la 6e question : *Utilité de la généralisation du service d'inspection des viandes.*

Mercredi 2 Août

A. — *A 9 heures du matin.* — Questions diverses.

B. — *A 2 heures.* — Discussion de la 7e question : *Des nouveaux modes de traitement de la tuberculose.*

C. — *A 4 heures.* — Séance de clôture.

COMMUNICATIONS ANNONCÉES

MM. MOULÉ. — Sur la tuberculose de la chèvre.

HANOT. — Le foie lobulé tuberculeux.

GILBERT. — Des abcès tuberculeux expérimentaux du foie.

LEGROUX. — Les trêves de la tuberculose.

LANNELONGUE. — Des résultats différents obtenus par les inoculations de produits tuberculeux différents.

ARMAINGAUD. — Compte rendu de la 1re année de fonctionnement de la Ligue préventive contre la tuberculose.

MOROT (Ch.). — Des dangers de l'engraissement des porcs avec des déchets d'aliments souillés par des personnes tuberculeuses.

HALLOPEAU. — Sur les trêves de la tuberculose, envisagée dans ses manifestations cutanées.

MARTIN (A.-J.). — Sur la prophylaxie de la tuberculose au point de vue de la médecine publique.

BABÈS. — Essais de traitement de la tuberculose par les injections de serum.

HAYEM. — Rapports de la dyspepsie avec la tuberculose pulmonaire.

STRAUS. — Sur la morphologie et la biologie du bacille tuberculeux.

RIGOCHON. — Coïncidence de la tuberculose avec la luxation congénitale de la hanche.

CORNIL (V.). — Lésions histologiques de la typhlite tuberculeuse.

TAPRET. — Chlorose et tuberculose.

ARMAINGAUD. — Une des conséquences, au point de vue prophylactique, de la fréquence de la tuberculose dans la 1re enfance.

CHIAÏS. — 1° Le diagnostic total dans la tuberculose; 2° Le choix d'un climat dans le traitement de la tuberculose, d'après la connaissance des actions physiologiques et des actions pathogéniques des divers éléments météorologiques.

NOCARD. — 1° Sur le diagnostic par la tuberculine; 2° Sur le rôle respectif de l'hérédité et de la contagion dans la propagation de la tuberculose.

BRUNON (R.). — Sur 3 cas de tuberculose traités dans les *Sanatoria.*

LAUTH (G.). — Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose pulmonaire par le gaïacol et la créosote.

RICHET et HÉRICOURT. — 1° Nouvelles recherches sur l'atténuation du virus tuberculeux ; 2° Sur une nouvelle tuberculine extrêmement toxique.

MORAU (H.). — Sur une nouvelle tuberculine extrêmement toxique.

PETIT (L.-H.). — 1° Histoire de la tuberculose dans une famille. Rôle de l'hérédité et de la contagion; 2° Sur l'hospitalisation des tuberculeux.

PETIT (Léon). — L'œuvre des enfants tuberculeux d'Ormesson.

SIEGEN. — Sur le diagnostic de la tuberculose.

ROSSIGNOL. — Utilité de la généralisation du service d'inspection des viandes.

MOROT (Ch.). — Même sujet.

LABBÉ et OUDIN. — Ozone et tuberculose.

LEROUX (Ch.). — Action du gaïacol dans la tuberculose pulmonaire des enfants.

LANDOUZY. — Sur la typho-bacillose.

COURMONT. — 1° Sur deux cas de tuberculose humaine atypique ; 2° Sur la toxicité des substances solubles élaborées dans le poumon humain tuberculeux.

ARLOING et COURMONT. — Sur les degrés de virulence du lupus.

CHAUMIER. — 1° Le carbonate de créosote dans le traitement de la tuberculose; 2° Le sanatorium de Touraine : La cure d'air dans les environs de Tours.

TORKOMIAN. — Un anencéphale d'un père tuberculeux.

Envoyer les adhésions et un mandat postal de 20 francs à M. G. Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 13 juillet 1893, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Dufourc, Lefebvre, Depied, Fruchaud, Croizat, Faure, Cultru, Laurençon, Gardette, Minguet, Strauss, Penel, Guyod, Fauchon-Villeplée, Renard, Faucillon, Sacaze, Guimet, Filaudeau et Lafaye.

— Par arrêtés ministériels, en date du 17 juillet 1893, un concours s'ouvrira le 22 janvier 1894, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques à ladite Faculté ; — un concours s'ouvrira le 7 février 1894, devant l'École de médecine de plein exercice et de pharmacie de Nantes, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite École.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les kolas africains, monographie botanique, chimique, thérapeutique et pharmacologique (emploi stratégique et alimentaire), par M. le docteur Édouard Heckel, professeur à la Faculté des sciences et à l'École de médecine de Marseille, correspondant de l'Académie de médecine, lauréat de l'Institut (Acad. des sciences). In-8° de 400 pages avec planches, 45 figures dans le texte et planche en couleur. — Prix : broché, 7 fr. 50. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.
PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 83. — SAMEDI 22 JUILLET 1893. 66e ANNÉE. SAMEDI 22 JUILLET 1893. — N° 83.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 19 juillet 1893.

LA RÉORGANISATION DES ÉTUDES MÉDICALES

1° Projet de décret relatif au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Article premier. — Il est institué dans les facultés des sciences un enseignement préparatoire des sciences physiques, chimiques et naturelles.

Art. 2. — Cet enseignement comprend :

Un cours annuel de physique (trois leçons et deux séances de travaux pratiques par semaine).

Un cours annuel de chimie (trois leçons et trois séances de travaux pratiques par semaine).

Deux cours semestriels de zoologie et de botanique (trois leçons et deux séances de travaux pratiques par semaine).

Art. 3. — A la suite de cet enseignement, il est délivré un certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Les aspirants à ce titre prennent quatre inscriptions trimestrielles.

Ils doivent produire, pour prendre la première inscription, un diplôme de bachelier.

Sont aussi admis à s'inscrire, après constatation de leur aptitude par la Faculté, les jeunes gens âgés de dix-sept ans, pourvus du certificat d'études primaires supérieures.

Art. 4. — L'examen est subi devant la Faculté dans laquelle le candidat est inscrit.

Il comprend :

Une interrogation et une épreuve pratique de physique ;

Une interrogation et une épreuve pratique de chimie;

Une interrogation sur la zoologie et la botanique, et une épreuve pratique de zoologie et de botanique.

Le tout conformément aux programmes qui seront déterminés par arrêté ministériel.

Art. 5. — Le jury est composé de trois membres de la Faculté.

Art. 6. — Chaque épreuve donne lieu à une note variant de 0 à 20.

Nul n'est admis s'il n'a obtenu soixante points au minimum.

Art. 7. — Les sessions d'examen ont lieu deux fois par an, en juillet et dans la première quinzaine de novembre.

Art. 8. — L'enseignement institué par le présent décret peut être organisé par les écoles de médecine de plein exercice et près les écoles préparatoires réorganisées, situées dans les villes où il n'existe pas de Faculté des sciences.

Les examens ont lieu aux dates fixées ci-dessus, sous la présidence d'un professeur d'une Faculté des sciences délégué par le ministre.

Les droits à percevoir des aspirants au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, seraient les suivants :

4 inscriptions à 32 fr. 50, y compris le droit de bibliothèque	130 fr.
Travaux pratiques, payables par trimestre, une année	90
Examen	30
Certificat	40
Visa du certificat	10
Total	300

2° Projet de décret relatif au doctorat en médecine.

Article premier. — Les études en vue du doctorat en médecine durent quatre années :

Elles peuvent être faites :

Pendant les trois premières années, dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie ;

Pendant les quatre années, dans une Faculté de médecine, dans une Faculté mixte de médecine et de pharmacie ou dans une école de plein exercice de médecine et de pharmacie.

Art. 2. — Les aspirants au doctorat en médecine doivent produire, pour prendre leur première inscription, le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Art. 3. — Ils subissent cinq examens et soutiennent une thèse.

Art. 4. — Les examens portent sur les matières suivantes :

Premier examen. — Anatomie, moins l'anatomie topographique. Epreuve pratique de dissection.

Deuxième examen. — Histologie, physiologie, y compris la physique biologique et la chimie biologique.

Troisième examen. — Première partie : Médecine opératoire et anatomie topographique ; pathologie externe ; accouchements ; — Deuxième partie : Pathologie générale ; pathologie interne ; épreuve pratique d'anatomie pathologique.

Quatrième examen. — Thérapeutique, hygiène, médecine lé-

gale, matière médicale, pharmacologie, avec les applications des sciences physiques et naturelles.

Cinquième examen. — Première partie : Cliniques externe et obstétricale ; — Deuxième partie : Clinique interne.

Thèse. — Les candidats soutiennent cette épreuve sur un sujet de leur choix.

ART. 5. — Le premier examen est subi entre la sixième et la huitième inscription ; le second entre la huitième et la dixième ; le troisième entre la treizième et la seizième ; le quatrième et le cinquième après la seizième.

ART. 6. — Les notes obtenues par les candidats soit aux travaux pratiques, soit dans les services cliniques où ils ont été régulièrement admis comme stagiaires, sont communiquées aux examinateurs par les soins du doyen. Il en est tenu compte pour le résultat de l'examen.

ART. 7. — Les délais d'ajournement sont fixés par le jury. Ils ne peuvent être inférieurs à trois mois.

ART. 8. — Les étudiants inscrits dans les écoles de plein exercice et dans les écoles préparatoires réorganisées conformément au décret en date de ce jour subissent le premier et le second examen devant l'école à laquelle ils appartiennent.

ART. 9. — Le jury est présidé par un professeur de Faculté délégué par le ministre.

Immédiatement après les épreuves, le président du jury adresse au ministre un rapport sur les résultats des examens.

ART. 10. — Les sessions d'examen ont lieu, dans les écoles de plein exercice et dans les écoles préparatoires réorganisées, deux fois par an, aux dates fixées par le ministre.

ART. 11. — Les étudiants inscrits dans les écoles préparatoires non réorganisées subissent le premier et le second examen devant une Faculté aux époques fixées par l'article 5.

En cas d'ajournement ils sont tenus de se représenter devant la même Faculté.

ART. 12. — Les travaux pratiques de dissection, de laboratoire et le stage près les hôpitaux sont obligatoires.

Le stage près les hôpitaux est de trois ans. Il doit comprendre un stage d'au moins un trimestre dans un service obstétrical.

Un arrêté ministériel fixera la durée des travaux de dissection et des autres travaux pratiques.

ART. 13. — Les quatrième et cinquième examens et la thèse doivent être subis devant la même Faculté.

ART. 14. — Les présentes dispositions sont exécutoires à dater du 1er novembre 1895.

Les aspirants inscrits avant cette époque subiront leurs examens conformément au décret du 20 juin 1878.

Ils devront, en se faisant inscrire, justifier soit du baccalauréat ès lettres, soit du baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et du baccalauréat ès sciences restreint pour la partie mathématique.

Les droits à percevoir des aspirants au doctorat en médecine seraient fixés ainsi qu'il suit à dater du 1er novembre 1895 :

16 inscriptions à 32 fr. 50 y compris le droit de bibliothèque		520
Travaux pratiques, payables par trimestre, 4 années	1re année 60 fr. 2e année 40 3e année 40 4e année 20	160
7 examens ou épreuves à 30 francs		210
7 certificats d'aptitude à 25 francs		175
Thèse		100
Certificat d'aptitude de la thèse		40
Diplôme		100
Total		1.305

REVUE GÉNÉRALE

L'ostéoplastie cranienne.

Par A. CHIPAULT,

Ancien interne des hôpitaux et aide d'anatomie à la Faculté.

Première partie.

Historique. — Médecine opératoire.

I

Si les petites perforations craniennes, telles que celles résultant de l'application d'une couronne de trépan de 10-20 millimètres sont sans inconvénients, les vastes pertes de substance du crâne, surtout lorsqu'elles s'accompagnent de destruction de la dure-mère sous-jacente, présentent de réels dangers.

L'absence de la surface protectrice habituelle rend graves les traumatismes cérébraux : d'anciens trépanés sont morts, l'un d'un coup de fouet, l'autre d'un coup de corne, un autre d'une chute sur sa cicatrice, et nous pourrions citer bien d'autres faits de même ordre.

Le crâne sert non seulement de protection, mais de soutien au cerveau ; aussi parfois, dès après l'opération ou l'accident, lorsque existe une augmentation de pression intracranienne, ou plus tard, lorsque surviennent de la méningo-encéphalite ou de l'œdème cérébral, le cerveau vient faire hernie par l'orifice. La hernie cérébrale, simplement mécanique, est ordinairement minime, réductible par la pression du pansement; il n'en est pas de même de la hernie secondaire et inflammatoire ; la ponction au bistouri de la partie herniée, naturellement l'ouverture des abcès qu'elle peut contenir, les cautérisations au thermocautère doivent être successivement employées ; si elles ne réussissent pas et si le prolapsus est peu considérable, formé par des parties du cerveau sans valeur physiologique, on a été jusqu'à en proposer l'extirpation.

II

Il n'est pas étonnant que, pour parer à ces accidents possibles, les chirurgiens aient cherché à fermer les pertes de substance cranienne spontanées, et à ne faire durer les ouvertures chirurgicales que le temps nécessaire à l'opération.

Autrefois, l'on était réduit, pour atteindre ce but, aux moyens protecteurs et prothétiques : du reste, les perforations chirurgicales, le plus souvent réduites alors à une petite couronne, ne les exigeaient guère; il n'en était pas de même des larges destructions par ostéites ou par plaies de guerre (soit par armes à feu, soit par arme blanche enlevant une des bosses saillantes du crâne). On recouvrait alors la perte de substance d'une plaque métallique, comme dans le cas suivant (1) : « Un blessé avait reçu, en Flandre, un coup de feu à la partie latérale et moyenne du pariétal. Le projectile avait emporté une portion d'os large comme la paume de la main avec la dure-mère, la pie-mère et la substance du cerveau, la grosseur à peu près d'une poire. Il guérit. Seulement, il était obligé de porter une plaque d'argent pour protéger sa cicatrice cutanée. On allait le voir aux Invalides par curiosité. »

(1) FAUDACQ. *Réflexions sur les plaies*, p. 366.

Mais les plaques métalliques, trop bons conducteurs de la chaleur, provoquaient parfois des accidents cérébraux par élévation de la température intra-cranienne, ou même des insolations graves; aussi beaucoup de chirurgiens préféraient-ils les plaques de bois ou de liège (Velpeau), et même les simples frontons.

Les tentatives ostéoplastiques proprement dites, avant l'antisepsie, restèrent à l'état de simples conseils ou exceptions. Magatus (1), au XVIe siècle, proposait, quand la dure-mère était à nu, de couvrir cette membrane d'une lame d'or ou de plomb percée de trous, et de rabattre ces téguments par-dessus. Ambroise Paré (2) jugeait ces tentatives plus que hardies : « Or, dit-il, il y a a d'aucuns soy disans chirurgiens, mais plustôt sont de ces abuseurs coureurs et larrons, qui font accroire au malade et aux assistants qu'au lieu de l'os amputé, leur faut mettre une pièce d'or; mais tost après la mettent en leur bourse. Les autres disent que par leur industrie et grand sçavoir, ils font coalescer une pièce de de cougourde desseichée au lieu de l'os amputé et ainsi abusent les ignorans qui ne connoissent que tant s'en faut que cela se puisse faire que nature ne peut souffrir un petit poil enfermé en une playe ou autre petit corps étranger. Ce qui est prouvé par Galien au quatriesme livre de sa methode. » Du reste, Paré, dans les plaies du crâne par arme blanche, avec décollement presque total d'un lambeau ostéo-cutané, rappliquait celui-ci, même lorsque l'os n'était plus adhérent qu'à la pièce tégumentaire. Et c'était un pas vers les essais qu'il condamnait en termes rappelant moins son style que les ordinaires acrimonies de Guy Patin.

Job a Meekren (3) cite une tentative d'un autre ordre, et qui est le premier essai connu de réparation d'une perte de substance cranienne par greffe osseuse, empruntée à un animal. « Un ecclésiastique, dit-il, nommé Kraauwenkel, raconte qu'étant en Russie, un seigneur de cette nation reçut d'un Tartare un coup de sabre à la tête, lequel lui enleva une assez grande partie du cuir chevelu et la portion osseuse correspondante, qui restèrent perdues sur le champ de bataille. Le chirurgien, pour boucher l'ouverture du crâne, détacha de celui d'un chien tué à cet effet une pièce d'os de même forme et de même dimension que celle qui manquait et l'arrangea si bien que le blessé fut parfaitement guéri; mais notre gentilhomme, dans l'excès de sa joie, raconta de quelle manière il avait obtenu sa guérison, et bientôt, les foudres de l'Église furent lancées contre lui. Il fallut, pour rentrer dans la communauté des fidèles, qu'il se fît retrancher l'immonde dépouille du chien, quoique solidement consolidée, et qu'il se soumît à un traitement plus conforme au caractère de chrétien. »

Il y a une vingtaine d'années, et peut-être encore aujourd'hui, les indigènes des Iles de la Société, après avoir pratiqué la trépanation par grattage avec un fragment de verre cassé, fermaient l'orifice avec un morceau de noix de coco très mince et très poli, qu'ils recouvraient du cuir chevelu (4).

Sous l'influence des facilités antiseptiques, les méthodes d'ostéoplastie cranienne se sont généralisées et multipliées : on peut dire qu'on a essayé tout ce qu'il était possible d'essayer ou à peu près. Pour étudier ces procédés, nous les classerons de la manière suivante, que nous essaierons de justifier par la suite de ce travail :

1° Restaurations à l'aide de pièces n'ayant aucune connexion vasculaire avec les bords de la plaie (*hétéroplastie*). — Deux variétés.

a. Pièces non vivantes : plaques métalliques, celluloïd, os décalcifiés (*hétéronécroplastie*).

b. Pièces depuis peu détachées d'un sujet vivant : soit animal, soit homme, soit l'opéré lui-même (fragments d'os empruntés à d'autres parties du corps ; réimplantation des rondelles de trépanation : (*hétérobioplastie*).

2° Restaurations à l'aide d'une pièce ayant conservé des connexions vasculaires avec les bords de la plaie (*autoplastie*).

a. Autoplastie périostique : Conservation du périoste dans le lambeau cutané ;

b. Autoplastie ostéo-périostique ou résection temporaire : Conservation, non seulement du périoste, mais de l'os dans le lambeau ;

c. Autoplastie par glissement : Emprunt du lambeau ostéopériosté aux parties craniennes voisines de la perte de substance.

III

Décrivons tout d'abord ces divers procédés au point de vue opératoire.

A. Procédés hétéroplastiques.

1° *Substances employées.* — Les substances employées pour faire, par les procédés hétéroplastiques, la réparation cranienne, sont, nous l'avons déjà dit : soit des substances non vivantes, soit des substances empruntées à des êtres vivants et transportées le plus rapidement possible dans le point où elles doivent se greffer.

Parmi les premières, citons le caoutchouc, en forme de bouchon enfoncé dans l'orifice de trépanation ; le liège en cylindre ; le plomb en lames, tous trois expérimentés par von Lesser en 1878 ; le celluloïd, étudie par Frœnkel (1890), puis employé chez l'homme par divers opérateurs ; l'ivoire, expérimenté par Schmitt (1893), les os décalcifiés, par Lenur (1889), puis employés chez l'homme, par Kümmel (1891), enfin récemment étudiés par Buscarlet (1891) ainsi que par Darkschewitsch et Weiden Hammer (1892).

Les substances récemment détachées d'un sujet vivant ont été empruntées, soit à des animaux : jeune chien (Ricard, 1891), (Mac Even, 1874), lapin (Gerstem, 1888), oie (Jacksch, 1880), soit à l'homme. Il est du reste rare qu'on ait à sa disposition des fragments osseux provenant d'autres individus ; aussi a-t-on de préférence employé des fragments ostéopériostiques empruntés à des os divers de l'opéré lui-même (Seydel, 1889), et bien plus souvent tout simplement les rondelles et les fragments osseux divers enlevés par la trépanation.

2° *Forme et dimensions données aux pièces hétéroplastiques.* — Au point de vue de leurs qualités mécaniques, ces pièces hétéroplastiques peuvent être classées en deux catégories ; ou bien elles sont de volume très minime, sans con-

(1) Magatus, d'après Sabatier. *Médecine opératoire*, t. II.
(2) A. Paré. *Œuvres*, MDCLXXXV, p. 231.
(3) Job a Meekren, d'après Percy. *Diction. des sc. méd. en 60 vol.*, art. Ente animale, 1815, t. XII, p. 339.
(4) Etrange thérapeutique. *Gazette hebd. de Méd. et de Chir.*, 1874, p. 249.

nexions possibles avec les bords de l'orifice [esquilles de fractures, rondelles de trépan divisées en fragments (Mac Even)] ou bien, et beaucoup plus souvent, on tente de leur donner la forme même et les dimensions de la perte de substance, et d'assurer leur contact durable avec sa périphérie.

Les lames de celluloïd sont dans ce but taillées en plaques lisses et minces, qu'on modèle pour les rendre légèrement convexes : Hinterstoïsser les sectionnait de façon à dépasser de un à deux millimètres le bord un peu proéminent de la table interne, puis les introduisait dans une rainure ciselée dans le diploé. Ricard, après avoir taillé les bords de la perte de substance cranienne en biseau, aux dépens de la table externe, donna à l'os d'animal qu'il allait implanter une forme telle qu'il appuya partout sur le rebord osseux. Tauber (1), pour assurer aux rondelles une connexion absolue avec les bords de l'orifice dans lequel on les replace, a proposé un trépan qu'il appelle « Tome-Trefin » (de τομη, cône), et qui fait des couronnes coniques, de dix millimètres de diamètre à leur partie superficielle, de sept, six, cinq à leur partie profonde, suivant que le crâne est plus ou moins épais. Jaboulay, dans son procédé de trépanation bilinéaire avec travée volante intermédiaire, insiste aussi dans le même but sur l'obliquité à donner aux pieds de la travée qu'on peut, à l'occasion, réimplanter. « On applique, dit-il, suivant deux lignes parallèles, une série de couronnes de trépan. La distance qui sépare les deux bandes de la trépanation, ainsi que le nombre et la dimension des couronnes varieront suivant l'étendue que l'on veut donner à la perte de substance. Les rondelles enlevées, il y a donc une solution de continuité en forme de deux bandes parallèles l'une à l'autre et séparées par une travée osseuse intermédiaire. Il s'agit d'enlever cette travée qui tient en deux points. Avec la cisaille de Liston, on la coupe à l'une de ses attaches, et il est fait de même pour l'autre attache, qui peut aussi céder par un simple mouvement de bascule, imprimé à la travée dès qu'elle n'a plus qu'un pied. Cependant, nous conseillons les sections en forme de biseau taillé de haut en bas, de l'extérieur à l'intérieur, et cela pour chaque pied. »

La plupart des auteurs conseillent, on le voit, non seulement d'assurer la connexion de la pièce hétéroplastique avec les bords de la perte de substance, mais encore de donner à ceux-ci une forme en biseau aux dépens de la face externe, pour éviter la compression cranienne par la pièce hétéroplastique ; cette dernière crainte paraît inutile, car Lesser a remarqué, dès 1878, que les cylindres de liège qu'il employait, loin de s'enfoncer, ont tendance à être expulsées, et Beyer, dans un cas, eut les plus grandes peines à maintenir en contact avec le crâne la plaque de celluloïd que repoussaient sans cesse les pulsations du cerveau.

3° *Précautions aseptiques à prendre dans la préparation et la manipulation des pièces hétéroplastiques.* — L'asepsie la plus absolue des pièces hétéroplastiques est bien entendu indispensable. Nous allons rapidement signaler les précautions à prendre avec les diverses espèces de substances employées.

D'après Lesser, le caoutchouc et le liège doivent être rendus aseptiques par un séjour prolongé dans une solution phéniquée à 5 p. 100. D'après Frænkel et Hinterstoisser, le celluloïd, après avoir été lavé au savon, sera plongé au moins vingt-quatre heures dans une solution de sublimé; on se souviendra que l'alcool, l'acide phénique et l'eau chaude l'altèrent. Voici, d'après Buscarlet, comment on doit préparer et conserver antiseptiquement les plaques d'os décalcifié : « Les meilleurs os à employer, dit-il, sont ceux qui ont une couche d'os compact épaisse, tels que le fémur et le tibia du bœuf. Ces os, pris aussi frais que possible, c'est-à-dire dès que l'animal a été tué, sont sciés à leurs extrémités articulaires formées de tissu spongieux impropre à l'opération. Le périoste est enlevé avec une rugine et la moelle extraite avec grand soin; ils sont alors sciés en morceaux de différentes grandeurs. Les fragments sont ensuite placés dans une solution d'acide chlorhydrique à 10 p. 100, employée en grande quantité dans un flacon fermé. Une solution plus concentrée n'est pas nécessaire. Le liquide doit être changé tous les jours. Si l'on veut obtenir une décalcification complète, le temps nécessaire varie de une à quatre semaines, suivant les dimensions des fragments. Mais une décalcification de huit jours est ordinairement suffisante. On le reconnaît à ce que les os deviennent mous, se laissent facilement tailler et façonner; lorsqu'on veut s'assurer que la décalcification est complète, on essaie de traverser l'os avec une épingle en divers endroits; si l'épingle traverse facilement partout, c'est qu'il n'y a plus de noyaux calcaires. Après la décalcification, on enlève l'excès d'acide en lavant les os dans un courant d'eau ou en les mettant dans une solution faible de potasse caustique; on les plonge alors dans une solution de sublimé à 1 ou 2 p. 1000 pendant quarante-huit heures et on les conserve dans une solution saturée d'éther iodoformé. Lesser les mettait directement dans une solution alcoolique de sublimé à 1 p. 500 et les conservait dans ce liquide. Avant de se servir des os, on les retire de la solution et les essuie avec de la gaze aseptique; on enlève l'excès d'éther et d'iodoforme, en les plongeant pendant quelque temps dans de l'alcool, puis on les laisse dans une solution de sublimé à 1 p. 2000 ou phéniquée faible, jusqu'au moment de l'implantation. A ce moment, on les frotte dans de la gaze iodoformée pour enlever le liquide de leur surface. Si on n'enlevait pas complètement l'alcool, les os gonfleraient par l'imbibition des liquides et provoqueraient une tension funeste pour les sutures. Une fois les os préparés, ils sont conservés indéfiniment, pourvu qu'ils baignent continuellement dans le liquide antiseptique : il faut veiller à ce que le flacon qui les contient ferme bien, pour éviter que, le liquide s'évaporant, les os ne soient plus immergés; l'éther iodoformé sera renouvelé de temps en temps. » Kümmel recommande à l'inverse de Buscarlet, pour les ostéoplasties craniennes, des os complètement décalcifiés.

Les précautions antiseptiques pour recueillir les greffes vivantes sont également fort délicates et spéciales. S'agit-il des rondelles enlevées par le trépan sur l'individu lui-même, on devra de suite les plonger dans une solution antiseptique tiède (solution phéniquée à 5 p. 100 [Mac Even]; sublimé à 1 p. 1000 [Jaboulay]) ou mieux les envelopper dans une compresse stérilisée chaude. Les laisser à l'air aurait naturellement le grand danger de les exposer à toutes les infections; laisser leur température s'abaisser pourrait provoquer plus tard leur nécrose ainsi qu'il semble résulter d'un cas de Keen.

(1) Tauber. Zur Frage der Temporœren Resection der Schœdelknochens, *Centrallblatt für Chirurgie*, 1892, xix p. 417-422.

La prise d'une greffe sur une autre partie du corps de l'individu opéré ou sur un animal exige un redoublement d'attentions antiseptiques : « A la partie médiane du tibia, dit Seydel, je fis un lambeau cutané dirigé en dedans et en bas et large de 5cm4. J'incisai le périoste sur les quatre côtés et avec un ciseau plat, large de 4 centimètres, je le soulevai en enlevant conjointement une épaisseur d'os de quelques millimètres. On y arrive facilement et l'épaisseur de la lamelle osseuse demeure absolument constante, en inclinant le tranchant du ciseau à 45 degrés par rapport au grand axe du tibia et en y donnant des coups légers et répétés. Après avoir détaché ce lambeau ostéo-périosté, je le mis dans une solution salée faible et je le divisai en cinq ou six morceaux réguliers. » Jacksh, voulant prendre des lamelles osseuses au crâne d'une oie âgée de quelques jours, « pluma d'abord la tête de l'oiseau et la désinfecta à l'éther et au sublimé. Puis elle fut séparée du corps et plongée dans une solution phéniquée à 2 p. 100, d'une température d'environ 40 degrés. On mit à nu, sous l'eau, la voûte cranienne avec une pince et de petits ciseaux, on l'enleva et on la divisa en petites lamelles. » M. Ricard, dans son cas, après avoir tué le chien au moment de l'opération, rasa et nettoya avec soin la peau qui recouvrait l'os iliaque, extirpa cet os, le dépouilla de toutes ses insertions ligamenteuses et musculaires, ainsi que de son périoste, puis le conserva jusqu'au moment de l'implantation dans de l'eau bouillie à la température de 35 degrés. On voit combien délicates parfois sont les précautions antiseptiques et aseptiques à prendre, dont le moindre oubli annulerait *a priori* la valeur possible de la tentative ostéoplastique.

B. Procédés autoplastiques

Les procédés, que nous désignons sous le nom de procédés autoplastiques et qui ont pour but de combler la perte de substance à l'aide de parties restées en connexion vasculaire avec ses bords, sont aussi nombreux et variés que les précédents, mais, en général, plus susceptibles d'une description schématique. Ce sont : 1° la résection sous-périostée ; 2° la résection par la méthode de Wagner, qui conserve un pédicule périostéo-cutané à son lambeau cutanéo-périostéo-osseux taillé à la gouge et au maillet; nous aurons, à son propos, à signaler les modifications apportées au procédé par Poirier, Bruns et Toison ; 3° la restauration par la méthode de König, à l'aide d'un lambeau cutanéo-périostéo-osseux emprunté aux parties du crâne voisines de la perte de substance.

1° *Résection sous-périostée.* — La conservation du périoste est certainement le plus simple des procédés autoplastiques. Autrefois, Velpeau, Sédillot, Malgaigne le détruisaient de parti pris. Après avoir mis le périoste à nu, ils l'incisaient circulairement pour le passage de la scie ou bien ils le râclaient avec une rugine. Dans le premier cas, ils enlevaient le périoste avec la rondelle osseuse; dans le second, ils le détruisaient préalablement. M. Ollier (1) insiste au contraire sur la nécessité de sa conservation, et donne, pour cette conservation, le manuel opératoire à suivre : « L'incision dit-il doit aller du premier coup jusqu'à l'os ; on a ainsi des lambeaux cutanéo-périostiques dans lesquels le périoste conservera tous ses éléments de vitalité et de régénération osseuse. Il ne faut jamais le détacher des parties molles et séparer deux plans de lambeaux. En détachant le périoste isolément, on fait une opération plus longue et qui expose cette membrane à s'atrophier, à se mortifier et à perdre ses propriétés. »

« L'opération finie on réunira les lambeaux cutanéo-périostiques en comprenant le périoste dans la suture et l'on placera un petit tube de précaution pour éviter toute rétention des liquides. »

2° *Résections temporaires.* — On a cherché à utiliser non seulement le périoste, mais l'os, en le laissant dans le lambeau accolé à la face profonde du périoste, c'est-à-dire en faisant de véritables résections temporaires du crâne. Wolff les essaya, pour la première fois, sur l'animal en 1862, mais elles ne devaient être tentées sur l'homme que beaucoup plus tard, par Wagner, en 1889.

« Mon but, dit celui-ci, est de réséquer temporairement un large segment cranien, qui puisse se rabattre, tout en conservant, avec les parties molles, des connexions suffisantes pour assurer sa reprise certaine. Par une incision en Ω, les parties molles seront sectionnées jusqu'au périoste. Lorsque le lambeau se sera rétracté, on l'appliquera par pression sur la surface osseuse, et tout de son long on incisera le périoste : cette incision se trouvera donc, concentriquement, à une distance d'un demi à 1 centimètre des parties molles restées adhérentes au crâne. Alors, suivant la section périostée, l'os sera attaqué au ciseau, très obliquement de dehors en dedans ; ceci fait, dans les branches droites de l'Ω seront insinués à droite, puis à gauche, un petit ciseau et l'os sous-jacent au pédicule sectionné sans toucher aux parties molles. Il sera dès lors facile de soulever, à l'aide d'élévateurs, le lambeau ostéo-périostéo-cutané, et de le rabattre, adhérant toujours au crâne par un pédicule souple de 3 centimètres de large au moins. L'exploration et le traitement des lésions intra-craniennes terminés, le lambeau est rabattu, et les parties molles, qui dépassent de près de 1 centimètre la lame ostéo-périostée, suturées après drainage. L'os est bien appuyé sur les bords de l'orifice, surtout lorsqu'on a eu soin de ne pas enlever les fragments de table interne qui leur adhèrent. »

Une première opération faite par Wagner dans un cas d'hémorragie méningée avec fracture de la base prouvait au moins que la méthode était possible sur le vivant. Dans ce cas, Wagner n'avait eu besoin d'introduire le ciseau que dans une des incisions droites, pour sectionner le pédicule osseux : c'est là un temps délicat, pour lequel, dit-il, « dans mes premières opérations, je me servais de scies crêtées et de ciseaux en baïonnette. J'y ai renoncé : l'emploi de la scie n'est possible qu'avec de très petits pédicules et même alors est très pénible; de plus, elle peut produire des lésions cérébrales; quant aux ciseaux en baïonnette, ils se plient trop facilement. »

Peu de temps après son premier mémoire, Wagner en publiait un second, basé sur deux cas nouveaux, prouvant « combien l'opération est simple et ses suites sans réaction ». Dans ces deux cas, la résection avait été considérable, et, chez une fillette de sept ans, avait porté sur une surface qu'on peut évaluer « à la cinquième partie du crâne ». Wagner serait tout disposé, à l'occasion, à enlever « le double ou plus ». Il donne de nouveaux détails sur son manuel opératoire. « Je commence, dit-il, avec un

(1) Ollier, *Traité des Résections*, t. III, p. 756.

petit ciseau, par tracer une rainure sur l'os; pour la suite de l'opération j'en prends un épais, mais étroit, taillé en biseau à l'un de ses angles, puis je vais très obliquement. Lorsque la résection porte sur une petite surface, on peut se dispenser, comme l'a fait Lauenstein, des deux incisions rectilignes. Je les crois indispensables pour les grandes résections. »

Il va de soi qu'avec la méthode de Wagner plus encore qu'avec toute autre méthode à lambeau, on devra placer le pédicule du lambeau du côté d'où viennent les vaisseaux de la région, c'est-à-dire du côté de la base du crâne. Enfin, on aura le soin, pendant qu'on fait la résection, d'appuyer la tête de l'opéré sur un coussin de sable qui amortit les chocs.

Les deux mémoires de Wagner eurent un grand retentissement. Wolff (1), dès après le premier, éleva une réclamation de priorité, en partie juste seulement puisqu'il n'avait fait de résection temporaire que sur les animaux. D'autres publièrent des modifications plus ou moins importantes. M. Poirier (2), comme Wagner, mais en y insistant davantage, conseille d'abandonner l'incision en Ω. « Les branches horizontales compliquent sans aucune utilité la manœuvre; une incision circulaire, ménageant un pédicule cutané d'une largeur de 3 à 4 centimètres ∩, suffit. » Salzer coupe la base du pédicule à l'aide d'une petite scie à chaîne agissant de dedans en dehors. D'autres ont voulu faire précéder la résection au ciseau et au maillet d'une ou plusieurs couronnes de trépan permettant d'avoir des notions exactes sur l'épaisseur de la paroi et de guider les instruments. C'est ainsi que Bruns a fait et conseillé la technique suivante. « L'incision des parties molles sera, dit-on, trapezoïdale, à petit côté inférieur. Aux deux angles supérieurs du trapèze, on applique, après réinclinaison du périoste, une couronne de trépan. Si le crâne est aminci, on se sert, pour continuer l'opération, du ciseau qui se prête mieux, ainsi que l'a bien dit Wagner, aux différences d'épaisseur du crâne, et n'expose pas à léser le cerveau. Si le crâne est épais, on sectionne les couches les plus superficielles à la scie et l'on termine au ciseau, ce qui est d'autant plus facile que les deux couronnes fixent sur l'épaisseur du crâne. Le soulèvement du lambeau est facile, après rupture de sa base à l'aide de deux élévateurs. Lorsque, l'opération finie, il est rabattu, le drainage est assuré à l'aide de deux mèches de gaze iodoformée, passant par les orifices de trépanation. »

La modification que Toison (3) se propose d'apporter au procédé de Wagner est assez analogue à celle de Bruns. Il fait un lambeau quadrilatère, « le plus souvent rectangulaire, mais pouvant être aussi, suivant les cas, carré ou trapézoïde. Les parties molles sont incisées jusqu'au périoste exclusivement, et celui-ci est incisé à son tour au ras des parties molles rétractées, ou même un peu repoussées au besoin. Ceci fait, aux quatre coins du lambeau et sur le prolongement de chacune des lignes qui le limitent, on décolle le périoste dans une étendue de 5 millimètres de large sur 10 à 12 de long, puis avec le ciseau et le marteau on ouvre le crâne au niveau de chacune de ces surfaces dénudées. La tranchée doit commencer en pente douce, le plus excentriquement possible, puis s'approfondir de plus en plus, pour arriver, après avoir dépassé le futur lambeau périostéo-osseux, à traverser toute la paroi. On aura commencé par délimiter, à l'aide de quelques coups de ciseau perpendiculaires, les limites latérales des tranchées, puis on fera agir le ciseau parallèlement à leur grand axe et obliquement par rapport à la surface cranienne. Finalement, on a deux tranchées convergentes par coin, et huit tranchées en tout. Alors, en se servant d'un stylet boutonné et incurvé, on décolle la dure-mère suivant les lignes droites qui réunissent leurs extrémités, sur trois des côtés du lambeau, et sous chacun de ces côtés on passe une scie linéaire spéciale avec laquelle on sectionne très lentement de dedans en dehors le lambeau osseux, en le taillant en biseau aux dépens de sa face profonde. Le quatrième côté du lambeau est alors scié à son tour, mais à moitié ou aux trois quarts seulement, et on achève de le libérer en le faisant basculer sur sa base. » Le grand défaut de la modification du docteur Toison, c'est, on le voit, son extrême complication.

Le même reproche, à un moindre degré peut être fait à deux autres procédés, parents aussi de celui de Wagner, en différant tous deux parce que la plaque osseuse conservée ne comprend que la table externe et le diploé. L'un de ces procédés, du reste, est antérieur de près de trente ans au procédé de Wagner : c'est celui que M. Ollier décrit : « Lorsqu'on est obligé, dit-il (1), de faire de grandes pertes de substance comprenant, par exemple, la moitié du pariétal ou du frontal, le danger de la hernie cérébrale est particulièrement menaçant et c'est alors qu'il faudrait pouvoir opposer une barrière osseuse à l'expansion cérébrale. C'est pour ces cas que nous avons proposé de découper des lambeaux ostéoplastiques et de tailler avec une scie fine ces lambeaux, de manière à produire un αποσχη-παρνισμος. Par une section parallèle, on détache la plus grande épaisseur de la paroi cranienne qu'on laisse adhérer au péricrâne et à la peau. Il faut avoir soin seulement que la scie ne dépasse pas la table interne. Suivant les régions, on pourra détacher des lambeaux de 3 à 4 millimètres à leur centre, lamellaires sur leurs bords, et larges de 7, 8 ou 9 centimètres carrés, c'est-à-dire de 3 ou 4 centimètres de côté. On achève ensuite la trépanation et l'on réapplique le lambeau ostéo-cutané sur l'ouverture. Il ne faudrait pas oublier dans cette opération que les bosses ou portions saillantes sont les parties où, chez les sujets âgés, le crâne a le moins d'épaisseur. » Le procédé de Müller (1890) est encore plus voisin de celui de Wagner que le procédé d'Ollier. « On incise les parties jusqu'au périoste en ∩; ensuite, au ras des parties molles rétractées, on incise le périoste, puis on attaque le crâne de dehors en dedans à l'aide du ciseau, mais en enlevant seulement une plus ou moins grande épaisseur de la table externe et du diploé. Le lambeau osseux est fracturé à sa base, au besoin après un coup de ciseau préalable, puis relevé pendant tout le temps nécessaire. Lorsqu'on le rabat, s'il est taillé bien obliquement, il ne s'enfonce pas, et, du reste, la fixation peut être

(1) J. Wolff. Zür Temporœren Resektion der Schœdeldacke. *Centralblatt für Chirurgie*, 1890, p. 1.

(2) Poirier. *Topographie cranio-encéphalique. Trépanation.* Paris, 1891, p. 80.

(3) Toison. De la trépanation du crâne par résection temporaire d'un lambeau ostéoplastique. Procédé de Wagner et procédé personnel. Congrès français de Chirurgie, 1891, p. 325-338, et Note complémentaire sur un nouveau procédé de trépanation par résection temporaire d'un lambeau ostéoplastique. *Journ. des Sciences méd. de Lille*, 1891, t. II, p. 553-556.

(1) Ollier. Loc. cit., p. 760.

assurée à l'aide de quelques points de suture profonds. » Müller dit avoir appliqué avec succès son procédé dans un cas de trépanation exploratrice pour abcès cérébral. Cependant, comme le dit M. Poirier, la peu heureuse modification de Müller est à peine praticable. « Je mets au défi l'opérateur le plus habile de détacher un fragment étendu de la table externe. En fait, la table externe se brise à chaque instant et l'on obtient un lambeau cutanéo-périostique auquel adhèrent seulement quelques fragments osseux, dont le plus grand ne dépasse pas 2 centimètres. De plus, l'opération est plus longue, puisque, après avoir ainsi détaché la table externe, il faut enlever la table interne. »

3° *Restauration par glissement.* — Le procédé de Kœnig, ostéoplastie par emprunt aux parties du crâne, voisines de la perte de substance, d'une partie de leur épaisseur, est, quoique peu différent du procédé de Müller, d'un bien plus grand intérêt, car, nous le verrons, il existe des cas où seul il est applicable. Dans celui qui permit à Kœnig d'en décrire la technique, il s'agissait d'un homme de trente ans qui, à la suite d'une fracture du crâne, présentait, en même temps que de graves accidents d'affaiblissement cérébral et des crises épileptiformes, une perte de substance occupant une partie du frontal et du pariétal gauche, de huit centimètres de large sur cinq de haut. A son niveau, il y avait, lorsque le malade se tenait debout, une dépression où l'on aurait pu mettre un œuf; s'il se couchait, la dépression disparaissait, et s'il penchait la tête, il y avait une saillie se soulevant lors de l'expiration. « Il est bien évident qu'on ne pouvait songer, pour fermer l'énorme orifice, à prendre, sur le crâne, des pièces ayant toute son épaisseur. En mettant les choses au mieux, on aurait produit, à la place d'une perte de substance étendue, de nombreux orifices plus petits. La modification apportée par Müller au procédé de Wagner me mit sur la voie. Il fallait attirer sur la perte de substance une pièce prise aux parties voisines et comprenant la peau, le périoste et une couche d'os. A cause de la rétraction des parties, je devrais donner à la peau et au périoste largement un demi-centimètre de plus que n'en avait la perforation. L'exécution de ce plan marcha à souhait. Tout d'abord, la perte de substance fut mise à nu par incision des parties molles, en gardant un pédicule situé à la partie inféro-interne. Puis je taillai, de un centimètre plus large que le précédent, le lambeau destiné à le remplacer, en lui cousant son pédicule en haut; il restait, du reste, séparé du lambeau précédent par une languette adhérente au crâne. Je laissai alors la peau et le périoste se rétracter et j'enlevai, dans toute l'étendue du lambeau, une coque composée de la couche externe de l'os. Il va de soi que cette coque était brisée en maint endroit; malheureusement, ceci lui fit perdre en partie sa convexité, et je dus la modeler pour lui en rendre une suffisante. Alors, le lambeau taillé sur la perte de substance fut décollé à son tour; en un point large comme une pièce de deux centimes, la cicatrice était adhérente aux méninges, et il s'écoula une petite quantité de liquide céphalo-rachidien. Bien entendu, le pédicule resté au-dessus de l'orbite fut conservé. Alors, rien ne fut plus facile que de recouvrir la perte de substance cranienne avec le lambeau ostéo-périostéo-cutané, et la surface de dénudation ostéoplastique avec le lambeau cicatriciel. Celui-ci fut un peu insuffisant comme étendue et nécessita l'emploi d'une greffe de Thiersch. Au bout de six semaines, la guérison était parfaite et l'on ne percevait plus de battements cérébraux qu'à la partie tout à fait inférieure de l'ancienne perte de substance. »

REMARQUES DÉMOGRAPHIQUES SUR L'HABITAT URBAIN A PARIS.

Par M. le docteur LAGNEAU, membre de l'Académie de médecine.

De 1801 à 1891, en 90 ans, alors que la population de la France de 26 930 756 s'élevait à 38 345 142 habitants, soit de moitié, celle de Paris s'élevait de 547 759 à 2 447 957, soit de quatre fois et demie.

Tandis qu'une population normale, par suite de la dîme mortuaire prélevée à chaque âge, diminue de plus en plus de la naissance à l'extrême vieillesse, contrairement à Paris, malgré une haute mortalité, il y a beaucoup plus d'adultes que d'enfants. Sur 1 000 habitants, pour 3,93 natifs, on y compte 60,7 immigrés, la plupart à l'âge adulte. Le nombre des adultes non mariés (célibataires, veufs et divorcés) égale presque celui des mariés; 938 046 pour 970 715.

— Alors qu'en France il y a 23 naissances pour 1 000 habitants, il y en a 25 à Paris. Mais, contrairement, si l'on rapporte les naissances aux adultes de 15 à 60 ans, très nombreux à Paris, on voit qu'alors qu'en France il y a 39 naissances pour 1 000 adultes en âge de procréation, ou 1 naissance sur 25 adultes, à Paris il n'y en a que 34 sur 1000 ou 1 sur 29.

Alors qu'en France il y a 2,84 enfants légitimes par mariage; à Paris il n'y en a que 1,93. Alors qu'en France sur 100 familles, il y en a 20 n'ayant pas eu, ou n'ayant plus d'enfants vivants, à Paris il y en a 32,3. Enfin, alors qu'en France sur 100 naissances il y en a 8,5 d'illégitimes; à Paris il y en a 27,58. Ainsi donc à Paris la natalité légitime et la fécondité sont beaucoup moindres et la natalité illégitime est beaucoup plus élevée.

— Alors qu'en France il y a 20,71 décès annuels pour 1 000 habitants; à Paris il y en a 24,85, un sixième de plus. Mais on reconnaît que cette mortalité déjà élevée de nos Parisiens est beaucoup plus considérable, si on cherche à l'évaluer par âges successifs.

A Paris, sur environ 60 000 nouveau-nés annuels, 20 000 au moins sont envoyés en nourrice dans les départements. Or 100 de ces enfants, durant leur première année d'existence, perdent 37,71 décédés, ou plus exactement 39 99, si l'on tient compte des décès ayant eu lieu avant leur arrivée chez les nourrices. Quant aux deux tiers des nouveau-nés restés à Paris chez leurs parents, ils perdent environ 22 décédés sur 100. Durant cette première année ces enfants, soit envoyés en nourrice, soit restés chez leurs parents, perdent environ 29,32 décédés sur 100.

En ajoutant à cette mortalité de la première année, celle des quatre années suivantes, on voit que les petits Parisiens avant 5 ans auraient perdu 47,95 décédés sur 100. Or cette proportion, quoique énorme, trouve approximativement sa confirmation dans la proportion de 47,06 sur 100 exprimant la mortalité déduite du rapprochement des naissances et des enfants de 5 ans recensés 5 ans plus tard.

En continuant à calculer la mortalité d'âge en âge, on trouve que la vie probable des Parisiens serait de moins de 15 ans; âge auquel le nombre des nés vivants serait réduit de moitié.

Par suite de l'énorme mortalité infantile, alors qu'en France la vie moyenne des habitants serait de 40 ans 2 mois, la moyenne des années vécues ou la vie moyenne des décédés parisiens ne serait que de 28 ans 19 jours. Cette brièveté de la vie ne doit guère surprendre, puisque les recherches de Chenu et d'Ely ont montré que les garçons illégitimes avant 20 ans accomplis, avant l'appel à l'armée, ont perdu 74,3 décédés sur 100, et l'on sait qu'à Paris 27,58 sur 100 des enfants sont illégitimes.

Sachant qu'à Paris il y a 1 naissance annuelle pour 29 adultes, ou 1 naissance pour 29 années d'un adulte, et d'autre part que

le Parisien vit en moyenne 28 ans 19 jours, on peut en déduire que les 2424706 Parisiens, dont 1760455 adultes, existant actuellement, s'ils étaient livrés à eux-mêmes, sans se recruter d'immigrés provinciaux ou étrangers, auraient approximativement 1698670 descendants à la 1re génération, 1190100 à la 2e ; 833720 à la 3e ; 584080 à la 4e ; 409190 à la 5e, etc., etc.

Cette décroissance rapide explique comment dans notre population parisienne, qui se recrute de deux tiers d'immigrés à chaque génération, Dubois d'Amiens, Boudin, Gratiolet, de Quatrefages, Caffe, Champouillon, n'ont pu trouver de descendant de pur sang parisien au delà de la 3e ou 4e, exceptionnellement de la 5e génération. Cette situation démographique de Paris n'est d'ailleurs pas plus mauvaises que celle d'autres villes françaises ou étrangères.

— L'apparente contradiction paraissant exister entre l'énorme accroissement de la population parisienne, sa faible natalité et sa rapide destruction, s'explique par ses mouvements migratoires. Tandis qu'elle envoie plus d'un tiers de ses nouveau-nés chez des nourrices des départements où ils meurent en grand nombre, elle se recrute de très nombreux immigrés adultes, en âge de faible mortalité, qui cependant, ainsi que les natifs parisiens, présentent une mortalité élevée :

L'athrepsie enlève beaucoup de jeunes enfants surtout en été, parmi ceux élevés au biberon : 3372 en 1891.

La diphtérie, suivant les années, fait périr de 1500 à 2300 Parisiens; la rougeole de 1000 à 2000; la fièvre typhoïde de 500 à 2400. L'alcoolisme motive l'entrée d'un tiers des malades des asiles d'aliénés. La tuberculose, l'affection de beaucoup la plus meurtrière à Paris, fait annuellement 12000 victimes, dont 11000 succombent à la phtisie. Son développement est favorisé par la misère, mais aussi par l'encombrement humain, par la densité de la population.

Jadis à Paris, Trébuchet, Andral, constataient que la phtisie atteignait plus de femmes que d'hommes. Actuellement, en 1891, pour 6661 décès masculins on n'enregistre que 4076 décès féminins.

Sur 100000 habitants Vienne perd annuellement 577 décédés phtisiques, Paris 450, Londres seulement 202. Les 4221452 habitants de cette dernière ville, quoique près de deux fois plus nombreux que nos 2424705 habitants de Paris, sont répartis sur une plus grande surface territoriale. Grâce à leurs places, squares, parcs, à Londres les habitants ne sont qu'au nombre de 128 par hectare, alors que ceux de Paris sont au nombre de 310. Notre population spécifique atteint ou dépasse 1000 habitants par hectare dans les quartiers Saint-Gervais, Saint-Avoie, Bonne-Nouvelle.

Dans les arrondissements, en partie ruraux, de Saint-Denis et de Sceaux la mortalité phtisique est de 371 et 274 sur 100000 habitants.

Comme l'ont montré Bergeret d'Arbois, Villard de Guéret et maints autres médecins, les campagnards et surtout les montagnards, immigrés dans les grandes villes, y contractent souvent la phtisie, et parfois la transmettent à d'autres en retournant dans leurs villages.

Pour prévenir l'athrepsie, il faut surtout mettre les mères à même d'allaiter leurs enfants. Dans des maternités-ouvroirs il faut, dès le 6e ou 7e mois de gestation, recevoir les domestiques, les ouvrières, les employées, qui ne vivent que de leur salaire quotidien, sont sans ressources et sans domicile. Elles y trouveraient, en travaillant proportionnellement à leur peu de validité, asile, secours et soins; elles y accoucheraient et y allaiteraient leurs enfants durant les premières semaines, celles de la plus haute mortalité.

Pour combattre les maladies épidémiques, indépendamment des vaccinations pour prévenir la variole, de l'adduction d'eau pure pour prévenir la fièvre typhoïde, il faut de plus en plus généraliser les mesures d'isolement et de désinfection.

Pour limiter l'alcoolisme, il faut interdire la vente pour boissons des alcools impurs, et surtout augmenter considérablement les droits de patente, de licence, des 29583 débitants de Paris, chez lesquels vont s'alcooliser tant de célibataires et d'hommes mariés, oublieux de leurs devoirs de famille.

Enfin, pour restreindre la tuberculose, dont la transmission et le développement sont favorisés, d'après MM. Jaccoud, Peter, Lancereaux, Lecadre et maints autres médecins, par le manque d'air et de lumière, le défaut d'aération, il faut, par des mesures d'édilité, faire pénétrer l'air et la lumière dans toutes les rues, maisons et chambres. Il faut, en facilitant les moyens de transport, chemins de fer, tramways, omnibus, relier le centre de Paris avec la banlieue, avec la campagne, où de plus en plus, en plein air, pourraient habiter les personnes venant travailler en ville. Enfin pour les habitants, qui ne peuvent se fixer au dehors, il faut les engager à s'exercer physiquement en plein air, soit en établissant des gymnases, des champs de courses, soit en leur enseignant dans des conférences d'hygiène combien peuvent être nuisibles le confinement et la sédentarité de la vie d'écoles, de bureaux, d'ateliers, et surtout de brasseries et d'estaminets.

Paris est le centre le plus attractif du monde civilisé. Il est bon cependant qu'on sache quelle est sa situation démographique.

UROLOGIE

Modifications du taux de l'urée dans l'urine chez les cancéreux. Abaissement dans le cancer et dans certaines lésions non malignes des ovaires. Ascension du taux de l'urée après les opérations. Nécessité de la diète et de la purgation après les opérations. Mauvais pronostic des grosses décharges d'urée avant les opérations (1).

Par le docteur Just Championnière,
Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

L'étude de l'urine a, de tous temps, attiré l'attention des chirurgiens. En dehors des grandes cachexies glycosuriques et albuminuriques, on a cherché si l'indication de la quantité de l'urine excrétée et le taux de l'urée qu'elle contient pourraient donner des renseignements intéressants et, en 1885, M. Thiriar, dans un mémoire fort écouté au Congrès de chirurgie, avait affirmé avec Romelaere que la diminution de l'urée dans l'urine était telle, chez les sujets atteints de cancer viscéral, qu'on pouvait affirmer le cancer en constatant l'abaissement.

En cherchant à vérifier les assertions de M. Thiriar, M. Championnière a pu constater que cet abaissement de l'urée, qui marque en effet la déchéance organique, est loin d'être la règle. On peut constater cependant qu'il existe souvent. En particulier, en ce qui touche le cancer des ovaires, on peut voir que, s'il existe, la déchéance est souvent telle que le pronostic en est rendu très mauvais pour l'opération. En tenant compte de cette notion et en opérant de préférence les sujets chez lesquels l'urée est conservée dans une certaine mesure ou ceux chez lesquels le repos et l'alimentation la font remonter sensiblement, M. Championnière est arrivé à obtenir, des opérations pour tumeurs malignes de l'un des ovaires, des résultats très supérieurs à ceux qu'il obtenait auparavant.

Au cours de ses recherches, M. Championnière a pu constater que l'abaissement de l'urée est commun chez les sujets atteints de lésions non malignes des ovaires. On trouve même là un témoignage de la déchéance organique considérable qu'engendrent les lésions dites bénignes des ovaires. Cette déchéance justifie largement les grandes opérations que l'on a tant critiquées.

En tenant compte de cette déchéance, en donnant au sujet tous les soins préalables, on peut faire remonter un peu le taux de l'urée et on obtient alors, des opérations, des résultats plus favorables que quand on ne tient aucun compte de cette notion. Le retour de l'urée à des proportions normales chez les femmes

(1) Commun. faite à la Soc. de chirurgie (séance du 19 juillet 1893).

guéries indique bien que l'influence fâcheuse de la lésion déterminait cette nutrition vicieuse.

Quel que soit le taux primitif de l'urée dans l'urine aussitôt après l'opération, ce taux augmente dans d'extraordinaires proportions. C'est du premier au troisième jour après l'opération que se produit cette augmentation. Le maximum est ordinairement atteint le troisième jour, quelquefois le second. Cette élévation est d'autant plus remarquable, qu'à ce moment, on ne pourrait la mettre sur le compte des ingesta. L'opéré que M. Championnière soigne est *toujours* à la diète dans cette période.

Il est commun que le taux de l'urée soit triplé, il est souvent doublé. Si le chiffre était bas, il peut être proportionnellement énorme. M. Championnière l'a vu passer de 5 à 25 grammes. Dans un cas de chiffre premier plus normal, M. Championnière a vu chez une femme, après une fixation de l'utérus à la paroi abdominale, le chiffre de l'urée excrétée passer de 13 à 45 grammes le troisième jour.

En somme il faut considérer cette élévation du taux de l'urée dans l'urine comme une nécessité absolue des suites des opérations.

Au bout de quelques jours ce maximum s'abaisse, le sujet revient au voisinage de la normale et si on l'avait trouvé très cachectique avec des abaissements habituels de l'urée à la suite de l'opération qui l'a guéri, on le retrouve avec des chiffres normaux après la guérison bien acquise.

M. Championnière a ainsi retrouvé entre autres une femme guérie par l'ablation d'ovaires à petits kystes qui présentait 25 grammes d'urée quotidienne, alors qu'au moment de l'opération on n'avait constaté que 7, 8 ou 10 grammes comme maximum.

Cette décharge nécessaire d'urée peut être expliquée par l'ébranlement du système nerveux soit par la résorption des épanchements sanguins, soit surtout par la résorption nécessaire d'éléments anatomiques nombreux compromis par le traumatisme.

En tous cas, au point de vue de la pratique chicurgicale, elle demande un rein sinon sain, du moins suffisant.

Pour l'accomplissement de cette fonction le rein doit être aidé dans la mesure du possible. La première indication à suivre paraît être de ne pas ajouter à ses nécessités d'élimination celles qui résulteraient nécessairement d'un alimentation de quelque importance. C'est là sans doute une grosse question qui a été souvent discutée avec des arguments différents. A une époque très rapprochée de nous, l'alimentation et même la suralimentation des opérés a été considérée comme une nécessité. En tenant compte des faits sus-indiqués, la diète, que conseillaient les anciens chirurgiens d'après les traditions les plus anciennes, serait réellement utile.

En outre pour aider le rein dans la mesure du possible, pour ajouter aux voies d'élimination et pour empêcher des absorptions intempestives par la voie intestinale, les purgatifs sont très nettement indiqués par la suite des observations présentées.

Cette administration qui a toujours paru à M. Championnière plus particulièrement précieuse dans la chirurgie abdominale doit être faite après toutes les opérations.

On revient ainsi, par suite d'une observation scientifique rigoureuse, à deux pratiques de la chirurgie du passé, trop abandonnées de nos jours, la diète et les purgatifs dans les jours qui suivent les opérations.

M. Championnière estime donc que l'examen du taux de l'urée doit précéder et suivre toutes les opérations. Il donne de précieuses indications sur l'état de la santé générale du sujet et sur certaines préparations qu'il est nécessaire de lui faire subir.

Cet examen nous apprend aussi que, l'opéré étant tenu de consommer une partie de lui-même, il n'y a pour lui aucune nécessité d'alimentation immédiate. Au contraire, cette alimentation peut être pernicieuse.

D'après certains faits observés par M. Championnière, il y aurait intérêt à étudier, chez les sujets à opérer, non seulement ceux qui présentent une diminution de l'urée, mais aussi ceux qui en présentent un excès. Il a vu survenir certaines complications opératoires chez des sujets qui, avant toute opération, avaient eu dans l'urine des excès considérables d'urée.

Une observation unique, mais très curieuse, de mort non expliquée trois semaines après une opération, a été prise sur un sujet qui présentait avant l'opération une énorme décharge d'urée. Il avait du reste des antécédents goutteux très remarquables.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Guide militaire des étudiants, des médecins et pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale (1), par MM. les médecins-majors de deuxième classe ARTHUR PETIT et LUCIEN COLLIN.

Un décret, en date du 6 avril 1888, dispose que les étudiants en médecine en possession de douze inscriptions sont tenus de subir un examen d'aptitude au grade de « médecin auxiliaire », qui leur assure des prérogatives spéciales. Cet examen est « obligatoire » également pour être nommé médecin ou pharmacien aide-major de deuxième classe dans la réserve ou l'armée territoriale.

D'autre part, aux termes du décret du 19 décembre 1889, le grade de médecin-major de deuxième classe ne peut être conféré dans la réserve et l'armée territoriale que sous condition de satisfaire aussi à certaines épreuves administratives.

Deux médecins militaires, M. Arthur Petit, médecin-major de deuxième classe au 27e régiment de dragons, et M. Lucien Collin, médecin-major de deuxième classe à la direction du service de santé du Gouvernement militaire de Paris viennent de nous rendre le très grand service de publier un « Guide militaire des étudiants, des médecins et pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale ». Ce livre est divisé en deux parties. La première partie présente en seize leçons les matières de ces programmes, jusque là éparses dans diverses publications. La seconde partie contient les lois, décrets, règlements, circulaires, etc., qui régissent les étudiants, les médecins auxiliaires, les médecins et pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale.

Il est inutile d'insister sur l'utilité de ce livre; annoncer son apparition, c'est dire que notre intérêt à tous est de le conserver précieusement sous notre main, pour l'étudier et le consulter au besoin.

Les kolas africains (2), monographie botanique, chimique, thérapeutique et pharmacologique (emploi stratégique et alimentaire), par M. le docteur Édouard HECKEL, professeur à la Faculté des sciences et à l'École de médecine de Marseille, correspondant de l'Académie de médecine, lauréat de l'Institut (Académie des sciences).

Ce livre est le seul traité didactique sur la matière. Il présente le tableau complet d'une étude poursuivie sans interruption par l'auteur pendant dix années sur un produit inconnu jusqu'alors, et qui a pris, grâce à sa persévérante initiative, en thérapeutique une place définitive aujourd'hui, aussi bien hors de conteste, que celle qu'il a conquise dans les divers exercices sportifs. C'est la codification de l'emploi du kola. Tout ce qui touche à son histoire y est traité avec la plus grande minutie. L'œuvre originale de l'auteur s'y développe progressivement et sans effort pour le lecteur dans cinq chapitres, dont le cadre sera désormais difficilement augmenté. On y voit, en effet, tout le présent et tout l'avenir du kola; les déductions y sont rigoureusement basées sur l'expérience la plus méthodique. Elles intéressent tout à la fois le médecin qui lira avec fruit la partie physiologique et thérapeu-

(1) In-18. Prix : 7 fr. 50. — Paris, Société d'éditions scientifiques.
(2) In-8°. Prix : 7 fr. 50. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

tique, et le naturaliste qui y trouvera la description, l'extension géographique, les figures et l'analyse chimique des principales espèces peu connues ou inconnues du genre *Kola* propres à l'Afrique.

Médecine légale militaire (1), par MM. Du Cazal et Catrin.

M. le professeur Du Cazal et M. le professeur agrégé Catrin, tous deux appartenant à l'École du Val-de-Grâce, viennent d'enrichir la collection des aide-mémoire Léauté d'un très intéressant livre sur la médecine légale militaire.

Après avoir établi la différence qui sépare la médecine légale militaire de la médecine légale judiciaire, les auteurs abordent les expertises relatives aux entrées dans l'armée. Ils passent ensuite en revue les expertises relatives à l'incorporation et au séjour dans l'armée, et enfin les expertises relatives aux sorties définitives de l'armée.

Aux entrées dans l'armée se rattachent les études sur le Conseil de révision : les infirmités ou difformités compatibles avec le service auxiliaire, celles qui motivent l'exemption, etc.

MM. Du Cazal et Catrin étudient ensuite tout ce qui a rapport à l'incorporation, au rengagement, au congé de convalescence, etc. La troisième partie traite des diverses réformes, sur la retraite ou de l'admission aux invalides.

Cette courte énumération suffit à montrer tout l'intérêt que présente cet excellent petit aide-mémoire.

(1) Petit in-8° (Encycl. scient. des aide-mémoire). Prix : broché, 2 fr. 50. — Paris, Gauthier-Villars et G. Masson.

CONGRÈS DE MÉDECINE MENTALE

Session de La Rochelle, août 1893

Mardi 1er août. — Ouverture du Congrès à neuf heures du matin, salle haute de la Bourse. Des auto-intoxications dans les maladies mentales. — Séance de deux heures à six heures du soir. Des auto-intoxications dans les maladies mentales. A six heures, visite des tours de La Rochelle. Réception des membres du Congrès par la municipalité à l'Hôtel de Ville de La Rochelle.

Mercredi 2 août. — Séance de huit heures à onze heures. Les faux témoignages des aliénés devant la justice. — Séance de deux heures et demie à six heures. Les Sociétés de patronage des aliénés. Banquet à sept heures du soir.

Jeudi 3 août. — A huit heures du matin, séance à l'asile de Lafond. Communications particulières. A dix heures, visite de l'asile de Lafond. A onze heures et demie, déjeuner offert aux membres du Congrès par l'administration de l'asile. Dans l'après-midi, visite à l'église fortifiée d'Esnandes et aux « bouchots ».

Vendredi matin. — Départ à sept heures un quart pour l'île de Ré. Visite du dépôt des forçats de Saint-Martin-de-Ré. Déjeuner à l'île de Ré. Visite au phare des Baleines. Retour à La Rochelle à sept heures du soir.

Samedi matin, de huit heures à onze heures : Communications particulières.

Samedi soir, de deux heures et demie à six heures : Communications particulières ; clôture du Congrès.

Dimanche matin. — Départ à cinq heures du matin ; visite de l'asile de La Roche-sur-Yon ; déjeuner offert aux membres du Congrès par l'administration de l'asile ; visite des Sables-d'Olonne.

Nous croyons devoir rappeler à nos confrères des asiles que la ligne de l'Etat délivre des billets dits billets de bains de mer pour La Rochelle et les autres villes du littoral, avec arrêt sur le parcours. Ces billets sont accordés avec une réduction de 40 p. 100 sur le double du billet simple et sont valables pendant trente-trois jours.

CORRESPONDANCE

A Monsieur le Directeur de la Gazette des hôpitaux.

Mon cher confrère,

Dans votre numéro du 17, en parlant de la situation que la loi militaire fait aux étudiants en médecine, situation qui aboutit à une déplorable organisation du service de santé en cas de guerre et en annonçant le rejet, par la commission sénatoriale, d'une modification qui s'impose comme une nécessité inéluctable, vous dites : « Nous n'avons pas ouï dire que les Facultés aient été bien ardentes à défendre leurs étudiants. Cette indifférence de ceux qui ont en main la direction des études médicales n'a pas été sans produire un effet funeste au sein de la Commission sénatoriale. » Permettez-moi de montrer que ce regret qui équivaut, avouez-le, à un reproche, ne saurait atteindre la Faculté de médecine de Paris.

L'assemblée de la Faculté, dans la séance du 15 mars 1893, a voté à l'unanimité les conclusions suivantes du rapport que j'ai eu l'honneur de lui soumettre au nom de la commission de la *réforme des études médicales*, rapport imprimé et qui vous sera certainement communiqué au secrétariat de la Faculté.

Conclusion V. — « La Faculté, considérant que la loi militaire, en obligeant les élèves en médecine à faire une année de service comme soldats, sans aucune utilité (puisqu'ils serviront plus tard comme médecins et non comme soldats), fait perdre à ces élèves une année entière au détriment des études médicales et, par conséquent, au détriment des intérêts généraux du pays et des intérêts de l'armée elle-même qui a, comme le pays, besoin d'avoir des médecins instruits...;

Considérant que la loi militaire, telle qu'elle est appliquée, constitue un obstacle à peu près insurmontable à une éducation médicale suffisante, émet le vœu :

1° Que, pour les étudiants en médecine, l'année de service obligatoire soit reportée à l'âge de vingt-six ans accomplis.

La Faculté considérant, de plus, que des docteurs en médecine qui ont fait, au moins, six années d'études spéciales et qui n'auront dans l'armée d'autre rôle que celui auquel ils auront été préparés par ces études, ne sauraient, sans injustice, être traités plus défavorablement que les élèves d'autres écoles qui accomplissent, en qualité d'officiers de réserve, leur année de service obligatoire, émet le vœu formel :

2° Que cette année de service militaire obligatoire soit faite par les docteurs en médecine en qualité de médecins aides-majors de seconde classe de réserve. »

Permettez-moi encore d'ajouter ceci : Ni la Faculté, ni son doyen ne peuvent intervenir directement auprès du Sénat, ils ne peuvent que transmettre au ministre de l'Instruction publique leurs observations et leurs vœux. N'étant point retenu par les mêmes considérations, en même temps que je lui adressais un exemplaire de mon rapport, j'ai écrit, à M. le Président de la commission du Sénat, une lettre par laquelle je demandais pour M. Brouardel et pour moi l'honneur d'être entendus par la Commission sénatoriale. Ma lettre est restée sans réponse.

Votre bien dévoué,

Léon Le Fort.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

187. M. Lucron. Contribution à l'étude clinique du cancer primitif du pancréas. (Formes cliniques.) — 188. M. Galmard. Contribution à l'étude du traitement du tétanos particulièrement par la méthode de Tizzoni. — 189. M. Labitte. Étude sur le traitement chirurgical des conjonctives granuleuses. — 190. M. Drappier. Contribution à l'étude du plancher pelvien et de la cavité pré-vési-

cale. — 191. M. Perret. Étude expérimentale sur la condurangine. — 192. M. de la Nièce. Contribution à l'étude de l'hématocèle post-opératoire. — 193. M. Derien. Contribution à l'étude des kystes dermoïdes de l'ovaire. — 194. M. Letoux. Contribution à l'étude des lésions dans l'intoxication mercurielle.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 19 juillet 1893, M. Hayem, professeur de thérapeutique et matière médicale à la Faculté de médecine de Paris, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale à ladite Faculté.

— Par décret, en date du 19 juillet 1893, M. Gréhant, lauréat de l'Institut, docteur ès sciences et en médecine, assistant au Muséum, est nommé professeur de physiologie générale audit établissement, en remplacement de M. Rouget, admis à la retraite.

— Par arrêté ministériel, en date du 19 juillet 1893, la chaire de thérapeutique de la Faculté de médecine de Lille est déclarée vacante.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 84. — MARDI 25 JUILLET 1893. 66e ANNÉE. MARDI 25 JUILLET 1893. — N° 84.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 24 juillet 1893.

A la suite de l'enquête prescrite par le ministre de l'Instruction publique sur la réorganisation des études médicales, les Facultés de médecine, moins une, les Facultés des sciences, à l'unanimité, se sont déclarées favorables au nouveau projet qui a été adopté par la section permanente du Conseil supérieur de l'instruction publique dans ses séances du 28 et du 29 juin. Nous avons publié le texte de ce projet de décret (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1893, p. 785), qui, d'ici quelques jours, va être ratifié par le Conseil supérieur.

Les modifications proposées sont de divers ordres. La première, et la plus importante, est la suppression du baccalauréat restreint et son remplacement par un certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, délivré après un stage d'une année et un examen subi devant une Faculté des sciences.

Toutes les Facultés des sciences se sont prononcées pour cette réforme qui emplit à la fois leurs amphithéâtres et leur caisse. Les frais de cette année d'études sont, en effet, de 300 francs. Grâce à cet appoint fourni par les étudiants en médecine, les cours des sciences physiques et naturelles, à peu près désertés, reprendront une activité qu'ils ne connaissaient guère. Des professeurs, des chargés de cours, des chefs de laboratoires nouveaux deviennent indispensables, et le budget des Facultés des sciences se trouvera proportionnellement augmenté. Aussi nous comprenons sans peine que ces Facultés réclament cette réforme des études médicales. Mais nous ne voyons pas ce que l'étudiant en médecine aura à y gagner; et nous nous rangeons de l'avis de l'unique Faculté de médecine récalcitrante. Il ne serait peut-être pas mauvais de dire que cette Faculté est la Faculté de Paris qui, à elle seule, représente les intérêts de l'immense majorité des étudiants en médecine.

On a dit que la première année d'études médicales, telle qu'elle était actuellement comprise, était absolument perdue pour le véritable enseignement de la médecine, et que cette première année d'étude était à la fois la plus stérile et la plus tumultueuse. Mais on ne l'a supprimée que pour la transporter en dehors du domaine médical, à la Faculté des sciences, où l'on enseignera la physique, la chimie pures et nullement appliquées. Il faudra, dit-on, que les professeurs qui seront désignés modifient leur enseignement en vue du public spécial qu'ils auront la charge d'instruire. Nous ne comprenons pas comment cet enseignement sera modifié au point de vue du public médical. Les professeurs des Facultés des sciences sont des hommes de science pure, d'une incompétence absolue pour ce qui touche les choses de la médecine. Nos professeurs des sciences accessoires, dans les Facultés de médecine, sont tous médecins, vivant dans le milieu médical, en connaissant les exigences et les nécessités et, par conséquent, tout indiqués pour cette éducation première de notre jeunesse médicale. Leur reprocherait-on leur incompétence scientifique, et oublierait-on que notre Faculté de médecine peut s'enorgueillir des Dumas, des Wurtz, des Baillon, des Gautier et de tant d'autres? Et si nous avions à formuler une critique à l'enseignement de ces maîtres éminents, ce serait peut-être de lui reprocher de ne pas être encore assez terre à terre, assez pratique, assez médical. Que sera-ce lorsque le nouvel enseignement sera donné en Sorbonne !!

Mais, dira-t-on, l'examen de première année, cet examen redouté et redoutable, se trouve supprimé par le nouveau projet; supprimé oui, mais remplacé par un examen en Sorbonne, par un examen de baccalauréat, qui, avec ses sessions fixes d'examen, fera perdre, en cas d'échec, une année entière d'études et découragera bien des bonnes volontés.

C'est avec peine que nous assistons au transfert, à la Faculté des sciences, d'un enseignement où le professeur doit faire, dans les matières à enseigner, une sélection et une adaptation aux études médicales. Nous ne voyons guère le professeur de la Sorbonne s'attarder dans l'examen pratique d'une urine ou d'un liquide pathologique. Nous ne le voyons pas enseigner les applications médicales de l'électricité et lorsque, à son deuxième examen, l'étudiant en médecine devra être interrogé sur la physique et la chimie biologiques, nous nous demandons où il aura bien pu apprendre l'application de ces sciences, puisque ce deuxième examen aura lieu après la huitième inscription, c'est-à-dire après dix-huit mois d'études et que, auparavant, il aura eu à subir déjà des examens portant sur la dissection, l'anatomie, l'histologie et la physiologie. Bien des autorités compétentes prétendent que l'étudiant n'aura que le temps, et bien court, de préparer ces matières d'examen, car il ne faut pas l'oublier, dès sa deuxième année, on lui a imposé,

et avec raison, l'obligation de commencer la première de ses trois années de stage.

En réalité, l'étudiant ne gagne rien à cette réforme, il consacre une année entière à un enseignement théorique qui constituait la matière de l'ancien baccalauréat restreint, dont beaucoup d'élèves obtenaient le diplôme au cours de leur dernière année d'études classiques. Aussi nous craignons que cette modification au programme des études médicales soit préjudiciable à tous les étudiants et qu'elle soit, pour la majorité d'entre eux, la cause d'un retard dans le début de leurs études, retard dont les conséquences sont d'autant plus graves que la loi militaire impose pour la soutenance de la thèse une date fixe qui enserre les études médicales dans des limites déjà trop restreintes.

M. Hirtz présente, à la Société médicale des hôpitaux (séance du 21 juillet), un nouvel appareil aspirateur. Cet instrument se recommande surtout par son extrême simplicité et son prix très peu élevé. Il se compose :

1° D'une aiguille n° 3 de Dieulafoy;

2° D'un petit système hydraulique peu compliqué comprenant primitivement un flacon d'une contenance d'un demi-litre à 1 litre, muni à sa partie inférieure d'un robinet d'écoulement, à sa partie supérieure, fermé par un bouchon en caoutchouc traversé par un tube en verre recourbé à angle droit.

La branche verticale du tube vient affleurer au niveau de l'eau qui remplit presque complètement le flacon. La branche horizontale, longue de 5 à 6 centimètres, est rattachée à un tube en caoutchouc de 1 mètre de longueur qui vient, par son autre extrémité, s'aboucher sur l'aiguille exploratrice.

Le flacon repose sur un plan inférieur au lit du malade. Au moment où l'aiguille a pénétré sous la peau, prête à franchir l'espace intercostal, le robinet d'écoulement est ouvert, l'eau sort par gouttes pressées, puis par un jet continu, le vide se fait au niveau supérieur du liquide, et l'épanchement pleural est attiré, révélant sa présence par une teinte jaune ambrée qui vient troubler la transparence de l'eau.

La grippe — on le sait et les travaux récents de M. Achalme ont bien mis ces faits en évidence — constitue un terrain propre à relever la virulence des microbes banals. M. Hanot rapporte deux observations qui confirment complètement cette assertion. Dans les deux cas, il s'est agi de malades qui, au cours d'une grippe, d'intensité moyenne, furent pris de suppurations multiples. Ces foyers de pus prirent rapidement une très considérable extension et mirent pendant un temps la vie du malade en danger. Le streptocoque existait à l'état de culture pure, et il semble bien que sa virulence ait été accrue du fait seul de la grippe. Il ne s'agit pas, bien entendu, dans ces faits, du microbe spécifique de l'infection grippale, dont la nature est encore tout à fait inconnue.

M. Laveran rappelle à ce propos les observations de grippe infectieuse qu'il a précédemment citées et qui confirment absolument les faits de M. Hanot.

Les faits d'ulcérations et de perforations du gros intestin dans la fièvre typhoïde ne sont évidemment pas rares. Des exemples de colo-typhus ont été cités par presque tous les auteurs (Leudet, Guéneau de Mussy, Homolle...), mais ces faits sont cependant intéressants à plus d'un titre. C'est ainsi que, dans une observation rapportée en cette même séance, par M. Laveran, on vit un malade présenter d'abord des signes classiques de dothiénentérie, avec éruption très abondante de taches rosées; quelques jours après, le malade accusa une très vive douleur à maximum au niveau de l'hypocondre gauche, accompagnée d'un météorisme ombilical assez net. Bref, des signes de péritonite localisée. Peu à peu l'inflammation péritonéale se généralisa et le malade succomba avec tous les symptômes d'une péritonite aiguë généralisée. A l'autopsie, on trouva, outre les altérations péritonéales, de larges perforations du côlon transverse dont l'une mesurait jusqu'à 3 centimètres de long. Il y avait, en outre, de très nombreuses ulcérations sur toute l'étendue du gros intestin, tandis que la surface interne de l'intestin grêle était relativement saine.

M. Rendu rappelle qu'il a pu observer quelques cas semblables, et est frappé, comme M. Laveran, de l'absence presque complète de diarrhée, de signes dysentériformes alors que le gros intestin est intéressé dans sa presque totalité.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. A. Poncet.

De la cystostomie sus-pubienne dans les accidents urinaires d'origine prostatique.

(Leçon recueillie par M. E. Villard, interne des hôpitaux prosecteur à la Faculté.)

I

Je vous présente aujourd'hui deux vieillards, entrés à la clinique il y a quelques semaines pour des accidents graves d'origine prostatique qui ont été conjurés par la cystostomie sus-pubienne. C'est là, comme vous le savez, une opération que j'ai proposée il y a quelques années (1) chez certains prostatiques et dont les indications me paraissent aujourd'hui se multiplier et devenir de plus en plus nettes.

Par l'histoire de nos deux malades, vous jugerez de la valeur de cette opération et aussi de quelques-unes de ses indications. Nous pourrons, en même temps, envisager non seulement le bénéfice immédiat que retirent les opérés de la cystostomie, mais apprécier le résultat fonctionnel qui varie suivant certaines circonstances.

Notre premier malade est un homme âgé de soixante et onze ans, exerçant la profession de cultivateur, et qui est entré à l'hôpital, le 4 avril dernier, pour une rétention urinaire devenue complète depuis quelques jours. Chez lui, le prostatisme date de six ou sept ans. A cette époque, le malade qui, depuis quelques années, se levait une ou deux fois dans la nuit pour uriner, fut pris tout à coup d'une rétention provoquée par quelques excès alcooliques. Un médecin appelé pratiqua alors le cathétérisme sans aucune difficulté, et la fonction se rétablit d'elle-même après un seul sondage.

Pendant quatre ans, en dehors de quelques envies d'uriner un peu plus fréquentes que de coutume, le malade n'éprouva aucun symptôme particulier du côté des voies urinaires. Il y a deux ans, cette fois à la suite d'un excès de travail, nouvelle rétention, nouveau cathétérisme, après

(1) *Lyon méd.*, 1889, et S. Bonan. *De la création d'un urèthre contre nature chez les prostatiques. Cystostomie sus-pubienne*, Th. de Lyon, 1892.

lequel le cours des urines se rétablit encore normalement. Jusqu'à ces derniers temps, accalmie à peu près complète; mais, depuis deux mois, le malade devait se lever cinq à six fois dans la nuit pour uriner. La miction était laborieuse, pénible; enfin des accidents de rétention survinrent de nouveau, et, depuis une vingtaine de jours, il a fallu recourir au cathétérisme pour vider la vessie. Pendant les deux premières semaines, le médecin qui donnait ses soins au malade pouvait facilement le sonder; mais, depuis cinq à six jours, malgré des manœuvres répétées qui étaient, à diverses reprises, accompagnées d'uréthrorragies légères, il n'avait pu avec la sonde pénétrer dans la vessie, et avait dû recourir à des ponctions hypogastriques répétées. C'est dans ces conditions que le malade entra dans notre service. A ce moment, la vessie remontait au-dessus du pubis, le toucher rectal indiquait une prostate volumineuse, avec hypertrophie plus marquée du lobe droit. Après quelques tentatives douloureuses de cathétérisme, qui paraissaient du reste mal supportées, on pénétra dans la vessie. On recueillit ainsi une certaine quantité d'urine de couleur foncée, d'odeur ammoniacale, et on se borna à en retirer 2 à 300 grammes environ.

L'état général de ce prostatique ne laissait pas que d'être inquiétant. La langue était sèche, la peau chaude, et le thermomètre donnait comme température rectale 40°4. Il existait, à n'en pas douter, des signes d'empoisonnement urinaire aigu, et soit pour parer à ces accidents, en mettant d'emblée la vessie au repos et en évitant toute manœuvre répétée, soit pour n'avoir plus à lutter contre la rétention par des cathétérismes peut-être impossibles, dans tous les cas laborieux et dangereux, mon chef de clinique, M. Orcel, pratiqua séance tenante l'ouverture méthodique de la vessie dans la région hypogastrique.

L'opération, sur le *modus faciendi* de laquelle je reviendrai, ne présenta aucune particularité, mais on eut soin de sectionner la vessie en un point aussi rapproché que possible du col vésical. L'exploration avec le doigt introduit dans la vessie permit de sentir la prostate sous la forme d'un bourrelet volumineux, entourant d'une façon uniforme tout le col vésical, auquel elle formait un large rebord en forme de bénitier. Ici encore, comme dans la plupart des cas que j'ai observés, l'hypertrophie était diffuse, sans masses saillantes plus ou moins pédiculées, faisant en quelque sorte office de bouchon vis-à-vis du col. Toute tentative de prostatectomie eût donc été injustifiée et impossible. Les lèvres de la plaie vésicale furent suturées, avec les bords de la paroi abdominale, par six points métalliques, et l'opéré transporté à son lit sans autres manœuvres post-opératoires qu'une large irrigation uréthro-vésicale avec de l'eau bouillie boriquée. Un bloc de coton hydrophile et aseptique, préalablement trempé dans l'eau boriquée et fortement comprimé pour chasser l'excès de liquide, fut placé sur la paroi abdominale dans le but de recueillir l'urine qui s'écoulait incessamment.

Je passe sur les suites de l'opération, qui donna le résultat auquel nous sommes habitués en pareil cas. Dès le lendemain, la température n'était plus que de 39°2; huit jours après, elle se maintenait entre 38°5 et 38 degrés pour devenir normale du dixième au douzième jour. En même temps, les troubles gastro-intestinaux d'origine urinaire s'amendaient, et l'état général du malade devenait chaque jour meilleur.

Après la cystostomie, l'opéré n'éprouva plus aucune souffrance, et ne fut plus, bien entendu, soumis à aucune exploration, à aucune tentative de cathétérisme. On se contenta simplement, pour remédier à l'inconvénient de l'écoulement des urines, de renouveler aussi souvent qu'il était nécessaire le bloc d'ouate aseptique mouillée, recouvrant l'ouverture vésicale et la paroi abdominale.

Pendant un mois environ, l'incontinence fut à peu près complète, l'urine venait suinter, à la façon d'une source, au-dessus du pubis. L'opération avait eu lieu le 4 avril et, à la date du 4 mai, nous trouvons mentionné dans l'observation ce fait, fort intéressant, que le malade commence à retenir ses urines, qu'elles ne s'écoulent plus continuellement par le méat hypogastrique. En même temps, du reste, cet orifice se rétrécissait notablement, ainsi que le canal de nouvelle formation qui le faisait communiquer avec la vessie.

Le 12 mai, on note une continence parfaite. A ce moment, lorsque le malade fait des efforts pour uriner, l'urine s'échappe par la voie normale, — elle a repris son ancien chemin, — et en partie aussi par la voie abdominale.

Aujourd'hui, sept semaines après l'opération, le malade, qui retient complètement ses urines pendant près d'une heure, n'urine guère que par la verge. Le canal artificiel, dont nous ne nous préoccupons plus, puisque la miction s'est rétablie par l'urèthre habituel, tend à s'oblitérer spontanément.

Notre opéré a quitté l'Hôtel-Dieu le 21 mai, bien portant, n'ayant plus que le souvenir de ses misères urinaires, et, depuis quelque temps, son état général a subi une véritable transformation.

Au-dessus du pubis, vous constatez une cicatrice de 3 à 4 centimètres d'étendue sur 8 à 10 millimètres de largeur. A son centre, apparaît une ouverture de 2 à 3 millimètres, qui représente encore le méat hypogastrique.

A propos de ce malade, chez lequel la fonction normale s'est rétablie après la cystostomie, je tiens à vous présenter quelques considérations, relativement aux indications de notre opération et relativement aussi à l'avenir de l'urèthre contre nature créé dans la région hypogastrique.

Ce n'est pas seulement, en effet, au prostatique atteint de rétention avec cathétérisme impossible que nous croyons l'épicystostomie applicable. Chez cette catégorie d'urinaires, on ne saurait hésiter entre les ponctions hypogastriques qui restent dès lors la seule ressource, et l'ouverture méthodique de la vessie. Les ponctions, avec les aiguilles les plus capillaires, nous l'avons dit maintes fois et nous l'avons prouvé par des observations personnelles ou empruntées à d'autres chirurgiens, ne peuvent être, dans la plupart des cas, qu'un pis-aller, qu'une intervention d'urgence, à laquelle on peut être dans l'obligation de se rattacher lorsqu'on ne peut faire mieux. Il s'agit d'interventions aveugles, dangereuses, exposant à l'infection, au flegmon prévésical, comme nous en avons rapporté des exemples, et l'on ne saurait vraiment, aujourd'hui, conseiller, en tant que traitement, des moyens aléatoires comme les ponctions que les chirurgiens aseptiques tendent de plus en plus à rejeter, dans toute espèce de lésion. Il va sans dire que nous ne discuterons pas la valeur du gros trocart à demeure, puisque, dès leur entrée dans la pratique, les ponctions avec les aiguilles capillaires ont été, dans la rétention d'urine, considérées comme un grand progrès.

La cystostomie sus-pubienne est au contraire une opération parfaitement réglée et dont l'innocuité nous paraît devoir être considérée comme complète, puisque, dans près

de soixante cystostomies pour accidents urinaires d'origine prostatique, nous n'avons jamais observé les deux seules complications, qui puissent lui être imputables, la péritonite par blessure du péritoine lors de l'opération et l'infiltration urineuse. Tous nos opérés n'ont certes pas guéri, mais la mort ne pouvait être imputée à l'opération puisque, à l'autopsie, nous avons constamment trouvé des pyélo-néphrites suppurées ou non, de date plus ou moins ancienne.

La cystostomie trouve encore des indications lorsque le cathétérisme est mal supporté, lorsqu'il existe des fausses routes, lorsque l'obstacle prostatique est difficilement franchi, ainsi que notre malade en offrait un exemple; enfin, lorque par suite de ces difficultés qui font de cette manœuvre chirurgicale une sorte de course avec banquette irlandaise, on ne sait jamais si le lendemain on aura la même bonne fortune que la veille, d'arriver dans la vessie. Quant à la sonde à demeure qui paraît simplifier beaucoup la question — puisque, lorsqu'on a eu la bonne fortune de passer, de nouveaux accidents de rétention sont conjurés — nous ne trouvons pas son indication. En dehors, en effet, de son intolérance par certaines vessies, pour lesquelles elle constitue toujours un corps étranger, elle est, ne l'oubliez pas, la grande voie ouverte à l'infection. Avec elle, il faut redouter les accidents infectieux, et vous savez que, lorsque l'ennemi est dans la place chez de vieux urinaires, il n'est pas facile de l'en faire sortir et de faire la part du feu. Le terrain est malheureusement trop préparé, chez la plupart de ces malades, par des pyélo-néphrites ascendantes, et l'on doit, il nous semble, en tenant compte de l'aléa énorme que crée la sonde à demeure, donner la préférence à la cystostomie, qui offre par elle-même autant de sécurité que la sonde à demeure présente d'incertitudes dangereuses.

S'agit-il de cystite infectieuse, d'intoxication urinaire à marche plus ou moins rapide, c'est à la cystostomie qui met au repos tout l'appareil urinaire, devenu un véritable *noli me tangere*, qu'il faut se hâter de recourir. Je ne puis pas insister ici sur le mode d'action de l'ouverture vésicale, sur ces accidents septiques, qu'il vous suffise de savoir que l'on fait ainsi cesser les phénomènes congestifs plus ou moins permanents, sur le rôle pathogénique desquels M. le professeur Guyon et son école ont insisté avec tant de raison. Je pourrais vous citer d'autre part de nombreuses observations de cystostomisés, chez lesquels l'opération a enrayé des accidents graves d'infection que des cathétérismes n'auraient certainement fait qu'aggraver.

Un fait me semble aujourd'hui démontré : la cystostomie, opération innocente, d'une exécution facile, sauve un grand nombre d'urinaires, voués, en dehors d'elle, à une mort plus ou moins rapide. Il nous reste maintenant à envisager ce qui se passe après un temps plus ou moins long chez ces cystostomisés, en un mot ce que devient le nouveau canal hypogastrique.

C'est ici que paraissent nous attendre les non-partisans de la cystostomie qui, perdant de vue ce fait, sur lequel il n'est pas besoin d'insister, qu'une fonction, tant compromise soit-elle et s'accomplissant cependant sans menacer la vie du sujet, est préférable à la mort, ne veulent tenir compte que des cystostomisés chez lesquels l'incontinence est plus ou moins complète.

Au point de vue fonctionnel, nos opérés se répartissent en plusieurs catégories. Tout d'abord ceux, comme notre opéré, chez lesquels il existe un véritable canal de trois à quatre centimètres de longueur, et alors que, six à huit semaines environ après la cystostomie, les conditions d'imperméabilité sont telles qu'il n'y a plus d'incontinence et que, suivant la tolérance de la vessie, l'urine peut être retenue pendant un temps variable. Deux cas se présentent alors :

Dans un premier cas, par suite du repos de la vessie et de la prostate qui a subi un certain degré d'atrophie du même ordre, la fonction se rétablit par l'urèthre normal (notre malade est un bel exemple de ce mode de terminaison). Le canal artificiel abandonné à lui-même se rétrécit alors de plus en plus pour se fermer complètement après quelques semaines, lorsque l'urine a repris tout à fait son cours habituel.

Dans un autre cas, par suite de l'hypertrophie prostatique persistante, de l'occlusion de la voie normale, l'urine n'est plus appelée qu'à passer par l'urèthre contre nature et dans ce cas il importe de maintenir à ce canal cicatriciel, plus ou moins doublé par la muqueuse vésicale, un calibre suffisant pour remplir ses nouvelles fonctions. Ce résultat sera obtenu par des cathétérismes pratiqués de temps à autre et qui sont d'autant plus faciles que l'urèthre contre nature ne mesure guère au delà de quatre à cinq centimètres de longueur. Un fait est certain, c'est que la cicatrisation complète du nouveau canal que nous avons vue se produire chez quelques-uns de nos opérés est fatale après un temps plus ou moins long, si l'urine n'est pas obligée de suivre cette voie, et si l'on n'a pas la précaution de la maintenir par des cathétérismes répétés. Il serait du reste étonnant qu'il en fût autrement, puisque. dans l'opération, il n'y a de perte de substance, ni de la paroi abdominale, ni de la vessie, mais une simple solution de continuité.

Chez un certain nombre de cystostomisés, la miction par l'urèthre ancien peut donc se rétablir complètement et cela est si vrai que, chez deux de nos anciens opérés, nous avons dû pratiquer, dans la cicatrice, une nouvelle cystostomie pour des accidents nouveaux de rétention qui étaient survenus plusieurs mois et, dans un cas, un an après l'opération.

Jusqu'à présent, il ne nous est pas permis de prévoir, d'une façon à peu près certaine, si, chez tels ou tels cystostomisés, l'urèthre ancien reprendra sa fonction. L'âge par trop avancé du malade, le début relativement rapproché des accidents prostatiques, la difficulté antérieure plus ou moins grande de la miction, enfin le volume de la prostate, etc. sont, dans cette appréciation, tout autant de facteurs dont il faut certainement tenir compte. On doit cependant toujours envisager l'éventualité du non-retour de la fonction normale et chercher à créer un véritable canal artificiel, qui est le seul moyen de parer à une incontinence qui est toujours, on le comprend, une infirmité plus ou moins pénible.

Le meilleur moyen pour obtenir ce résultat désirable nous paraît être d'avoir un conduit sus-pubien de la plus grande longueur possible et alors que, de par ses dimensions, son obliquité, son resserrement cicatriciel, il constitue un défilé plus ou moins imperméable en dehors des contractions volontaires de la vessie, ou du passage d'une sonde destinée à évacuer l'urine par cette nouvelle voie. Si vous tenez compte de cette observation que, des différentes parties de la paroi antérieure de la vessie, qui sont séparées de la ligne blanche par une plus grande épaisseur de tissu, c'est la portion voisine du col qui est la plus profondément située, vous comprendrez que nous conseillions l'incision

en un point aussi rapproché que possible de l'anneau prostatique.

On obtient ainsi un urèthre contre-nature sus-pubien et non point seulement un méat hypogastrique qui tend à être d'autant plus une simple bouche vésicale, que l'incision a été plus rapprochée du sommet de la vessie, c'est-à-dire de l'ombilic. Cette incision de 12 à 15 millimètres, faite au bas de la paroi antérieure, a, en outre, l'avantage de rassurer sur le sort du cul-de-sac péritonéal, dont la blessure nous paraît devoir être tout à fait exceptionnelle.

Lorsqu'on examine avec un cathéter à boule le canal de nouvelle formation, on le trouve, habituellement, rétréci comme chez notre opéré, plus particulièrement en deux points, au niveau de la ligne blanche et de l'ouverture vésicale qui ne forme qu'un seul rétrécissement et au niveau de l'ouverture cutanée.

Je passe sur ces conditions du nouveau canal, si bien étudiées sur lui-même par notre cher et éminent maître M. Diday, qui a parlé de la cystostomie après l'avoir subie, c'est-à-dire en pleine connaissance de cause (1).

Lorsque l'urèthre nouveau est incontinent, c'est à coup sûr un malheur, mais il serait peut-être plus juste de le considérer, pour le malade, comme un bonheur, car ce vice fonctionnel, par sa persistance, démontre que le vieil urèthre ne pouvait plus servir à grand'chose en dehors des misères, des accidents de toute nature auxquels il exposait le prostatique.

Laissez-moi, à ce point de vue, vous faire encore observer que l'incontinence n'est pas une infirmité irrémédiable, puisque, avec divers appareils, entre autres celui si ingénieux de M. Cl. Martin, le cystostomisé peut, à volonté, vider sa vessie ou, avec certains urinals, recueillir complètement l'urine qui s'écoule.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies de l'estomac [Première partie (2)], par L. Bouveret.

Nous venons de lire avec beaucoup de plaisir, et non sans profit, la première partie du « Traité des maladies de l'estomac » que vient de faire paraître M. Bouveret. Dans ses publications antérieures, on avait eu l'occasion de constater la clarté d'exposition et le sens clinique qui le distinguent : ces qualités on les retrouvera au même titre dans le présent ouvrage. Il faut y ajouter une connaissance très grande de la littérature spéciale — surtout de la littérature étrangère.

Nous avons eu la satisfaction d'y voir exposer et défendre de la bonne manière des idées qui nous sont chères et pour lesquelles nous avons lutté déjà à maintes reprises, dans des communications et des travaux de divers ordre. Nous sommes persuadé, et nous en sommes fort heureux, que le livre de M. Bouveret servira beaucoup au triomphe définitif de ce que nous croyons être la vérité.

Sur les huit parties que doit renfermer l'ouvrage, trois sont contenues dans le premier fascicule que nous avons entre les mains : 1° la séméiologie des affections gastriques; 2° l'hyperchlorhydrie et l'hypersécrétion protopathique, l'ulcère; 3° l'affaiblissement de la motilité et les déplacements de l'estomac.

Le livre ne renfermera pas de chapitre intitulé DYSPEPSIE; M. Bouveret pense qu'il n'y a pas lieu, désormais, de se servir de cette dénomination surannée qui comprend des choses très différentes les unes des autres, des symptômes et des processus morbides distincts. Cela est très vrai, mais pour se passer de ce terme commun de dyspepsie, il faudrait avoir la certitude de pouvoir distinguer d'une façon nette et définitive les diverses affections gastriques les unes des autres, ce que nous ne pouvons pas faire pour l'heure actuelle, et ce qu'on ne pourra, sans doute, faire de longtemps. Les moyens perfectionnés d'investigation, dont nous nous servons actuellement, nous permettent de faire, avec un certain degré d'exactitude, l'analyse physiologique du processus digestif dans l'estomac à l'état de maladie. En relevant les éléments chimiques, mécaniques et douloureux, chez les malades de l'estomac, nous découvrons des unités symptomatiques, des syndromes sur lesquels nous avons plus ou moins utilement prise par la thérapeutique. Mais ces complexus symptomatiques nous ne savons pas toujours à quoi les attribuer, nous ne savons pas dans quelle mesure ils dépendent de la gastrite ou de la névrose, par exemple, bien que la gastrite ou la névropathie prédominent nettement dans certains cas. Le plus prudent serait donc de ne pas séparer trop vite des choses qui sont liées dans la nature, de conserver au symptôme son rang de symptôme, en un mot de conserver la dénomination dyspepsie, quitte à la diviser en deux chapitres et d'étudier séparément la séméiologie et les formes cliniques. On n'a pas ainsi à préjuger de l'existence ou non d'une lésion de gastrite; peu importe, en somme, qu'elle existe ou non dans la majorité des cas, nous devons nous contenter pour le moment d'analyser aussi bien que possible les formes cliniques que nous observons et d'en définir le mécanisme physiologique. En renonçant à faire l'histoire commune de la dyspepsie et des dyspepsies, on se condamne à faire plus tard un choix prématuré entre la névrose et la gastrite, ou à faire figurer les mêmes choses successivement dans des chapitres différents.

Mais la question n'est pas ici de savoir comment nous diviserions un traité des maladies de l'estomac, mais de dire ce que M. Bouveret a mis dans le sien.

Nous recommandons vivement aux médecins de lire le chapitre qui a pour titre : Interrogatoire du malade, ils n'y trouveront pas seulement un plan d'interrogation, mais aussi un précis de séméiologie subjective fort bien fait. Après l'exploration extérieure, vient l'exploration de la sécrétion gastrique. On y trouvera la description des principaux procédés d'analyse quantitative et qualitative. Si cet exposé a un tort, c'est précisément d'être trop étendu, et les médecins pourront se trouver effrayés en présence de ces méthodes multiples, de valeur inégale : ils auront, il est vrai, en M. Bouveret, un guide bien informé qui leur donnera les choses pour ce qu'elles valent et leur indiquera les méthodes qu'ils doivent préférer. Avec lui, ils apprendront que des manœuvres, aussi simples, en somme, qu'un examen ordinaire d'urine, peuvent suffire au diagnostic dans le plus grand nombre de cas.

La partie suivante du volume est consacrée à l'hyperchlorhydrie, à l'hypersécrétion permanente et à l'ulcère simple. C'est à juste titre que l'ulcère, l'hypersécrétion et l'hyperchlorhydrie sont réunis dans le même chapitre; l'ulcère simple n'est, en effet, qu'une complication de l'hyperchlorhydrie. Que ceux qui peuvent encore en douter lisent ce qu'a écrit sur ce point M. Bouveret.

Ici, une critique d'ordre secondaire, M. Bouveret décrit séparément, et distingue nosologiquement l'hyperchlorhydrie et l'hypersécrétion. Il fait de cette dernière une maladie distincte. Nous ne croyons pas, pour notre part, qu'on puisse établir, entre ces deux complexus symptomatiques, une séparation aussi nette. M. Bouveret est, du reste, le premier à reconnaître que l'hyperchlorhydrie n'est souvent que le premier degré, le premier stade de l'hypersécrétion. Il admet, ce qui nous paraît très légitime, qu'on peut passer de l'hyperchlorhydrie, simple névrose sécrétoire, à l'hypersécrétion, que caractérise anatomiquement une gastrite spéciale. Pourquoi, dès lors, séparer l'une de l'autre, et admettre pour la seconde une étiologie particulière? C'est la

(1) P. Diday. La néo-miction des cystostomisés, *Lyon méd.*, 1892, nos 50 et 51.

(2) In-8°. Prix de l'ouvrage complet : 14 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

névropathie qui cause le plus souvent l'hyperchlorhydrie et l'irritation locale qui suscite l'hypersécrétion. Mais puisque vous admettez que la lésion peut être consécutive à l'exagération de la fonction, pourquoi vouloir faire de l'hypersécrétion un état morbide isolé? Il y a là, au fond, un vieux levain mal éteint d'organicisme. M. Bouveret paraît se résigner difficilement à donner aux lésions anatomo-pathologiques leur signification exacte : ce ne sont que des symptômes post-mortem.

La description donnée de l'hyperchlorhydrie, de l'hypersécrétion et de l'ulcère est, du reste, excellente; elle est tout à fait magistrale.

Ce premier fascicule se continue par une étude de la dilatation de l'estomac, dont nous recommandons vivement la lecture. Ici, encore, nous partageons pleinement la façon de voir de l'auteur; les idées qu'il soutient nous les avons maintes fois défendues, moins bien que lui. Pour lui, la dilatation de l'estomac est, non pas une unité pathologique, mais l'aboutissant commun de processus différents : lésions anatomiques des orifices ou des parois, atonie progressive, hypersécrétion continue.

Il se termine par deux chapitres nouveaux dans un « Traité didactique » : 1° l'abaissement total ou gastroptose et la dilatation verticale de l'estomac : 2° l'entéroptose ou maladie de Glénard.

Nous ne doutons pas que la seconde moitié de cet ouvrage ne soit à la hauteur de la première, cela fera un ensemble des plus remarquables; nous y reviendrons sûrement.

A. Mathieu.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

195. M. Taillard. Sur les complications et le traitement des abcès de la coxalgie. — 196. M. Levraud. Marennes et ses environs. (Essai d'hygiène et de topographie médicale.) — 197. M. Roques. Contribution à l'étude de l'influence de la folie sur les maladies incidentes. — 198. M. Malapert. Du manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale. — 199. M. Warde (James). De l'intervention chirurgicale dans les rétro-déviations de l'utérus. — 200. M. Mulliez. De l'extirpation dans les synovites à grains riziformes. — 201. M. Gilis. Traitement des fractures de la rotule par la suture. (Description du procédé dit en lacet de M. le docteur Ch. Périer.) — 202. M. Vallais. Contribution à l'étude des causes de l'accouchement prématuré. — 203. M. Weismann. Traitement des suppurations de l'attique. — 204. M. Calbet. Contribution à l'étude des tumeurs congénitales d'origine parasitaire de la région sacro-coccygienne. — 205. M. Gastou. Du foie infectieux. — 206. M. Decornet. Histoire de la fièvre typhoïde à Chaumont (Haute-Marne). — 207. Mme Nageotte, née Wilbouchewitz. Traitement antiseptique des brûlures. — 208. M. Le Guern. Contribution à l'étude de l'appendicite par corps étrangers. — 209. M. Lefèvre. Étude sur l'emploi de l'hydrastis canadensis. — 210. M. de Saint-Germain. Contribution à l'étude de la pathogénie du rhumatisme articulaire aigu. (Étude clinique et expérimentale.) — 211. M. Bezou. Étude sur les kystes hydatiques du poumon. — 212. M. Belohous. Nature et traitement des ulcères de la cornée à hypopion. — 213. M. Lafourcade. De l'hystérectomie vaginale dans les suppurations péri-utérines. — 214. M. Renaud. Étude des réflexes dans la paralysie générale, et recherches statistiques sur l'étiologie de cette affection. — 215. M. Duchateau. Essai de pathogénie de la chorée de Sydenham. — 216. M. de Tornery. Essai sur l'histoire de la rage avant le xixe siècle. — 217. M. Gallard. Monographie de la goutte saturnine. — 218. M. Flandre. Contribution à l'étude de la myopathie atrophique progressive. Myopathie héréditaire sans neuropathie. — 219. M. Cordebart. Traitement des varices et de l'ulcère variqueux par la ligature et la résection de la saphène interne. — 220. M. Dupuy. De la mort subite dans le cours de la phtisie pulmonaire. — 221. M. Joffrion. Des complications pulmonaires dans le cours du typhus exanthématique. — 222. M. Jamet. De l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique, en particulier chez les enfants. — 223. M. Leroy. Traitement chirurgical de l'otite moyenne sèche. — 224. M. Poussard. D'une amyotrophie spinale progressive chez des syphilitiques. — 225. M. Diaz. Contribution à l'étude de l'étiologie des parotidites. — 226. M. Brodier. Quelques réflexions sur la cure radicale des hernies ombilicales. — 227. M. Sainton. Anatomie de l'articulation de la hanche chez l'enfant. Luxations congénitales de cette articulation.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 19 juillet 1893, ont été nommés chevaliers du Mérite agricole :

M. Aubert, médecin à Saint-Sauveur; MM. les docteurs Bonnet, maire de Lignières; Boutequoy, à Châtillon-sur-Seine; Cazeneuve, à Lyon; Desclaux, maire de Haut-Manco; Lavit, à Cessenou; Léonardon-Lapervenche, à Ribérac; Mattéo, maire de Roquebillière; Pradel, à Sorges; Raillard, à la Charité-sur-Loire; Raymond, à Eymoutiers; Reignier, à Vichy; Vielle, à Pey.

— Par arrêté ministériel, en date du 21 juillet 1893, la chaire de médecine opératoire de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon est déclarée vacante.

— L'Académie des sciences, par 31 suffrages sur 37 votants, a élu M. Ludwig comme correspondant pour la section de médecine et de chirurgie.

— L'ouverture du concours de chirurgie et d'accouchement pour les prix à décerner, en 1893, à MM. les élèves internes de quatrième année en fonctions dans les hôpitaux et hospices, aura lieu le jeudi 14 décembre 1893, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 2 au 14 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au secrétariat général avant le 14 octobre, dernier délai.

— Le XIe Congrès international de médecine aura lieu, à Rome, du 24 septembre au 1er octobre 1893.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Marcel Baudouin, secrétaire général du Comité français d'initiative et de propagande, 14, boulevard Saint-Germain, Paris.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — MM. Commandeur, Siraud et Durand sont nommés aides d'anatomie.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Mourier est nommé aide de physiologie.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Prenant, agrégé, est chargé du cours d'histologie.

— *École de médecine de Marseille.* — M. le docteur Vignon est chargé d'un cours complémentaire des maladies des organes génito-urinaires (emploi nouveau).

— M. le docteur Gautrez, médecin-adjoint du lycée de Clermont, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Lediu, décédé.

M. le docteur Flanchard est nommé médecin-adjoint du lycée de Clermont, en remplacement de M. le docteur Gautrez.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Gay (de Liergues).

— M. le docteur G. Thibierge, médecin du bureau central, fera, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le docteur Besnier, un cours complet de dermatologie pendant les mois d'août et septembre.

Visite tous les matins à neuf heures.

Le mardi, opérations dermatologiques; le mercredi, examen et

traitement des affections du cuir chevelu ; le vendredi, consultation externe ; le samedi, examen des malades entrants.

Les lundis, mercredis, vendredis à quatre heures, leçons théoriques avec présentation des malades, à la salle des conférences du musée.

Les personnes qui désirent assister aux leçons théoriques sont priées de se munir d'une carte d'entrée qui sera délivrée par M. le Directeur de l'hôpital.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Vacances de* 1893. — Trains de plaisir :

PARIS-CLERMONT. — Aller : départ de Paris, 10 août à 11 h. 55 soir ; arrivée à Clermont, 11 août à 11 h. 15 matin.

Retour : départ de Clermont, 18 août à 11 h. 10 soir ; arrivée à Paris, 19 août à 9 h. 55 matin.

Prix (aller et retour) : 2e classe, 30 fr. ; 3e classe, 20 fr.

PARIS-AIX-LES-BAINS-CHAMBÉRY. — Aller : départ de Paris, 22 août à 2 h. 30 soir ; arrivée à Aix-les-Bains, 23 août à 4 h. 30 matin ; arrivée à Chambéry, 23 août à 4 h. 55 matin.

Retour : départ de Chambéry, 30 août à 10 h. 10 soir ; départ d'Aix-les-Bains, 30 août à 10 h. 50 soir ; arrivée à Paris, 31 août à 3 h. 50 soir.

Prix (aller et retour) : 2e classe, 48 fr. ; 3e classe, 32 fr.

PARIS-GENÈVE. — Aller : départ de Paris, 21 août à 2 h. 30 soir ; arrivée à Genève, 22 août à 6 h. matin.

Retour : départ de Genève, 29 août à 9 h. 13 soir ; arrivée à Paris, 30 août à 3 h. 50 soir.

Prix (aller et retour) : 2e classe, 50 fr. ; 3e classe, 34 fr.

On peut se procurer des billets pour les trains de plaisir de Paris à Clermont, Paris à Genève, Paris à Chambéry, dès maintenant, à la gare de Paris P.-L.-M., 20, boulevard Diderot ; dans les bureaux-succursales de la Compagnie et dans les diverses agences de voyages.

EXCURSIONS EN SUISSE. — Billets d'aller et retour de *Paris à Berne* et *à Interlaken* (viâ Dijon, Pontarlier, Les Verrières, Neufchatel) ou réciproquement ; de *Paris à Zermatt* (viâ Dijon, Pontarlier, Lausanne) sans réciprocité. — Prix des billets : de Paris à Berne, 1re classe 101 fr., 2e classe 75 fr., 3e classe 50 fr. ; de Paris à Interlaken, 1re classe 113 fr., 2e classe 84 fr., 3e classe 56 fr. ; de Paris à Zermatt (Mont-Rose), 1re classe, 140 fr., 2e classe 108 fr., 3e classe 71 fr. Valables 60 jours avec arrêts facultatifs sur tout le parcours : franchise de 30 kilogr. de bagages sur le parcours Paris-Lyon-Méditerranée.

Trajet rapide de Paris à Berne en douze heures sans changement de voiture en 1re et en 2e classe.

Les billets d'aller et retour de Paris à Berne et à Interlaken sont délivrés jusqu'au 15 octobre, ceux de Paris à Zermatt jusqu'au 30 septembre.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

59

ALIMENTATION DES MALADES

et des convalescents par les

POUDRE de BIFTECK

ET

POUDRE DE VIANDE ADRIAN

les seules bien digérées et supportées longtemps par les malades.

81

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES *et GÉNITO-URINAIRES*

LE TERPINOL ADRIAN

a les propriétés de l'essence de térébenthine, dont il dérive, mais il est plus facilement absorbé et surtout très bien toléré.

Se vend en CAPSULES de 15 centigrammes à prendre à la dose de 4 à 8 par jour.

PILULES et ÉLIXIR de TERPINE ADRIAN

33

AFFECTIONS CARDIAQUES

Les SIROP et PILULES de

CONVALLARIA MAIALIS LANGLEBERT

et les **Granules** de **Convallamarine**

offrent cet immense avantage, sur tous les autres médicaments cardiaques, qu'une élimination rapide permet d'en continuer l'usage sans crainte aucune d'intoxication.

Phie LANGLEBERT, 55, rue des Petits-Champs.

33

LE CHLOROFORME ADRIAN

SPÉCIALEMENT PRÉPARÉ POUR L'ANESTHÉSIE

est toujours préféré

dans les laboratoires pour les essais, comme en ville pour les opérations

POUR EN GARANTIR LA CONSERVATION INDÉFINIE

il est enfermé dans des tubes scellés à la lampe d'une contenance de 30 et 60 grammes.

MÊME MAISON

PANSEMENTS ANTISEPTIQUES

perfectionnés d'après les derniers travaux microbiologiques.

QUALITÉ SUPÉRIEURE — DOSAGE GARANTI

Spécifier marque ADRIAN ou S-F.

60

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-l'Abbé, Paris.**

54

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de 50 et 100g.

Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.

31, rue des Petites-Écuries, Paris

55

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phies.

79

ERGOTINE BONJEAN

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

LE MEILLEUR HÉMOSTATIQUE

Potions, Solutions, Injections hypodermiques.

DRAGEES D'ERGOTINE BONJEAN

15 centigr., contre

Hémorrhagies de toute nature, Dysenteries, Diarrhées chroniques, etc.

Dépôt : LABÉLONYE et Cie, et toutes phies.

79

PASTILLES BI-BORATE DE SOUDE VIGIER

à 0gr 10. — 6 pastilles par jour.

10

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

43

VIN NOURRY IODOTANÉ

EXACTEMENT TITRÉ

Une cuillerée à bouche contient :

0gr,05 d'Iode
et 0gr,10 de Tanin,

exempt de tout iodure alcalin.

Par son assimilation et sa tolérance parfaites, le **VIN NOURRY** est le curatif par excellence des affections qui ont l'Iode ou les Iodures pour base de traitement, telles que : **Lymphatisme, Scrofule, Anémie, Menstruations difficiles, etc.....**

DOSES. — Enfants : 1 cuillerée à café;
Adultes : 1 cuillerée à soupe,

avant les deux principaux repas.

Paris, 28, rue Saint-Claude, et Pharmacies.

52

VICHY, SOURCES DE L'ÉTAT

CÉLESTINS

GRANDE-GRILLE

HOPITAL

Avoir soin de désigner la source.

PASTILLES AUX SELS NATURELS

SAISON DES BAINS

DU 15 MAI AU 30 SEPTEMBRE

22

SOLVÉOL

SOLUTION FORTE	SOLUTION FAIBLE
2 p. 100	*1 p. 100*

NOUVEL ANTISEPTIQUE

ABSOLUMENT NEUTRE

SOLUBLE DANS L'EAU

Plus énergique et moins caustique que le Phénol,

il remplace avec avantage tous les antiseptiques connus sans en avoir les inconvénients.

Le **Solvéol** n'est pas une spécialité pharmaceutique, mais un produit chimique se trouvant dans toutes les Pharmacies.

POUR LES DEMANDES D'ÉCHANTILLONS *s'adresser à la* **Pharmacie LACROIX,** 76, rue du Château-d'Eau, PARIS.

17

CHARBON NAPHTOLÉ FRAUDIN

CACHET DE GARANTIE

PHARMACIEN, BOULOGNE-PARIS

58

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.

Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies

93

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

99

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE

Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

PRIX du flacon : **4** francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

99

STÉRÉSOL

VERNIS ANTISEPTIQUE

Adhérent aux MUQUEUSES et à la PEAU

Diphtérie, Angines,

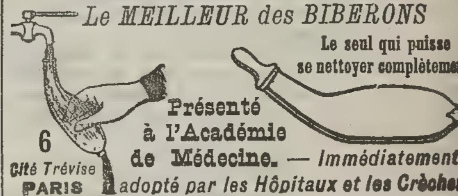
Ulcérations muqueuses et cutanées.

Dépôt : MEUNIER, phien à Grenoble (Isère)

69

Le PARFAIT NOURRICIER

Le MEILLEUR des BIBERONS



70

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

42

DESNOIX 17, RUE VIEILLE-DU-TEMPLE PARIS

MARQUE DE FABRIQUE

PANSEMENTS ANTISEPTIQUES

TOILE VESICANTE

TOILE VÉSICANTE ROSE à la cantharidine

THAPSIA, SPARADRAP des **HOPITAUX** et tous les sparadraps.

PLUMASSEAUX-EPONGES remplaçant les éponges naturelles.

PINCEAUX MOLLETONNÉS

pr enlever les fausses membranes ds l'angine couenneuse.

22

HAMAMELINE-ROYA

Principe actif de l'HAMAMELIS-VIRG :

HÉMORRAGIES, PHLÉBITES, HÉMORROÏDES, VARICES, MÉTRITES, ETC. — *3 cuillerées à soupe par jour.*

Phie LACHARTRE, 19, rue des Mathurins, Paris.

N° 85. — JEUDI 27 JUILLET 1893. 66e ANNÉE. JEUDI 27 JUILLET 1893. — N° 85.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 26 juillet 1893.

I

Décret relatif aux dispenses qui peuvent être accordées aux médecins pourvus d'un diplôme étranger aspirant au titre français de docteur en médecine.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes;

Vu l'article 5 de la loi du 30 novembre 1892;

Vu la loi du 27 février 1880 :

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

ARTICLE PREMIER. — Les médecins pourvus d'un diplôme étranger qui postulent le grade de docteur en médecine peuvent obtenir dispense partielle ou totale des inscriptions et dispense partielle des examens exigés pour ce grade.

ART. 2. — La dispense d'examens ne peut en aucun cas porter sur plus de trois épreuves.

ART. 3. — Les dispenses sont accordées par le ministre de l'instruction publique après avis de la faculté compétente et du comité consultatif de l'enseignement public.

ART. 4. — Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Marly-le-Roi, le 25 juillet 1893.

CARNOT.

Par le Président de la République :
Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,
R. POINCARÉ.

II

Décret relatif aux conditions d'études exigées des aspirantes aux diplômes de sage-femme.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,

Vu le règlement, en date du 11 messidor an X, relatif aux cours d'accouchements de l'hospice de la Maternité de Paris;

Vu le titre V de la loi du 19 ventôse an XI;

Vu le paragraphe 7 de l'arrêté des consuls, en date du 29 prairial an XI;

Vu le règlement général pour l'école d'accouchements établie à l'hospice de la Maternité de Paris, en date du 8 novembre 1810;

Vu l'ordonnance, en date du 13 octobre 1840, portant organisation des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie;

Vu l'arrêté en date du 19 août 1845, qui détermine les conditions exigées des élèves sages-femmes pour être admises aux cours;

Vu le règlement du 23 décembre 1854, relatif à la réception des praticiens du second ordre;

Vu les circulaires des 23 juin, 16 octobre 1856 et 19 août 1857, relatives à l'échange du certificat de capacité contre le diplôme de sage-femme de première ou de deuxième classe;

Vu le décret du 14 juillet 1875, portant organisation des écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie;

Vu l'arrêté du 1er août 1879, relatif à l'examen que doivent subir les aspirantes au titre d'élève sage-femme de première classe;

Vu la circulaire du 13 juin 1888;

Vu la loi du 27 février 1880;

Vu les articles 3, 5 et 25 de la loi du 30 novembre 1892;

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

ARTICLE PREMIER. — Les études en vue de l'obtention des diplômes de sage-femme durent deux années.

Elles sont théoriques et pratiques.

ART. 2. — La première année d'études pour le diplôme de première classe peut être faite dans une faculté, dans une école de plein exercice, dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie ou dans une maternité.

La seconde est nécessairement faite dans une faculté ou dans une école de plein exercice de médecine et de pharmacie.

ART. 3. — Les deux années d'études pour le diplôme de deuxième classe peuvent être faites dans une faculté, dans une école de plein exercice, dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie ou dans une maternité.

ART. 4. — Les aspirantes au diplôme de sage-femme subissent deux examens :

Le premier, à la fin de la première année; il porte sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie élémentaire;

Le second, à la fin de la deuxième année; il porte sur la théorie et la pratique des accouchements.

Les élèves ajournées par les jurys des facultés ou par les jurys des écoles à la session de juillet-août sont admises à renouveler l'examen dans une session qui sera ouverte à cet effet à la fin du mois d'octobre suivant.

A la suite de ce dernier examen, le diplôme est conféré, s'il y a lieu, dans les formes établies.

ART. 5. — Le premier examen des aspirantes au diplôme de première classe peut avoir lieu devant la faculté ou école où a été faite la première année d'études ; si celte année d'études a été faite dans une maternité, l'examen a lieu indifféremment devant une faculté, une école de plein exercice ou une école préparatoire de médecine et de pharmacie.

Le deuxième examen ne peut avoir lieu que devant l'établissement où a été faite la deuxième année d'études.

Les examens pour le diplôme de deuxième classe ont lieu devant une faculté ou une école de plein exercice ou une école préparatoire de médecine et de pharmacie.

Lorsque les examens ont lieu devant une école, le jury est composé de deux professeurs de l'école, présidés par un professeur ou un agrégé de faculté.

ART. 6. — Les aspirantes au diplôme de sage-femme se font inscrire dans les facultés ou dans les écoles de médecine, du 1er au 15 octobre de chaque année.

Passé ce délai, aucune inscription n'est admise.

ART. 7. — En se faisant inscrire dans une faculté, dans une école de médecine ou dans une maternité, les aspirantes au diplôme de sage-femme déposent les pièces suivantes :

1° Un extrait de leur acte de naissance constatant qu'elles ont l'âge requis par les règlements ;

2° Si elles sont mineures non mariées, l'autorisation de leur père ou tuteur ;

3° Si elles sont mariées et non séparées de corps, l'autorisation de leur mari et leur acte de mariage ;

4° En cas de séparation de corps, l'extrait du jugement passé en force de chose jugée ;

5° En cas de dissolution de mariage, l'acte de décès du mari ou l'acte constatant le divorce ;

6° Un certificat de vaccine ;

7° Un certificat de bonnes vie et mœurs ;

8° Un extrait du casier judiciaire ;

9° Pour le diplôme de sage-femme de première classe, le brevet de capacité élémentaire de l'enseignement primaire ;

Pour le diplôme de sage-femme de deuxième classe, le certificat obtenu à la suite de l'examen prévu par l'arrêté du 1er août 1879.

ART. 8. — Les sages-femmes reçues à l'étranger devront subir les examens prévus au présent décret.

Elles pourront obtenir dispense partielle ou totale de la scolarité.

ART. 9. — Le présent décret recevra son effet à dater du 1er octobre 1893.

Cependant les aspirantes au diplôme de sage-femme de première classe qui ne seraient pas pourvues du brevet de capacité élémentaire de l'enseignement primaire pourront, pendant une période de trois années, du 1er octobre 1893 au 1er octobre 1896 exclusivement, présenter le certificat obtenu à la suite de l'examen prévu par l'arrêté du 1er août 1879.

Il n'est rien modifié aux conditions actuelles d'admission aux grades des élèves de la maternité de Paris.

ART. 10. — Les dispositions antérieures contraires à celles du présent décret sont et demeurent abrogées.

ART. 11. — Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Marly-le-Roi, le 25 juillet 1893.

CARNOT.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,

R. POINCARÉ.

III

Décret relatif au diplôme de chirurgien-dentiste.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes.

Vu la loi du 30 novembre 1892 et notamment les articles 2 et 5 ;

Vu la loi du 27 février 1880 ;

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

ARTICLE PREMIER. — Les études en vue du diplôme de chirurgien-dentiste ont une durée de trois ans.

ART. 2. — Les aspirants doivent produire, pour prendre leur première inscription, soit un diplôme de bachelier, soit le certificat d'études prévu par le décret du 30 juillet 1886, modifié par le décret du 25 juillet 1893, soit le certificat d'études primaires supérieures.

ART. 3. — Ils subissent, après la douzième inscription, trois examens sur les matières suivantes :

Premier examen. — Eléments d'anatomie et de physiologie ;

Anatomie et physiologie spéciales de la bouche.

Deuxième examen. — Eléments de pathologie et de thérapeutique ;

Pathologie spéciale de la bouche ;

Médicaments ; anesthésiques.

Troisième examen. — Clinique ; affections dentaires et maladies qui y sont liées. — Opérations.

Exécution d'une pièce de prothèse dentaire.

ART. 4. — Les examens sont subis au siège des facultés et écoles de médecine où l'enseignement dentaire est organisé, devant un jury de trois membres.

Peuvent faire partie du jury des chirurgiens-dentistes, et, par mesure transitoire, des dentistes désignés par le ministre de l'Instruction publique.

Le jury est présidé par un professeur de faculté de médecine.

ART. 5. — Les dentistes inscrits au rôle des patentes au 1er janvier 1892 peuvent postuler le diplôme de chirurgien-dentiste à la seule condition de subir les examens prévus par l'article 3 du présent décret.

Les dentistes de nationalité française, inscrits à ce rôle antérieurement au 1er janvier 1889, sont dispensés en outre du premier examen.

Les dentistes pourvus, antérieurement au 1er novembre 1893, d'un diplôme délivré par l'une des écoles d'enseignement dentaire existant en France à la date du présent décret, peuvent postuler le diplôme de chirurgien-dentiste à la seule condition de subir le deuxième examen.

ART. 6. — Les dentistes reçus à l'étranger et qui voudront exercer en France seront tenus de subir les examens prévus au présent décret.

Ils pourront obtenir dispense partielle ou totale de la scolarité après avis du comité consultatif de l'enseignemement public.

ART. 7. — Un règlement spécial, rendu après avis de la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique, organisera l'enseignement dans celles des facultés et écoles de médecine où il pourra être établi.

ART. 8. — Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Marly-le-Roi, le 25 juillet 1893.

CARNOT.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,

R. POINCARÉ.

IV

Décret relatif à la conversion des inscriptions d'officier de santé en inscriptions de doctorat.

Le Président de la République française,
Sur le rapport du ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,
Vu la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine ;
Vu la loi du 27 février 1880 ;
Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

Article premier. — Les aspirants au titre d'officier de santé en cours d'études à la date du présent décret et qui justifient de l'un des diplômes de bachelier ès lettres, de bachelier de l'enseignement secondaire classique, de bachelier ès sciences complet, de bachelier de l'enseignement secondaire spécial, sont autorisés à convertir leurs inscriptions en inscriptions de doctorat en médecine.

Art. 2. — Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Marly-le-Roi, le 25 juillet 1893.

Carnot.

Par le Président de la République :
Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,
R. Poincaré.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Il est un point de pratique, fort important d'ailleurs, sur lequel les médecins ne sont pas d'accord, et qui demandait une réglementation précise. Nous voulons parler de la durée pendant laquelle les enfants atteints d'affections contagieuses doivent être tenus éloignés des collèges et des écoles. Dans un rapport sur cette question, M. Ollivier a comblé cette lacune et a nettement indiqué quelle doit être la durée de l'isolement pour chaque maladie transmissible. Voici les conclusions de ce rapport :

1° La durée de l'isolement à imposer aux élèves des lycées et des écoles atteints de maladies contagieuses, comptée à partir du début de la maladie (premier jour de l'invasion) devra être de quarante jours pour la scarlatine, la variole, la varioloïde et la diphtérie. Elle ne sera que de seize jours pour la rougeole et la varicelle. En ce qui concerne la coqueluche, l'isolement devra être prolongé trois semaines après la cessation complète des quintes caractéristiques. Il sera maintenu aussi, pour les oreillons, pendant dix jours après la disparition des symptômes locaux.

2° Les mesures hygiéniques suivantes devront être prises avant de permettre la rentrée dans les établissements scolaires : lotions nasales, buccales et pharyngées avec des solutions antiseptiques ; bains savonneux et frictions générales partout, même sur le cuir chevelu ; désinfection rigoureuse, à l'étuve à vapeur sous pression, des vêtements que l'élève avait au moment où il est tombé malade ;

3° Conformément aux conclusions des deux précédents règlements, la chambre d'isolement devra être soigneusement aérée. Les parois et les meubles seront lavés avec une solution de sublimé au millième. Les objets de literie et les rideaux seront passés à l'étuve, ainsi que les matelas.

4° L'élève qui aura été atteint, en dehors d'un établissement d'instruction publique, de l'une des maladies contagieuses énumérées dans ce rapport, ne pourra être réintégré que muni d'un certificat de médecin constatant la nature de la maladie et les délais écoulés, et attestant que cet élève a satisfait aux conditions énoncées.

Nous nous inclinons devant les règles formulées par M. Ollivier et adoptées par l'Académie. Toutefois, nous ferons observer que, si l'intérêt de la santé publique doit primer tous les autres, il ne faudrait cependant pas aller trop loin dans cette voie et se montrer par trop rigoureux dans l'application de ce règlement. N'a-t-on pas cité l'exemple d'un polytechnicien qui a dû quitter l'école parce qu'il était atteint d'une pelade? Ne voyons-nous pas tous les jours des parents désolés de voir leurs enfants éloignés de l'école ou du collège pendant plusieurs semaines, parce qu'ils ont eu une rougeole insignifiante ou une varicelle ? La rigueur sera-t-elle la même pour une scarlatine fort légère que pour une scarlatine grave ? Nous pensons que, dans bien des cas, le médecin traitant, que l'on néglige un peu trop dans toutes les questions, pourra être consulté avec fruit et que, sur sa déclaration qu'il s'agit d'une affection légère, le médecin de l'école ou du collège pourra, d'accord avec lui, permettre la rentrée de l'enfant avant les trente ou quarante jours réglementaires.

L'année dernière, à pareille époque, M. Budin faisait à l'Académie une communication sur l'usage du lait stérilisé à 100 degrés au bain-marie, pour compléter ou remplacer, au besoin, l'allaitement maternel. Depuis, M. Budin, avec M. Chavane, a poursuivi ses recherches sur ce sujet, et il vient de faire connaître les résultats fournis par un grand nombre d'observations. Il est bien entendu que l'allaitement maternel, chaque fois qu'il est possible, doit toujours être préféré. Mais dans les cas où il devient insuffisant et même impossible, le lait stérilisé, d'après M. Budin, serait une ressource fort précieuse et appelée à rendre de grands services. Telle est, du moins, la conclusion qui ressort de l'intéressante communication de MM. Budin et Chavane.

Signalons, en terminant, le rapport officiel de M. Hervieux sur les vaccinations et revaccinations pratiquées en 1892. M. Hervieux conclut à l'obligation de la vaccination et de la revaccination.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. A. Poncet.

De la cystostomie sus-pubienne dans les accidents urinaires d'origine prostatique (1).

(Leçon recueillie par M. E. Villard, interne des hôpitaux prosecteur à la Faculté.)

II

Chez notre deuxième malade, la marche des accidents prostatiques a été à peu près la même que chez le premier, mais chez lui, en raison de son âge plus avancé et des accidents d'infection urineuse remontant à plusieurs semaines, la cystostomie était non moins indiquée. Il va également quitter l'Hôtel-Dieu dans un état général aussi satisfaisant que possible, toutefois, par suite du volume énorme de la prostate, il est à peu près certain que l'urine ne repassera plus par l'urèthre normal, aussi lui donnons-nous le conseil d'utiliser son urèthre nouveau.

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 798.

Depuis plusieurs années, cet homme, âgé de soixante-quinze ans, avait des mictions plus fréquentes que de coutume ; il se levait plusieurs fois dans la nuit pour uriner. Il y a quatre ans, à la suite d'une marche fatigante faite pendant la nuit par un froid très vif, il fut pris brusquement de rétention urinaire. Dès son entrée à l'Hôtel-Dieu, on pratiqua le cathétérisme et tout rentra dans l'ordre. Depuis un an, les symptômes fonctionnels se sont accentués, les mictions sont devenues de plus en plus fréquentes. En même temps, de grands efforts étaient nécessaires pour vider la vessie et les urines devenaient troubles.

Depuis dix jours, de nouveaux accidents de rétention se sont produits. Un médecin fit des tentatives infructueuses de cathétérisme qui s'accompagnèrent très probablement de fausses routes, puisque, au dire du malade, il eut, après ces manœuvres, des hémorragies abondantes.

On appliqua des cataplasmes sur le ventre, des sangsues au périnée, enfin, on eut recours à des ponctions hypogastriques qui furent répétées un certain nombre de fois. La rétention persistant, le malade nous fut envoyé à l'Hôtel-Dieu.

A son entrée, il présentait tous les signes d'un urinaire fébrile. La face était rouge, le malade agité, anxieux, se plaignait d'envies d'uriner qu'il ne pouvait satisfaire. La langue sale, collant au doigt, témoignait du mauvais état des voies digestives; enfin la température rectale était de 39°3.

A l'examen de la paroi abdominale, on trouve les traces des ponctions antérieurement pratiquées et l'on reconnaît la vessie se rapprochant de l'ombilic. Par le toucher rectal, on constate une prostate volumineuse avec hypertrophie plus apparente du lobe droit.

La cystostomie fut pratiquée séance tenante, on n'essaya même pas de passer dans l'urèthre qui, depuis dix jours, était imperméable et qui avait certainement été le siège de déchirures, à en juger par une uréthrite séro-sanguinolente. A l'incision de la vessie, il s'échappa un flot d'urine louche, d'odeur fortement ammoniacale. A mesure que la vessie se vidait, l'urine du bas-fond apparaissait nettement purulente.

Dans le cours de l'opération, immédiatement après l'incision de la ligne blanche, un fait nous frappa : la teinte grisâtre, diphtéroïde du tissu cellulaire pré-vésical qui avait été naturellement traversé lors des ponctions. Il y avait là, à n'en pas douter, un phlegmon septique encore localisé et dû certainement, comme nous l'avons observé plusieurs fois, au passage de quelques gouttes d'urine en dehors de la vessie, en un mot à une infection de provenance opératoire.

J'appelle encore une fois votre attention sur ces dangers des ponctions capillaires répétées, qui sont d'autant plus à redouter que l'instrument pénètre dans une vessie infectée et qu'il est parfois encore employé, sans les précautions antiseptiques indispensables.

La vessie ouverte, nous avons, comme de coutume, soit pour s'opposer à l'infiltration urineuse, soit pour que le canal futur eût une véritable muqueuse, suturé les bords de la vessie avec ceux de la paroi abdominale.

L'exploration intra-vésicale, pratiquée avec l'index de la main droite, nous a permis de constater un bas-fond vésical très développé et une prostate du volume d'un gros œuf. Elle entourait uniformément l'orifice vésical qui, arrondi, remontait sous le pubis et affleurait presque le bord supérieur de cette partie du squelette.

Pour bien apprécier l'hypertrophie prostatique, nous avons, comme nous le pratiquons toujours en pareil cas, combiné, dans les manœuvres d'exploration de la prostate, le toucher rectal et l'exploration intra-vésicale.

Dans ce palper bimanuel, comparable à l'exploration de l'utérus et des annexes chez la femme, par le toucher vaginal et la palpation abdominale, on peut se rendre un compte exact de l'augmentation de volume de la prostate et de l'obstacle présumé de la miction. Je ne saurai trop vous conseiller une telle exploration, sur les avantages de laquelle je n'ai pas à insister, et alors que le toucher rectal seul ne peut donner aucun renseignement sur la disposition de la prostate par rapport au col vésical, et permet simplement, d'une manière encore très aproximative, d'en apprécier le volume. L'*exoprostatisme* n'a qu'un intérêt secondaire pour le chirurgien, ce qu'il importe de connaître, c'est l'*endoprostatisme.*

Ici encore, pas de tumeur prostatique pédiculée, pas de noyaux en apparence énucléables faisant saillie plus ou moins au voisinage du col, donc pas de prostatectomie possible, et encore moins, cela va sans dire, de prostatotomie.

Chez ce dernier cystostomisé, les suites opératoires ont été moins simples que dans notre première observation. Soit que nous ayons eu affaire à un vieillard moins résistant, plus profondément atteint, les troubles gastro-intestinaux ont persisté pendant une vingtaine de jours, et, depuis longtemps, nous aurions voulu voir ce vieillard quitter l'hôpital, aller chez lui à la campagne, où il devait trouver des conditions générales de rétablissement tout autres que celles que pouvait lui offrir l'Hôtel-Dieu. D'autre part, ainsi que nous l'avons vu souvent lorsque les urines sont infectées, les bords de la plaie étaient devenus grisâtres, d'aspect diphtéroïde, et recouverts d'une couche sédimenteuse plus ou moins épaisse.

Il existait, en même temps, un peu d'induration phlegmoneuse du pourtour de la plaie, qui a disparu après un certain temps sous l'action des lavages antiseptiques, des soins de propreté pris plusieurs fois dans la journée.

C'est du dixième au quinzième jour que les sutures doivent être enlevées et, dès ce moment, comme il s'agit de malades âgés, il est bon de les faire asseoir sur leur lit, de les faire lever bientôt.

Cet homme va quitter nos salles perdant encore toutes ses urines. Il est infiniment probable que, chez lui, par suite des constatations que nous avons faites du côté de la prostate et du bas-fond vésical, la miction normale ne se rétablira pas. Aussi lui donnons-nous le conseil de ne pas se préoccuper pour le moment de son incontinence et, plus tard, lorsque la plaie se sera rétrécie, de maintenir, s'il y a lieu, son nouveau canal, en ayant soin d'y passer de temps à autre l'extrémité d'une sonde. Un appareil récepteur lui sera probablement nécessaire, mais, quel que soit le résultat fonctionnel, nous devons cependant nous déclarer très satisfait, puisque l'opération a conjuré des accidents graves, capables d'entraîner la mort à bref délai.

En résumé, l'histoire de ces deux cystotomisés que vous avez pu suivre, depuis leur entrée à l'Hôtel-Dieu et depuis leur opération, jusqu'au jour de leur sortie, me paraît bien mettre en valeur la cystostomie sus-pubienne. Cette création d'un urèthre hypogastrique rend les plus grands services dans de nombreux accidents d'origine prostatique.

Elle ne doit pas être considérée comme une ressource extrême. A la manière d'autres interventions sanglantes,

surtout chez des malades débilités, affaiblis par l'âge, elle donne des résultats d'autant meilleurs, qu'elle est pratiquée à une période plus rapprochée des troubles urinaires.

Elle procure aux prostatiques un calme, une sécurité fonctionnelle qu'ils ne connaissaient souvent plus depuis longtemps. Elle supprime les phénomènes douloureux, elle fait complétement disparaître toute menace de rétention, enfin, elle me semble surtout seule capable, dans bien des circonstances, de lutter efficacement contre l'infection urinaire.

DE L'EMPLOI

POUR LES NOURRISSONS DU LAIT STÉRILISÉ A 100 DEGRÉS, AU BAIN-MARIE ALLAITEMENT MIXTE. ALLAITEMENT ARTIFICIEL

Par MM. P. Budin et A. Chavane.

L'an dernier, à peu près à pareille époque, nous avons communiqué à l'Académie, M. Chavane et moi, les résultats obtenus à la Charité en faisant usage de lait stérilisé à 100 degrés au bain-marie pour compléter l'allaitement maternel insuffisant.

Les résultats que nous vous avions signalés ont été pleinement confirmés par de nouveaux et nombreux faits publiés en détail dans la thèse inaugurale de M. Chavane.

J'ai organisé, à la Charité, une consultation hebdomadaire pour les nourrissons. Les femmes qui ont accouché chez nous et qui habitent dans le voisinage de l'hôpital, nous apportent leur enfant chaque vendredi. Cet enfant est examiné et pesé. Sur un registre spécial nous notons tous les renseignements qui le concernent et son poids y est inscrit; nous pouvons ainsi établir sa courbe et la continuer chaque semaine.

Dans les cas où l'allaitement au sein est manifestement insuffisant, nous prescrivons une quantité variable de lait stérilisé que la mère vient ou envoie chercher chaque matin. Ce lait est fourni à mes frais. Dans quelques cas même, la femme n'ayant pas de lait du tout, son enfant ne boit que du lait stérilisé. Chaque nourrisson a sa fiche sur laquelle nous marquons le numéro du registre, la date de naissance de l'enfant, son poids hebdomadaire, la quantité de lait stérilisé qui doit lui être distribuée, etc.

Nous avons pu, de la sorte, suivre un certain nombre d'enfants soumis à l'allaitement au sein, à l'allaitement mixte et à l'allaitement artificiel. C'est l'allaitement au sein que, bien entendu, nous favorisons de toutes nos forces. Mais, ainsi que l'a dit avec raison le professeur Rouvier (de Beyrouth), « il y a plus de mères que de bonnes nourrices ». L'allaitement mixte et même l'allaitement artificiel sont donc parfois des nécessités qui s'imposent.

Voyons d'abord les cas dans lesquels nous avons été obligés de recourir à l'allaitement artificiel; nous étudierons ensuite les faits d'allaitement mixte.

Allaitement artificiel. — Six enfants ont été exclusivement nourris avec du lait de vache stérilisé.

Afin d'établir une comparaison entre la courbe d'accroissement de ces enfants et la courbe d'accroissement normal, nous avons, sur nos tracés, reproduit, en pointillé, la courbe donnée par M. le docteur Bouchaud, ou plutôt par M. le docteur Sutils qui a suivi, à la campagne, un assez grand nombre de nourrissons. La courbe de M. Bouchaud et celle de M. Sutils sont semblables jusqu'au neuvième mois. A partir de cette époque, les chiffres de M. Sutils sont un peu supérieurs à ceux de M. Bouchaud; l'enfant de 3000 grammes à sa naissance pèserait, à un an, 9 kilos pour M. Sutils, tandis que, pour M. Bouchaud, il n'arriverait qu'à 8 700 grammes.

Les chiffres donnés par MM. Tarnier et Chantreuil, comme représentant la moyenne d'accroissement, d'après les différents auteurs, seraient un peu supérieurs dans les premiers mois, mais moindres dans les derniers, de telle sorte que, pour eux, l'enfant de 3 kilos arriverait, après douze mois, à peser 9 090 grammes, au lieu de 9 kilos, poids indiqué par M. Sutils et que nous avons accepté.

Pour trois enfants, on eut recours à l'allaitement artificiel parce que la mère n'avait pas de lait.

Suivent les observations dont voici le résumé :

Observation I. — La mère, qui voulait nourrir, n'avait pas de lait. En attendant qu'on eût trouvé une nourrice, nous conseillâmes d'avoir recours au lait stérilisé. L'enfant pesait 3 000 grammes le 23 juin, jour de sa naissance. Le 6 juillet, son poids était de 3 065 grammes. A cinq mois, elle pesait 8 250 grammes. Elle n'a jamais eu une diarrhée, un seul vomissement. Sa courbe est supérieure à la normale.

Obs. II. — L'enfant, né le 3 janvier 1893, pesait 2 360 grammes. Allaitement mixte : le 21 janvier, le bébé pesait 2 600 grammes. Le 30 janvier, 2880 grammes; la mère n'ayant plus de lait pratiquait l'allaitement artificiel. Nous lui avons donné journellement du lait stérilisé. La courbe présente, le 1er mars, une légère descente; l'enfant avait eu un peu de diarrhée. Il eut l'influenza et resta stationnaire. Depuis, sa courbe est régulièrement ascendante et, le 21 juillet, il pesait 6 950 grammes.

La troisième observation est analogue aux deux précédentes.

Obs. IV. — Cette observation est particulièrement intéressante : il s'agit d'un enfant dont les parents se trouvaient dans les meilleures conditions de fortune et qui n'a pu être élevé qu'avec du lait stérilisé. Chaque fois, en effet, qu'on a tenté du lait d'une nourrice ou du lait d'ânesse, cet enfant présentait des troubles graves. Ce n'est qu'à partir du moment où il a été soumis régulièrement au lait stérilisé qu'il a pu se développer régulièrement, ainsi qu'en font foi les chiffres de ses pesées.

D'autres causes peuvent obliger de recourir à l'allaitement artificiel; nous citerons, par exemple, la syphilis et certains vices de conformation du côté de la cavité buccale.

Le plus habituellement, les mères ont plus ou moins de lait, il importe de l'utiliser et, avec du lait stérilisé, de compléter l'allaitement maternel. Voici, par exemple, deux cas dans lesquels les femmes ont eu des jumeaux, il leur était impossible de suffire seules à la nourriture de leurs enfants.

Suivent deux observations dans lesquelles a été employé, avec succès, l'allaitement mixte.

Certaines femmes n'ont jamais assez de lait, et bien qu'elles ne nourrissent qu'un seul enfant, on est obligé de les aider.

Suivent trois exemples.

Il arrive que, chez certaines femmes, la sécrétion, insuffisante au début et nécessitant l'allaitement mixte, arrive à se supprimer complètement. L'allaitement devient alors artificiel.

L'allaitement mixte peut n'être que temporaire et se trouver remplacé par l'allaitement au sein, si le lait revient en quantité suffisante chez la mère.

Suivent deux observations absolument concluantes à ce sujet.

A l'allaitement artificiel, nous avions fait succéder l'allaitement mixte, puis l'allaitement au sein.

Ces faits prouvent que nous voulons surtout favoriser l'allaitement au sein; nous n'avons recours à l'allaitement mixte et à l'allaitement artificiel que s'il nous est impossible de faire autrement.

Au lieu d'abandonner à elles-mêmes des femmes désireuses de bien faire, mais ignorantes, pauvres, et n'ayant pas assez de lait ou n'en ayant pas du tout, il nous paraît préférable de les surveiller, de les diriger et de les aider.

Nous ne devons pas dissimuler cependant que notre tâche n'est pas toujours facile; l'obéissance n'est guère le fait des femmes du peuple accessibles aux conseils plus ou moins bizarres qui leur sont donnés par leur entourage. Nous avons vu, par exemple, une mère trouvant que la quantité de lait fournie par nous n'était pas suffisante, aller en acheter par les grandes chaleurs sous une porte cochère : une diarrhée assez forte en fut la conséquence. Aussi préférons-nous ne surveiller que des personnes sorties de notre service, habituées déjà à nous écouter et qui, ayant vu inscrire chaque jour le poids de leur enfant, comprennent l'importance des pesées. Si un nourrisson est souffrant, nous exigeons aussi qu'on nous prévienne : on nous l'apporte à la Charité ou bien l'un de nous va le voir.

Lorsque des mères ne veulent pas se soumettre à nos conseils, nous refusons de nous occuper d'elles davantage, sans cela nous ne serions bientôt plus obéis par personne.

Nous l'avons dit ici l'an passé et nous ne saurions trop le répéter, l'allaitement au sein est de beaucoup préférable, car il fait courir aux enfants moins de risques que l'allaitement mixte et que l'allaitement artificiel; nous n'avons eu cependant que très peu d'accidents.

Toutefois, on ne saurait recommander trop de précautions : les bouteilles, en particulier, doivent être nettoyées avec le plus grand soin pendant les grandes chaleurs et le lait doit être goûté chaque fois qu'on en donne à l'enfant.

Nous n'avons appris la mort que de deux des enfants qui venaient à notre consultation. L'un a succombé à une bronchopneumonie tuberculeuse, dans le service de notre collègue, M. Constantin Paul; sa mère était atteinte de phtisie galopante. L'autre eut des convulsions et succomba rapidement dans une nuit.

Les enfants qui viennent chaque semaine à notre consultation sont relativement nombreux. La plupart sont allaités au sein; d'autres ont l'allaitement mixte, quelques-uns l'allaitement artificiel.

Si nous ne comptons que ceux que nous avons pu suivre sans interruption pendant un temps assez long, pendant deux mois au moins, nous arrivons au chiffre de 49 parmi lesquels 21 ont été soumis à l'allaitement mixte et à l'allaitement artificiel. Nous n'avons donc eu que très peu d'accidents et cependant nous venons de traverser en mai, juin et juillet, des périodes de fortes chaleurs, pendant lesquelles, en ville, la mortalité des nourrissons par diarrhée a été très considérable. En juillet, notamment, elle vient d'atteindre, à Paris, pour les enfants de 0 à un an, les chiffres de 136, 180 et 138 par semaine. Et nous renonçons à décrire la misère dans laquelle se trouvent la plupart de nos mères, les conditions hygiéniques déplorables dans lesquelles elles vivent.

Contrairement à l'usage, nous donnons aux nouveau-nés, non pas du lait de vache coupé avec une plus ou moins grande quantité d'eau, mais du lait pur.

Le lait stérilisé que boivent nos nouveau-nés est pur. Quand nous avons essayé d'y mettre de l'eau, nous avons vu que les enfants prenaient une plus grande masse de liquide et qu'ils s'accroissaient moins.

De notre communication, il nous paraît résulter que, dans certains cas, il est absolument nécessaire de recourir à l'allaitement artificiel et à l'allaitement mixte.

On peut, pour cela, faire usage de lait stérilisé au bain-marie, à 100 degrés, avec l'appareil de Soxhlet et mieux avec l'appareil de Gentile. A la plupart des enfants qui venaient à notre consultation, nous avons fourni du lait que nous stérilisions dans notre laboratoire, mais un certain nombre de mères ont fait elles-mêmes la stérilisation; elle est, en effet, très simple à pratiquer.

Il est permis de se demander si on ne pourrait pas organiser en ville, comme nous l'avons fait à la Charité, des consultations pour les nourrissons. Les enfants y seraient pesés chaque semaine; l'allaitement au sein y serait surveillé, dirigé et complété s'il était nécessaire par l'usage du lait stérilisé. Puisque des secours d'allaitement sont donnés aux femmes pauvres, puisque leurs enfants sont soignés gratuitement, il serait facile d'avoir sur elles une action réellement efficace. Peut-être parviendrait-on ainsi à diminuer la mortalité si considérable encore des enfants du premier âge?

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 juillet 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

COMMUNICATIONS

Chloroformisation. — M. ALPHONSE GUÉRIN, à propos de la communication de M. Laborde sur l'influence du réflexe nasal sur la chloroformisation, rappelle que l'asphyxie ne se produit jamais si on a soin de pincer le nez et si, ainsi, on empêche le chloroforme d'agir sur les nerfs nasaux. C'est une opinion qu'il soutient depuis longtemps. M. Laborde en a donné une démonstration expérimentale très nette. M. Guérin est heureux que ses faits cliniques aient eu ainsi la consécration du laboratoire.

Tractions rythmées de la langue. — M. LABORDE communique une nouvelle observation de rappel à la vie d'un nouveau-né en état de mort apparente au moyen des tractions rythmées de la langue.

RAPPORTS

Vaccinations. — M. HERVIEUX lit le rapport officiel sur les vaccinations et les revaccinations pratiquées en 1892.

Isolement des maladies contagieuses. — M. OLLIVIER lit un rapport sur ce sujet. (Voir au Premier-Paris.)

DISCUSSION

M. LANCEREAUX fait observer qu'il est pénible de laisser pendant quarante jours à l'infirmerie du lycée un enfant convalescent de scarlatine. Cette affection a, en général, huit jours de durée, quinze jours de convalescence; aussi, à moins de complications rénales, il trouve suffisant de porter de vingt-cinq à trente jours la durée de son isolement, étant donné surtout que des précautions antiseptiques auront été prises auparavant.

M. OLLIVIER trouve que M. Lancereaux fait trop bon marché des complications rénales qui surviennent souvent, même pendant l'été, plus de trente jours après le début de la maladie. Un isolement de quarante jours répond à la moyenne des cas et doit être choisi à titre réglementaire, tant au point de vue du danger de la transmission qu'à celui du refroidissement.

M. G. SÉE dit que la durée de quarante jours lui paraît absolument insuffisante pour l'isolement. Il a vu, dans une famille, où un enfant n'avait eu qu'une scarlatine légère, les autres enfants prendre la maladie pendant la convalence du premier et, malgré l'antisepsie, une femme de chambre contracter l'affection soixante-quinze jours après le premier cas.

Il ne faut pas oublier d'ailleurs que l'albuminurie est extrêmement fréquente dans la scarlatine, ainsi que les médecins anglais, si accoutumés à cette maladie, l'ont démontré. Jamais elle ne se montre avant le treizième ou le quatorzième jour, ni après le trente-quatrième jour. Ainsi, il ne faut jamais laisser sortir les enfants avant cette époque et, pour éviter la contagion, les isoler pendant quatre-vingts jours.

M. LÉON LE FORT fait remarquer que cela s'applique au local du malade, s'il n'a pas été désinfecté; mais la durée de l'isolement peut être bien moindre pour l'enfant lui-même, si les précautions suffisantes ont été prises.

M. HÉRARD croit qu'il y aurait danger à trop abaisser la durée de l'isolement; quarante jours est un minimum au point de vue de l'albuminurie; comme Barthès, il estime qu'il faut laisser les enfants au lit pendant trente jours au moins, pour éviter tous les accidents.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix les conclusions du rapport de M. Ollivier qui sont adoptées.

De l'emploi pour les nourrissons du lait stérilisé à 100 degrés, au bain-marie. Allaitement mixte, allaitement artificiel. — M. BUDIN, en son nom et au nom de M. Chavane, fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 809.)

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

228. M. Matton. Épanchements traumatiques de sérosité. — 229. Mlle Kohan. Contribution à l'étude du traitement des

abcès froids; nouveau procédé d'ablation complète. — 230. M. CHARUEL. De la simulation de la folie chez les aliénés. — 231. M. MAUPATE. Recherches d'anthropologie criminelle chez l'enfant (criminalité et dégénérescence). — 232. M. BOSSIS. Tuberculose de l'iris. — 233. M. CAMUS. Du traitement des calculs vésicaux chez la femme. — 234. M. SILVA. Étude sur le procédé de Treub, dans l'accouchement prématuré. — 235. M. LECLEZIO. Crises gastriques. — 236. M. SCHMITT. Sur quelques causes d'erreurs dans le diagnostic des kystes hydatiques du foie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 19 juillet 1893, M. le docteur Trabut (de Mustapha) est nommé chevalier du Mérite agricole.

— Par décret, en date du 24 juillet 1893, MM. les docteurs J. Bertillon, Chambé, Chervin, Lagneau, Lamouroux, Ch. Monod, sont nommés membres du Conseil supérieur de statistique.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en leur recommandant le Lait stérilisé et en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

De l'hystéro-neurasthénie traumatique (railway-spine), par M. le docteur Albert BLUM, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, médecin en chef de la Compagnie P.-L.-M. Grand in-8° de 170 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Asselin et Houzeau.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

L'ostéoplastie cranienne (1).

Par A. CHIPAULT,
Ancien interne des hôpitaux et aide d'anatomie à la Faculté.

Deuxième partie.

Valeur expérimentale et clinique des procédés. — Procédé de l'auteur.

I

LE PEU DE VALEUR DES PROCÉDÉS HÉTÉROPLASTIQUES

On a vu, dans la première partie de cette étude, que les procédés hétéroplastiques ou autoplastiques ne manquent point aujourd'hui pour fermer les pertes de substance cranienne préopératoires ou opératoires. Au premier abord, il semble qu'on n'ait qu'à choisir. Mais les observations publiées et surtout les expériences sur les animaux montrent une grande différence de valeur physiologique entre les diverses méthodes.

Quel est l'idéal d'une réparation cranienne artificielle? C'est de refaire, dans les points où elle était détruite, une paroi remplissant les fonctions de l'ancienne, et, si possible, ayant pris une vitalité physiologique analogue.

On n'en demande point autant aux oblitérations par *le liège, le caoutchouc, le celluloïd* (2); ce ne serait pas une raison pour les abandonner systématiquement, si ces corps remplissaient bien, d'autre part, leur rôle de protection cérébrale; mais il est loin d'en être ainsi : Lesser a démontré pour le caoutchouc, le liège, du reste seulement expérimentés sur les animaux, qu'après s'être encapsulés dans des coques fibreuses adhérentes à la perte de substance, ils sont peu à peu expulsés de celle-ci. Le celluloïd expérimenté par Frænkel (3), et qui devait non seulement protéger le crâne, mais supprimer toutes les adhérences entre la cicatrice et les enveloppes du cerveau ; en outre, permettre, lorsqu'on employait la variété transparente, de surveiller les épanchements de toutes sortes qui pouvaient se former sous lui, a donné il est vrai quelques succès : deux d'Hinterstoïsser, un d'Eiselsberg; mais, à côté, de nombreux insuccès tenant, soit à la difficulté d'évacuer les sécrétions qui s'accumulent au-dessous de la plaque, soit à l'impossibilité de maintenir celle-ci en place : Cinq jours après l'opération, M. Berger doit enlever la pièce de celluloïd qu'il avait posée et trouve sous elle une accumulation de liquide céphalo-rachidien et de pus séreux; von Eiselsberg supprime, le quatrième jour, la plaque au-dessous de laquelle se trouvait une collection sanguine, et doit attendre quinze jours pour la replacer. Moins heureux encore, Potempski (1892), dans un cas où la perte de substance opératoire occupait la région occipitale, ne put maintenir la pièce en place et fut obligé de rouvrir la plaie pour l'enlever (1).

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 786.

(2) LESSER. Ueber das Verhalten des Catgut im Organismus und über Heteroplastik. *Archiv für Path. Anat. und Phys.* Bd. 95, 1884, p. 232.

(3) FRÆNKEL. Ueber Deckung von Trepanations defecte am Schœdel durch Heteroplastik. *Wiener Medicinische Wochenschrift*, 1890, p. 475.

(1) Voici les opérations où l'on a employé les plaques de celluloïd : — *a, b, c.* HINTERSTOISSER. Fœlle von Trepanation, welcher durch Verschluss des knochen defectes mittelst einer geschlossenen celluloïdplatte zur Heilung gebracht wurde. *Wiener Wochenschrift*, 1891, p. 302. Obs. I, H..., 26 ans, à la suite d'une fracture compliquée du pariétal gauche, épilepsie jacksonienne. Dépression cranienne ; on dessine d'abord an ciseau la partie à enlever ; l'os, très épaissi, est adhérent à la dure-mère ; dure-mère ouverte, puis suturée. Plaie tamponnée. Quatre jours après, application de la plaque de celluloïd, réunion du périoste et de la peau, on laisse dans l'angle postérieur un ruban de gaze iodoformée. Six mois après, guérison persistante du côté de la plaie et des accidents épileptiformes. — Obs. II. Perte de substance du frontal, de la largeur d'une pièce de 50 centimes. — Obs. III. Cicatrice adhérente de la région pariétale gauche. Excision de la cicatrice. On introduit entre le périoste et l'os une plaque empêchant les adhérences. — *d, e.* VON EISELSBERG. Ueber Schœdelchirurgie. *International Klinische Rundschau*, 1891, p. 902. F..., 17 ans, depuis six mois, carie du pariétal gauche. La perte de substance est élargie, tamponnée à la gaze iodoformée et, quinze jours après, recouverte d'une lame de celluloïd. Un lambeau cutané, rabattu d'arrière en avant, servit de couverture. Guérison par première intention. — Obs. II. Fracture compliquée du frontal à la suite de coup de pied de cheval; épilepsie. Ablation au ciseau de l'os, remplacé par une plaque de celluloïd. Le quatrième jour, deux accès épileptiformes. On trouve une hémorragie sous la lame qui est enlevée et replacée seulement seize jours plus tard. Guérison définitive ; plus d'accès. — *f.* BERGER, in thèse Moisson. Des différentes méthodes d'oblitération des pertes de substance du crâne. Paris, 1891, n° 297, p. 77. Obs. Fracture du crâne avec aphasie, hémiplégie droite, accidents épileptiformes, encéphalocèle. Un an et demi après, épilepsie jacksonienne du membre supérieur droit en partie paralysé, puis s'étendant à la face et aux autres membres. Un an après ces accidents, libération des adhérences des méninges et du cerveau aux os, résection des bords osseux saillants ; plaque de celluloïd percée de trous. Le cinquième jour, température et coma. On enlève la plaque

On a eu des insuccès de même ordre avec *les plaques métalliques.* Booth et Farquhar Curtis (1893), dix-neuf jours après l'extirpation d'une énorme tumeur tuberculeuse du lobe frontal, décollèrent en partie les bords réunis de la plaie et insinuèrent dessous une plaque d'aluminium reposant par ses bords sur ceux de la perte de substance osseuse; la surface du cerveau, couverte de granulations, saignait fort peu. Le lendemain, le pansement, inondé de liquide céphalo-rachidien, fut changé; on trouva la plaie réunie; mais, quelques heures après, la température s'éleva légèrement, et le troisième jour, on dut définitivement supprimer la pièce hétéroplastique (1).

On peut, en tout cas, être sûr, lorsque la plaque de celluloïd ou de métal est définitivement engainée dans une loge fibreuse, venue surtout du périoste, qu'elle ne se résorbera pas. On n'en peut dire autant des *plaques d'os décalcifié* (2).

En effet, d'après Mackie (1890) (3), l'os décalcifié est détruit en tout ou en partie par l'action des ostéoclastes, et de l'os nouveau est reproduit par les ostéoblastes, avec ou sans intermédiaire de tissu embryonnaire. C'est également la conclusion à laquelle arrivent Ochotin (4) et Buscarlet (1891) (5) dans des expériences, il est vrai, faites sur d'autres os que le crâne. « L'os décalcifié se soude en une quinzaine à l'os dans lequel on l'a implanté, soudure fibreuse, n'existant que du côté périostique. Pendant ce temps, il est résorbé, surtout du côté de la cavité médullaire, un peu par ses faces latérales et sa face périostique, d'abord par les éléments embryonnaires qui se sont amassés en couches serrées à sa périphérie, puis par les cellules géantes. Un tissu osseux nouveau, parti de la surface interne de l'os récepteur, remplit la cavité médullaire, arrive plus tard en contact avec l'os transplanté, le pénètre et finit par le remplacer complètement. Comme on le voit, il y a loin de là aux descriptions fantaisistes des auteurs qui ont prétendu que l'os décalcifié était envahi par les ostéoblastes qui s'installaient dans les canalicules et qu'il reprenait une vie nouvelle. L'hypothèse d'un enkystement sans résorption est également mal fondée. » En 1892, Darkschewitz et Weidenhammer (1) ont répété ces expériences sur le crâne et constaté que l'os décalcifié jouait simplement le rôle d'un corps étranger, conducteur de l'ossification. Ce rôle paraît, du reste, être d'ordinaire très mal rempli. Senn, en 1889, sur dix expériences faites chez de jeunes chiens, a constaté que le centre de la perte de substance cranienne n'était définitivement occupé que par du tissu fibreux. Schmitt (2) [1893] a vu également « qu'au bout de quatre mois, chez des chiens, les plaques d'os décalcifiés sont presque totalement résorbées. Elles ne servent en rien à clore la perte de substance. Si celle-ci diminue un peu, c'est par ses bords, et le reste est simplement garanti par une cicatrice fibreuse, comme si l'on n'eût pas fait la moindre tentative ostéoplastique. »

Kümmel (3) est le seul à avoir employé les os décalcifiés chez l'homme, en 1891, et ses faits n'ont point de valeur, car il a pratiqué, conjointement à l'implantation, un lambeau ostéoplastique de Konig.

Dans tous les procédés précédents, les opérateurs ne pouvaient avoir pour but que de substituer à la paroi osseuse une paroi protectrice quelconque; ou bien de fournir, par la présence d'une pièce d'os décalcifié, un substratum à une ossification concentrique partie des bords de la perte de substance. Dans ceux qui vont suivre, et où le chirurgien a placé dans l'orifice cranien une plaque

---

sous laquelle se trouve du liquide céphalo-rachidien et du pus séreux: lambeau réappliqué par-dessus un drain. Disparition des accidents. — *g.* Potempski. Chirurgia del cranio e dell cerveletto. *Archivio ed atti de la Societa Italiana di Chirurgia*, 1892, p. 124. Obs. H..., 22 ans. Depuis deux mois, violentes douleurs de tête avec gêne de la prononciation et de la vue. Léger ptosis à gauche, nystagmus. Station debout et marche difficiles. Réflexes abdominaux et crémastériens abolis, patellaires rapides, légère cicatrice sur le crâne, due à un coup de pierre. Incision horizontale sur l'occipital; reclinaison du sterno, du trapèze, du complexus; l'incision des méninges donne issue à une grande quantité de liquide céphalo-rachidien. Hémorragie abondante, tamponnement. Le troisième jour, ce tampon est remplacé par une plaque de celluloïd fermant le crâne partout, sauf en bas, où il y a place pour un drain : suture des parties molles par-dessus la plaque, mais celle-ci se déplace, et on doit ouvrir la plaie pour l'enlever. Deux mois plus tard, l'opération fut faite du côté opposé; il y eut cette fois une légère amélioration.

(1) *a.* Booth et Farquhar Curtis. Report of a case of tumor of the left frontal lobe of the cerebrum. Operation recovery. *Annals of Surgery*, 1893, p. 127. — H..., 24 ans. Amaurose unilatérale; névrite optique, aphasie, troubles mentaux, tumeur de la tempe gauche; la masse s'étendait sous la base du cerveau dont elle était séparée par une capsule solide, et au-dessus de la voûte orbitaire qu'elle avait perforée en un point. L'opération fut faite le 29 septembre et la tentative ostéoplastique le 18 octobre. L'opéré mourut fin décembre dans une crise épileptiforme. — *b.* Stieglitz and Gerster. Report of a case of cystic tumor of the brain operated upon with success. *American Journal of med. sciences*, 1893, t. I., p. 621. Quelque temps après l'ablation du kyste, la plaie fut rouverte, les adhérences entre le lambeau et la dure-mère décollées et une plaque d'or insinuée. Elle tint parfaitement.

(2) Senn. On the healing of aseptic bone cavities by implantation of antiseptic decalcified bone. *Ann. Journ. of Med. Sc.* 1889, XCVIII, p. 219-243.

(3) Mackie. Clinical observations on the healing of aseptic bone cavities by Senn's method of implantation of antiseptic decalcified bone. *Medical News*, t. LVII, 1890, p. 202-210.

(4) Ochotin. Beitrage zür Lehre der Transplantation. *Wirchows Archiv*. Bd. 124, 1891.

(5) Buscarlet. *La greffe osseuse de l'homme et l'implantation d'os décalcifiés*. Th. de Paris, 1891.

(1) Darkschewitz et Weidenhammer. Iz' Klinitcheskoï laboratorii prof. Kojebnikova. *O zamchtchenii obez'testvlen noi koctirou trepanatsionii poter' vtchrep*. Vratch, 1892, p. 697 et 721. — Voici le résumé des expériences des deux auteurs russes. Elles ont été faites sur des lapins de tout âge. Dans une première série, après incision et rabattement des téguments, ils ont fait une incision en H du périoste, ont soulevé les lambeaux et enlevé un fragment osseux de 25 millimètres de long sur 10 de large, qu'ils ont remplacé par de l'os décalcifié sur lequel le périoste a été rabattu. A la fin de la cinquième semaine, la soudure paraissait tout à fait complète. A l'autopsie, le troisième mois, il est impossible de trouver la ligne-limite entre l'os primitif et l'os implanté. — Dans une deuxième série, l'os décalcifié n'a pas été recouvert de périoste, et celui-ci même a été excisé à une certaine distance de la perte de substance. Mêmes résultats, plus reformation du périoste. — Dans une troisième série, les auteurs ont excisé un lambeau de dure-mère, de manière que l'orifice dural ne fait que la moitié de l'orifice osseux; de plus, l'os décalcifié placé a été recouvert de périoste seulement sur ses bords. A l'autopsie, douze jours après l'opération, la pièce commençait à présenter des adhérences. — Dans une quatrième série, ils ont remplacé l'os de lapin par de l'os d'enfant récemment mort.

Nous reprocherons à Darkschewitz et Wedenhammer de s'être beaucoup trop hâtés de faire les examens nécroscopiques. De plus, la régénération du périoste qu'ils ont constatée nous paraît bizarre.

(2) Schmitt. Ueber Osteoplastik in klinischer und experimenteller Beziehung. *Archiv. f. Klinische Chirurgie*, 45 Band, 1893, p. 475.

(3) Kummel. Ueber Knocheninplantation. *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1891, nº 11, p. 212. — Trois cas d'épilepsie, ablation de segments osseux de la grandeur d'une pièce de deux francs. Dans un cas où le cerveau faisait saillie, l'os décalcifié dut être creusé en calotte; cinq mois après, la perte de substance était solidement fermée, et le malade n'avait pas eu de nouveaux accès. Dans les deux autres cas, la guérison se fit aussi sous un seul pansement.

d'os empruntée à un animal vivant ou à l'opéré lui-même, il a cherché à obtenir une véritable greffe osseuse, et ne paraît pas, le plus souvent, y être parvenu.

Soit tout d'abord les *transplantations faites d'un animal à l'homme*. Les résultats cliniques (1) de Mac Even (greffes prises sur le chien), de Jaksch (greffe de crâne d'oie) ont été suivis trop peu de temps pour avoir de la valeur. On peut en dire autant des transplantations d'animal à animal d'une autre espèce, qui seraient tout à fait comparables physiologiquement aux transplantations d'homme à homme et ont été faites par Flourens [1859 (2)], Adamkiewicz [1889 (3)]. D'autre part, Schmitt, qui a suivi ses résultats plus longtemps, a vu la diminution, puis la résorption des fragments, et au bout de cinq à sept mois, des cicatrices purement fibreuses. Cependant, tout récemment, dans une récente communication à l'Académie de médecine, Mossé (4) dit avoir parfaitement réussi des greffes hétéroplastiques réalisées chez le lapin au moyen d'un fragment osseux emprunté à un chat tué brusquement. La transplantation de la rondelle cranienne n'a eu lieu qu'une heure et quart après la mort de cet animal. Le lapin a été sacrifié au bout de quarante-cinq mois, et l'examen macroscopique a montré la permanence de la greffe. M. Mossé conclut de ses expériences : « La greffe d'un animal à un autre se fait souvent de l'espèce inférieure à l'espèce supérieure. Le transplant doit être pris dans une espèce voisine; toutefois, la greffe a plusieurs fois réussi avec des transplants empruntés a une espèce assez éloignée; l'animal qui fournit le transplant doit être jeune; il peut y avoir avantage à choisir un transplant contenant encore un point d'ossification. »

Il est à remarquer que, dans ces cas, une simple autoplastie périostée eût donné des résultats également très satisfaisants, et c'est probablement au péricrâne qu'il faut attribuer les résultats obtenus. Nous ne pouvons croire, en effet, qu'une greffe d'un animal à un autre d'une autre espèce soit meilleure qu'une greffe prise sur l'individu lui-même.

Les greffes à l'aide d'une pièce osseuse, prises en un autre point du squelette de l'opéré (Ollier, Seydel, Sennander) (1), n'ayant pas été suivies suffisamment, nous devons, pour juger la valeur des greffes empruntées à l'individu lui-même, nous adresser à une de leurs variétés, de beaucoup la plus fréquemment employée du reste : *la réimplantation des rondelles osseuses de trépanation*. Or il est prouvé que ces rondelles et fragments se fixent, puis se résorbent, et, comme les pièces d'os décalcifié, servent uniquement de substratum à l'ossification partie de la dure-mère, de l'os voisin et surtout du périoste rabattu. Si celui-ci manque, la rondelle prend encore, mais lors de la résorption, n'est plus remplacée par de l'os nouveau et durable.

La fixation de la rondelle est très rapide : chez le cochon d'Inde, elle commence le quinzième jour, est presque complète le trentième; chez le chien, un mois et demi après l'opération, elle est partielle, mais solide. De quatre à six semaines, chez le lapin, existent des connexions vasculaires, entre les bords de l'orifice et la rondelle [Adamkiewicz (2)], ce qu'avait déjà démontré Wolff (3) en constatant que chez les animaux nourris avec la garance, le disque, à cette époque, est coloré en rouge. Chez l'homme, au bout de trente-six heures, il y a déjà des adhérences; vers le com-

(1) Observations de greffe cranienne animale : *a.* Job a Meek'ren. *Observationes medico-chirurgicæ*. Amstelodamis, 1682, p. 7, d'après Dictionnaire en 60 vol. t. XIV, art. Ente. (Voir plus haut le texte.) — *b.* Mac Even. Observations touchant la transplantation osseuse. *Rev. de Chir.*, 1882, p. 1; Obs. in note, p. 4. Obs. : Chez un homme, perte de substance résultant d'une plaie, et par laquelle sortait une portion détachée de la table interne. On prit à un chien de six semaines une portion du pariétal contenant son centre d'ossification, recouvert de son périoste. Avivement des bords de la perte de substance, petit trou pour le drainage. Sutures. Trois semaines après, le tiers de la greffe se cicatrisa, et bientôt la plaie fut guérie. « Le résultat définitif n'a pas été complètement démontré. » — *c.* Jacksh. Zür Frage der Deckung von Knochendefetken des Schœdels nach der Trepanation. *Wiener medicinische Wochenschrift*, 1889, p. 1435. H..., 22 ans. Blessure à la tête siégeant sur le pariétal droit; légère parésie de la face à gauche. Le lendemain, après élargissement de la plaie, on constate une dépression en entonnoir du pariétal, et pour supprimer cette dépression, on crée une perte de substance d'environ 3 cent. 5 de diamètre. Le huitième jour, pansement et greffe de crâne d'oie. (Voir texte.) Dix jours plus tard, on constate que les lamelles présentent une coloration rosée et adhèrent fortement à la couche sous-jacente. Les points de séparation ne sont plus marqués que par des lignes fines. Au troisième pansement, le vingt-cinquième jour, la surface est granuleuse, et partout dans la profondeur, on rencontre une résistance osseuse. Au bout d'un mois et demi, la plaie était complètement fermée. — *d.* A. Ricard. Réparation d'une perte de substance de la voûte cranienne par la greffe osseuse immédiate. *Gazette des hôpitaux*, année 1891, nº 85, p. 785. F..., 30 ans, deux fois opérée pour un lymphadénome de la narine droite. Le 9 avril 1891, tumeur de la région orbito-frontale du côté droit, du volume d'une noisette; douleurs dans la tête à ce niveau. Le 15 avril, incision courbe, de quatre centimètres de flèche, allant de la racine du nez à deux centimètres environ de l'apophyse orbitaire externe. Le frontal est enlevé sur la grandeur d'une pièce de cinq francs. Greffe (voir texte) avec l'os coxal d'un chien. Sutures, drainage, pansement iodoformé. Le 22 avril, la réunion est complète, les fragments osseux bien à leur place. Le 20 mai, « sans l'aplatissement du front, il serait impossible de reconnaître que le crâne a été le siège d'une brèche osseuse quelconque. »

(2) Flourens. Note sur la dure-mère ou périoste interne des os du crâne. *Gaz. méd. de Paris*, 1859, p. 527.

(3) Adamkiewicz. Ueber knochen Transplantationen. Anzeiger der Kaiserlichen Akademie der Wissenschaften. Bd 26, 1889, p. 322.

(4) Mossé. Recherches sur la greffe osseuse après la trépanation du crâne, *Gaz. hebd. de Montpellier*, 1888, p. 578-589; et Sur la production d'une greffe hétéroplastique après trépanation du crâne. Académie de médecine, séance du 23 mai 1893; *Sem. médic.*, 1893, p. 250.

(1) Observations de greffes osseuses, prises en un autre point du squelette de l'opéré : *a.* Seydel. Ueber Ersatz von Schœdeldefekten. *Centralblatt für Chirurgie*, 1889, p. 209. Enfoncement traumatique du pariétal gauche, de quatre centimètres et demi sur trois centimètres, profond de deux centimètres. Perte de connaissance, ptosis, paralysie faciale, paralysie des membres droits. Ablation des os déprimés. On constate une déchirure de la dure-mère. Le douzième jour, il ne persiste plus que de la paralysie du bras droit. Greffe (voir texte) sans réunion des parties superficielles « qui permet de constater que le cinquième jour, les fragments adhéraient à la dure-mère, et que, le dixième, leurs intervalles étaient à peine appréciables. » La perte de substance cutanée fut alors recouverte de peau empruntée à l'occipital. — *b.* Sennander. *Upsala Lakareforeningsforhandlingar*, Bd. 26, p. 319. H..., 31 ans, qui tombe du haut d'une meule sur un poteau de fer; pas d'accidents immédiats, sauf une petite plaie au-dessus de l'oreille. Le septième jour, le blessé était sans connaissance, vomissements. Ablation de trois larges fragments d'os enfoncés et de petites esquilles enfoncées dans la dure-mère et le cerveau. Après l'opération, reprise de connaissance, mais persistance d'amnésie et de paraplégie. Hernie cérébrale. Grattage des granulations sur les bords de l'orifice et insinuation sous le périoste d'une pièce d'os recouverte de périoste et de tissu extra-périosté, exactement de même grandeur que la perforation, et empruntée à la face antérieure du tibia gauche du malade. Rabattement et suture de la peau. Un mois après, la perte de substance était bien fermée. Plus d'aphasie.

(2) Adamkiewicz. Ueber Knochen transplantation. *Wiener Medicinische Blætter*, 1889, p. 355 et 390.

(3) Wolf. Die Osteoplastik in ihren Beziehungen zur Chirurgie und Physiologie. *Archiv f. Klin. Chirurgie*, nº Bd 1865, p. 183.

mencement du deuxième mois, dans les points où le disque n'était pas en contact avec l'os vivant, il y a réunion fibreuse, véritable pseudarthrose, mais partout où l'os réimplanté et le bord de l'orifice étaient en contact, il paraît y avoir une réunion osseuse tout à fait analogue à un cal (1).

Il n'en est rien ; comme un simple cartilage d'ossification, ce cal se résorbe, puis la rondelle se dentelle à son bord et disparaît peu à peu. La fermeture de l'orifice cranien, si le périoste bien vivant n'est pas là, dans des conditions satisfaisantes, pour jouer un rôle ostéogène, devient purement fibreuse et, chose curieuse, les bords eux-mêmes de l'orifice cranien ne sont pas exempts de cette résorption. Phelipeaux a constaté, dès le vingtième jour, sur le cochon d'Inde, une exfoliation superficielle de presque toute la surface de la rondelle. Au bout de trente jours, elle est plus qu'à moitié détruite par résorption. M. Ollier, dans une expérience sur le chien (1867), constate, au bout d'un mois et demi, sur la table externe, un petit fragment prêt à se détacher. C'est aussi vers un mois et demi que Schmitt, sur des chiens (1893), a constaté le commencement de la résorption. En somme, celle-ci débute au moment où la consolidation paraît s'achever.

Les autopsies conduisent à la même conclusion : brillant succès immédiat constaté sur le vivant pendant quelques

(1) Observations de réimplantation des rondelles ou de fragments enlevés par la trépanation : *a*, *b*. WALTHER. Obs. I, in VELPEAU. De l'opération du trépan dans les plaies de tête. Th. de concours, 1834, p. 258. H..., 30 ans, coup de pierre sur le pariétal gauche. Violentes douleurs de tête. Trépan. Réimplantation de la rondelle. Suppuration. Issue d'une esquille formée par une partie de la table externe du disque. Le reste s'était réuni au pourtour du trou et se trouvait recouvert par des bourgeons charnus. Après extraction de l'esquille, cicatrisation rapide. Obs. II, in WALTHER : Ueber die Topische Behandlung der Eiternden Wunden. Von Græfe und Walther's *Journal der Chirurgie*, Bd IX, 1824, p. 201. Trépanation tardive pour accidents consécutifs à un traumatisme. Implantation de la rondelle et réunion des lambeaux cutanés. Mort la trente-sixième heure. Le disque était déjà adhérent à la face interne des lambeaux et à la dure-mère. — *c*. GROSSHEIM. *Lehrbuch der Operativen Chirurgie*. Berlin, 1830, Bd I, p. 263, succès. — *d*. WEDEMEYER. *Physiologie der Entzündung und Regeneration in organischen Geweben*. Leipzig, 1842, p. 76. Guérison sans réaction de la trépanation avec réimplantation. Sept ans après, mort de péritonite. Le disque osseux était complètement adhérent et présentait, dans toute son épaisseur, l'aspect du tissu compact. Parties molles adhérentes aux bords de l'orifice. — *e-o*. MAC-EVEN. Cases illustrative of Cerebral Surgery, *Lancet*, 1885, t. I, p. 881 et 934. Obs. I. Impuissance motrice du bras gauche. Ablation d'une rondelle correspondant à la partie moyenne des frontale et pariétale ascendantes. Dure-mère jaune gris. Son incision donne lieu à de petits caillots. Suture de la dure-mère. La rondelle, dépouillée de son périoste, est divisée en plusieurs fragments et réimplantée. Drain d'os décalcifié entre le cuir chevelu et le crâne. Au bout de trois semaines, après guérison aseptique, le crâne était très solide au niveau de la réimplantation. La monoplégie brachiale disparut complètement. Obs. II. F..., 25 ans, hémiplégie gauche avec contractures et phénomènes douloureux. Trépanation. Surface interne de la rondelle couverte de saillies osseuses. La ponction du cerveau donne issue à du liquide grumeleux ; après son issue, les pulsations cérébrales qui étaient absentes reparaissent. L'exploration de la face interne du crâne faisant constater qu'il reste encore des saillies osseuses, nécessite deux nouvelles couronnes de trépan. Les rondelles, divisées en fragments et débarrassées des saillies, sont réimplantées. Drainage d'os décalcifié passant au milieu des fragments. Réunion des parties molles. Vingt-deux mois après, la malade est guérie de son hémiplégie, et la consolidation est bonne. Obs. XI-XII. Dans deux cas, élimination partielle. Une fois, hernie cérébrale au niveau de l'ouverture du crâne. — *p*. SPITZA, in BROCA et SEBILEAU. De l'intervention chirurgicale dans les maladies cérébrales. *Gaz. des hôp.*, 1888, p. 322. Intervention exploratrice pour tumeur cérébrale, sans résultat. Trois mois après, à l'autopsie, la rondelle était un peu mobile. — *q*. BURRELL. The reimplantation of a trephine button of bone. *Boston Medical and Surgical Journal*, 1888, t. I, p. 313. G..., 13 ans. Incision en croissant, périoste décollé de l'os. Réunion par première intention. Mort huit mois après, par progression des accidents cérébraux d'origine traumatique. La rondelle est fixée solidement et située sur un plan un peu plus profond que le reste de l'os. Elle est un peu plus blanche que les parties voisines du crâne. — *r-u*. KEEN. Three successful cases of cerebral surgery including : the removal of a large intracranial fibroma. Exsection of domaged cranial tissue; and exsection of the cerebral centre for the left hand, with remarks on the general technique of such operations. *J. of the Am. surg. Association*, 1888, VI, p. 293-347. — I. H..., 20 ans. Epilepsie. Excision d'une partie de la pariétale ascendante. Replacement d'une rondelle de quatre centimètres et demi et de nombreux fragments qui, deux mois après, étaient réunis. II. Excision d'une cicatrice fibreuse cérébrale. III. Epilepsie corticale traumatique, ablation de tissu cérébral. Sur ces trois cas, une fois nécrose des fragments non conservés à chaud. — *v*. GERSTER. Ueber Verschluss von Defecten am Schœdel mit Demonstration. *Verls. der Deutschen Gesell. f. Chir.*, 1889, I, 89. Après une fracture et une ablation de fragments craniens, on n'en peut réimplanter qu'un qui, au bout de quelques mois, le malade étant mort de pneumonie, est trouvé adhérent en quatre points à l'orifice. — *x-y*. ENRIQUE DE AREILZA. *De la fractura del cranio y de la trepanacion*. Barcelona, 1887; *La Trepanacion en la Epilepsia*, Barcelona, 1888. I. Fracture avec dépression du temporal droit, datant de trois ans. Ablation de quatre rondelles; résection d'une partie de la dure-mère. Réimplantation des rondelles. Guérison par première intention. II. Epilepsie. Extirpation d'écorce sur la partie supérieure de la frontale ascendante et la partie moyenne de la pariétale. Mort quatre mois après. La rondelle osseuse réimplantée avait des adhérences seulement fibreuses et était très raréfiée. — *z*, *a'*. VON VOLKMANN, *Freie Vereinigung der Chirurgen*, Berlin, 21 octobre 1889 ; *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1889, p. 1096. Réimplantation d'un fragment enlevé au ciseau, de la grandeur d'une pièce de cinq francs. — *b'*. KUSTER. Id. Réimplantation d'une rondelle. Réunion osseuse. — *c'*. PILCHER. Contribution to the Surgery of cerebral tumors. *Annals of Surgery*, 1889. I, p. 161. Après une opération pour tumeur cérébrale non trouvée, réimplantation des rondelles, mort au bout de trente-six heures. Une des rondelles était déjà adhérente à la dure-mère. — *d'*. KNAPP, BRADFORD AND COMBS. A case of tumor of the brain, removal, death. *Boston med. and Surgery Journal*, 1889, I, p. 325. Après ablation de la tumeur (tubercule), réapplication des fragments conservés dans l'eau stérilisée tiède; mort trois quarts d'heure après la fin de l'opération. — *e'*. CLARKE. A case of syphilic growth of dura mater; operation, death from septicœmy; necropsy, *Lancet*, 1890, t. I, p. 460-547. Couronne de un pouce et demi; dure-mère adhérente et opaque, cerveau recouvert d'une masse de couleur blanche et de dureté cartilagineuse qui est enlevée. Mort le dix-neuvième jour. Abcès à la surface du cerveau. « La cause d'infection a dû être la réimplantation de la rondelle. » — *f'-h'*. JONES. Three cases of compound depressed fracture of the skull, in which the bones were replaced after being temporarely removed. *Medical Chronicle*, t. XIII, Oct. 1890, March 1891, p. 207. Dans trois cas de fracture avec enfoncement, a réimplanté les fragments. Suture complète des plaies. Une fois, expulsion de deux esquilles par suppuration. — *i'*. HŒGH. A case of trephining for traumatic epilepsy. *Medical News*, t. I, p. 253. H..., plaie par balle au-dessus de l'œil gauche. Epilepsie. On trouve un fragment de métal fixé à la face interne de l'os. Dure-mère épaissie et adhérente au cerveau, qui est rougeâtre. Suture de la dure-mère. Remise en place du disque osseux trépané. Guérison par première intention. Trois accès seulement en vingt jours, puis aucun en quarante-quatre. — *j'*. SICK. Ein Fall von Exploration der Cerebrums. *Jahrbücher der Hamburgischen Staatskrank en haustalten*, 1890, p. 460. Jeune femme. Paralysie du bras gauche et du côté gauche de la face. Violentes douleurs de tête à droite. Ablation au ciseau d'une pièce d'os de la grandeur de 5 francs. Ponction sans résultat d'une circonvolution frontale. Réapplication de l'os. Sutures, drain. Première intention. Amélioration considérable. — *k'-m'*. FRANCH AND CHURCH. A contribution to brain Surgery. Six severes operations entailing prolonged manifestations of the encephalon. *Amer. Journ. of Med. Sc.*, 1890, u s C, p. 1-20 : Obs. I. Démence d'origine traumatique. Replacement des fragments mis dans l'eau chaude. A une deuxième opération, neuf mois après, on trouve des couronnes adhérentes, mais les petits fragments résorbés. Obs. II. Sarcome diffus. Replacement de la rondelle et de tous les fragments, qui durent être enlevés, sauf la rondelle, au bout de quelques jours, à cause de la suppuration. La plupart ne présentaient pas trace de vitalité. Obs. III. Idiotie. Mort six mois après l'opération; rondelles solidement

semaines ou quelques mois, puis destruction manifeste de la rondelle, avec retour, à son niveau, des battements craniens.

L'opéré de Spitzka meurt trois mois après l'opération : la rondelle osseuse était nettement mobile ; un opéré de M. Jaboulay avait subi trois couronnes de trépan, au niveau de la bosse frontale gauche ; deux mois après, les crises épileptiformes revenant plus fortes, et le malade souffrant quand on pèse sur l'une des rondelles réimplantées, M. Jaboulay incise au niveau de celle-ci et la trouve mobile et déplaçable, réunie à l'orifice par une bordure fibreuse ; un an et demi plus tard, le malade meurt et des deux rondelles restantes, l'une n'adhère aux bords de l'orifice que sur une très petite étendue et encore à l'aide de travées osseuses fort irrégulières ; elle est très érodée sur toute sa face interne ; en son centre, se voit le trou fait par le perforateur et à ce niveau existe, par suite de la résorption, un véritable infundibulum. Quant à la seconde rondelle, si, sur sa face externe, elle se confond, sauf en trois points, avec les bords de l'orifice, sur la face interne « la résorption est plus avancée. Le trou du perforateur, très visible, est le centre d'un infundibulum analogue à celui de la première rondelle, mais plus grand. La table interne est érodée sur ses bords ; il en résulte, par sa continuation avec les points de

---

adhérentes à la dure-mère. — *n'*. Bremer and Carson. A case of brain tumour (angioma cavernosum) causing spastic paralysis and attacks of conic spasms. Operation. *The St-Louis Courrier Med.*, 1890, I, p. 273-307. Ablation d'un angiome caverneux sous-cortical. Les rondelles et les fragments conservés dans le bichlorure sont replacés et le périoste des rondelles suturé. Pas de détails ultérieurs. — *o' p'*. Weir. Remarks on the reimplantation of bone in trephining with an illustrative case of operation for traumatic epilepsy. *The New-York Medical Journal*, 1891, II p. Obs. E. H., 53. A trente-six ans, fracture par arme à feu de la région frontale droite. En 1885, de deux à quatre attaques par jour. Ablation d'un disque d'un pouce. Amélioration. En 1887, ablation de trois rondelles qui sont replacées, ainsi que des fragments obtenus au ciseau. Pendant deux mois, pas de récidive ; puis une ou deux attaques par mois. Quatre ans après, les os sont solides et, depuis peu seulement, on sent à leur niveau quelques battements. La surface osseuse aplatie ne présente pas la courbe ordinaire du crâne. Obs. II. Opération pour sarcome cérébral. Replacement des rondelles et fragments. Amélioration, puis récidive des accidents. Vingt mois après l'opération, la cicatrice osseuse présenta des battements, puis l'os disparut et survint une hernie cérébrale. — *q'*. Gerster. New-York Academy of Medicine, 12 janv. 1891, in *New-York Medical Journal*, 1091, t. I, p. 223. « Gerster emploie le ciseau et, en replaçant la pièce et les fragments, ce qu'il ne faut pas faire constamment, a toujours eu de bons résultats. » — *r'*. Cuneo. Trapanazione del cranio. *Gazetta degli hospitali*, 1891, p. 79. Depuis l'âge de dix ans, épilepsie jacksonienne, suite de traumatisme de la région pariétale droite ; à ce niveau, cicatrice et dépression osseuse. Parésie gauche de la face. Couronne de trépan de quatre centimètres, conservant son périoste et présentant à sa face interne une fissure et deux saillies osseuses. On constate que ces saillies se prolongent à la face interne du crâne, ce qui nécessite l'ablation de deux petits disques. Le large seul fut replacé, les plaies cutanées suturées. Guérison par première intention. Les battements, qui s'étendaient d'abord à toute la perte de substance, disparurent au niveau du disque qui, au bout d'un mois, était fixé solidement. Pas de nouvelles attaques. — *s'*. Sennander. *Upsala Lakareforennigsforhandlingar.* Bd 26, p. 319. Perte de substance grande comme le bout du doigt à la région pariétale droite, remplie avec une pièce de la table interne enfoncée dans le cerveau de deux centimètres, au moment de l'accident. Guérison par première intention. Au bout de deux mois et demi, fermeture complète. — *t'*. Angell. Contribution to the Surgical treatment of Jacksonian epilepsy ; excision of the arm centre. *New-York medical Journal*, 1891, I, p. 454. Replacement de deux rondelles conservées dans l'eau stérilisée tiède. Le huitième jour, on est obligé d'en enlever une à cause d'une hernie cérébrale ; le huitième mois, au moment de la mort, la rondelle restante est trouvée adhérente au périoste. — *u'*. Anderson, Buchanan and Coats. History of a case of cerebral tumour ; diagnosis, operation, pathology. *British medical Journal*, 1891, I, p. 574-578. Ablation d'un sarcome encapsulé. Replacement des rondelles et des petits fragments qui, au bout de cinq mois, paraissaient, au palper, solidement fixés. — *v'*. Boutflower. A case of compound depressed fracture of the right parietal bone over the motor area trephined, and bone replaced. *Lancet*, 1891, t. I, p. 487. F..., 14 ans. Chute sur un marchepied de train. Plaie avec fracture déprimée au-dessus de l'oreille droite. Au bout de quelques heures, crise épileptiforme, puis coma. Ablation d'un disque d'os, relèvement de la pièce osseuse déprimée, replacement de la rondelle et du péricrâne. Sutures, drain enlevé le septième jour. Deux mois après, la cicatrice osseuse paraît solide. Pas d'accidents cérébraux. — *x'*. Morgan. Compound fractures of Skull in Children. Medical Society of London, 25 janvier 1892. *Lancet*, 1892, t. I, p. 255. Obs. I. Deux ans. Chute d'un troisième étage. Pas de perte de connaissance ni de paralysie. Hématome s'étendant d'un pariétal à l'autre, et dont la ponction donne issue à des caillots mêlés de matière cérébrale. Incision, fracture transversale à l'angle du pariétal droit ; pièces déprimées, qui sont enlevées, le tissu cérébral lavé à l'eau boriquée tiède. Replacement des pièces, puis du péricrâne. Sutures, petit drain. Guérison persistante au bout d'un an, entravée seulement par l'extirpation d'un petit fragment osseux. — *y'*. Battle. Compound fractures of skull treated by trephining and replacement of bone. Medical Society of London, 21 mars 1892. *Lancet*, 1892, t. I, p. 694. F..., quatre ans. Fracture déprimée du crâne, trépanation, élévation des parties déprimées ; replacement de la rondelle de trépanation. Suture du péricrâne au fil d'argent. Pas de drainage, guérison. — *z'*. Rose. Id. A une fois replacé une rondelle, mais a dû l'enlever à cause de la suppuration. — *a''-c''*. W. Cheyne. Id. A trois fois réussi dans la réimplantation des rondelles, mais il s'agissait d'enfants. Une fois, la rondelle fut fragmentée et l'auteur suivrait à l'avenir ce procédé. — *d''*, *e''*. Walsham. Obs. I. Case of compound depressed fracture of the skull, with replantation of bone ; recovery. *Lancet*, 1892, II, 1186. G..., huit ans. Un pouce au-dessus de l'apophyse externe gauche du frontal, plaie de deux pouces de long, avec dépression de l'os. La partie d'os déprimée fut soulevée à l'aide d'un élévateur ; elle consistait en deux fragments, l'un adhérent au périoste, l'autre tout à fait séparé. Le premier fut replacé et suturé au fil d'argent ; le deuxième préalablement divisé en fragments. Suture d'une déchirure de la dure-mère. Pas de drain. Le douzième jour, il n'y avait qu'une minime fistulette, complètement guérie le vingt-huitième. Pas de symptômes cérébraux. Obs. II. Compound depressed fracture of the skull. Trephining replantation of bone ; complete closure of the wound ; recovery. *Lancet*, 1892, t. II, p. 992. F..., neuf ans. Plaie de la région frontale droite, avec dépression de l'os. Pas de symptômes cérébraux. Agrandissement de la plaie. Couronne de trépan sur le bord inférieur de la dépression ; les fragments déprimés sont enlevés et placés dans une solution de bichlorure à 1/4000. Ils furent replacés sur la dure-mère, qui n'avait pas été déchirée, mais il fut impossible de les recouvrir du périoste dont un grand fragment avait été arraché. Les bords de la plaie sont égalisés et suturés. Pas de drain. Le 13 juin, plaie complètement guérie. Collection sous-cutanée à son niveau. Elle n'est pas touchée et avait disparu lors du deuxième pansement, où l'on enleva les fils. A ce moment, quatorze jours après l'opération, le crâne était parfaitement solide au niveau de la fracture. — *f''*. Casselli. Cuadro casi d' emiplegia traumatica. *Archivio ed atti della Societa Italiana di Chirurgia*, 1892, p. 322. Obs. I. G..., dix-sept ans. A sept ans, coups sur la tête, et depuis, épilepsie corticale de toute la zone motrice droite ; attaques tous les dix jours. Dépression dans la région pariétale droite. Couronne de trépan de quatre centimètres, à la face interne de laquelle se trouve une trace de fracture. Agrandissement par ablation au ciseau de onze fragments osseux. Replacement du disque et des fragments. Réunion par première intention. Au bout de douze jours, il n'y avait plus de battements au niveau de l'orifice. En six mois, seulement deux attaques. — *g''*. Soderbaum. *Upsala Lakareforeningsforhandlingar.* Bd. 27. Lf 1et 2. Paralysie spontanée des membres gauches et du côté gauche de la face. Trépanation au ciseau, au niveau de l'extrémité supérieure de la scissure de Rolando. Une ponction du cerveau au ténotome donne issue à du liquide séreux. Assèchement au coton stérilisé. Sutures de la dure-mère. Replacement de l'os et sutures du cuir chevelu. Paralysie transitoire des muscles de l'épaule gauche, puis amélioration considérable des symptômes. Trois mois après l'opération, la pièce d'os replacée était bien fixée ; on pouvait en sentir les bords. — *h''-j''*. Tytler. Three cases of compound fracture of the skull treated by elevation and reimplantation of fragments and without the use of the drainage tube, *The*

soudure, une sorte de rigole annulaire, bien marquée, interrompue seulement en deux endroits, là où la réunion osseuse manque complètement et où persistent deux orifices allongés. » M. Jaboulay suppose que, dans son procédé de trépanation bi-linéaire avec travée volante intermédiaire, la travée, tout à fait analogue physiologiquement aux rondelles de trépanation, reprend : cela n'est pas en tout cas prouvé par ses observations. Dans un cas, six mois après l'opération, « la travée réappliquée paraissait un peu moins grosse qu'au moment de l'opération », c'était sans doute déjà de la résorption. Dans un autre où la travée n'était restée adhérente que par un de ses pieds, « elle n'était pas résorbée au bout de trois mois, mais pouvait être projetée en dedans par le doigt explorateur, en dehors par les mouvements du cerveau ». Cela prouve, en tout cas, qu'elle n'avait pas pris même au niveau du pied, resté en contact avec la paroi de l'orifice (1).

Lancet, 1892, II, 1329. Obs. I. Soixante-six ans. Plaie au-dessus de l'oreille droite, avec dépression osseuse marquée. Taille d'un grand lambeau à convexité supérieure. Ouverture au ciseau au-dessus de la partie osseuse atteinte et ablation facile des fragments soulevés par un élévateur. Le plus de périoste possible est rabattu. Pas de drain, mais plaies laissées sans sutures sur une étendue de un pouce. Guérison par première intention. Obs. II. Femme, trente-huit ans, dépression consécutive du pariétal droit et de la partie supérieure de l'occipital avec plaies. Mise à nu complète des parties fracturées; réclinaison du périoste. Couronne de trépan, surtout en arrière. Réunion par première intention, mais il se forme un petit abcès sous-cutané à la partie supérieure du pariétal; il est ouvert, reste fistuleux, et le plus postérieur des disques réimplanté, nécrosé, doit être enlevé. Obs. III. G..., onze ans. Fracture comminutive déprimée de la moitié droite du frontal. Ablation de fragments enfoncés, qui sont replacés. Guérison en huit jours. — *k"-o"*. JABOULAY. Trente observations de chirurgie intracranienne. *Arch. provinc. de chir.*, 1893, p. 61 et 174. Obs. II. A la suite d'une chute, coma, et sept jours après, crises d'épilepsie jacksonienne revenant tous les quarts d'heure et limitées à la moitié gauche de la face. Au bout de quelques jours, elles deviennent plus rares, plus violentes, et envahissent le bras gauche. Le treizième jour après l'accident, rondelle au niveau du pied de la deuxième frontale; réimplantation, la substance cérébrale a tendance à faire hernie. Dès le lendemain, il n'y eut plus qu'une légère parésie des lèvres à gauche. La rondelle a repris, elle est absolument immobile; au bout de cinq mois, elle était, sauf d'insignifiantes irrégularités, partout continue et presque lisse. Obs. VIII. Céphalalgie non traumatique. Trois couronnes de trépan vers le sommet de l'occipital à gauche. Rondelles osseuses remises en place. Mieux un an après. Pas d'examen de rondelles. Obs. XI. Tumeur cérébrale. Céphalalgie, névrite optique, crises épileptiformes. Trépanation. Réimplantation des rondelles. Mort un an et demi après l'opération. Autopsie (voir texte). Obs. XIII. F..., dix-huit ans. Etourdissements, chutes fréquentes, perte de la mémoire, paralysie des membres supérieur et inférieur gauches. Trois couronnes de trépan le long de la scissure de Rolando. Incision de la dure-mère. Comme il y a tendance à la hernie, réapplication des rondelles. Mort le sixième jour. Les rondelles réappliquées tiennent fortement à la substance cérébrale par des tractus larges, formés de substance cérébrale probablement. Pas de trace d'inflammation septique. Tumeur de la base du cerveau. Obs. XXIV. Vingt-neuf ans. Alcoolisme. Crises épileptiformes datant de cinq ans. A la suite d'une chute, coma, aphasie complète, hémiplégie. Couronnes au centre de la circonvolution de Broca, puis vers le pied de la deuxième frontale ; puis une troisième entre celles-ci. Hématome sous-dural qui est évacué. La rondelle qui correspond à la couronne supérieure est remise en place et maintenue par une suture au fil métallique. Infection lors du premier pansement. La rondelle s'est nécrosée ; l'élimination a donné lieu à une abondante suppuration, qui n'a pas duré moins d'un mois. Guérison des accidents consécutifs à la chute. — *p"*. HEATON. A case of cerebral abscess following the operation of trephining for compound depressed fracture of the Skull. Drainage of abscess. Recovery. *Amer. Journal of medical sciences*, 1893, I, p. 538. La formation de l'abcès oblige à enlever, le quinzième jour, les os replacés qui sont solidement adhérents.

Consulter également, surtout sur la trépanation des rondelles : PONS. *De la réimplantation des rondelles osseuses après la trépanation du crâne.* Thèse de Lyon, 1891. — Codila. Dei mezzi di riparazione delle scontinuita craniche. Milano, *Arch. di Ortop.*, 1892, IX, p. 20 et 85.

II

VALEUR DES PROCÉDÉS AUTOPLASTIQUES
LEURS INDICATIONS

Les tentatives de restauration cranienne, à l'aide de substances sans connexions vasculaires avec le voisinage de la perte de substance, ne donnant, on vient de le voir, que des résultats insuffisants ou incomplets, ou qu'on peut attribuer au périoste autoplastiquement conservé dans le lambeau, on est nécessairement amené à s'adresser aux procédés autoplastiques, où la reprise du lambeau périostéo-cutané ou ostéo-périostéo-cutané est, nous allons le voir, absolument certaine.

Ces opérations d'autoplastie cranienne suffisent parfaitement, du reste, à tous les cas qui peuvent se présenter.

Dans un nombre restreint de faits, le chirurgien doit traiter une perte de substance plus ou moins ancienne, due soit à une fracture comminutive, soit à une trépanation antérieure non fermée, soit à une ostéite traumatique ou tuberculeuse avec nécrose consécutive; ou bien encore, il doit extirper une tumeur maligne ayant envahi les os. Dans tous ces cas, *l'emprunt d'un lambeau ostéo-périostéo-cutané aux parties voisines et saines du crâne par la méthode de Kœnig* (1),

(1) JABOULAY. Trente observations de chirurgie intracranienne, *Arch. prov. de chir.*, 1893, p. 61 et 174. Obs. XV. H..., trente-deux ans ; maux de tête depuis deux ans, crises d'épilepsie depuis cinq mois, débutant par la face à droite et le membre supérieur droit. Sur le centre facial inférieur gauche, travée volante limitée par huit couronnes de trépan. Fibrome de la pie-mère et de l'écorce excisé. Réapplication de la travée; perte de substance au niveau des deux dernières rondelles enlevées. Hernie dans le point non recouvert; amélioration. Obs. XXI. F..., vingt-six ans. Hystéro-épilepsie, crises d'épilepsie partielle. Ralentissement intermittent du pouls, surtout après les crises. Trépanation bilinéaire le long de la ligne rolandique gauche. Quatre couronnes. Au bout de quatre mois, le pont osseux était fixe et solide. Il y avait diminution de la fréquence et de l'intensité des crises convulsives : rareté de la perte de connaissance. Disparition de l'incontinence d'urine pendant la crise. Obs. XXX. Paralysie générale, crises convulsives, état de mal. Sur la ligne rolandique gauche, deux rangées de quatre couronnes avec pont intermédiaire. Quelques jours après, la travée était maintenue en place par la pénétration dans les trous des rondelles de prolongements venus de la face profonde de la peau et allant à la rencontre de l'écorce, ce qui a été vu en écartant les lèvres de la plaie. Six mois après, cicatrice solide, déprimée au niveau de chaque couronne de trépan; la travée réappliquée paraissait être un peu moins grosse qu'au moment de l'opération, mais existait parfaitement.

(1) Cas traités par la méthode de Kœnig : — *a*. KŒNIG. Der Knöcherner Ersatz der grossen Schœdeldefecte. *Centralblatt für Chirurgie*, 1890, p. 497 (voir le texte). — *b*. SCHŒNBORN. Knöcherner Ersatz eines grossen traumatischen Schœdelfectes nach der methode von Kœnig. *Ver. der deutsch. Gesellschaft für Chirurgie*, 1891, P. I, p. 135, et t. II, p. 225-228. H..., Dix-huit ans. Fracture comminutive du frontal; l'ablation des fragments met à nu une grande étendue de la dure-mère, dont l'incision, quoiqu'elle ne battît pas, ne donna issue à aucun épanchement. Réunion par première intention. Battements cérébraux sur toute l'étendue de la cicatrice qui avait quatorze centimètres transversalement sur deux à quatre. Six mois après l'accident, lambeau de Kœnig pris dans la région temporale gauche. La pièce d'os était nécessairement fracturée en maint endroit, mais conservait ses connexions avec le périoste. La cicatrice fut excisée, et la plaie opératoire recouverte avec des greffes de Thiersh. Très minime excision du lambeau cutané. Cinq mois après, nouvelle opération pour remettre à son ancienne place la peau recouvrant le frontal et garnie de cheveux. On constate une riche vascularisation du périoste et la fixation solide de la

est absolument indiqué. Il a donné des résultats parfaits à Kœnig lui-même, dont nous avons résumé le fait plus haut, à Schœnborn, à Wolff, à Borelius, à Mikulicz dans deux cas. Le premier des deux cas de Mikulicz a trait à une perforation consécutive à une trépanation, pour fracture compliquée du crâne et datant de trois ans; lorsque Mikulicz intervint, à la place de la bosse frontale gauche, existait une dépression de 5 centimètres de long sur 3 et demi de large, où l'on sentait battre le cerveau; quand l'enfant se baissait, la peau se tendait et les battements disparaissaient. Le 7 novembre 1891, l'orifice fut recouvert par un lambeau ostéo-périosté emprunté aux parties voisines, mais trop petit, sans doute, car trois mois après, entre la périphérie de la pièce osseuse et les bords de l'orifice, existait un espace large de 3 millimètres, et rempli seulement de tissu fibreux. Dans le second cas de Mikulicz, il s'agissait d'une tumeur perforante de l'os frontal droit dont l'extirpation nécessita la suppression d'un segment osseux de la grandeur d'une pièce de 5 marcs, et d'une étendue à peu près égale de la dure-mère. L'auto-ostéoplastie fut faite de suite à l'aide d'un lambeau frontal à pédicule inférieur qui reprit parfaitement, malgré une petite récidive sur les bords de l'ancien orifice, récidive qui dut être enlevée. Cette seconde observation de Mikulicz comporte un double enseignement: le lambeau osseux peut être, sans aucun danger, directement appliqué sur la pie-mère; l'autoplastie immédiate dans les cas de tumeurs malignes n'est pas recommandable. La récidive, en effet, qui s'est faite sur l'os aurait pu se faire aussi bien sur la dure-mère et les accidents reparaître. Nous considérons donc, comme bien plus logique, dans les cas de ce genre, la marche plus prudente suivie par Bramann (1893) dans un cas très analogue de carcinome perforant; trois récidives furent enlevées avant que l'opérateur se décidât à refermer la plaie par un lambeau ostéoplastique définitif. « Il est à peu près certain, dit-il, que si cette ostéoplastie avait été faite le jour de l'extirpation de la tumeur, ces récidives, après avoir évolué d'une façon plus ou moins latente, seraient devenues incurables ou auraient, en tout cas, exigé une intervention infiniment plus grave. »

Dans les cas de ce genre, et toutes les fois que la peau, recouvrant la perte de substance cranienne, ne peut être employée pour recouvrir la plaie chirurgicale créée tout à côté, l'opérateur devra naturellement recourir plus ou moins tard aux greffes de Thiersh ou à tout autre procédé cutanéo-plastique pour parfaire de ce côté l'intervention commencée.

On le voit, les indications de la méthode de Kœnig sont restreintes et précises. Ajoutons que toutes les pertes de substance pré-opératoires n'en seront pas justiciables. Telles, certaines perforations syphilitiques où l'os voisin, lui-même gravement usé par la diathèse, ne fournirait pas un lambeau ostéoplastique viable et suffisant; tels encore ces cas d'ostéites particulièrement chroniques (soit tuberculeuse, soit traumatique), où, sous le séquestre, une couche d'os nouveau s'est développée aux dépens de la dure-mère irritée par l'inflammation voisine (Ollier).

La méthode de Kœnig est malgré son excellence une méthode de nécessité; il ne saurait être question de l'employer, lorsque le chirurgien, créateur de la perte de substance cranienne, peut conserver, dans son lambeau, ce périoste et même l'os sain qu'il vient de soulever pour explorer et traiter le cerveau.

Il y a plus de trente ans que M. Ollier a constaté l'excellence du *lambeau autoplastique périostéo-cutané*. Le périoste, en effet d'une part, la dure-mère de l'autre et pour une petite partie le diploé des bords de la perte de substance, suffisent à une réparation osseuse considérable. Dubreuil père, en 1837, l'avait déjà vu. Heine avait ensuite fait jouer le principal rôle au diploé, sans rejeter l'action du péricrâne et de la dure-mère. M. Ollier renversa les termes, plaça au premier rang le périoste, au second la dure-mère, et le diploé très en arrière. La réparation par le périoste peut être si parfaite que la perte de substance devienne presque impossible à reconnaître. C'est le résultat qu'obtient M. Ollier dans une trépanation chez un jeune mouton et chez ses opérés « il a, par la conservation du péricrâne à la face profonde des lambeaux cutanés, toujours constaté la dureté ou l'ossification plus ou moins complète de la cicatrice ». « Mais, ajoute-t-il, quand on est obligé d'enlever de larges pièces craniennes, il faut s'attendre à des déficits osseux persistants, si l'on a affaire à des sujets avancés en âge. » Ce sont là les limites de l'autoplastie purement périostée: l'âge du sujet, la grande étendue de la trépanation.

La périostéoplastie donne donc des résultats particulièrement bons dans les fractures comminutives récentes avec plaie chez les enfants. Après ou sans trépanation, les fragments enfoncés seront soulevés et mieux complètement détachés, puis, après traitement des lésions sous-jacentes, replacés, mais surtout le périoste rabattu avec soin, suturé, puis la peau rabattue et suturée à son tour. Avec une antisepsie rigoureuse et sans même avoir employé de drain, Boutflower (1891), Morgan (1892), Battle (1892), Walsham (1892), Tydler (1892) ont obtenu des guérisons par première intention, une réunion immédiate du périoste aux pièces osseuses et la reprise de celles-ci. Le résultat remarquable de ces cas est évidemment dû à l'activité tout à fait spéciale du périoste chez les tout jeunes enfants (l'âge des opérés précédents était quatorze, deux, quatre, huit, neuf, six et onze ans), et la meilleure preuve, c'est que la réimplantation, même sous-périostée, de fragments analogues chez l'adulte, est absolument loin de donner d'aussi beaux résultats. C'est donc à juste titre que nous classons ces faits parmi les fails d'autoplastie, en faisant jouer le principal rôle au périoste.

Il n'est, du reste, nullement interdit, dans tous les cas, de replacer une rondelle ou des fragments d'os décalcifié ou emprunté au sujet lui-même. Cela servira de protection provisoire, en attendant que le périoste substitue à l'os im-

---

pièce osseuse, sauf en un point où existait un tout petit fragment mo-
bile. Il y eut encore besoin de quelques greffes de Thiersh pour par-
faire l'autoplastie. — c. BORELIUS. Sprœngskottskada; saluöstor steu
insprœngd ï pannloben of hjernau; trepanation; aseptik lœkning,
qvarlemnande en speciestor kranial-defect och ett djupt retraheradt
œrr.; osteoplastik (eul. König) beuloëkning. *Hygiea*, 1892, LIV,
p. 23-28. — c. MIKULICZ, in TIETZE. Ueber den osteoplastichen Verschluss
von Schœdeldefecten. *Archiv für Klinische Chirurgie*, 45e Band, 1893,
p. 227 (voir texte). — e. BRAUN. Exstirpation eines den Schœdelperfori-
renden Hautcarcinoms bei einem 14 joëhrigen Mœdchen. *Archiv für
Klinische Chirurgie*, 45e Band, 1893, p. 186 (voir texte). — c. J. WOLFF.
Transplantation eines Königschen Hautperiost-knochenlappens in
einem Schœdeldefect. *Verh. d. deutsch. Gesell. für Chir.*, 1891, part. I,
p. 135. Un officier s'était tiré, il y avait cinq ans, trois balles de revolver
dans la région frontale. Fracture sans pénétration, qui nécessita l'abla-
tion des fragments, d'où perte de substance de deux centimètres carrés.
Cicatrice adhérente à la dure-mère. Lambeau de Kœnig pris en partie
à droite, en partie à gauche de la perte de substance. Guérison par-
faite.

planté et provisoire un os durable. Chez l'enfant, cette substitution sera constante et facile ; chez l'adulte, souvent, elle ne se fera pas et après une occlusion osseuse passagère durant un an ou plus, on devra se contenter d'une cicatrice purement fibreuse, ce qui n'aura pas grande importance, si l'on n'a pas demandé au périoste de fermer une trop grande perte de substance.

En effet, même dans les meilleures conditions, la conservation du périoste ne paraît pas suffire, si l'on a eu besoin de faire au crâne une large ouverture : alors *la conservation de l'os dans le lambeau* est bien supérieure et tout à fait indiquée. Employée par Wagner (1) et par une douzaine d'autres opérateurs, elle permet, tout en assurant la réparation autoplastique, l'intervention intra-cranienne les plus larges. Nous n'en voulons pour preuve que les deux faits récents de Bramann pour tumeurs cérébrales. Dans le premier, son lambeau comprenant presque toute la région temporo-pariétale, ne suffisant pas, un second lambeau subintrant dut être ajouté au premier, et les deux réunis permirent l'extirpation d'une tumeur diffuse volumineuse. Dans le second cas, le lambeau, de 8 centimètres de large sur 7 de hauteur, dut être agrandi à la pince emporte-pièce sur l'un de ses côtés seulement et l'on put alors enlever une tumeur cérébrale encapsulée de 280 grammes, la plus grosse de toutes celles enlevées chirurgicalement jusqu'à présent.

Si, après résection temporaire, le drainage intra-cranien paraît nécessaire, on n'aura qu'à donner, sur l'un des bords du lambeau osseux, un coup de pince emporte-pièce, et tout en réunissant le reste du périoste et des parties molles, établir là un drainage iodoformé. Si une hémorragie nécessitait un tamponnement ou une opération en deux temps, le lambeau pourrait, pendant un jour ou deux, n'être rabattu que provisoirement. Si la nature maligne de la lésion traitée nécessite une longue surveillance de la surface d'extirpation méningo-cérébrale, ou bien si la saillie considérable d'un cerveau contenant une tumeur inextirpable rend impossible le replacement de la pièce osseuse, on n'aura qu'à la décoller du lambeau et à replacer celui-ci réduit à ses parties

---

(1) Nous avons recueilli les faits suivants d'opérations faites par le procédé de Wagner. — *a, b, c.* Wagner. Obs. I. In Die Temporœre Resektion der Schœdeldaches an Stelle der Trepanation. *Centralblatt für Chirurgie*, 1889, p. 833. H..., vingt-sept ans, écrasement de la tête par une voiture. Hémorragies par les oreilles, le nez, la bouche ; du côté gauche, ptosis ; pupilles ne réagissant pas à la lumière ; la somnolence augmentant, opération le troisième jour ; lambeau temporal de six centimètres et demi de long sur cinq de large et trois de base. Mort vingt-quatre heures après. Fracture de la base dans laquelle on peut passer deux doigts. Déchirure de la méningée moyenne gauche. Obs. II et III. In Zwei Fœlle von temporarer Schœdelresection. *Centralblatt für Chirurgie*, 1891, XVIII, p. 25-29. Obs. II. F..., trois ans ; accouchée au forceps ; crampes pendant les deux premières années ; pas de développement intellectuel. Incontinence. Dépression de la partie postérieure des pariétaux. Résection temporaire d'une pièce osseuse de dix centimètres sur neuf. Aucune amélioration. Obs. III. F..., sept ans ; depuis une chute dans un escalier, remontant à une époque indéterminée, incontinence d'urine et des matières, marche et station verticale impossibles ; intelligence nulle. L'occipital étant déformé, résection d'un segment de dix centimètres sur neuf, à base vers la nuque. Le dix-septième jour, l'os est absolument adhérent. Légère diminution des accidents. — *d.* Lauenstein. Schœdelpræparat eines 46 jœhrigen Mannes auf dem eine temporœre Schœdelresection nach Wagner-Wolf ausgeführt worden ist. *Verh. der deutsch. Gesell. für Chir.*, 1890, XX, pt. II, p. 369-371. 1 pl. Chute d'une hauteur de vingt pieds le 22 juillet. Ecchymose sous-conjonctivale gauche. Un mois après, paralysie faciale droite ; le deuxième mois, frissons deux ou trois fois par jour. Surdité à gauche. Le 11 septembre, affaiblissement de la main droite. Violents maux de tête en fin septembre et octobre. Le 1er janvier, aphasie. Le 2, lambeau de Wagner-Wolff, à base en avant et au-dessus de l'oreille gauche. La dure-mère bat peu, et après son incision, on voit qu'il en est de même du cerveau ; la ponction de celui-ci ne donne pas de pus. Rabattement du lambeau. Guérison de la plaie par première intention, mais aggravation des symptômes, et mort de pneumonie double le 11 février. Le lambeau osseux est solidement adhérent au crâne, mais un peu soulevé. Hydrocéphalie. — *e.* Mezler von Andelberg. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1890, p. 813. H..., trente ans. Depuis une chute sur la tête, qui nécessita un séjour de dix semaines à l'hôpital, maux de tête, vomissements et tremblements des extrémités supérieures, surtout à gauche. Un peu de parésie faciale gauche sur la moitié droite du front, deux épaississements très sensibles à la pression. Pendant le séjour à l'hôpital, durant une huitaine, délire et hallucinations. Lambeau grand comme une pièce de cinq francs sur la région frontale droite. Deux mois après, le malade quitte l'hôpital, guéri de ses douleurs de tête, de sa paralysie faciale et de son tremblement. — *f.* Oppenheim und Kœhler. Casuistishe Beitræge zum Capitel der Hirnchirurgie. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1890, p. 677, et 1891, p. 16. F..., trente-six ans. En 1889, brusquement, paralysie incomplète à gauche, crampes musculaires toniques fréquentes ; pas de troubles de la parole, céphalalgie violente, intelligence affaiblie. Lambeau temporal droit, à pédicule inférieur. Dure-mère rouge, animée de battements. On trouve une tumeur kystique, probablement sarcomateuse, dont le volume exige l'agrandissement de la brèche en haut et en avant, et qui donne issue à 100 grammes de liquide jaune clair. La cavité fut tamponnée à la gaze iodoformée, l'os remis en place et les parties molles suturées, sauf en un point qui ne put être réuni à cause du tampon. En six semaines, la cavité se ferma presque complètement. Huit mois et demi après, attaques d'épilepsie corticale, puis somnolence, hémiplégie gauche complète, mort. La perte de substance causée par la trépanation est refermée en grande partie par du tissu osseux. L'occlusion est faite par deux pièces osseuses ; l'une, occupant la presque totalité de la perte de substance et complètement réunie ; l'autre, de la grandeur d'une pièce de un franc, adhérente en partie. En avant et en bas, au niveau du passage du tampon, légère nécrose. — *g, h.* Justo. *Annales de l'Université de Buenos-Ayres*, 1890, IV. Obs. I. Sept ans. Depuis deux ans, crampes toniques et cloniques avec cri et perte de connaissance jusqu'à six fois par jour. Hémiparésie droite, intelligence diminuée, céphalalgie violente. Lambeau de Wagner, de quatre centimètres et demi sur trois et demi, qui se réunit parfaitement. Obs. II. H..., trente-quatre ans. Le 13 avril 1890, coup sur la tête, perte de la parole et paralysie du bras droit. Le 7 mai, lambeau de Wagner. Au courant de l'opération, le segment osseux perdit presque toute union avec la peau. Amélioration progressive des symptômes. Pas de détails sur le sort de la pièce réimplantée. — *i, j.* Sennander. *Upsala Lækareforeningsforhandlingar*. Bd 26, s. 319. A fait deux fois avec succès la trépanation par le procédé de Wagner. — *k.* Sœderbaum. *Upsala Lækareforeningsforhandlingar*, Bd 27. Hfr. 1-2. F..., onze ans. Depuis trois semaines, parésie de la moitié gauche du corps, annoncée par quelques douleurs. Puis convulsions de ce côté, sans perte de connaissance, vomissements incoercibles ; ni traumatisme, ni affection auriculaire. Le 24 mai, lambeau de Wagner. Incision de la dure-mère, piqûres exploratrices du cerveau. Le 17 juillet, le lambeau est parfaitement réuni. — *l.* Benda. Ein Fall von esfolgreicher osteoplastischen Shcœdeltrepanation wegen schwerer traumatischen Rindenepilepsie aus denm Garnison Lazarett I zu Berlin. *Verh. der Deuts. Ges. f. Chirurgie*, 1891, XX, I, 113. Soldat. En 1888, coup de pied de cheval sur la tempe gauche. Au bout d'un an et demi, crises épileptiformes que le 15 septembre 1890 on constata commencer dans le pied droit. Parésie du membre inférieur droit. Les crises arrivent à se répéter une à deux fois par jour. Simultanément hystérie certaine. Le 29 octobre 1890, lambeau de un centimètre sur neuf de large avec pied de sept centimètres. Réclinaison de l'os par la méthode de Wagner. Incision de la dure-mère. Electrisation des centres, ce qui nécessite, pour trouver le centre cherché, un agrandissement de l'orifice osseux en bas et en avant. Résection de ce centre. Tamponnement, rabattement du lambeau. Ablation du tampon. Le deuxième jour, drain. Le septième jour, la plaie était réunie et les drains furent enlevés au bout de sept semaines. Guérison des attaques. Il persiste de la parésie du bras droit et une grande facilité de fatigue cérébrale. — *m.* Mugnai. Resezione osteoplastica del cranio. *Riforma medica*, Napoli, 1891, t. III, p. 97-102. H..., quarante-deux ans. Tumeur ayant perforé la voûte à la partie supérieure du sillon de Rolando gauche. Incision des parties molles de dix centi-

molles. Il sera toujours temps, plus tard, si cela devenait possible, de recourir à l'ostéoplastie par une autre méthode, celle de Kœnig par exemple.

Comment se fait-il que, permettant une aussi large exploration intra-cranienne, et ayant tant d'autres avantages, la méthode de Wagner n'ait, malgré le retentissement qu'elle eut, été employée, en près de quatre ans, qu'une quinzaine de fois, sans compter les cinq cas où l'on a fait, dans la plus mince partie de l'écaille temporale, une petite et très simple résection temporaire pour aller chercher le trijumeau dans le crâne par la méthode de Krause-Hartley? C'est que la méthode de Wagner est difficile, seulement accessible aux chirurgiens qui en ont une sérieuse expérience cadavérique; c'est que, malgré l'habileté de l'opérateur et les précautions prises dont la plus utile est le placement sous le crâne d'un coussin de sable où se moule et s'immobilise la tête, elle est très traumatisante pour l'opéré. C'est, enfin, qu'il est des cas où le chirurgien hésite à refermer le crâne [Lucas-Championnière] (1), tandis que l'opération n'agit peut-être que par la brèche osseuse qu'elle vient de créer. Or, quel que soit le mécanisme de cette dernière action, il faut bien la considérer comme réelle, puisque, dans un cas de M. Ollier, les accidents épileptiformes, d'origine traumatique, reparaissaient chaque fois que l'orifice de trépanation s'oblitérait par du tissu cicatriciel; ce fait à lui seul dit plus qu'une étude comparative des cas analogues traités soit par l'ouverture permanente du crâne, soit par l'ostéoplastie immédiate, car la guérison des accidents, dans les faits de ce genre, dépend de circonstances si peu connues qu'on ne saurait rien conclure des cas ne se réduisant pas à une véritable expérience, comme le précédent.

Est-ce à dire qu'il faille laisser de côté les larges ouvertures craniennes ou s'exposer (surtout lorsque la dure-mère a été excisée) à tous les accidents signalés au début de cette étude? Nous croyons que non, et nous espérons que le procédé suivant, essayé par nous sur le cadavre, répond aux desiderata du procédé de Wagner.

III

PROCÉDÉ DE L'AUTEUR

Les parties molles sont taillées suivant les trois côtés d'un trapèze dont le quatrième côté, côté étroit, dirigé du côté de la base du crâne, répondra au pédicule. Au niveau des parties molles rétractées, le périoste est incisé, puis décollé tout le long des deux incisions verticales, et le crâne attaqué par deux couronnes de trépan aux extrémités supérieures de celles-ci. Puis au niveau des bandes de périoste récliné, deux bandes d'os sont enlevées, soit par de nouvelles couronnes de trépan subintrantes, soit à la pince emporte-pièce de Mathieu, soit au craniotome de M. le professeur Lannelongue, suivant l'épaisseur de la paroi. Les parties molles restent adhérentes à la pièce osseuse intermédiaire à ces deux fossés. Entre les deux extrémités supérieures de ceux-ci, la pièce osseuse est attaquée à la gouge et au maillet, d'abord en écaillant la table externe, puis en attaquant le diploé et la table interne par des coups de ciseau, partant de l'un des fossés et très oblique par rapport aux surfaces du crâne. Comme on a sous les yeux la tranche de celui-ci, on peut en attaquer à chaque coup toute l'épaisseur laissée intacte par l'écaillage de la table externe; aussi deux ou trois coups de maillet suffisent souvent pour détacher le bord supérieur de la travée. Qnant à son bord inférieur, où l'on ne doit sectionner que l'os, il sera attaqué comme dans la méthode de Wagner. On a donc, le lambeau ostéo-cutané relevé, une surface d'exploration cranienne qui peut être considérable, et lorsqu'il est rabattu deux fossés osseux latéraux, et entre eux une pièce ostéoplastique, qui reprendra aussi bien que dans le procédé de Wagner.

Naturellement, si la première perte de substance ne suffisait pas, on pouvait sur elle en enter une seconde, parallèle à ses bords ou à son extrémité, sans altérer en rien la vitalité des lambeaux.

Ce procédé nous paraît être beaucoup plus facile que celui de Wagner; on s'en rendra compte en les répétant parallèlement; il est bien moins traumatisant, puisqu'on n'attaque le crâne au ciseau qu'après l'avoir déjà ouvert sur une plus ou moins grande longueur par deux fossés parallèles; enfin l'existence de ces fossés, qu'on fera plus ou moins larges suivant les cas, et sur lesquels on pourra suturer ou non le périoste récliné, facilitera le drainage intra-cranien d'une part et, d'autre part, assurera la décompression permanente du crâne, sans exposer aux accidents des énormes pertes de substance.

Il est bien entendu qu'ici encore, si l'on s'était trouvé en présence d'une tumeur maligne extirpée et dont on craint la récidive, il vaudrait mieux supprimer provisoirement toute tentative ostéoplastique pour recourir plus tard, si cela devenait nécessaire, au procédé de Kœnig.

---

mètres sur huit, en fer à cheval à base inférieure, puis incision du périoste au niveau des parties rétractées; ciselage du lambeau osseux qui largement débarrassé de la partie de tumeur qui lui est adhérente. A cause de l'hémorragie très abondante qui se fait par les vaisseaux du diploe, il est rabattu et la suite de l'opération remise au lendemain. Alors la tumeur, grosse comme un œuf de poule, est enlevée, puis le lambeau définitivement suturé, et une mèche passée dans la perforation du lambeau pour drainer la cavité de la tumeur. L'opéré meurut deux jours après. — *n*, *o*. SONNENBURG Krankenvorstellungen. *Freie Vereinigung der Chirurgen*, Berlin, 14 mars 1892. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1892, p. 860. Obs. I. Plaie pénétrante du crâne par arme blanche. Résection temporaire. Guérison parfaite. Obs. II. F..., quinze ans. Hémiplégie spasmodique infantile et hémiathétose. Première résection temporaire en mai 1890. Kyste sous-dural qui est enlevé. Amélioration de la contraction du membre inférieur. En juillet 1891, nouvelle résection temporaire. Résection cérébrale. Réapplication partielle seulement de la pièce osseuse. Grande amélioration des crises. — *p*, *q*. BRAMANN. Ueber exstirpation von Hirntumoren. *Archiv für Klinische Chir*. 45e Bnd, 1893, p. 365 (voir texte). — *r*. JABOULAY, Trente observations de chirurgie intracranienne. *Archives provinciales de chirurgie*, 1893, p. 61-174. Obs. VI. Soixante ans. Fracture compliquée vers la région rolandique droite, compliquée d'un abcès qu'on dut ouvrir; puis crises épileptiformes. Deux mois après la première trépanation, trépanation en volet de Wagner. Adhérence de la peau en un point. Dans le cerveau, trou, rempli d'une substance de teinte ocreuse. Filtration de liquide céphalo-rachidien. Mort au bout de quarante-huit heures. Le volet adhérait déjà à la dure-mère; les méninges à son niveau étaient infiltrées, épaissies, sanieuses, et la substance cérébrale sous-jacente rouge lie-de-vin.

A ces faits, on peut en ajouter deux autres, opérés par la méthode de Wagner modifiée : BRUNS, in MELLINGHOFF. Zur temporœren Resektion der Schœdeldaches. *Beitr. zur Klin. Chir.*, Tübingen 7 ttr, Band 1890, p. 637 (voir texte) et MULLER : Zür Frage der temporœren Schœdelreeection am Stelle der Trepanation. *Centralblatt f. Chir.*, 1890 (voir texte), ainsi que les faits de résection intracranienne de la cinquième paire par la méthode de KRAUSE-HARTLEY au nombre de cinq : *a*. HARTLEY. Intracranal neurectomy cf the second and third divisions of the fifth new. *New-York Medical Journal*, 1892, t. I. — *b*. KRAUSE. Ueber Trigeminus resection innerhahb der Schœdeloele mit Krankenvorstelung, *Archiv fur Klinische Chir.*, 1892, 44e Band. — *c*. ROBERTS, *d*, *e*. MAC BURLEY, in HARTLEY. Intracranial neurectomy oft he fifth newe. *Annals of Surgery*, 1893, t. I, p. 511.

(1) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, Soc. de Chir., 10 juin 1891.

IV

CONCLUSIONS

Les conclusions qui nous paraissent ressortir de ce travail sont les suivantes :

1° Les procédés de réparation cranienne à l'aide de pièces, n'ayant aucune connexion vasculaire avec le voisinage de la perte de substance, ne donnent qu'un résultat incomplet ou transitoire ;

2° Les procédés autoplastiques donnent, au contraire, un résultat complet et durable ;

3° Parmi les procédés autoplastiques, le procédé de Kœnig (autoplastie par glissement d'un lambeau ostéo-cutané) est applicable soit aux pertes de substance antérieures à la tentative ostéoplastique, soit à celles où l'os enlevé par le chirurgien, étant syphilitique, tuberculeux ou cancéreux, ne peut être réimplanté. Dans ces derniers cas, du reste, l'opérateur fera bien de ne pas faire l'extirpation et l'autoplastie en une seule séance, mais de surveiller plus ou moins longtemps les récidives possibles.

Le procédé de Kœnig convient encore, comme procédé d'autoplastie secondaire, dans les cas où le chirurgien, après résection d'une pièce cranienne saine, a dû traiter une lésion maligne des méninges et des circonvolutions, lésion nécessaire à surveiller pendant un temps plus ou moins long.

3° Lorsque la perte de substance est créée d'emblée par le chirurgien et qu'il veut la refermer de suite, il devra recourir à l'un des procédés décrits de résection temporaire, dont le type est le procédé de Wagner ;

4° Nous avons expérimenté sur le cadavre un procédé nouveau de résection temporaire qui nous paraît préférable au procédé de Wagner et aux modifications décrites à ce procédé, par sa simplicité, par les moindres secousses qu'il imprime au crâne, enfin par la possibilité qu'il donne d'éviter les inconvénients des grandes pertes de substance cranienne, même lorsqu'on veut assurer la décompression permanente du cerveau. Nous appellerons ce procédé : craniotomie bi-linéaire avec travée ostéoplastique intermédiaire, pour indiquer à la fois ses ressemblances et ses différences avec le procédé non autoplastique récemment décrit par M. Jaboulay.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 juillet 1893. — Présidence de M. Perier.

COMMUNICATION

Urologie. — **M. J. CHAMPIONNIÈRE** fait une communication sur le taux de l'urée dans l'urine chez les cancéreux. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 792.)

M. REYNIER a constaté également, sur un grand nombre de malades, l'augmentation de l'urée après les opérations. Mais il l'attribue à une autre cause que celle invoquée par M. Championnière ; il croit que cette augmentation de l'urée est due à l'action du chloroforme qui, ainsi que l'ont démontré les physiologistes, exerce sur le foie et son fonctionnement une action particulière.

M. KIRMISSON rappelle avoir publié, lors de la communication de M. Thiriar au Congrès de chirurgie, un certain nombre de faits tendant à démontrer que la loi formulée par Romelaere n'était pas constante.

M. TILLAUX ne partage pas l'opinion de M. Championnière au sujet de l'alimentation chez les opérés. Contrairement à lui, il persiste à penser que l'alimentation est nécessaire après les opérations.

M. CHAMPIONNIÈRE demande à M. Reynier de publier les faits qu'il a observés, car, pour lui, il ne connaît pas d'observation prouvant l'action du chloroforme sur l'excrétion de l'urée.

PRÉSENTATION

Pied plat valgus. — **M. SCHWARTZ** présente une malade qui était atteinte de pied plat valgus invétéré et chez laquelle il a pratiqué une large tarsectomie interne. Le résultat fonctionnel obtenu est satisfaisant.

ÉLECTIONS

MM. Dayot (de Reims), Reboul (de Marseille), Pauzat, médecin militaire, et Montprofit (d'Angers) sont nommés membres correspondants nationaux.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

237. M. Fleury. Codex et thérapeutique. Propositions pour le supplément du Codex medicamentarius. — 238. Mme Bychoffski. Contribution à l'étude de l'hystéro-traumatisme (hystéro-traumatisme interne). — 239. M. Angelvin. Contribution à l'étude des fractures sus-condyliennes du fémur. — 240. M. Stojanovitch. Étude critique sur les rapports du tabes dorsalis et de la paralysie générale. — 241. M. Bourdette. Iodoforme et iodoformisme. — 242. M. Briend. Les aliénés guéris. — 243. M. Orlanducci. De l'ichthyol en gynécologie. — 244. M. Catrou. Contribution à l'étude de la cystite tuberculeuse. — 245. M. Gigon. Des indications de la basiotripsie. — 246. M. Clarac. Sur l'antagonisme de la tuberculose et du rhumatisme articulaire aigu. — 247. M. Cousin. Traitement de l'eczéma par l'enveloppement dans la toile de caoutchouc. — 248. M. Luys. Contribution à l'étude de l'hygiène alimentaire. De l'action de la chaleur sur les aliments. — 249. M. Decréquy. Ophtalmies purulentes chez les petites filles et les femmes. — 250. M. Joffrion. Étude sur les complications respiratoires du typhus exanthématique. — 251. M. Gibory. Contribution à l'étude de la procidence et du procubitus du cordon ombilical. — 252. M. Germont. Contribution à l'étude de l'auto-intoxication gravidique. — 253. M. Bouju. Essai sur les indications thérapeutiques dans les tuberculoses chirurgicales. — 254. M. Jouve. Des prolapsus de l'utérus et du vagin dans les kystes de l'ovaire. — 255. M. Moundlic. Du délire sympathique au cours des psychoses. — 256. M. Valentin. Du traitement de certaines collections pelviennes par la ponction et l'incision vaginales. — 257. M. Joullie. De l'érythème noueux secondaire. — 258. M. Galeriu. Quelques considérations sur l'emploi du salicylate de mercure dans le traitement de la syphilis. — 259. M. Aublé. Endocardite pneumique.

La troisième session du Congrès pour l'étude de la tuberculose humaine et animale s'est ouverte jeudi, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Verneuil. De nombreux savants étrangers assistaient à cette séance, MM. Babès, délégué de Roumanie, Thomassen (de la Hollande), Mentschnikoff (de la Russie), Zoëros Pacha (de la Turquie), Strubbe (de la Belgique), etc. M. Verneuil, dans son discours d'ouverture, a fait l'historique de l'Œuvre et des Congrès de la tuberculose. La parole à ensuite été donnée à M. Babès pour une intéressante communication sur le traitement de la tuberculose par les injections de sérum. M. Nocard a de nouveau appelé l'attention sur le diagnostic de la tuberculose bovine

par la tuberculine. M. L.-H. Petit, le sympathique secrétaire général, a fait connaître les résultats pratiques du Congrès de 1891. Enfin, M. Legroux a lu une note sur les trèves de la tuberculose.

Nous reviendrons ultérieurement sur plusieurs de ces communications, ainsi que sur celles qui suivront.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 8 juillet 1893, une médaille d'honneur en argent a été décernée à M. Jaillet, infirmier à la 25e section, employé à l'hôpital militaire de Villemanzy, à Lyon.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Ragueneau, interne à l'Hospice général de Rouen, mort victime de son dévouement.

Guide de diagnostic gynécologique à l'usage des praticiens, par M. le docteur Berlin (de Nice), avec une préface par M. le docteur Auvard, accoucheur des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8° carré de 224 pages, avec 69 figures, dont 1 hors texte. — Prix : 6 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Des phénomènes de synopsie (audition colorée), photismes, schèmes visuels, personnifications, par Th. Flournoy, professeur extraordinaire de psychologie expérimentale à l'Université de Genève. 1 vol. in-8° avec 82 figures dans le texte. — Prix : 6 francs. — Paris, Félix Alcan.

Ophtalmologie : maladies des paupières et des membranes externes de l'œil (*Encyclop. scient. des Aide-Mémoire*), par M. de Lapersonne, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Lille. 1 vol. petit in-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 87. — MARDI 1er AOUT 1893. 66e ANNÉE. MARDI 1er AOUT 1893. — N° 87.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 31 juillet 1893.

Demain 1er août s'ouvrira, à l'hôpital Trousseau, un nouveau service de chirurgie infantile. Un deuxième service, dont la création a été demandée par le Conseil de surveillance, sera incessamment ouvert à l'hôpital des Enfants-Malades. Nous ne pouvons que féliciter l'Administration de la création de ces deux services. On se rappelle que, l'année dernière, nous avions démontré, avec des documents précis, qu'il y avait actuellement, dans nos hôpitaux d'enfants, plus de deux cents petits malades abandonnés et non traités, parce qu'ils étaient classés sous l'étiquette de « chroniques ».

Le deuxième service des maladies des voies urinaires, demandé par la Société des chirurgiens des hôpitaux, ne paraît pas devoir être immédiatement créé. Déjà une note parue dans l' « Union médicale » nous fait prévoir qu'il y a, contre sa création, des obstacles de divers ordres. En principe, le service est créé; on a prévu le personnel qui doit y fonctionner; mais, en fait, il n'existe pas, et s'il faut en croire nos renseignements particuliers, il n'est pas près d'exister.

Officiellement, l'Administration oppose un *non possumus* budgétaire; pour créer ce nouveau service, il faut, dit-on, trois à quatre cent mille francs et, chacun le sait, le budget de l'Assistance publique ne se règle pas, en général, par un excédent de recettes. Or voici la combinaison ingénieuse trouvée par l'Administration.

En attendant que les fonds nécessaires se trouvent en caisse, on chargerait, *provisoirement*, un chirurgien titulaire de réserver dans l'une de ses salles quelques lits aux malades atteints d'affections des voies urinaires et, dans trois ou quatre ans, lorsque l'on serait en possession de la somme suffisante, le nouveau service serait enfin créé.

Nous pensons que ni la Société des chirurgiens des hôpitaux et ni la Société des chirurgiens du Bureau central ne laisseront aller les choses ainsi. Il a été nettement spécifié, par un vote presque unanime, qu'il fallait un service nouveau; qu'il était nécessaire que ce nouveau service fût créé; que, sous aucun prétexte, il ne convenait que le futur service fût une annexe, un simple diverticule d'un service déjà existant. L'ordre du jour voté par la Société des chirurgiens des hôpitaux a été rédigé en termes fort nets et fort explicites. Il est certain que les chirurgiens tiendront à voir respecter leurs votes et exigeront que l'Administration tienne ses promesses.

Invoquer l'impossibilité budgétaire et dire qu'on construira le service nouveau dans trois ou quatre ans, c'est se moquer, et se moquer trop ouvertement, de gens qui n'ignorent point que, dans trois ans, dans quatre ans, à la date fixée, on mettra en avant la même impossibilité, on invoquera le même déficit — et le nouveau service ne verra jamais le jour.

On nous permettra de faire remarquer que l'Administration a su trouver de l'argent pour aménager, luxueusement, des amphithéâtres uniquement destinés à l'enseignement de la Faculté; qu'elle en trouvera, lorsqu'elle le voudra, pour créer un service destiné uniquement à soigner ses malades. Il est inutile de dépenser quatre cent mille francs pour créer un nouveau service. M. le directeur qui inaugurait récemment le nouveau pavillon de chirurgie de l'hospice des Enfants-Assistés ne l'ignore point. Un service de chirurgie peut commencer simplement avec une installation modeste; chaque année, le chef, grâce à son énergie, à ses efforts, peut y obtenir les perfectionnements désirables, et assez rapidement arriver à une véritable organisation modèle, qu'il aura créée peu à peu, qui sera son œuvre, et dont il aura droit d'être fier. Si M. le directeur de l'Assistance publique veut bien regarder en arrière, il verra que plusieurs services, aujourd'hui cités comme modèles, ont eu, il y a quelques années, des débuts bien modestes. Il ne faut donc pas nous objecter l'impossibilité budgétaire, nous dire que quatre cent mille francs sont nécessaires pour créer un service. Car ces raisons ne sont pas les vraies, et si l'Administration persiste à les maintenir comme telles, il sera nécessaire que la Société des chirurgiens des hôpitaux recherche quel est le véritable motif qui met l'Administration en opposition avec son vote, si formellement exprimé.

Les récentes communications de Zambaco sur la lèpre et la possibilité de faire rentrer certains types morbides (maladie de Morvan, syringomyélie) dans le cadre de cette maladie, ont mis ces questions à l'ordre du jour, et toute communication capable d'augmenter nos connaissances à ce

sujet, doit être étudiée de près. Le malade que présente, à ce propos M. Debove (Société médicale des hôpitaux, séance du 28 juillet), offre un grand intérêt, surtout par ce fait, qu'étudié à différentes périodes, on peut faire différents diagnostics reflétant les idées médicales régnant à ce moment. Il s'agit d'un homme de cinquante et un ans, qui, il y a quatorze ans, présenta un premier panaris à la face palmaire du pouce droit, puis successivement d'autres panaris aux autres doigts. Ces panaris, douloureux à leur début, devenaient rapidement indolores, à ce point que le malade pouvait les inciser tout seul.

Puis d'autres symptômes apparurent, et actuellement cet homme est dans l'état suivant : main droite avec une légère tendance à la griffe, flexion des articulations, inclinaison sur le bord cubital; atrophie musculaire de l'éminence thénar. Dans les bras, jusqu'au pli du coude, la sensibilité tactile est peu atteinte, la sensibilité à la douleur et à la température sont abolies. La première fois que le malade fut examiné, on fit le diagnostic de maladie de Morvan et maintenant on pense à la *lèpre*.

Deux particularités peuvent faire adopter ce diagnostic : un long séjour à l'étranger et l'existence de névromes. Le malade vécut deux ans au Mexique. Cependant, les accidents ne survinrent que quinze années après; cette longue incubation est, d'ailleurs, un fait bien intéressant à signaler.

Enfin, si l'on explore la partie inférieure et interne du bras droit, on perçoit l'existence d'un ganglion épitrochléen, et, un peu plus haut, sur le trajet du cubital, on perçoit deux renflements fusiformes placés l'un au-dessus de l'autre. En somme, chez un malade qui présente le syndrome de Morvan, l'existence de névromes situés sur le trajet des nerfs correspondants aux parties anesthésiques suffit-elle à affirmer le diagnostic de lèpre ? M. Rendu ne croit pas que cette simple constatation suffise; mais ce qui est bien intéressant, c'est la longue incubation de la maladie, confirmée par des faits cités par MM. Chantemesse, Hanot.

Il est établi, dit M. Merklen, que la compression des nerfs pneumogastriques par des ganglions tuberculeux peut produire non seulement une tachycardie permanente, mais aboutir rapidement à l'asystolie. Le diagnostic de cette cause exceptionnelle de l'asystolie pourra être soupçonné en raison de la tachycardie, de sa permanence, de sa résistance à la digitale et enfin de l'action dissociée de ce médicament, les effets diurétiques se produisant indépendamment de son action cardiaque. Dans quelles conditions survient cette asystolie ? Il est assez difficile de le dire. Chez un malade, M. Merklen fit intervenir la myocardite chronique concomitante, assez vraisemblable d'après le volume du cœur et les quelques plaques d'athérome des valvules mitrales et de l'aorte. Mais l'examen microscopique du myocarde n'a pas révélé de lésions appréciables.

En somme, on peut conclure que la compression des nerfs pneumogastriques détermine la tachycardie simple quand le cœur est sain, la tachycardie avec asystolie quand cet organe a été préalablement altéré par le rhumatisme, l'alcoolisme ou quelque autre maladie à détermination cardiaque.

Les exemples de vergetures à la suite de la fièvre typhoïde ne sont pas rares, mais il est peu fréquent d'en rencontrer d'aussi accentuées que celles d'un malade présenté par M. Millard.

Ces vergetures siégeant au-dessus des deux genoux, à la partie inférieure et interne des deux cuisses, sont dues à la croissance rapide et exagérée du malade qui, en très peu de temps, a grandi de plus de 3 centimètres.

M. Millard lit une observation curieuse d'érythème noueux intra-buccal. Il s'agit d'une jeune femme qui vint à l'hôpital avec des nodosités d'aspect inconnu siégeant à la face interne des joues. Ce n'est que quelques jours après que l'on en put reconnaître la nature, par l'apparition d'un érythème noueux typique aux membres inférieurs et par l'action rapide du salicylate de soude.

M. Ballet lit une observation de delirium tremens dont les symptômes furent tout à fait semblables à ceux que l'on rencontre dans l'alcoolisme, mais qui furent provoqués seulement par l'usage immodéré du chloral.

La Société de dermatologie, dans sa séance du jeudi 20 juillet, a entendu plusieurs communications intéressantes.

En premier lieu, M. du Castel a présenté un malade qui, après application de teinture d'iode sur le scrotum et le fourreau de la verge, en vue de traiter des syphilides de cette région, a constaté, quinze jours plus tard, l'existence d'un œdème dur, éléphantiasique, qui, localisé à la zone artificiellement irritée, s'est ensuite étendu au périnée et aux fesses. M. du Castel suppose, sans en avoir encore la preuve absolue, qu'il s'agit là d'une infection secondaire.

Le même auteur a montré ensuite un malade aux lèvres recouvertes d'ulcérations irrégulières, superficielles et légèrement croûtelleuses, qu'il était absolument impossible *objectivement* de ne pas confondre avec des *plaques muqueuses*. Or, cet homme avait, en même temps, sur la face dorsale des mains, des taches érythémateuses parsemées de bulles, qui, manifestement, étaient des lésions *hydroïques* et donnaient ainsi la clef du diagnostic des ulcérations bucco-labiales (hydroa buccal). M. le professeur Fournier a insisté à ce propos sur l'impossibilité du diagnostic *objectif* entre ces lésions et les plaques muqueuses et il a rapporté à l'appui le fait suivant : Chez une jeune fille du monde, atteinte de lésions semblables, le diagnostic syphilis avait été porté par le médecin de la famille. Consulté à ce moment, il put formuler le diagnostic rassurant d'hydroa buccal, grâce à l'apparition récente de quelques taches hydroïques de la face dorsale des mains.

M. Tennesson a présenté, pour la seconde fois, une malade sur laquelle on a pu observer l'une des particularités les plus frappantes de l'évolution du mycosis fongoïde d'Alibert, à savoir la disparition d'une tumeur de la grosseur du poing qui avait été constatée à la présentation précédente.

M. Sabouraud est revenu avec des recherches nouvelles à l'appui sur la question de l'origine animale des trichophytons de la barbe, et il résulte de son nouveau travail que *l'ancienne conception de la mentagre parasitaire, espèce morbide dissemblable de la tondante, était vraie et doit être rétablie*. Car, d'une part, la trichophytie pilaire de la barbe, chez l'homme, semble relever exclusivement de l'inoculation de trichophytons animaux, et, d'autre part, sa contagion à l'enfant, sous forme de teigne tondante, est tout à fait exceptionnelle (2 p. 100).

MM. Darier et Hudelo ont pu pratiquer l'examen histolo-

gique dans deux cas de mal de Bright syphilitique précoce, et leur conclusion est qu'il s'agit, dans ces cas-là, de néphrites diffuses à prédominance parenchymateuse, et, somme toute, de lésions impossibles à différencier de celles des autres néphrites infectieuses. Il importe, en outre, d'ajouter que les néphrites syphilitiques peuvent être précoces et graves.

M. Quinquaud a présenté un malade qu'il considère comme atteint d'une affection non encore décrite, qu'il propose de dénommer maladie *pigmentée urticante* et qui, d'après lui, diffère de l'urticaire pigmentée ordinaire par l'abscence des Mastzellen qu'il a histologiquement constatée.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — M. Le Bec.

Gastro-entérostomie pour cancer.

Observation I. — *Cancer du pylore. Amaigrissement extrême. Gastro-entérostomie. Disparition immédiate des douleurs et des vomissements.* — Marie R..., trente-six ans, demeurant à Paris, m'est adressée par mon collègue à Saint-Joseph, M. le docteur Leroux. Les antécédents héréditaires sont nuls. Père mort à soixante-huit ans asthmatique ; mère à quarante-trois ans d'une maladie qui n'a duré que quelques jours ; trois frères et sœurs bien portants.

La malade se maria à l'âge de dix-sept ans et eut quatre grossesses, la dernière à l'âge de trente ans. La troisième fut anormale, l'enfant naquit difforme et mourut le neuvième jour. L'autopsie fut faite à Bicêtre, on trouva un rein absent, et un profond sillon entamant les muscles de la cuisse gauche.

Jusqu'au début de l'affection actuelle, la santé a toujours été bonne, sauf des douleurs irradiées et vagues dans le bas de la colonne vertébrale.

L'affection actuelle a débuté, il y a trois ans, par une pesanteur d'estomac revenant après tous les repas et obligeant la malade à desserrer ses vêtements.

Au bout d'un an, ses douleurs augmentent, d'intermittentes elles deviennent régulières après chaque repas, très fortes pendant la période de digestion, elles cessent quelques heures après. Il n'y avait ni anorexie, ni dégoût des aliments. Elle a suivi de nombreux traitements, naturellement sans effet heureux.

Il y a environ dix-huit mois, les vomissements ont apparu, se produisant irrégulièrement environ quatre ou cinq heures après les repas, se produisant après toutes sortes d'aliments, lesquels ne sont jamais digérés et sont rendus presque intacts. En mars 1892, la douleur, qui était primitivement localisée au creux épigastrique, irradie dans tout le ventre, les contractions intestinales sont douloureuses, et la malade dit avoir la notion que les aliments sont retenus dans l'estomac (?).

Jamais d'hématémèses ni de melæna. En septembre 1892, la malade souffre de fréquentes éructations, de pyrosis quinze à vingt fois par jour. Les vomissements deviennent quotidiens et peu de temps après le repas les aliments sont rejetés en bloc, avec des douleurs très vives.

En février 1892, la malade pèse 35kg900, la quantité d'urines rendues est de 1250 grammes.

État local. — Au creux épigastrique est une tumeur mate, dure, du volume d'une mandarine, mobile transversalement et verticalement, peu douloureuse à la pression. Le ventre est très aplati et permet une exploration facile. On trouve quelques indurations paraissant ganglionnaires dans la fosse iliaque droite.

Le lavage de l'estomac ramène quelques débris alimentaires non digérés.

Le 24 février, opération.

Je commence par faire un lavage de l'estomac que je vide complètement avec la sonde.

Incision de 8 centimètres sur la ligne médiane verticale, entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde. Je trouve d'abord le côlon transverse, que j'abaisse, puis l'estomac. Incision verticale du feuillet antérieur du grand épiploon, que je déchire avec les doigts, pour éviter une hémorragie.

L'estomac est relevé par un aide. Au-dessous est le méso-colon transverse. Je l'incise doucement et verticalement un peu à gauche de la colonne vertébrale. En écartant les lèvres de la plaie, on voit une anse intestinale se porter transversalement et à sa surface on aperçoit nettement l'artère mésentérique supérieure, qui indique le commencement du jéjunum.

L'anse intestinale est attirée hors du ventre, passant à travers le méso-colon transverse et l'épiploon. L'estomac est également sorti du ventre, et les deux viscères sont placés sur des compresses stérilisées. Deux aides les disposent de manière que l'anse de l'intestin soit en contact de la face antérieure de l'estomac, dans le sens longitudinal des deux viscères.

Sutures. — Elles sont faites suivant le procédé de M. le professeur Terrier. Un premier rang en surjet, à la soie, long de 8 centimètres et un peu concave en avant unit la face antérieure de l'estomac, près de la grande courbure, à la face supérieure du jéjunum, près de son insertion mésentérique.

Je place ensuite les sutures du plan antérieur à 2 centimètres et demi en avant. Ces sutures à la soie sont faites à points isolés. Chaque fil est long de 30 centimètres, noué à ses extrémités et le milieu de l'anse formée est saisi dans une pince. Toutes les pinces sont mises en ordre sur des compresses stérilisées.

J'ouvre au bistouri le jéjunum et l'estomac qui sont vides, en pratiquant une petite incision de 2 centimètres longitudinale, au milieu de l'espace qui sépare les deux plans de suture. Il ne s'écoule aucun liquide. Je fais immédiatement une suture continue unissant les deux incisions, et comprimant toute l'épaisseur des tuniques séreuse et muqueuse.

Je termine ensuite la suture antérieure, ce qui se fait très vite, les fils ayant été passés d'avance.

La durée de l'opération a dépassé une heure un quart. Le passage des fils séparés de la suture antérieure a été très long. Il vaut mieux faire une suture en surjet, qui se fait plus vite.

25 février, T. 37°2 ; 26 février, T. 37°1.

Pas de vomissements. Lavements nutritifs avec œufs, vin, bouillon. La malade, boit très peu.

27 février, légère hypothermie, 36 degrés. Je fais donner à la malade par la bouche, du lait, du champagne, de la poudre de viande dans du bouillon.

La malade dit nettement que, lors du passage des aliments de l'estomac dans l'intestin, elle a une sensation particulière qu'elle n'avait pas auparavant. En tout cas, il n'y a ni douleur, ni vomissements. Urines 860 grammes.

1er mars, l'alimentation est augmentée et bien supportée. Urine 1700 grammes.

2 mars, la nourriture passe facilement, elle est donnée fréquemment et peu à la fois.

La malade a une selle spontanée. Urine 1800 grammes.

4 mars, enlèvement des fils cutanés.

5 mars, douleur extrêmement vive dans le flanc gauche. Cette douleur dure deux heures, on met de la glace, et elle ne reparaît plus.

La santé s'est relevée rapidement, la malade mange toutes les deux heures.

21 mars, poids 46kg900. Augmentation, 11 kilos en vingt-quatre jours.

La malade est très bien. Depuis l'opération il n'y a eu ni douleur, ni vomissement.

Obs. II. — *Cancer de la petite courbure de l'estomac. Douleurs violentes. Gastro-entérostomie. Disparition des douleurs et des vomissements.* — Joseph Th..., vingt-neuf ans, ajusteur, est soigné depuis longtemps par M. le docteur Chastenet pour une affection stomacale qui prend les allures du cancer. Notre confrère nous l'adresse en vue d'une opération.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'une affection du pylore à l'âge de cinquante-deux ans. Frère mort à vingt-sept ans après deux années du même mal. Père mort subitement d'une hémorragie cérébrale. Le malade, très intelligent, est très net sur tous ces points et redoute un cancer pour lui-même.

Antécédents personnels. — Dysenterie au Tonkin, il y a sept ans, guérie six mois après son retour en France.

Il y a deux ans, le malade a commencé à souffrir de l'estomac (point fixe sur l'appendice xyphoïde), d'une manière continue et sans crises marquées. En même temps, il éprouvait des pesanteurs d'estomac qui le déterminaient, pour se soulager, à provoquer des vomissements par l'intervention du doigt dans la bouche. L'appétit restait bon. Bientôt les vomissements devinrent spontanés, alimentaires d'abord, puis muqueux, extrêmement acides et d'odeur fétide. L'appétit baissa peu à peu. Le malade prend des aliments qui sont rejetés après un séjour qui varie entre deux et douze heures.

La constipation était opiniâtre.

Il y a treize mois a eu lieu le premier vomissement de sang couleur de suie et, peu après, selles semblables. En même temps, la douleur locale devient intense, continue, non excitée par l'ingestion des aliments. C'est à partir de cette époque que le malade a commencé à maigrir très rapidement.

État actuel. — Homme amaigri, mais non cachectisé; teint seulement un peu pâle.

Pas de melæna; depuis un mois, vomissements alimentaires très acides, la nuit principalement. Ces vomissements sont tellement douloureux, que le malade ne se nourrit pas, bien que l'appétit ne soit pas aboli.

État local. — Au palper, on ne sent pas de tumeur. L'estomac ne paraît pas dilaté. Le malade accuse une douleur très vive au niveau de l'appendice xyphoïde, avec point spinal correspondant. La douleur suit à gauche les fausses côtes, jusqu'à 6 centimètres de la colonne vertébrale.

Poids : 53 kilos.

Opération le 14 mars 1893. Incision de 10 centimètres sur la ligne médiane. Le foie descend un peu bas et est relevé par un aide. On voit alors nettement une tumeur dure occupant toute la petite courbure de l'estomac. Ce néoplasme a déterminé la rétraction de l'estomac qui est replié sur lui-même. Avec le doigt, on constate que le pylore est atteint, mais pas d'une manière circulaire. On constate en même temps que l'estomac est fixé, par le cancer, contre la colonne vertébrale. J'incise alors l'épiploon et je tente de soulever l'estomac, je constate alors que le cancer a envahi les parties sous-jacentes et que le méso-côlon est induré.

A ce moment, peut-être sous l'influence des tractions qui irritent le pneumogastrique, il se fait un arrêt de la respiration qui nécessite, pendant quelques minutes, la respiration artificielle.

Les adhérences ne permettant pas de reconnaître nettement la fin du duodénum, je soulève le côlon transverse, je cherche le commencement du jéjunum, je perfore de bas en haut le méso-côlon transverse et je passe l'anse intestinale à travers cette ouverture.

L'estomac est alors relevé, sorti du ventre et déposé sur une compresse stérilisée. L'anse intestinale est disposée de même. Les deux viscères accolés suivant leur grand axe sont suturés l'un à l'autre, l'intestin sur la face antérieure de l'estomac. Je fais une première suture continue séro-séreuse au catgut fin longue de 8 centimètres et dont les deux extrémités se recourbent en avant. A 2 centimètres plus en avant, je fais à chaque viscère une incision au bistouri de 2 centimètres. Les lèvres de ces incisions sont immédiatement réunies par une suture continue à la soie, qui comprend toute l'épaisseur des parois. L'estomac qui avait été lavé avant l'opération était vide et rien n'est venu gêner ce temps de l'opération. Je termine par une suture continue séro-séreuse au catgut fin faite à 2 centimètres en avant et qui rejoint les extrémités de la première suture séro-séreuse.

Suites opératoires. — Jamais d'élévation du thermomètre au delà de 37°8.

La nuit qui suivit l'opération fut pénible. L'intestin présentait des gaz dont l'évacuation était difficile. Sous cette influence, il se produisait des contractions de l'estomac et de l'intestin qui déterminaient des tiraillements très douloureux des sutures. Ces douleurs n'ont pas duré plus de vingt-quatre heures.

Le malade est nourri avec des lavements nutritifs, bouillon, œufs, peptone et, trois jours après l'opération, le malade avale du lait qui est bien supporté.

Le quatrième jour, je permets un peu de bouillon avec deux cuillerées à café de poudre de viande, qui n'est pas digérée. Le lendemain, le malade souffre de l'estomac. Mon interne, M. Guimbetière, introduit la sonde œsophagienne, qui le soulage immédiatement.

Les fils furent enlevés le huitième jour, le malade se nourrissait bien.

Le malade se lève le douzième jour. Les aliments passent bien. La figure est bonne, le teint devenait rosé, de plombé qu'il était autrefois.

Poids : 52 kilogrammes. Pas d'augmentation.

Le malade nous a affirmé un fait très remarquable. C'est que les douleurs qu'il a ressenties le jour de son indigestion n'étaient en rien semblables à celles de son cancer. La tumeur a immédiatement cessé de le faire souffrir et les vomissements ont totalement disparu. Ce sont là deux faits très remarquables, donnant un résultat immédiat excellent et offrant au malade l'illusion de la guérison définitive.

26 avril. — Le malade a augmenté de 12 kilos depuis l'opération. Il accuse des renvois biliaires très désagréables depuis quelques jours.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement du diabète sucré (1), d'après M. Lecorché.

II

Dans un précédent article, nous avons exposé les principes sur lesquels M. Lecorché base le traitement du diabète, en général. Nous voulons dire aujourd'hui comment il conseille de traiter les cas particuliers et donner, par conséquent, le résumé des chapitres de son livre qui sont intitulés : Traitement individuel des diabétiques et traitement du diabète compliqué.

Les indications varient suivant les formes et aussi suivant les périodes; cela explique les succès merveilleux et les insuccès piteux obtenus successivement par les mêmes procédés thérapeutiques.

Du reste, il y a des formes de diabète contre lesquelles tout réussit et d'autres contre lesquelles tout échoue. L'âge, à ce point de vue, a une grande importance et l'on peut dire, d'une façon générale, que le diabète est d'autant plus grave qu'on est moins avancé en âge; le maximum de cette gravité se rencontre chez les enfants.

Dans tous les cas, il faut la collaboration du malade. La surveillance rigoureuse de la glycosurie est absolument indispensable pour prévoir et enrayer des aggravations rapides.

L'embonpoint est une circonstance favorable. Ce n'est pas que M. Lecorché reconnaisse l'existence d'une forme particulière qui mérite le nom de diabète gras, mais les

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 771.
Lecorché. *Traitement du diabète sucré*, Paris, Rueff et Cie.

obèses sont souvent des arthritiques et le diabète des arthritiques est souvent de bonne composition et, d'autre part, ils trouvent dans leur obésité même des ressources qui leur permettent de lutter plus longtemps contre les déperditions morbides.

Enfin le diabète récent est plus facilement influencé par le traitement que le diabète invétéré. L'ancienneté de la maladie, la maigreur, la négligence, sont donc des circonstances aggravantes.

La première chose à faire, en présence d'un diabétique, est de vérifier sa résistance au traitement. A ce point de vue, on peut diviser les diabètes en *maniables* et *non maniables*.

Le diabète maniable se présente de la façon suivante : un homme ayant dépassé la quarantaine, une femme aux environs de la ménopause, des antécédents arthritiques nets personnels ou héréditaires, de la goutte, des coliques néphrétiques, un embonpoint relativement conservé, une polyurie modérée avec beaucoup d'urée et d'acide urique, une glycosurie qui ne dépasse pas 100 grammes en vingt-quatre heures.

Pour le diabète grave, non maniable, on note : l'absence des antécédents goutteux, personnels ou héréditaires, une azoturie marquée, une glycosurie considérable atteignant 200 ou 300 grammes de sucre par jour.

Chez un enfant, le pronostic sera plus grave encore.

Dans les formes très graves : 500 grammes de sucre et plus, consomption rapide, malgré une polyphagie extrême, l'épreuve thérapeutique est à peu près négative. Ce sont des formes sur lesquelles le traitement n'a qu'une influence tout à fait insuffisante, presque nulle.

Voici en quoi consistera le *traitement d'épreuve* : régime alimentaire sévère, suppression presque complète des féculents et du sucre, pain de gluten en quantité mesurée, le meilleur pain de gluten renfermant encore 25 à 30 p. 100 de farine ordinaire; comme médication, les opiacés et les alcalins.

« Les effets de ce traitement peuvent être :

1° La disparition à peu près complète de la glycosurie, le sucre ne se trouvant plus dans l'urine qu'à l'état de traces et d'une manière intermittente;

2° La disparition complète ou à peu près complète du sucre dans l'urine du jour, la glycosurie persistant encore en proportion notable dans l'urine de la nuit;

3° La diminution marquée de la glycosurie, mais sans que le sucre disparaisse jamais complètement, soit dans l'urine du jour, soit dans l'urine de la nuit;

4° Aucune modification appréciable des caractères de l'urine. »

Le pronostic est d'autant plus favorable que les urines se rapprochent davantage et plus rapidement de l'état normal. En dix ou quinze jours, on sait à quoi s'en tenir.

Formes simples et légères. — Au bout d'une quinzaine de jours de traitement d'épreuve, si le sucre a disparu des urines ou n'y persiste plus qu'à l'état de traces intermittentes, supprimer les alcalins et les opiacés, prescrire aux repas une eau faiblement alcaline (Pougues, Contrexéville, Vittel); pain de gluten remplacé par le pain ordinaire, 50 à 60 grammes de croûte à chaque repas. On augmente au besoin cette quantité de pain si l'examen des urines le permet. On peut ainsi avec une surveillance suffisante, chez un malade attentif et intelligent, revenir à une alimentation presque ordinaire, en supprimant toutefois les aliments sucrés ou trop exclusivement féculents: exercice modéré, frictions sèches, bains alcalins. Pendant la belle saison, cure à des eaux faiblement minérales (Pougues, Royat, Saint-Nectaire, Vittel, Evian). Chez les individus anémiés : Spa, Forges, Saint-Moritz.

On revient à un régime plus sévère dès que la polyurie s'accentue et que le sucre remonte à 50 ou 60 grammes par jour.

Formes simples et graves. — 200 à 300 grammes de sucre avec une polyurie et une azoturie en proportions, amaigrissement prononcé, le traitement d'épreuve ne donne que des résultats incomplets, le sucre diminue avec tendance à augmenter de nouveau, dès que l'on se relâche de la sévérité du régime.

Dans les cas récents, continuer le régime avec la même sévérité, en maintenant les opiacés et les alcalins. On peut autoriser de 100 à 125 grammes de pain ordinaire par jour.

Dans les cas anciens, on ne pourra, ni ne devra chercher à obtenir la disparition complète du sucre. La durée du régime et du traitement devant être illimitée, on doit les rendre supportables. On ne sera très sévère pour le régime que d'une façon intermittente, au moment des exacerbations de la glycosurie. Les alcalins et les opiacés ne seront jamais prescrits d'une façon continue et trop prolongée.

Bicarbonate de soude à la dose de 6 à 8 grammes par jour; on peut le remplacer par 2 à 4 grammes de salicylate. Le bicarbonate peut être plus longtemps supporté que le salicylate.

En même temps, on donnera soit 5 à 20 centigrammes d'extrait thébaïque, soit 2 à 3 grammes d'antipyrine, soit 2 à 4 grammes de bromure de potassium par jour, soit encore 60 centigrammes à 1 gramme d'extrait de valériane; médication à continuer pendant quinze jours à trois semaines. C'est l'azoturie qui servira surtout de guide pour l'usage des alcalins. « Tant que le chiffre de l'urée reste élevé, indice d'une activité nutritive exagérée, on peut prolonger la médication alcaline. »

Si l'azoturie diminue, mais non la glycosurie, diminuer ou supprimer les alcalins pour les remplacer par les préparations arsenicales (liqueur de Fowler donnée progressivement jusqu'à la dose de XV à XX gouttes par jour ou eau lithinée arsenicale de Martineau pendant trois semaines, un mois). Puis on essaie de nouveau les alcalins; ferrugineux, quinquina, sulfate de quinine dans l'intervalle des cures. Plus tard, à une phase plus avancée, bicarbonate de soude tant que l'urée est en excès; en diminuer les doses ou en supprimer l'usage, s'il y a diminution du taux de l'urée. Quand l'urée est au-dessous de la normale, avoir recours aux arsenicaux et aux toniques, eaux alcalines faibles.

Dans cette forme, on peut prescrire avec avantage, au début, une cure à Vichy, à Vals ou à Carlsbad; on en obtient quelquefois de remarquables effets. Au retour, on n'a qu'à soutenir l'amélioration obtenue.

Quand l'azoturie est peu marquée, on aura recours de préférence à une cure aux eaux chlorurées sodiques ou aux eaux alcalines faibles, on évitera les eaux alcalines fortes.

Quand il y a en permanence hypo-azoturie, chez les vieux diabétiques, exclusivement les eaux chlorurées ou ferrugineuses. Dans l'intervalle, arsenicaux, ferrugineux, quinquina et, d'une manière toute passagère, les alcalins.

Formes très graves. — Glycosurie et azoturie excessives, individus jeunes, amaigrissement marqué et rapide, menace à bref délai de tuberculose ou d'acétonémie. Ne pas

oublier que, dans ces cas, un régime trop sévère mène facilement à l'acétonémie. A la moindre trace de la réaction rouge par le perchlorure de fer dans l'urine, on reviendra à un régime moins sévère, on autorisera pendant quelque temps un peu de pain ordinaire ou des pommes de terre.

Après quinze jours de traitement par les alcalins, monter la dose d'opium à 40, 50 centigrammes par jour. Supprimer l'opium si le perchlorure de fer donne une coloration rouge dans l'urine. Essayer l'antipyrine, 4 à 6 grammes par jour. Extrait de valériane 2 à 3 grammes. Ne pas donner ces médicaments pendant plus de dix à quinze jours. Iodoforme en pilules, 20 à 40 centigrammes par jour, avec précautions.

La médication tonique et reconstituante doit être la base du traitement ; huile de foie de morue, quinquina, noix vomique, sulfate de quinine, préparations ferrugineuses; exercice régulier et modéré; massage, frictions sèches, séjour dans les climats chauds. Dans les cas les moins graves, cures à Kissingen, Baden, Bourbonne-les-Bains, Forges, Saint-Moritz.

Voyons maintenant quel sera le traitement du diabète compliqué :

Tuberculose. — Renoncer à l'usage des alcalins; se borner à l'emploi des arsenicaux : huile de foie de morue, glycérine, créosote en injections sous-cutanées ou à l'intérieur. Eaux bicarbonatées arsenicales de la Bourboule, le Mont-Dore, chlorurées sodiques d'Ems, de Bourbonne, de Baden; quand la phtisie passe au premier plan, eaux sulfureuses : Cauterets, Eaux-Bonnes, Saint-Honoré, Allevard.

Cardiopathies. — Tant que la lésion est compensée, traitement commun du diabète : iodure de potassium 2 grammes par jour, alternant avec l'arsenic. Cures minérales interdites. Les phénomènes d'asystolie seront combattus par les moyens ordinaires : lait, digitale.

Albuminurie. — Il faut distinguer les diabétiques qui ont simplement dans l'urine une petite quantité d'albumine et les diabétiques réellement brightiques.

Quand il y a peu d'albumine, qu'il y a une azoturie et une glycosurie marquées, il faut faire le traitement ordinaire du diabète, sans être trop sévère sur le régime. On ne donnera pas plus de 5 à 10 centigrammes d'opium. On proscrira l'antipyrine. On peut essayer le lactate de strontium à la dose de 8 à 12 grammes par jour. Eaux minérales sodiques faibles (Royat, Saint-Nectaire, Ems); eaux légèrement calcaires (Vittel, Contrexéville).

Lorsque la glycosurie diminue, que l'urée tombe au-dessous de 10 à 12 grammes par litre, que les phénomènes brightiques s'accentuent (oppression, crise de dyspnée, œdème passager ou permanent), il faut employer le traitement de l'albuminurie sans s'inquiéter du diabète.

Acétonémie; coma diabétique. — Éviter le surmenage, le refroidissement, les troubles intestinaux. Dans les formes aiguës, la thérapeutique a été jusqu'à présent impuissante. Dans les formes lentes, progressives, il faut supprimer les causes que nous venons d'énumérer, revenir à un régime moins exclusivement carné, supprimer tous les anti-nerveux : opium, bromure, antipyrine, combattre les fermentations intestinales par un purgatif drastique, donner le bicarbonate de soude à haute dose, 10, 15 et 20 grammes par jour; exciter les fonctions gastriques par les amers, le quinquina, stimuler les fonctions cutanées et rénales, prescrire des inhalations d'oxygène.

Contre les formes graves d'emblée ou aggravées du coma diabétique, on a essayé, sans succès du reste, la transfusion sanguine, les injections salines intra-veineuses, les injections sous-cutanées d'eau salée stérilisée.

Ce sont là les complications le plus habituellement liées à l'existence et à l'évolution du diabète sucré. Beaucoup d'autres peuvent se montrer ; la place nous manque pour en donner la liste ici. Nous renverrons au livre même dont nous n'avons donné ici qu'une analyse forcément incomplète. Si cette analyse, tout imparfaite, amène nos lecteurs à lire l'original, nous n'aurons pas perdu notre temps — eux non plus.

A. M.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Thérapeutique des maladies de l'estomac et de l'intestin (1), par le docteur A. MATHIEU, médecin des hôpitaux.

Un des ouvrages qui devait être accueilli favorablement par le monde médical et surtout par les praticiens, était un traité renfermant la thérapeutique des affections de l'estomac et de l'intestin.

Dans ces dernières années, les recherches sur la chimie stomacale ont contribué, pour une large part, à la connaissance des maladies gastro-intestinales et bien que cette partie de la pathologie soit loin d'être complètement éclaircie, elles ont permis d'établir une division dans la classe des dyspepsies et d'instituer contre elles une thérapeutique rationnelle au lieu des traitements empiriques employés jusque dans ces derniers temps.

L'ouvrage de M. Mathieu est divisé en quatre parties :

Dans la *première partie*, l'auteur indique les *procédés d'examen de l'estomac* par l'exploration extérieure : palpation, percussion, ainsi que par l'exploration intérieure, c'est-à-dire par l'étude chimique du contenu stomacal extrait à l'aide de la sonde et par l'examen des excreta : urines, matières fécales.

La *deuxième partie* traite du *régime en général*, dans les affections gastro-intestinales. Elle a pour but d'indiquer la valeur nutritive ou thérapeutique des aliments les plus employés tels que : la viande, les peptones, le lait, les féculents, le vin, l'alcool, etc., et dans quelles proportions ils doivent être employés pour constituer la ration d'entretien.

Les deux dernières parties de l'ouvrage répondent à chacune des deux grandes divisions des maladies gastro-intestinales :

La *troisième partie* ayant pour objet ces affections sans lésions anatomiques primitives et n'étant, en somme, que des séries de complexus symptomatiques, ce sont les *dyspepsies* : hyperchlorhydrie, dyspepsie nervo-motrice, dilatation d'estomac avec stase permanente. Chacune de ces variétés est résumée en quelques lignes au point de vue clinique et le traitement suit avec les détails les plus complets. Quelques symptômes communs aux dyspepsies, comme la gastralgie, l'inappétence, les vomissements, la constipation, la diarrhée, sont traités séparément.

La *quatrième partie* de l'ouvrage est consacrée au traitement des *maladies proprement dites de l'estomac et de l'intestin*, s'accompagnant des lésions anatomiques; tels sont : les gastrites, l'ulcère et le cancer d'estomac, l'occlusion intestinale, les artérites, la typhlite, la dysenterie, etc. A propos de la thérapeutique du cancer et de l'ulcère stomacal, de l'occlusion intestinale et des inflammations de l'appareil cæcal, on trouve les indications de l'intervention chirurgicale.

L'excellent ouvrage de M. Albert Mathieu répond en somme au vœu du praticien : celui d'avoir un traité lui enseignant, au sujet d'affections si fréquentes, les indications et les moyens thérapeutiques réalisables en clinique et basés sur les dernières recherches auxquelles elles ont donné lieu.

(1) In-18. Biblioth. de thérap. méd. et chirurg. Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

260. M. MÉHEUX. Des récidives de phlébites. — 261. M. SAMALENS. De la rupture artificielle des membranes pendant le travail. — 262. M. GUBB. Le placenta de la grossesse ectopique et sa croissance après la mort du fœtus. — 263. M. RENAUD. Tachycardie et asystolie dans les compressions du pneumogastrique. — 264. M. LEREDDE. Étude sur l'anatomie pathologique de la morve. — 265. M. MORY. Traitements de la chlorose. — 266. M. THIBAUD. Des malformations utérines au point de vue clinique. — 267. M. DURAND. Disposition et développement des muscles de l'iris chez l'oiseau. — 268. M. DE LA CALLE. Contribution à l'étude des rétrécissements larges de l'urèthre. — 269. M. BERNHEIM. Traitement de l'éclampsie puerpérale, en particulier par les injections d'eau salée. — 270. M. CHATENET. De la mélancolie dans ses rapports avec les maladies utérines (Contribution à l'étude de la folie sympathique). — 271. M. BOUTAN. Cystostomie sus-pubienne. — 272. M. M. KAMINER. Essai sur le cancer de l'isthme de l'utérus.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par suite de la nomination de M. Jalaguier, au nouveau service de chirurgie de l'hôpital Trousseau (affections chirurgicales chroniques des enfants), M. le docteur Routier passe à Ivry.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. le docteur Capmann est institué chef de clinique chirurgicale (emploi nouveau).

— *École de médecine d'Alger.* — M. Fourcard est prorogé dans ses fonctions de préparateur de pharmacie et matière médicale.

— M. Frappier, à la suite d'un brillant concours, a été nommé aide d'anatomie de la Faculté de médecine libre de Lille.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Corbin (de Tarbes) et Joly (de Lyon).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

55

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES
et GÉNITO-URINAIRES

LE TERPINOL ADRIAN

a les propriétés de l'essence de térébenthine, dont il dérive, mais il est plus facilement absorbé et surtout très bien toléré.

Se vend en CAPSULES de 15 centigrammes à prendre à la dose de 4 à 8 par jour.

PILULES et ÉLIXIR de TERPINE ADRIAN

36

AFFECTIONS
DU CŒUR ET DE LA RESPIRATION

Vin cardiaque du Dr Saison

SPARTÉINE, CONVALLAMARINE & IODURE DE POTASSIUM)

DOSES :

Adultes : 2 cuillerées à bouche matin et soir.
Enfants : 2 cuillerées à café matin et soir.

45

« Le suc d'ortie est le remède le plus certain contre l'hémoptysie et toutes les hémorragies.
Dr CHOMEL. »

SIROP HÉMOSTATIQUE DE PÉNEAU

AU SUC D'ORTIE

CURATIF ET PRÉVENTIF DES

Hémorragies, Pertes, Crachements de sang
Saignements de nez
Hémorragies intestinales

56

SANTAL-CAMPHRÉ LANGLEBERT

(CAPSULES D'ESSENCE DE SANTAL PURE ET DE CAMPHRE)

Ces capsules réunissent, en une seule préparation, l'effet spécifique de l'essence de santal pure et l'action sédative si marquée du camphre sur les organes génito-urinaires.

60

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-l'Abbé, Paris.**

52

VICHY, SOURCES DE L'ÉTAT

CÉLESTINS
GRANDE-GRILLE
HOPITAL

Avoir soin de désigner la source.

PASTILLES AUX SELS NATURELS

SAISON DES BAINS
DU 15 MAI AU 30 SEPTEMBRE

20

VIN DE SECRETAN

au Quinquina, à l'Extrait fluide de Malt et aux Écorces d'Oranges amères.

Le **seul vin** de **Quinquina ne constipant pas et n'irritant pas les voies intestinales.**
Un verre à liqueur à chaque repas.
Dépôt central : SECRETAN, 52, r. Decamps, Paris.

24

IODOL

Nouvel antiseptique succédané de Iodoforme sans odeur et sans action toxique.

Dépôt à Paris chez Martin REINICKE, 39, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie et chez les drogtes.

58

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

10

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

79

BAINS D'EAUX-MÈRES

de Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurés et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi. Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.
Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.
Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

34

VIN NOURRY IODOTANÉ

EXACTEMENT TITRÉ

Une cuillerée à bouche contient :

0gr,05 d'Iode
et 0gr,10 de Tanin,

exempt de tout iodure alcalin.

Par son assimilation et sa tolérance parfaites, le **VIN NOURRY** est le curatif par excellence des affections qui ont l'Iode ou les Iodures pour base de traitement, telles que : **Lymphatisme, Scrofule, Anémie, Menstruations difficiles,** etc.....

DOSES. — Enfants : 1 cuillerée à café;
Adultes : 1 cuillerée à soupe,

avant les deux principaux repas.

Paris, 28, rue Saint-Claude, et Pharmacies.

45

LIQUEUR CONCENTREE

BALSAMIQUE, ANTISEPTIQUE

Deux cuillerées par litre donnent instantanément une *excellente eau de goudron*, que l'on boit aux repas au lieu d'eau ordinaire, contre :

MALADIES DE LA PEAU
VOIES RESPIRATOIRES
VOIES URINAIRES
Diathèse furonculeuse
MALADIES ÉPIDÉMIQUES

Couper de 1 ou 2 parties d'eau pour *lotions, pulvérisations.*

Le flacon : **1 fr. 50**



Rue de Rennes, 105, Paris, et dans les pharmacies.

47

INSOMNIES

Cachets de 0,20cg
Perles de 0,10cg

CHLORALOSE PUR

de BAIN & FOURNIER

Hypnotique nouveau, supérieur à tous les hypnotiques connus.

JAMAIS DE TROUBLES DIGESTIFS, LE SEUL SANS DANGER POUR LES MALADIES DU CŒUR

B. Bain et Fournier, 43, rue d'Amsterdam et Phie, 56, rue d'Anjou,

seuls préparateurs et seuls possesseurs des véritables formules.

65

SANTAL SAVARESSE

en capsules anglaises de MEMBRANE ORGANIQUE

Ces capsules se dissolvent dans les **intestins,** sans nausées ni troubles digestifs.
EVANS LESCHER ET WEBB, LONDRES.
Paris : BÉRAL, phien, r. de la Paix; MARCHAND, r. Grenier-St-Lazare; CONOR, r. Barbette, et phies.

44

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du Bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

99

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE

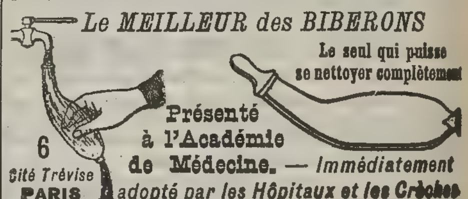
Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

PRIX du flacon : **4** francs.
DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

69

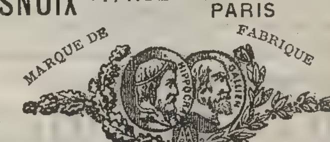
Le PARFAIT NOURRICIER

Le MEILLEUR des BIBERONS



42

DESNOIX 17, RUE VIEILLE-DU-TEMPLE PARIS



PANSEMENTS ANTISEPTIQUES
TOILE VESICANTE
TOILE VÉSICANTE ROSE à la cantharidine
THAPSIA, SPARADRAP des **HOPITAUX**
et tous les sparadraps.
PLUMASSEAUX-EPONGES
remplaçant les éponges naturelles.
PINCEAUX MOLLETONNÉS
pr enlever les fausses membranes ds l'angine couenneuse.

54

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de 50 et 100g.
Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.
Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.
31, rue des Petites-Écuries, Paris

23

SIROP DE LABÉLONYE

DE DIGITALE — **excellent sédatif puissant diurétique.**

SUCCÈS CONSTANT DEPUIS PLUS DE 40 ANS
contre MALADIES DU CŒUR
Hydropisies, Bronchites nerveuses, etc.
Dans toutes les pharmacies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : **20 c.** — Avec Supplément : **30 c.**

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a repris la discussion sur le tétanos. M. Péan, après avoir combattu l'origine équine exclusive du tétanos, et laissant de côté d'ailleurs la pathogénie de cette affection, se place uniquement sur le terrain de sa prophylaxie. Il a indiqué un ensemble de moyens à employer chez les blessés ou les opérés, moyens auxquels il a recours depuis longtemps et grâce auxquels il n'a plus vu se produire de cas de tétanos dans les services qu'il a dirigés.

Une discussion assez vive s'est élevée entre M. Babès et M. Proust au sujet des mesures sanitaires à prendre contre le choléra. M. Babès a démontré que, en 1892, la Roumanie a échappé au fléau à l'aide de quarantaines maritimes et terrestres rigoureusement observées. M. Proust a énergiquement protesté contre ce retour à des coutumes d'un autre âge. Pour lui, la question des quarantaines est définitivement jugée; elles sont inutiles, vexatoires et peuvent même devenir dangereuses en créant des foyers de renforcement de l'épidémie. La désinfection, telle qu'on la pratique aujourd'hui, jointe à l'observation, pendant trois ou quatre jours, des voyageurs venant d'un pays contaminé, tels sont les seuls moyens auxquels on devra avoir recours aujourd'hui, et dont l'efficacité d'ailleurs n'est plus à démontrer.

Signalons, enfin, une communication de M. Germain Sée sur l'emploi de la théobromine dans les affections cardiaques.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Paul Reclus.

Des phlegmons ligneux de la région cervicale.

L'heure n'est guère à la pathologie générale, et la clinique pure n'a plus pour nous que peu d'attraits, lorsqu'elle n'a pas, pour conclusion, un progrès thérapeutique immédiat. Je voudrais cependant vous parler aujourd'hui d'une variété particulière de phlegmon chronique du cou que j'ai observée au moins quatre fois et qui ne me semble pas avoir été encore le sujet d'une description didactique. Mais je m'imagine que d'autres aussi l'ont vu et j'espère qu'ils joindront leurs faits aux miens pour tracer un tableau précis de cette affection mal connue.

Malheureusement, trois de nos cas ont été bien légèrement observés : dans le premier, il s'agissait d'un homme d'une quarantaine d'années, entré à Broussais pour un gonflement du cou; toute la région antérieure, de l'os hyoïde au sternum, et du muscle mastoïdien droit au muscle mastoïdien gauche, était comme blindée par une peau épaissie, d'un rouge vineux qui formait une sorte de tumeur aplatie, mais limitée par des bords surélevés; elle était d'une dureté ligneuse et telle que je me demandai, pendant plusieurs jours, s'il ne s'agissait pas d'un large squirrhe des téguments. La gêne était considérable, les mouvements de flexion, d'extension et de latéralité presque impossibles; il n'y avait que peu de douleur spontanée et provoquée; à peine une souffrance sourde sous une pression un peu vive; ni frisson, ni fièvre, et, pour expliquer l'apparition du mal, rien qu'une misère physiologique assez prononcée. La rougeur datait déjà de plus de trois semaines; au bout de quinze jours seulement, les téguments devinrent œdémateux; plusieurs foyers de suppuration apparurent qui furent ouverts, et notre homme finit par guérir lentement.

La même année, je reçus, encore à Broussais, un homme dn cinquante ans, maigre, chétif, miné par l'alcoolisme et la misère, et qui entrait à l'hôpital pour une tuméfaction dans la région cervicale; il nous racontait que la plaque d'un rouge vineux qu'il portait alors avait débuté dans la région sous-maxillaire trois semaines auparavant et s'était accrue peu à peu en causant plus de gêne que de douleur. Au moment de notre examen, elle avait envahi la moitié gauche du cou et formait une saillie à bords surélevés; la dureté en était excessive, et, dans ce cas, l'idée d'une tumeur maligne nous vint encore, d'autant plus que les tissus profonds semblaient envahis et la respiration commençait à être difficile. La palpation la plus minutieuse ne me permit de reconnaître aucun point œdémateux, aucune partie fluctuante, et la dureté ligneuse, semblable à celle du squirrhe, était partout la même. Le soir, vers cinq heures, le jour même de son entrée, des phénomènes asphyxiques survinrent, et le soir, à huit heures, le malade était emporté subitement par un œdème de la glotte.

Dans aucun des deux cas précédents, l'examen bactériologique ne fut fait. Il ne le fut pas non plus dans notre troisième observation : elle a trait à un octogénaire

chez lequel je fus appelé pour un gonflement indolore de la région sus-claviculaire, envahie par une tuméfaction dure, due à un épaississement considérable de la peau d'un rouge vineux, d'une résistance de bois, et limité en arrière par le trapèze, en avant par la ligne médiane, en haut par la région sous-maxillaire; le gonflement se terminait par des bords saillants, sorte de bourrelets presque du volume du doigt, au delà desquels les téguments reprenaient leur souplesse et leur coloration. Le mal s'était développé lentement, sans souffrances, et occasionnait plus de gêne que de douleur; la fièvre semblait avoir fait défaut. Vers la cinquième semaine, un point œdémateux, puis fluctuant, se développa sur la partie inférieure; j'y pratiquai, au thermocautère, une tranchée profonde de quatre à cinq centimètres; l'effet en fut excellent; les tissus se dégagèrent et la guérison survint après une longue période d'élimination et de réparation.

Mais j'ai hâte d'en arriver au fait que vous avez maintenant sous les yeux : il s'agit d'un homme de cinquante-neuf ans, qui paraît plus vieux que son âge; peut-être a-t-il eu la syphilis; deux de ses sœurs sont mortes poitrinaires. Il n'a pas de tare viscérale appréciable et ne nous signale qu'un premier ganglion survenu, il y a quatorze ans, dans la région sus-claviculaire gauche, et un second, développé il y a quatre ans dans la région sous-maxillaire du même côté; c'est au niveau de ce dernier ganglion que, vers le 10 mai de l'année courante, une tuméfaction est apparue, qui s'accompagnait d'une sensation générale de malaise, de maux de tête et d'un peu de chaleur locale. Ce gonflement occupa bientôt la région parotidienne et rétro-auriculaire et toute la dépression sous-maxillaire; en moins d'une semaine, ce large espace avait été envahi, mais ce n'est qu'au bout de un mois environ, le 10 juin, que le malade entra à l'hôpital, où nous constatons l'état suivant :

Au niveau de la région dont nous avons déjà tracé les limites, on trouve une grande plaque rouge, surélevée au-dessus des tissus environnants; elle est d'une coloration vineuse ou violacée; sa dureté est ligneuse et donne à la pression une sensation analogue à celle d'un cancer à cuirasse. La résistance et la coloration s'arrêtent presque brusquement par un bourrelet assez marqué, mais plus sensible au doigt qu'à la vue. Il limite une étendue plus large que les deux paumes de la main; en aucun point de ce foyer, on ne constate ni mollesse œdémateuse, ni fluctuation, et, malgré nos observations antérieures et les cas semblables étudiés par nous, nous nous demandions s'il ne s'agissait pas d'une tumeur maligne, d'une adénite ou d'une périadénite cancéreuse. La persistance de cet état pendant trois semaines environ, l'absence de réaction fébrile, la chronicité de cette phlogose venaient encore augmenter notre doute.

Cependant peu à peu, aux confins postérieur et inférieur de la tuméfaction, à la lisière des cheveux et sur la nuque, la coloration se modifie; elle devient plus sombre, plus violette, la consistance en est œdémateuse, et, sous la pression, le doigt y laisse son empreinte. Quatre ou cinq jours après, la fluctuation est manifeste et nous pouvons marquer les limites d'une collection purulente que nous ouvrons vers le crâne et où nous prélevons, pour l'étude bactériologique, une certaine quantité de liquide. Un second foyer semble se dessiner trois jours après en amont du premier, et une incision nouvelle y est pratiquée; mais à ce moment, le centre de la tuméfaction est encore aussi dur; il y a trois jours à peine, sa consistance a diminué; une nouvelle ponction a été faite au bistouri et drainée, et c'est à partir de ce moment-là que nous avons vu les bords du phlegmon chronique s'affaisser, les téguments s'assouplir, la rougeur s'atténuer; il nous faut cette disparition graduelle du mal pour dissiper nos craintes, car cette coloration, cette résistance, l'aspect de la tuméfaction nous font, à chaque examen, craindre l'existence d'une dégénérescence cancéreuse.

Mais voyez combien lente est l'évolution de notre phlegmon ligneux : les premières atteintes du mal se sont montrées vers le 10 mai; nous voici tout à la fin de juillet et nous avons encore une plaque dure et rouge; certainement elle a diminué de volume et d'épaisseur, elle n'a plus guère comme étendue que 4 à 5 centimètres de côté et nous ne trouvons plus, à ses limites, des bourrelets saillants, mais une tuméfaction notable n'en persiste pas moins encore et le mal a près de trois mois de date. Je m'imagine qu'une thérapeutique plus active aurait pu hâter la guérison et, le cas échéant, je propose de traiter le phlegmon ligneux par des ponctions multiples au thermocautère.

L'examen bactériologique a été fait dans le laboratoire de M. Cornil, par mon élève, M. Tixeron, et voici un court résumé de la note qu'il m'a remise : Avec le pus recueilli dans nos deux pipettes, on a préparé six lamelles; deux sont réservées pour les recherches par coloration simple, les quatre autres sont destinées à subir l'épreuve de la double coloration. L'examen par la coloration simple avec la solution aqueuse du bleu de méthylène à froid montre quelques diplocoques disséminés dans le champ microscopique et deux ou trois chaînettes du même diplocoque; en somme, on constate que ce pus est peu chargé en micro-organismes. La double coloration ne décèle aucun bacille tuberculeux, mais la préparation est remplie de diplocoques disséminés ou en chaînettes ou agglomérés, et quelques-uns sont inclus dans les leucocytes. Le pus renferme donc un micro-organisme, difficilement colorable, propriété qu'il doit sans doute à une membrane d'enveloppe qui se dissout par la chaleur, et le bacille devient alors colorable. En effet, lorsqu'on prend deux lamelles chargées de pus, les frottant l'une contre l'autre, si on traite l'une par le bleu de méthylène concentré à froid et l'autre par du bleu de méthylène très étendu à chaud, on ne trouve, dans la première, que de rares diplocoques, tandis que la seconde en montre un très grand nombre.

Des ensemencements ont été faits dans du bouillon, sur de la gélatine et sur de l'agar-agar. Les cultures ont été lentes à se développer. Cependant, au troisième jour, le bouillon était légèrement troublé et il s'était développé quelques rares colonies, sur la gélatine et dans l'agar-agar. Elles n'avaient nullement l'aspect des streptocoques, des staphylocoques et des diplocoques de suppurations ordinaires; tel a été du moins l'avis des plus compétents des hôtes du laboratoire et voilà pourquoi nous avons copié cette note. De nouvelles recherches sont nécessaires; de nouvelles cultures vont être faites, puis des inoculations sur des animaux pour voir si ces microbes sont pathogènes et reproduisent quelque chose d'analogue au phlegmon chronique que nous avons observé. Evidemment, nous ne saurions prétendre, sur un seul examen bactériologique, que notre phlegmon ligneux de la région cervicale est dû à un micro-organisme spécifique. Nous nous bornons à donner l'examen

bactériologique tel quel, en faisant appel à de nouvelles recherches et à de nouvelles observations.

Nous n'oserions, sur d'aussi brèves observations, si peu précises pour la plupart et si notoirement incomplètes, essayer de tracer un tableau d'ensemble des phlegmons ligneux du cou. Dans le cas où la mort, consécutive à un œdème de la glotte, nous aurait permis des recherches anatomo-pathologiques minutieuses, l'autopsie ne put être pratiquée par suite du refus formel de la famille; dans un seul de nos quatre cas, l'examen du pus a été fait. C'est vraiment trop peu; aussi nous bornerons-nous à dire qu'il s'agit probablement d'une infection microbienne qui porte à la fois sur le derme et le tissu cellulaire sous-cutané. Dans notre dernier fait, un ganglion, induré depuis quatre ans, paraît avoir été le point de départ de cet envahissement progressif de la peau et du tissu sous-cutané. Mais les foyers de suppuration ont eu pour siège, non un ganglion central, mais des points situés à la périphérie de la plaque phlegmoneuse.

Que dire de l'étiologie et qu'en savons-nous? Dans aucun de nos premiers cas, l'enquête n'a été suffisante, et nous ne savons quelle a été la cause occasionnelle ou efficiente du développement du mal. Il ressort toutefois de mon souvenir qu'il s'agissait toujours de vieillards ou d'individus usés et sous le coup de tares viscérales. Aucun cependant n'avait, dans l'urine, ni albumine, ni sucre, car l'examen en a toujours été fait. Ce phlegmon me paraît analogue — et c'est un fait que l'observation ultérieure devra éclaircir — à ces anthrax plats, à réaction lente, eux aussi d'une consistance de bois, qui ont été vus et signalés depuis longtemps et qui me paraissent avoir plus d'un point de contact avec mon phlegmon ligneux du cou. Pour ceux-là comme pour ceux-ci, il s'agirait de déterminer si leur forme et leur évolution est due au terrain sur lequel ils se développent ou à leur micro-organisme pathogène. Nous ne sommes pas encore en mesure de résoudre ce problème.

Quant au tableau clinique, il a été le même dans tous les cas: c'est toujours au cou, tantôt sur les parties latérales, tantôt en avant que le phlegmon ligneux s'est développé, et toujours il a occupé une large surface; toujours son développement a été lent et la masse, d'un rouge vineux ou violacé, s'est accrue sans fièvre et sans phénomènes généraux appréciables; mais les signes cardinaux du phlegmon ont fait défaut ou ont été très atténués, et si la rougeur et le gonflement ne manquent jamais, la chaleur n'est pas très intense et la douleur manque presque totalement. En tous cas, elle n'est nullement en rapport avec l'étendue du phlegmon. Puis l'évolution est remarquablement lente: la plaque, d'une résistance qui rappelle celle du cancer à cuirasse, reste de longues semaines avant de montrer la moindre trace de suppuration. Ce n'est qu'au bout de quatre, de cinq ou de six semaines que l'œdème apparaît, puis des foyers de suppuration se forment. Il peut en exister plusieurs, qui évoluent séparément ou se réunissent en une collection unique.

Et si j'insiste sur cette marche anormale et sur cet aspect particulier, c'est que, à première vue, et même après un examen plus minutieux, on pourrait se tromper sur la nature du mal. Dans nos quatre cas, j'ai toujours redouté l'existence d'une tumeur maligne; cette crainte a même persisté après l'apparition de la fluctuation et l'ouverture des abcès. On sait, en effet, que dans les dégénérescences épithéliales de la région cervicale, des collections purulentes ne sont pas rares, dues sans doute à des inoculations par les lymphatiques de la bouche et à quelque association bactérienne. Nous en avons vu de très nombreux exemples dans les ganglions sous-maxillaires ou carotidiens envahis consécutivement au cancer de la langue. Et voilà pourquoi, dans nos quatre observations, notre sécurité n'a été complète qu'après la guérison de notre phlegmon ligneux. Et c'est long, car deux mois, ou même trois, sont souvent nécessaires.

J'en ai fini avec cette variété, à ma connaissance, non décrite, du phlegmon ligneux de la région cervicale. Et je puis résumer cette conférence en quelques lignes fort courtes: Il se développe parfois, dans la région cervicale, sous l'influence de causes que nous ne connaissons guère, mais parmi lesquelles la cachexie paraît jouer un rôle, un phlegmon d'une allure particulière et caractérisé par son évolution lente et la dureté ligneuse que prennent les téguments. Aussi pourrait-on le confondre avec une tumeur maligne de la peau. Dans le seul cas où l'examen bactériologique a été fait, on a trouvé un diplocoque paraissant différer par de nombreux caractères des microbes habituels de la suppuration.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er août 1893.— Présidence de M. Laboulbène.

COMMUNICATION

Choléra en Roumanie en 1892. — M. BABÈS fait connaître les mesures sanitaires prises en Roumanie contre le choléra en 1892. Ces mesures ont consisté dans l'établissement de quarantaines maritimes et terrestres et de cordons sanitaires, sans compter les mesures de désinfection et d'assainissement préparées dans les communes. Mais il n'y a pas eu besoin d'appliquer celles-ci, car, tandis que toutes les puissances voisines furent visitées par le fléau, la Roumanie resta indemne. Les quelques cas dont on a parlé dans certains villages ne peuvent être attribués au choléra; l'examen bactériologique l'a démontré. Contre les provenances maritimes, la quarantaine fut d'abord de 11 jours, puis de 8 jours; contre les provenances terrestres, la quarantaine fut de 5 jours. La défense fut des plus rigoureuses.

M. PROUST proteste contre l'opinion formulée par M. Babès en faveur des mesures quarantenaires. Ces opinions lui sont d'ailleurs très personnelles; car, à la conférence sanitaire de Dresde, les délégués officiels de la Roumanie, le prince Ghika et le docteur Félix, se sont associés aux propositions des délégués français en faveur de l'abolition des quarantaines; ce sont des mesures d'un autre âge que M. Proust s'étonne de voir recommander à la tribune de l'Académie.

M. BABÈS se borne à constater ce que la Roumanie a fait en 1892 pour se défendre du choléra; il ne prétend nullement que les mêmes mesures soient rationnelles ou possibles dans les pays occidentaux plus civilisés. Il croit d'ailleurs que la question des quarantaines n'est pas absolument jugée; ce qui s'est passé l'année dernière en Roumanie montre que les mesures quarantenaires, qui, au point de vue bactériologique et scientifique, se justifient aisément, peuvent donner des résultats appréciables dans certaines conditions déterminées; ce sont des considérations commerciales qui peuvent seules les faires rejeter.

M. PROUST fait observer que la bactériologie, malgré des progrès qu'elle ait permis d'obtenir au point de vue du diagnostic et de la prophylaxie, n'a pas modifié l'opinion que nous avions

déjà sur la transmissibilité du choléra. Aujourd'hui la prophylaxie de cette affection s'est affermie : on a pu reconnaître l'inutilité absolue des quarantaines terrestres et adoucir singulièrement les mesures contre les provenances par mer. Les bâtiments venant de pays contaminés n'ont ou n'ont pas de choléra à bord : dans le premier cas, les malades sont débarqués et isolés, les linges sales désinfectés et les autres passagers surveillés pendant 2, 3 ou 4 jours; dans le second cas, toute quarantaine d'observation est supprimée, la libre pratique est accordée après une visite médicale et la désinfection du linge sale et des objets contaminés. Telles sont les doctrines et les mesures que nous avons fait approuver par la très grande majorité des puissances européennes et qui, seules, doivent être appliquées désormais.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TÉTANOS

M. PÉAN. MM. Leblanc, Nocard, Trasbot et Weber ont fait, je crois, bonne justice des théories, par trop ingénieuses, développées avec un grand luxe de documents par notre confrère M. Verneuil. Il n'est plus permis aujourd'hui de soutenir l'origine équine du tétanos, d'autant que M. Verneuil lui-même est le premier à convenir, quand il cesse d'être systématique, que « le tétanos n'atteint pas exclusivement le cheval ; qu'on l'observe communément chez d'autres solipèdes : âne, mulet, etc.; chez les bovidés, les ovidés, les caprins, le chien, le singe, voire même le perroquet (1) ». Ce qui équivaut à dire que M. Verneuil reconnaît « qu'il ne verrait aucun inconvénient à substituer l'hypothèse de la provenance animale multiple à celle de la provenance équine exclusive ». Retenons donc cet aveu et passons outre.

Désirant me maintenir sur le terrain exclusivement chirurgical, j'insisterai plus particulièrement sur ce qui, dans la communication de M. Verneuil, relève du domaine de la chirurgie; et, pour ne pas sortir de la discussion sur le *traitement prophylactique* du tétanos, que le tétanos soit produit ou non par un agent infectieux il n'est pas douteux que le mode de pansement des plaies, l'asepsie et l'antisepsie ont contribué, dans une large mesure, à en diminuer la fréquence. De même que l'érysipèle, que l'infection purulente et autres maladies « de *malpropreté* », le tétanos a disparu de nos salles, sans doute les pansements antiseptiques n'ont pas toujours empêché l'évolution de la maladie, mais ils n'en constituent pas moins un agent de préservation qu'il serait imprudent de négliger. Mais il y a plus : nous savons tous que les plaies superficielles, insignifiantes, sont, plus souvent peut-être que les vastes délabrements, suivies de tétanos. Il importerait donc que l'Académie, qui doit avant tout se préoccuper de la solution pratique des questions qui lui sont soumises, ne s'attarde pas à des discussions plus ou moins oiseuses, et prescrive des moyens de prophylaxie qui soient d'un usage courant. Que la plaie soit ou non tétanifère, elle ne pourra qu'être très heureusement modifiée par des lavages antiseptiques à l'eau phéniquée, l'eau chloralée, ou tout autre microbicide. Si nous nous trouvons sur ce point d'accord avec M. Verneuil, nous n'hésitons pas à conseiller, contrairement à son opinion, la réunion immédiate de la solution de continuité. Nous persistons à croire que les plaies fermées présentent moins de gravité que les plaies ouvertes. Nous n'en voulons pour preuve que ce qui se passait autrefois pour le pédicule des kystes de l'ovaire quand on le laissait à l'air libre. La plaie favorise, en ce cas, la manifestation du tétanos, ainsi que tous les chirurgiens ont pu l'observer; et cela sans qu'il soit indispensable qu'il y ait du fumier de cheval dans le voisinage de la salle d'opération, ou même qu'un vétérinaire assiste l'opérateur (2). Mais, à entendre M. Verneuil, il faudrait renoncer à opérer à l'hôpital, quand on s'y rend autrement qu'à pied; à moins de faire stationner sa voiture à quelques centaines de mètres de la maison hospitalière ! Et encore ne serait-on pas assuré de ne pas être un agent tétanifère, par *contagion médiate*, pour employer l'expression même de M. Verneuil. Pour en revenir au traitement prophylactique du tétanos, qui nous occupe avant tout, nous sommes donc d'avis que la réunion immédiate s'impose dans la grande majorité des cas; qu'elle doit être la règle, et non point l'exception, comme le voudrait notre honorable contradicteur.

(1) *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXI, p. 284.
(2) *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXIV, p. 23.

Passant à la troisième proposition de M. Verneuil, je trouve que, pour un homme qui revendique à son profit le pincement des vaisseaux, M. Verneuil est bien timoré quand il donne au thermocautère la préférence sur le bistouri pour pratiquer des débridements dans les plaies anfractueuses. Le thermocautère, comme l'écraseur linéaire qu'a parfois conseillé le même auteur (qui n'a décidément qu'une confiance limitée dans ses pinces !), est, nous l'avons souvent dit, un mauvais instrument, dont on connaît trop les inconvénients, pour qu'il soit nécessaire d'y insister.

M. Verneuil nous engage plus loin à ne pas trop nous efforcer d'extraire les corps étrangers ; « à les laisser plutôt, en cherchant à les stériliser sur place » (par quels moyens? M. Verneuil n'est pas suffisamment explicite sur ce point) et « à ne procéder à toutes ces manœuvres, quelles qu'elles soient, que sous le spray, ou après la balnéation très prolongée ». Ici, M. Verneuil se montre plus listérien que Lister, lequel a complètement renoncé au spray. Le spray peut, en effet, contribuer à assurer l'asepsie d'un appartement. Mais, mis en contact avec une plaie, il ne saurait qu'en favoriser l'irritation. Il n'est pas un chirurgien qui ne connaisse cette propriété du spray. La montre de M. Verneuil retarde.

Mais poursuivons : M. Verneuil nous dit que « en cas de gangrène confirmée, partielle, il faut sectionner les eschares plutôt dans le mort que dans le vif, avec le thermocautère ». Pour nous, nous estimons qu'il vaut mieux sectionner les parties gangrenées avec les ciseaux, en prenant toutefois toutes les précautions antiseptiques requises, plutôt que d'employer le thermocautère, instrument que nous sommes loin de considérer, à l'instar de M. Verneuil, comme « l'instrument à tout faire ».

Tout cela nous éloigne de la prophylaxie proprement dite du tétanos, mais à qui la faute?

Est-ce bien de prophylaxie qu'il s'agit, sont-ce bien des procédés d'un emploi commode que cette stérilisation du foyer « à l'aide du bain permanent, de la pulvérisation, de l'injection, des compresses, des pointes de feu en quinconce » et, dans certains cas, « des caustiques appliqués en surface ou de l'ignipuncture au rouge sombre, assez longtemps prolongée pour surchauffer la région blessée »? Et, comme si tous ces moyens n'étaient pas suffisamment complexes, on vient nous parler du « surchauffage dans le four à briques chaudes » qui a rendu de notables services dans les tuberculoses terminales des membres. Mais quel rapport, demanderons-nous à notre tour, établissez-vous entre le tétanos et le tubercule? Et depuis quand l'un peut-il s'accommoder de ce qui convient à l'autre?

Pour conclure, nous nous en tiendrons, pour notre part, à des notions dont la valeur reconnue n'est pas à nos yeux le moindre mérite.

Il faut, dirons-nous, pour préserver dans la mesure du possible du tétanos :

1° Toutes les fois qu'un malade se fait une blessure, même légère, soit à la ville, soit à la campagne, laver la plaie avec un liquide antiseptique quelconque et la recouvrir, non pas avec un linge perméable, comme on le fait généralement, mais bien avec une substance imperméable, telle que le collodion, le diachylon, etc. (1) ;

2° Panser avec plus de soin encore, au moyen des antiseptiques, les plaies plus sérieuses ;

3° Renoncer au thermocautère et lui substituer le bistouri, dans tous les cas, pour les débridements, afin de régulariser les plaies ou pour enlever les corps étrangers, quand leur volume l'exige ;

(1) Grâce à cette précaution, nous avons pu préserver tous les élèves qui suivaient nos cours, pendant notre prosectorat, des piqûres anatomiques, et nous avons pu, depuis cette époque, mettre à l'abri de l'infection purulente, et même du tétanos, les nombreux malades qui sont venus nous consulter dans les hôpitaux.

4° Remplacer les ligatures par le pincement des vaisseaux ;

5° Ne pas laisser volontairement les plaies ouvertes, les maintenir à l'abri de l'air pendant et après les pansements ;

6° Donner la préférence aux pansements rares ;

7° Immobiliser le mieux possible la région vulnérée ;

8° Isoler les malades ; l'isolement, que nous avons été le premier à pratiquer dans les hôpitaux, nous ayant déjà mis à l'abri d'autres maladies infectieuses, telles que l'érysipèle, l'infection purulente, qui, à l'heure actuelle, ont disparu de nos services hospitaliers, comme le tétanos lui-même.

COMMUNICATIONS

Emploi de la théobromine contre les affections cardiaques. — M. GERMAIN SÉE communique, sur ce sujet, un travail dont voici les conclusions :

La théobromine, de même que la caféine, fait partie de ce groupe de substances qu'on appelle aujourd'hui *xanthines*, qui présentent la plus grande affinité avec l'acide urique et proviennent presque toutes des tissus animaux ou végétaux riches en cellules ou noyaux de cellules.

La théobromine ou dyméthylxanthine (méthyle = $C^2H^3)^2$), est une xanthine avec deux méthyles ; elle est l'homologue inférieure de la caféine qui est une triméthylxanthine. Malgré leur analogie apparente, la différence de leur constitution méthylique détermine des actions physiologiques tout à fait distinctes : toutes deux sont des diurétiques, mais la théobromine produit la diurèse cinq fois plus forte, et cela en agissant directement sur l'élément sécréteur du rein, sans le secours de l'élément nervo-vaso-moteur.

2° L'action de la théobromine se manifeste d'une manière infaillible dans les hydropisies d'origine cardiaque, même les plus avancées. J'ai vu, dans sept cas, après les échecs successifs de tous les autres diurétiques (digitaline, strophantine, caféine, etc.), la diurèse s'élever, en trois ou quatre jours, à deux litres et jusqu'à six litres d'urine ; et, au fur et à mesure que les urines augmentaient, toutes les hydropisies reculer, tous les liquides se résorber d'une manière évidente et proportionnelle à la polyurie ; celle-ci se produisait même quand il y avait un certain degré d'albuminurie et se traduisait non seulement par l'excès d'eau, mais par tous les principes normaux de l'urine, entre autres de l'urée.

3° La supériorité de la théobromine sur les autres diurétiques provient de son action directe et absolument inoffensive sur le parenchyme du rein. Au contraire, les autres diurétiques, comme la digitale, le strophantus, n'agissent qu'en excitant les vaisseaux et qu'en renforçant le cœur ; or une pareille intervention ne saurait se soutenir ni dépasser une certaine intensité.

La caféine a une autre infériorité que les diurétiques à haute pression ; elle s'accompagne d'une excitation cérébrale, d'une excitation psychique inévitable, qui seule suffit pour en restreindre l'emploi et pour la mettre au deuxième plan en regard de la théobromine. Cette diméthylxanthine ne produit pas le moindre signe d'intoxication, et, sauf quelques nausées que j'ai notées deux fois, elle agit d'une manière absolument inoffensive dans la genèse de la polyurie.

4° Quelle que soit la cause de l'hydropisie cardiaque, — qu'elle soit due à une lésion de l'aorte ou de la valvule mitrale, à une dégénérescence du muscle cardiaque, — l'effet de la théobromine est le même. En prescrivant au malade, au repos horizontal, le premier jour 3 grammes à l'aide de trois pastilles d'un gramme, ou de six pastilles d'un demi-gramme ; le deuxième jour, 4 grammes ; le troisième jour, 5 grammes ; on ne manque pas de provoquer une diurèse efficace, suivie de la disparition de l'œdème même généralisé, ainsi que de l'ascite qu'on est dispensé ainsi de ponctionner.

Lorsque les hydropisies ont une autre cause que les maladies du cœur et sont d'origine brightique, les effets sont très variés et discutables.

5° Le seul moyen d'administrer la théobromine est sous forme de pastilles ou en capsules, car elle est insoluble d'une manière absolue dans l'eau, l'alcool, l'éther. En Allemagne, on a, sous le nom de diurétine, lancé dans le commerce une substance qui serait de la théobromine dissoute dans le salicylate de soude, comme on fait du salicylate de la caféine. Mais cette solubilité ainsi comprise n'existe point ; on ne l'obtient que par la soude à 4 p. 100 : c'est la diurétine avec tous les dangers qu'il faut lui reconnaître, tandis que la théobromine en nature s'absorbe difficilement, mais sans inconvénient, probablement dans l'intestin, et produit tous les effets curatifs sans aucun effet fâcheux durable. De plus, elle n'exige pas l'ingestion d'une grande quantité de liquide, et sous ce rapport elle a un avantage marqué sur la lactose, excellent diurétique, mais proportionné comme effet à la quantité de sucre de lait qui exige un litre d'eau pour 50 grammes de lactose, et n'opère qu'à 100 grammes, c'est-à-dire avec deux litres d'eau. Il résulte de ces données que la théobromine peut se prescrire avec une alimentation ordinaire, pourvu que le régime soit modéré. Puis, pour maintenir l'effet obtenu, je prescris, après quelques jours de repos, pendant trois jours, un demi-milligramme de digitaline ou 3 grammes de théobromine sans aucun autre adjuvant, si ce n'est l'iodure de calcium lorsqu'il survient quelques signes d'oppression.

Avec l'observation de ces règles, je n'ai vu de rechute sur aucun de mes malades.

DISCUSSION

M. LE ROY DE MÉRICOURT ne veut pas discuter la valeur de la théobromine, qu'il ne connaît pas. Mais il croit que M. Sée, dans sa communication, a trop médit du maté. Il est employé journellement dans les Pampas. Lorsqu'il était à la Plata, il a étudié ses effets, et il a vu qu'il avait toutes les propriétés attribuées à la kola. De plus, le maté, lorsqu'on y est habitué, est très bien toléré.

M. G. SÉE a étudié également le maté et il lui a reconnu quelques inconvénients : ainsi, chez deux personnes qui en faisaient usage, il a vu survenir une albuminurie très abondante.

M. LE ROY DE MÉRICOURT pense que M. Sée est tombé sur des cas exceptionnels. Dans la Plata, il n'a observé aucun de ces accidents. Dans le pays, c'est un breuvage habituel.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Précis iconographique des maladies de la peau (1),
par E. CHATELAIN.

Les médecins praticiens dont l'instruction première en dermatologie a assez souvent été très négligée, réclament depuis longtemps un « Manuel iconographique des maladies de la peau ». Ils désirent avoir non seulement une histoire nosologique et une description clinique exacte des dermatoses, mais aussi et surtout des planches qui fassent l'éducation de leur œil. Rien de difficile, en effet, comme de comprendre la description d'une affection cutanée et surtout d'en faire le diagnostic en se basant exclusivement sur les renseignements fournis par les livres ; rien de difficile, par conséquent, comme d'appliquer à un cas donné le traitement qui lui convient, lorsqu'on doit se baser pour cela non sur des souvenirs de clinique, mais sur des données théoriques rapidement acquises en feuilletant sa bibliothèque. Pour les initiés même, il serait précieux de pouvoir se remettre dans l'œil, à volonté, les divers types cliniques dont le souvenir s'efface facilement quand on n'a pas l'occasion de voir souvent des maladies de la peau.

Si un manuel de ce genre n'existait pas encore, c'est que les planches coûtent fort cher et qu'elles ne peuvent donner idée de

(1) In-8°. Prix : 25 francs. — Paris, A. Maloine.

la nature que d'une façon incomplète. Les nuances leur échappent presque totalement.

Dans quelle mesure les nouveaux procédés de chromogravure pourraient-ils combler cette lacune et permettre une publication à bon marché? C'était à essayer.

La librairie Maloine a donc fait une tentative intéressante en publiant un précis iconographique des maladies de la peau, orné de cinquante planches en couleur. L'exécution en a été confiée à M. Méheux, dont les habitués de Saint-Louis connaissent les belles photographies coloriées, photographies qui ne le cèdent en rien souvent aux artistiques moulages de Baretta pour la reproduction exacte de la nature.

Malheureusement, à ce point de vue, la gravure est loin de valoir la photographie directe, et si certaines reproductions sont excellentes, il en est d'autres qui sont insuffisantes; ce sont des schémas dont un dermatologiste exercé pourrait le plus souvent, mais non toujours, faire le diagnostic; mais il est difficile que le médecin qui n'a pas habituellement fréquenté les services de dermatologie puisse, d'après eux, établir le diagnostic des faits qu'il peut rencontrer dans sa pratique de chaque jour.

Certains de ces schémas sont tellement sommaires qu'on pourrait, sans grande difficulté, changer leur titre et leur faire représenter successivement des choses différentes. Que l'on compare, par exemple, la planche qui représente la gale (vue d'ensemble) et la planche XXVII, qui représente le lichen plan. La chromolithographie, quelque parfaite qu'elle soit, ne peut rendre en effet certaines nuances, même lorsqu'elle est superposée à la photogravure, ce qui paraît avoir été le procédé employé ici dans la majorité des cas.

Ces réserves faites, il faut reconnaître que la plupart de ces planches peuvent être réellement utiles. Pour un ouvrage de ce genre, elles devraient être plus nombreuses encore, et le texte devrait s'y appliquer plus intimement. Le texte devrait dire en quoi ces images se rapprochent de la nature et en quoi elles diffèrent; il devrait faire en quelque sorte la clinique des planches, clinique à laquelle se rattacheraient étroitement les données pratiques de diagnostic et de traitement.

M. Chatelain donne un résumé de dermatologie qui, bien qu'en général bien fait, est souvent trop sommaire. Comme il s'est considéré comme obligé de citer toutes les formes décrites avec leurs dénominations multiformes, cela tourne souvent à l'énumération des appellations, ce qui peut inutilement effrayer les étudiants et les praticiens auxquels s'adresse l'ouvrage. Il eût mieux valu, à notre sens, insister davantage sur les choses communes, sur les types les plus vulgaires, quitte à renverser les proportions habituellement établies dans les traités classiques. Prenons un exemple : l'eczéma compte cinquante-quatre pages sur cinq cents, il eût fallu lui en consacrer largement le double. La place ainsi prise eût été regagnée en supprimant purement et simplement certaines affections rares ou exotiques, ou en n'en donnant que la définition. A quoi bon donner place, dans un semblable « manuel », à la farcinose, à l'aïnhum, à la chair de poule, au myxœdème, au rhinosclérome, et même à la lèpre et à l'actinomycose? Il eût mieux valu passer la lèpre sous silence que de lui consacrer dix pages, alors que le purpura est signalé en *deux* pages.

Pour le traitement, il eût fallu aussi moins faire une énumération qu'un *précis* qui donne une indication aussi *précise* que possible, bien que circonstanciée, de ce qu'il convient de faire dans telle ou telle des diverses variétés cliniques. Insister sur les principes vaudrait mieux ici qu'égréner un chapelet de formules.

Un ouvrage semblable devrait être beaucoup plus un guide pratique et iconographique qu'un Manuel : ce devrait être une clinique iconographique.

Mais je me laisse entraîner à dire plus ce que j'aurais voulu trouver qu'à dire ce que j'ai trouvé réellement, et à me montrer trop sévère pour un livre auquel je veux du bien.

Je souhaite du succès à cet ouvrage, parce qu'il représente une tentative nouvelle et digne, à ce titre, d'être encouragée; parce qu'il était intéressant, comme nous l'avons dit, de mettre les procédés nouveaux de chromogravure au service de l'iconographie dermatologique dans une publication à bon marché.

Malgré les imperfections que nous y avons relevées, ce livre n'en reste pas moins, à l'heure actuelle, le seul « Manuel » complet des maladies de la peau qui renferme des planches en couleur. Cela sera sûrement très apprécié par les médecins.

Nous espérons que, lorsqu'il en arrivera à une seconde édition, il sera revu et remanié dans le sens que nous avons indiqué.

La pneumonie lobaire aiguë (1), par le docteur Maurice Boulay.

Il y a peu d'histoires aussi intéressantes que celle de la pneumonie lobaire aiguë. Il semble que cette maladie soit celle sur laquelle les diverses doctrines médicales, relativement aux pyrexies, aient le plus tendance à se schématiser. Après avoir servi de type à la doctrine organicienne, la voilà maintenant qui sert de type à la doctrine microbienne. Elle ou plutôt son microbe le pneumocoque, qui fournit l'exemple parfait d'un micro-organisme susceptible de provoquer une lésion inflammatoire bien limitée, d'évolution restreinte dans le temps et dans l'espace, mais capable aussi d'infecter l'organisme tout entier, et de donner lieu par des localisations extra-pulmonaires aux manifestations les plus variées. D'un autre côté, ce microbe, qui cause l'inflammation à type fibrineux de la pneumonie, semble capable aussi de produire des inflammations suppuratives.

La pneumonie lobaire du type commun, les pneumonies de forme clinique plus rare, les infections par le pneumocoque, on trouvera tout cela bien exposé dans les deux volumes que M. Boulay vient d'ajouter à la collection Charcot-Debove. M. Boulay était particulièrement désigné par ses travaux antérieurs pour faire cette monographie; personne ne sera surpris qu'il l'ait menée à bien.

Influence du travail intellectuel sur les variations de quelques éléments de l'urine à l'état pathologique (2), par M. le docteur H. Thorion.

C'est là une question des plus intéressantes, mais en même temps des plus complexes. M. Thorion, ancien chef des travaux chimiques à la Faculté de médecine de Nancy, s'est soumis lui-même à une expérience méritoire à bien des points de vue. Avec un régime identique, il a analysé ses urines tous les jours, jours de repos et de travail intellectuel alternativement. Ce travail intellectuel consistait en particulier dans la résolution de problèmes de mathématique d'un ordre élevé, ce qui demande un effort cérébral comparable à ce qu'est, pour le système musculaire, l'ascension des montagnes.

Il serait bon cependant, à notre sens, de varier les conditions de cette épreuve et, au lieu de faire alterner les jours de travail et les jours de repos, de comparer une *période* de travail à une période de repos intellectuel, toutes choses égales d'ailleurs.

Quoi qu'il en soit, voici les conclusions de cet intéressant mémoire :

« Le travail intellectuel augmente le volume de l'urine, la magnésie et surtout la chaux; il diminue la densité et l'acide sulfurique; l'acide phosphorique total, qui ne présente pas de variation quantitative, subit probablement un changement qualitatif; sa répartition est sans doute modifiée entre les phosphates terreux qui s'élèvent et les phosphates alcalins qui s'abaissent. »

Il serait cependant téméraire de conclure de cette ébauche de recherches, l'auteur le déclare lui-même, qu'il y a un rapport entre la pensée et la désassimilation cérébrale, bien qu'il tende à admettre ce rapport.

(1) 2 vol. in-16. Bibl. Charcot-Debove. Prix : 7 francs. — Paris, Rueff et Cie.

(2) In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Ce rapport même serait nettement établi que cela ne prouverait rien contre l'existence de l'âme : il ne faut pas confondre physique et métaphysique.

A. MATHIEU.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

273. M. GUILLEMAIN. Ostéo-arthrite tuberculeuse du genou chez l'enfant. — 274. M. CLAISSE. Les infections bronchiques. — 275. M. SAUCIER. Essai sur le traitement médical des salpingites. — 276. M. GALLIER. Des divers modes d'emploi de la digitale dans les affections du cœur. — 277. M. EHRHARDT. De la polyurie hystérique. — 278. M. LECOQ. Contribution à l'étude de la péritonite à pneumocoques chez l'enfant. — 279. M. GALLET-DUPLESSIS. De la symphyséotomie chez l'homme. — 280. M. JONCHERAY. De l'ostéite déformante (maladie osseuse de Paget). — 281. M. FLAMM. Contribution à l'étude du traitement de certaines affections des voies digestives. — 282. M. BALEY. Des symptômes prodromiques de l'éclampsie et de leur traitement par le régime lacté. — 283. M. FREMIN. Anomalie du troisième temps de l'accouchement; conduite à tenir. — 284. M. GIRARD. Quelques considérations sur l'ostéomyélite aiguë de la hanche. — 285. M. DESGENETEZ. De l'action de l'antipyrine dans certaines formes d'atrophie du nerf optique. — 286. M. BACQUE. Contribution à l'étude du cancer de l'intestin. — 287. M. SALOMON. Essai sur une intoxication aiguë et chronique observée chez les peigneurs de chanvre. — 288. M. MARCHENA. Étude critique sur le spasme bronchique.

— Par décret, en date du 30 juillet 1893, M. le docteur Le Bot, médecin de deuxième classe du corps de santé des colonies, démissionnaire, a été nommé médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

Le micrographe préparateur, journal mensuel de micrographie générale et de technique micrographique, publié sous la direction de M. J. TEMPÈRE, avec la collaboration d'un groupe de spécialistes. (N° 7, juillet 1893.) — Prix de l'abonnement : pour la France, 12 francs; pour l'étranger, 15 francs. — Prix du numéro : 1 fr. 25. — Paris, J. Tempère, 168, rue Saint-Antoine.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE







N° 89. - SAMEDI 5 AOUT 1893. 66e ANNÉE. SAMEDI 5 AOUT 1893. — N° 89.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 4 août 1893.

RAPPORTS

AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous soumettre deux décrets délibérés en conseil supérieur de l'Instruction publique, portant l'un réorganisation des études médicales, l'autre institution dans les Facultés des sciences d'un certificat d'études physiques, chimiques et naturelles. Je ne saurais mieux faire, pour vous en exposer les motifs, que de placer sous vos yeux les deux rapports présentés au Conseil supérieur, le premier par M. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris; le second, par M. Darboux, doyen de la Faculté des sciences de Paris.

I

RÉORGANISATION DES ÉTUDES MÉDICALES

(Rapport de M. BROUARDEL.)

Le projet que la commission chargée d'étudier la réforme des études médicales soumet à l'approbation du Conseil, a pour origine les observations présentées par les Facultés de médecine depuis plus d'un demi-siècle.

Le développement pris dans ces dernières années par les sciences, la nécessité d'initier d'une façon pratique les étudiants aux travaux de laboratoire, enfin la promulgation de la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine, ont rendu urgente la solution de problèmes soulevés depuis de si longues années.

Ces diverses questions ont été, en ces derniers temps, soumises à des enquêtes successives, dans lesquelles se trouvent consignées les opinions des Facultés de médecine. Le projet ne fait que les résumer et les coordonner.

Malgré cette longue élaboration, le projet n'a pas été sans provoquer quelque émotion au dehors, surtout dans certaines Écoles secondaires de médecine et de pharmacie.

Votre Commission pense qu'il a été insuffisamment connu ou mal compris, et que, par suite, quelques explications sont nécessaires pour montrer qu'il ne contient aucune disposition sur laquelle les opinions médicales, appelées à se prononcer de la façon la plus précise, n'aient été à peu près unanimes, qu'il répond aux nécessités de l'enseignement, enfin qu'il ne supprime ni ne diminue aucun des privilèges dont jouissent actuellement les Facultés et les Écoles secondaires.

I. HISTORIQUE ET ÉTAT ACTUEL.

De tout temps, les professeurs des Facultés de médecine, notamment les professeurs de physique, de chimie, d'histoire naturelle, se sont plaints que les étudiants en médecine abordaient les études médicales avec une préparation scientifique insuffisante; que, par suite, ces professeurs étaient obligés d'enseigner les éléments des sciences à des élèves qui auraient dû les posséder avant de s'inscrire dans les Facultés.

Ils ont fait remarquer à juste titre que les chaires de chimie, physique et histoire naturelle ont été créées par les Facultés de médecine dans le but, non pas d'enseigner les sciences générales, mais d'en faire connaître les applications médicales à la physiologie, à la pathologie, à la thérapeutique, à l'hygiène, à la médecine légale, à la clinique. Les professeurs chargés de cet enseignement, placés en présence d'élèves n'ayant que des notions tout à fait insuffisantes sur la physique, la chimie, l'histoire naturelle générales, se sont trouvés dans la nécessité de les compléter et de consacrer la plus grande partie de leur temps, soit dans l'amphithéâtre, soit dans les travaux pratiques, à exposer les questions non médicales avec lesquelles les étudiants auraient dû être familiarisés avant d'entrer dans les Facultés. D'autre part, ils ne pouvaient donner à la partie essentielle de leur enseignement, celle qui est leur raison d'être à la Faculté, je veux dire aux applications des sciences à la médecine, que des développements très restreints. Ils n'auraient pas été compris par des élèves qui n'avaient pas encore abordé l'étude de l'anatomie, de la physiologie et de la médecine.

Les élèves eux-mêmes, convaincus que la possession du grade de bachelier ès sciences restreint suffisait à prouver qu'ils connaissaient ces sciences, n'apportaient à leurs études, dans cette première année, qu'une ardeur très mal soutenue. Pour eux, la date réelle de leur entrée à la Faculté de médecine était celle qui leur ouvrait les portes

des pavillons de dissection, c'est-à-dire la deuxième année.

Les plaintes étaient unanimes et les résultats du premier examen de doctorat, subi à la fin de la première année, montrent que, malgré le zèle des professeurs, plus du tiers des étudiants en médecine, et quelquefois la moitié, échouait à cette épreuve deux ou trois fois, et qu'un grand nombre d'entre eux, découragés, renonçaient définitivement aux études médicales.

Dans le programme actuel des études, lorsque l'étudiant a accompli cette première année de scolarité, il ne trouve plus, pendant toute la durée de ses études médicales, un cours ou une conférence destinés à lui montrer les applications des sciences physiques, chimiques ou naturelles à la médecine. Il en résulte que, par suite de l'insuffisance de leur préparation avant d'entrer à la Faculté de médecine, les étudiants reçoivent incomplètement l'enseignement de la physique, de la chimie et de l'histoire naturelle générales et plus incomplètement encore celui de leurs applications à la médecine.

Ce vice du programme des études médicales a été signalé de tous temps. Je n'en citerai qu'une preuve. Dans la haute Commission des études médicales, réunie en 1845 sous la présidence du ministre de l'Instruction publique, M. de Salvandy, Orfila disait, dans la séance du 23 décembre : « A l'époque où fut faite la loi du 19 ventôse an XI, on ne s'occupait pas des sciences dites accessoires, qui sont devenues d'une si grande importance aujourd'hui et qui exigent au moins une année d'études », et, appuyé par Dumas, il demandait que la scolarité des études médicales fût portée à cinq ans. De son côté, le doyen de la Faculté de Strasbourg, Coze, demandait que le baccalauréat ès sciences (alors il n'était pas restreint) fût acquis avant d'entrer à la Faculté de médecine comme sous le régime de 1827 à 1831. On croirait, en lisant ces procès-verbaux, assister aux discussions de l'époque présente.

L'unanimité des réclamations présentées depuis lors par les diverses Facultés a suscité diverses enquêtes ; je m'en tiendrai à celles que l'Administration a provoquées en 1890 et 1892.

En 1890, la question était ainsi posée par une circulaire ministérielle : « Création d'une série de la seconde partie du baccalauréat propre aux futurs étudiants en médecine et comprenant la physique, la chimie et l'histoire naturelle avec des épreuves pratiques. Organisation dans les Facultés des sciences d'une année d'études correspondant à ces matières. Distribution des matières de l'enseignement médical en quatre années. »

En 1892, la circulaire ministérielle du 9 mai posait la question un peu différemment :

« 1. Organisation dans les Facultés des sciences, après des études secondaires complètes, y compris la classe de philosophie, d'une année d'études théoriques et pratiques, comprenant la physique, la chimie et l'histoire naturelle, à la place du baccalauréat ès sciences restreint et de la première année du programme actuel des Facultés de médecine.

« 2. Organisation de quatre années d'études médicales, y compris les applications des sciences physiques et naturelles à la médecine ; remaniement des examens de manière à en faire rentrer une partie dans la durée de la scolarité. »

Il y a lieu de remarquer qu'en ce qui concerne l'organisation des études médicales et la préparation scientifique nécessaire à ces études, les questions posées aux Facultés en 1890 et 1892 sont identiques ; la différence ne porte que sur les études secondaires préalables. En 1890, on demandait si elles ne pouvaient pas s'arrêter à la rhétorique. En 1892, on admet qu'elles comprendront nécessairement une année de philosophie.

Ce changement s'explique par deux raisons. D'abord, dans la section permanente, on a élaboré de nombreux projets dans le but de faire tenir dans une seule année la classe de philosophie et l'année de préparation des sciences physiques et naturelles ; on n'a pu aboutir à un plan véritablement satisfaisant et on a dû y renoncer. Puis les Facultés de médecine, qui avaient soulevé la question de la suppression ou de la transformation de la classe de philosophie, se sont ensuite prononcées à une grande majorité contre toute modification de cette classe.

Analysons maintenant les réponses que les diverses Facultés ont faites aux questions posées en 1890 et 1892.

Faculté de médecine de Paris. — 1. (1890). Les aspirants à la Faculté de médecine feront une année d'études scientifiques préparatoires à la médecine. Voté à l'unanimité.

2. Cette année d'études préparatoires sera organisée dans les Facultés des sciences. Adopté par 17 voix contre 6.

En 1892, la réponse est encore affirmative sur le mode d'organisation des études médicales et des études scientifiques préparatoires. Seulement l'assemblée demande qu'un examen soit institué pour l'entrée dans la Faculté, et, dans le cas contraire, elle demande que l'enseignement préparatoire soit rattaché aux Facultés et Écoles secondaires de médecine tout en étant distinct et séparé de la scolarité médicale.

Disons de suite que cet examen d'entrée subi à la Faculté de médecine par des élèves qui ne seraient pas étudiants en médecine a dû être écarté comme contraire aux principes mêmes des statuts universitaires.

Faculté de médecine de Bordeaux. — (1890). Elle répond affirmativement aux questions posées par la circulaire. Elle demande la suppression du baccalauréat restreint, la création d'une année préparatoire dans les Facultés des sciences. En 1892, elle répond affirmativement sur l'organisation des études, demande une année d'études préparatoires et quatre années de scolarité médicale.

Faculté de médecine de Lille. — En 1890, elle répond affirmativement sur tous les points.

En 1892, elle se réfère à ses réponses de 1890.

Faculté de médecine de Lyon. — En 1890, elle répond affirmativement sur l'organisation des études. Elle préférerait que l'année préparatoire fût organisée dans les lycées plutôt que dans les Facultés des sciences.

En 1892, elle maintient l'ensemble de ses réponses, mais cette fois elle demande que l'année d'études préparatoires se fasse dans les Facultés des sciences et non plus dans les lycées.

Faculté de médecine de Montpellier. — En 1890, les réponses sont affirmatives sur l'organisation des études. « La Faculté admet aussi que les Facultés des sciences soient chargées de l'enseignement de la physique, de la chimie, de l'histoire naturelle. Elle demande que cet enseignement soit fortement organisé, de manière que les élèves arrivent suffisamment préparés pour aborder immédiatement l'étude des sciences médicales proprement dites. »

En 1892, la commission propose à la Faculté de revenir sur cette décision. L'assemblée semble avoir été assez divisée, car elle a voté deux projets parallèles : dans l'un,

l'année préparatoire reste à la Faculté de médecine; dans l'autre, elle doit se faire en dehors de celle-ci. Mais le projet qui m'a été transmis se termine ainsi : Délibéré et adopté, le 7 juin 1892, avec préférence pour le projet B, celui qui demande que l'année préparatoire soit en dehors de la Faculté de médecine.

Faculté de Nancy. — En 1890, toutes les propositions de la circulaire ministérielle sont adoptées à l'unanimité ; en 1892, Nancy maintient son adhésion.

Faculté de Toulouse. — En 1890, la Faculté de Toulouse n'existe pas encore; en 1892, elle est favorable au projet mis à l'enquête.

Malgré leur longueur, votre rapporteur a tenu à vous exposer complètement les résultats de cette laborieuse enquête. Le Conseil sera ainsi convaincu que, pour résoudre une question posée presque dans les mêmes termes depuis 1845, on a demandé toutes les opinions, et que celles-ci n'ont été émises qu'après des délibérations aussi mûries qu'elles ont été libres.

Ainsi, à l'unanimité, les Facultés demandent l'organisation d'une année de sciences physiques et naturelles préparatoires aux études médicales, et à la très grande majorité elles désirent qu'elle soit organisée dans les Facultés des sciences.

Après discussion, votre Commission a pensé que l'une des causes principales de l'échec des tentatives antérieures, c'est que, par des considérations diverses, on avait confondu dans un même enseignement ce qui était d'ordre général et ce qui est d'ordre médical; que cette confusion avait empêché de tirer de ces études le profit que l'on était en droit d'en attendre pour les sciences médicales. Par suite, elle pense qu'il y a lieu de séparer définitivement ces deux parties : de ne laisser entrer dans les Facultés de médecine que des élèves déjà suffisamment instruits dans les sciences physiques et naturelles; d'organiser, dans les Facultés de médecine, l'enseignement de ces sciences dans un but exclusivement médical, convaincue que, maintenu dans les Facultés de médecine et les Écoles, l'enseignement préparatoire ressemblerait trop à celui qui, jusqu'à ce jour, n'a donné que des résultats insuffisants.

II. Durée de la scolarité. durée des études.

Les Facultés de médecine, en demandant une année préparatoire aux études médicales, n'ignorent pas qu'au point de vue de la scolarité, elles paraissent augmenter d'une année la durée des études telle qu'elle existe dans le régime actuel. Mais elles font remarquer :

1° Que si la durée de la scolarité semble prolongée d'une année, il n'en est pas de même de la durée réelle des études médicales.

Voici, en effet, ce que nous apprend le dépouillement des dossiers des 663 docteurs reçus à Paris en 1888 et 1889.

Durée des études médicales des docteurs français reçus en 1887-1888 et 1888-1889 à la Faculté de Paris :

De 4 à 5 ans	61
De 5 à 6 —	113
De 6 à 7 —	142
De 7 à 8 —	91
De 8 à 9 —	61
De 9 à 10 —	46
De 10 à 11 —	51
Plus de 11 —	98
Total	663

Il résulte de ce relevé que, sur ces 663 docteurs, plus de la moitié ont mis plus de sept ans à faire leurs études : les uns, parce que, laborieux entre tous, ils ont préparé les concours de l'internat et ont ainsi volontairement et très utilement prolongé leurs études; les autres parce que, sans préparer les concours, ils ont utilisé les laboratoires mis à leur disposition, fréquenté les cliniques spéciales; d'autres enfin, parce que leur scolarité a été interrompue par la maladie, par des échecs, etc. Pour les meilleurs élèves, la durée des études varie de six à huit ans, et souvent même, pour les internes, elle atteint dix années.

On a bien souvent modifié le régime des études médicales, leur durée a peu varié. En 1845, Orfila donnait des chiffres analogues à la Commission des études médicales; les relevés que j'ai faits pour les années 1855, 1865, 1875 sont presque identiques.

2° Les Facultés ont fait remarquer que cette augmentation de la durée de la scolarité n'est qu'apparente. Dans le régime actuel, après le baccalauréat ès lettres classique, les aspirants au doctorat doivent prendre le baccalauréat ès sciences restreint pour la partie mathématique.

La moitié des jeunes gens conquiert ce diplôme dans la même session que le baccalauréat ès lettres. L'autre moitié ne l'obtient qu'au bout de six mois, d'un an, parfois même de deux ans. Pour cette seconde moitié, l'année passée à faire les études préparatoires n'augmente en rien la durée des études. D'autre part, le projet abrège notablement la durée totale des études médicales. Dans le régime actuel, le troisième examen de doctorat (pathologie interne et externe) ne peut être subi que lorsque la scolarité est terminée, c'est-à-dire trois mois après la prise de la seizième inscription; d'après le projet, l'élève pourra passer ce même examen après la treizième inscription, c'est-à-dire neuf mois plus tôt que dans l'ancien régime.

En résumant cette discussion, on peut dire que, pour la moitié des élèves, ceux qui obtenaient dans la même session le baccalauréat ès lettres et le baccalauréat ès sciences restreint, la durée de la scolarité sera augmentée de trois mois; que pour l'autre moitié, ceux qui n'obtenaient le baccalauréat ès sciences qu'au bout de six mois ou un an, elle sera diminuée de neuf mois.

III. Répartition des études et des examens.

L'étudiant, en entrant à la Faculté de médecine, abordera immédiatement les études anatomiques et les études cliniques. Pour pouvoir subir un examen de pathologie chirurgicale et médicale dès la treizième inscription, il faut que, pendant les trois premières années, il soit astreint à un stage hospitalier.

Pendant les deux premières années, il disséquera au cours du semestre d'hiver; pendant le semestre d'été, il fréquentera les laboratoires d'histologie, de physiologie, de physique, de chimie, d'histoire naturelle médicales. Quant à ces dernières sciences, elles seront réparties de telle façon qu'elles suivront l'étudiant pendant toute la durée de ses études, en adaptant le moment de la démonstration propre à ces diverses sciences aux diverses périodes de l'éducation de l'étudiant. Ainsi l'optique et l'acoustique seront rapprochées de la physiologie et l'élève sera interrogé sur ces matières au deuxième examen; l'électricité médicale, si mal connue des médecins, précisément parce qu'elle n'est pas apprise aux élèves au moment où ils peuvent en étudier les applications aux affections nerveuses,

fera partie du quatrième examen (thérapeutique). La chimie des humeurs, de la nutrition, fait médicalement partie du programme de la physiologie ; leurs altérations, de celui de la pathologie générale ou spéciale : elles seront enseignées pendant la durée des études de troisième année. Les applications de la chimie à la thérapeutique, à la matière médicale, à l'hygiène, à la médecine légale se retrouveront au quatrième examen. La zoologie, la botanique, surtout par le rôle que jouent actuellement en pathologie et en hygiène les parasites animaux et végétaux, seront étudiées pour le troisième et le quatrième examen.

Les laboratoires pratiques affectés actuellement à ces chaires serviront aux élèves, de manière à les familiariser avec les objets immédiats de leurs études.

Si quelques personnes ont pu craindre que l'enseignement des sciences ne fût abandonné, elles ont mal compris le projet. Ce n'est pas alors que les savants français ont fait faire, par les découvertes chimiques et bactériologiques, un si grand progrès aux sciences médicales, qu'il serait venu à la pensée de l'un de nous de diminuer leur place dans les études médicales. Mais nous avons pensé que parler des applications médicales des sciences à ceux qui ignorent les éléments de la médecine était une erreur de méthode ; que leur parler de ces applications au moment même où ils étudient la physiologie, la pathologie, la thérapeutique, était fécond pour l'enseignement et j'ajouterai indispensable. On diagnostique les maladies, aujourd'hui, bien souvent par les recherches de laboratoire, soit par les procédés chimiques, soit par les examens bactériologiques. C'est ainsi maintenant que l'on décèle et que l'on confirme le diagnostic de la phtisie, que l'on détermine la nature d'une épidémie qui vient d'éclater.

L'étude des applications des sciences physiques, chimiques et naturelles suivra donc l'étudiant pendant tout le cours de sa carrière. En procédant ainsi, nous avons l'intime conviction que nous restituons aux études scientifiques leur véritable rôle dans l'éducation médicale.

IV. Écoles de médecine de plein exercice et écoles préparatoires réorganisées.

La loi du 30 novembre 1892 dit dans son article 1er : « Les inscriptions précédant les deux premiers examens probatoires pourront être prises et les deux premiers examens subis dans une école préparatoire réorganisée. »

Le projet qui vous est soumis aurait pu s'en tenir à la lettre de ces dispositions. Mais l'Administration, la section permanente et votre Commission ont pensé qu'il y avait mieux à faire qu'à se tenir ainsi dans les termes stricts du texte législatif ; elles ont pensé qu'il y avait lieu de demander aux Écoles préparatoires des services plus grands ; elles estiment que leur passé permet d'espérer qu'elles sont appelées à aider plus efficacement les Facultés de médecine dans l'organisation générale de l'enseignement médical.

Si l'on avait conservé l'ancien plan d'études, en transportant la préparation des sciences physiques et naturelles en dehors des Facultés et Écoles de médecine, les Écoles secondaires conservaient leurs élèves deux ans et les Écoles de plein exercice trois ans.

En même temps disparaissaient les chaires d'enseignements médicaux qui n'avaient plus d'objet dans ces écoles après la suppression de l'officiat de santé.

Nous avons pensé qu'il y avait lieu de laisser les étudiants en médecine trois ans sous la direction des professeurs des Écoles secondaires réorganisées et quatre ans dans les Écoles de plein exercice.

Si on veut bien tenir compte du rôle dévolu aux professeurs des sciences physiques et naturelles dans l'enseignement de la physiologie et de la pathologie, on verra que ces Écoles conservent tout leur personnel et leurs élèves pendant le même laps de temps et que leurs laboratoires seront utilisés au plus grand profit de leurs élèves. Elles ne perdent rien ; elles gagnent l'enseignement de la pathologie et de la médecine opératoire pour le doctorat que ne possédaient pas les Écoles secondaires.

Pour assurer l'influence de leurs professeurs, les examens, qui étaient passés devant un jury de professeurs délégués par les Facultés, seront subis dorénavant devant un jury composé d'un professeur de Faculté, président, et de deux professeurs de l'École elle-même.

Nous pensons que, dans ces conditions, les Écoles de plein exercice et les Écoles secondaires réorganisées attireront près d'elles plus d'étudiants encore que par le passé.

Quelques-unes de ces Écoles ont témoigné une vive émotion en apprenant que la première année des études médicales serait placée en dehors des Facultés et Écoles. Elles ont craint que ce transfert ne nuisît à leur recrutement : les unes, parce qu'il n'y avait pas dans la ville même une Faculté des sciences ; les autres, au contraire, parce que « elles avaient le périlleux honneur d'en posséder une ».

L'Administration a pensé que les villes dans lesquelles il n'y avait pas, en même temps que l'École secondaire, une Faculté des sciences, pouvaient redouter à juste titre que les étudiants, obligés de passer une année dans une ville rivale, ne fussent amenés à les déserter. Elle a donc proposé, et votre Commission a accepté, que dans les villes où il existe une École de plein exercice ou une École secondaire réorganisée, mais où il n'y a pas de Faculté des sciences, serait organisé l'enseignement scientifique préparatoire aux sciences médicales.

En un mot, les Écoles secondaires ont pendant trois ans, les Écoles de plein exercice pendant quatre ans, tous les privilèges des Facultés de médecine. Nous estimons que cette situation est supérieure à celle qu'elles possédaient, qu'elle est légitime, et nous sommes persuadés que si les Écoles veulent sincèrement prendre part au mouvement scientifique, elles acquerront, comme quelques-unes ont déjà su le faire sous un régime moins favorable, une situation très élevée dans l'éducation de la jeunesse médicale.

Nous pensons avoir démontré que la réforme, déjà demandée en 1845 par Orfila, peut être et doit être effectuée en ce moment : les opinions exprimées par les diverses Facultés de médecine dans deux enquêtes successives lui sont favorables. Le projet n'augmente pas, en réalité, la durée de la scolarité. L'étude générale des sciences physiques, chimiques et naturelles précède l'entrée de l'étudiant dans la carrière ; les professeurs de ces sciences dans les Facultés de médecine pourront réellement montrer quelles sont leurs applications à la médecine, en distribuant leur enseignement pendant toute la durée des études médicales ; les Écoles de plein exercice et les Écoles secondaires réorganisées assureront, pendant trois et quatre ans, cet enseignement dans les mêmes conditions que les Facultés elles-mêmes.

Nous savons que quelques-uns de nos collègues, professeurs de sciences dans les Facultés de médecine, sont émus de cette réforme ; ils avaient un plein succès dans leur

enseignement. Mais je suis persuadé que le plaisir de développer oralement, devant un auditoire nombreux, mais insuffisamment préparé, les éléments de la science, ne les illusionne pas au point de leur faire méconnaître ce que la science médicale est en droit d'attendre d'eux.

Au lieu d'un succès apparent, très flatteur, ils auront la satisfaction plus haute de contribuer vraiment au bien des études et au progrès de la science, d'exercer une influence efficace et féconde en enseignant aux étudiants en médecine ce qui fait partie essentielle de leur éducation médicale, au moment précis où ils peuvent vraiment recevoir cet enseignement. Nous pouvons compter sur leur concours, car ils sont convaincus comme nous que l'avenir appartient aux élèves qui connaîtront le mieux, en sortant des Facultés de médecine, les méthodes des sciences physiques et naturelles.

En tout cas, alors même que la réforme troublerait les habitudes de quelques-uns de nos collègues, nous croyons avoir établi que l'intérêt de l'élève est de trouver toujours à côté de ceux qui lui enseignent à observer, à analyser les maladies, le maître qui lui apprendra les ressources de la méthode expérimentale, contrôle indispensable de nos procédés cliniques.

Tel est, en résumé, l'ensemble des vues qui ont guidé tous ceux qui, depuis un certain nombre d'années, ont étudié ces projets de réforme.

S'ils ont varié dans l'appréciation de quelques détails, ils n'ont pas varié sur le but à atteindre : associer les sciences expérimentales aux études médicales proprement dites, de façon à maintenir notre enseignement médical au rang qu'il ne doit pas perdre.

II

CERTIFICAT D'ÉTUDES PHYSIQUES, CHIMIQUES ET NATURELLES

(Rapport de M. DARBOUX.)

La Commission que vous aviez chargée d'examiner le projet de décret relatif au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles a dû attendre, pour commencer ses travaux, les décisions d'une autre Commission, celle à laquelle était confié l'examen des projets relatifs aux études médicales. Le président de cette Commission nous ayant fait connaître qu'à l'unanimité elle adoptait, avec quelques changements de détail, le projet de décret soumis à son examen, qu'elle proposait de réorganiser les études médicales conformément aux vœux répétés des Facultés de médecine et qu'elle réclamait l'organisation préalable, en dehors de ces Facultés, d'un enseignement des sciences physiques, chimiques et naturelles capable de donner aux futurs médecins les notions de ces sciences, tant théoriques que pratiques, qu'ils doivent nécessairement posséder pour aborder avec fruit les études médicales proprement dites, notre tâche se trouvait nettement définie. Nous avions à nous demander quelle serait la meilleure organisation de cet enseignement, où il fallait le placer pour qu'il pût produire les meilleurs résultats.

L'examen détaillé de cette question nous a conduits à accepter, avec des modifications insignifiantes, le projet qui nous était renvoyé. Pour entraîner votre conviction, le rapporteur n'aura qu'à mettre sous vos yeux un résumé de la discussion très complète qui a eu lieu dans le sein de la Commission.

Nous avons dû nous demander d'abord quelle devait être la nature du nouvel enseignement.

La réponse à cette question nous était indiquée par les termes mêmes dans lesquels elle nous était posée. Dans le projet qui vient de vous être rapporté et que vous avez approuvé, les Facultés de médecine se réservent, de la manière la plus complète, l'étude des applications des sciences physiques et naturelles aux diverses branches de l'art de guérir; mais elles réclament des étudiants initiés déjà aux éléments de ces sciences.

L'enseignement nouveau doit donc être, avant tout, un enseignement général et non pas un enseignement d'application.

Mais comme le médecin n'est pas un théoricien, mais un homme de pratique, le nouvel enseignement doit être, en même temps que théorique, pratique et expérimental. C'est dans les laboratoires, au contact du maître, et non dans le livre, que l'élève acquiert une connaissance véritablement vivifiante des sciences expérimentales.

Pour qu'il puisse avoir, au plus haut degré, ce double caractère indispensable, pour qu'il soit à la fois général et pratique, où convient-il de placer cet enseignement? Deux solutions seulement pouvaient être examinées : la première consistait à le placer dans les lycées et collèges; l'autre, dans les Facultés des sciences.

En faveur de la première de ces solutions, un de nos collègues a fait valoir les raisons suivantes :

L'attribution de l'enseignement nouveau aux lycées et collèges peut seule maintenir l'équilibre du plan d'études secondaires, si sagement organisé en 1890. Ce plan d'études comprend un examen de rhétorique commun à tous, sanction nécessaire des études littéraires ; puis, au-dessus de la rhétorique, il devait comprendre trois examens distincts, correspondant aux besoins et aux aptitudes des élèves, lettres philosophie, lettres mathématiques, et une troisième série que l'on avait promis d'organiser : lettres sciences physiques et naturelles.

Le baccalauréat lettres mathématiques convient surtout aux élèves qui se destinent aux Écoles. On n'y a fait qu'une part restreinte aux sciences physiques, et l'on n'y a pas introduit de sciences naturelles. Il résulte de là que, si l'on n'organise pas le baccalauréat ès sciences physiques et naturelles, le plan d'études restera incomplet et les programmes des études secondaires demeureront, sur ce point, inférieurs à ceux des écoles normales primaires.

Ce baccalauréat, qu'on n'a pas encore organisé, ne devait pas répondre aux seuls besoins des futurs étudiants en médecine; il convenait aussi à tous ceux qui n'ont pas besoin d'une culture mathématique très développée, fils d'industriels et d'agriculteurs, et à tous les jeunes gens que leurs aptitudes et leurs goûts portent vers les sciences physiques et naturelles.

Le projet de décret laisse ces dernières sciences, au point de vue de l'enseignement secondaire, dans un état de faiblesse et d'infériorité que l'on ne peut concevoir quand on pense à l'importance qu'elles ont prise dans nos sociétés. Au lycée, on n'enseigne l'histoire naturelle que dans la classe de philosophie et encore d'une manière très élémentaire. A quoi servait-il alors de fonder une agrégation des sciences naturelles ?

Le projet de décret constitue un empiètement regrettable de l'enseignement supérieur sur l'enseignement secondaire, parce que les études que l'on veut organiser dans les

Facultés des sciences ne peuvent être que secondaires, étant donné l'instruction scientifique des jeunes gens qu'on y appelle. Tout enseignement supérieur a besoin d'une base solide ; c'est l'enseignement secondaire qui doit l'établir.

L'enseignement secondaire a pour but de faire la discipline de l'esprit pour chaque ordre de sciences. Cette discipline de l'esprit s'obtient par la classe et par le devoir, par le contact du professeur et de l'élève. Dans les Facultés, le contact ne pourra être obtenu au même degré, par suite du nombre trop grand des élèves qui pourraient être répartis, d'une manière plus utile, dans les divers établissements de l'enseignement secondaire. Pourquoi l'année de sciences physiques et naturelles n'a-t-elle pas produit de meilleurs résultats dans les Facultés de médecine ? Parce que les élèves y étaient trop nombreux. Il en sera de même dans les Facultés des sciences.

D'autre part, croit-on que les familles accepteront avec faveur le régime proposé ? Non pas seulement parce qu'il soustraira trop tôt les jeunes gens à l'influence si bienfaisante et si nécessaire des lycées, mais parce qu'il augmentera les sacrifices pécuniaires qu'elles auront à faire. A ce point de vue, le projet n'est pas démocratique.

Au point de vue financier, le projet est aussi désavantageux. C'est dans l'enseignement secondaire que l'enseignement projeté pourrait être organisé aux moindres frais. Un certain nombre de professeurs n'atteignent pas le maximum d'heures de service qui leur est imposé par les règlements. En complétant leur service, en attribuant aux autres des heures supplémentaires, la dépense serait minime.

Ce personnel est tout prêt. Il demande l'enseignement en question, parce qu'il sent qu'il peut s'en acquitter à son honneur et parce qu'il sent aussi que la tâche qui lui est laissée aujourd'hui n'est pas en rapport avec les grades que l'on exige de lui. Aurait-on de la défiance à son endroit ? Les résultats qu'il obtient dans la préparation aux écoles suffiraient à répondre.

Ce projet est donc nuisible à l'enseignement secondaire, parce qu'il décapite une de ses branches les plus importantes et aussi parce qu'il lui refuse une arme puissante contre la concurrence qui lui est faite. Beaucoup d'élèves de l'enseignement libre viennent chercher l'enseignement scientifique dans les lycées. Y organiser l'enseignement des sciences physiques, ce serait fournir à nos établissements un nouveau moyen de propagande universitaire.

Enfin le projet de décret est une première brèche à l'enseignement secondaire. N'est-il pas à craindre que plus tard on n'en fasse d'autres ? Ne songera-t-on pas à transporter, dans les Facultés, les classes de mathématiques spéciales et de philosophie ?

Telles sont, résumées aussi fidèlement et aussi complètement que possible, les observations présentées en faveur de la première solution.

Avant d'aborder les raisons invoquées en faveur de l'autre solution, il importe de relater un certain nombre d'observations et de déclarations préjudicielles.

Tout d'abord, il ne s'agit, en aucune façon, de décapiter l'enseignement secondaire. Pour le décapiter, il faudrait lui enlever quelque chose. Or, que lui enlève-t-on ? Rien. Où sont les élèves en question ? Dans l'enseignement supérieur. On propose simplement de les faire passer de la Faculté de médecine à la Faculté des sciences. Élèves de l'enseignement supérieur, ils restent élèves de l'enseignement supérieur.

On ne saurait donc parler de brèche faite à l'enseignement secondaire. Par suite, la crainte exprimée au sujet des classes de philosophie et de mathématiques spéciales est chimérique. D'ailleurs, sur ce point, l'Administration a fait les déclarations les plus nettes et les plus énergiques. Non seulement elle n'a jamais songé à transporter les classes de philosophie et de mathématiques spéciales des lycées aux Facultés, mais elle a déclaré qu'un tel projet serait une véritable folie, plus dangereuse pour l'enseignement supérieur que pour l'enseignement secondaire lui-même.

Il ne s'agit pas davantage d'abaisser, pour les futurs étudiants en médecine, l'âge auquel ils passent des lycées dans l'enseignement supérieur. Cet âge sera demain ce qu'il était hier. C'est seulement une fois leurs études secondaires terminées, une fois la philosophie faite, une fois bacheliers, que les jeunes gens seront admis à la Faculté. La seule différence est, pour la première année, une différence de lieu, Faculté des sciences et non plus Faculté de médecine ; ce n'est pas une différence d'âge.

Il ne s'agit pas davantage d'augmenter les dépenses des familles. En fait, votre Commission de médecine l'a établi de la manière la plus probante, la durée des études ne sera pas accrue. Je ne saurais mieux faire que de m'en référer sur ce point à ce que vous venez d'entendre.

Enfin, il ne s'agit pas non plus de contester la compétence des professeurs de l'enseignement secondaire. Elle est hors de cause comme elle est hors de contestation. Presque tous les professeurs de Faculté ont été professeurs de lycée ; ils s'en souviennent et s'en honorent. A leurs yeux, l'enseignement public est un et il ne peut y avoir entre les divers ordres d'enseignement d'autre rivalité que celle du bien public.

Ces remarques faites, nous pouvons aborder les arguments qui ont déterminé l'adhésion de votre Commission.

La vraie question, l'unique question, est d'organiser le nouvel enseignement dans les conditions les plus favorables à son succès, à l'intérêt des études et au bien du pays.

Pour la résoudre, ce n'est pas par définitions abstraites qu'il faut procéder. Où commence l'enseignement secondaire, où finit-il ? Où commence l'enseignement supérieur ? On peut faire à ces questions des réponses théoriques différentes. D'une manière générale, comme l'a fait remarquer un de nos collègues, ce qui caractérise l'enseignement supérieur, ce ne sont pas les matières enseignées, ce sont les méthodes. Des matières fort élémentaires seront légitimement un objet d'enseignement supérieur, si elles sont enseignées par ces méthodes qui apprennent à l'élève à se rendre compte par lui-même. Or, tel doit être le caractère de l'enseignement que nous demandent les Facultés de médecine. Elles réclament des étudiants qui à des connaissances théoriques joignent une certaine pratique des expériences et des manipulations, c'est-à-dire des procédés qui seuls apprennent à se rendre compte des phénomènes, à les vraiment comprendre.

D'ailleurs, dans ces sortes de questions ce ne sont pas seulement les idées théoriques, ce sont surtout les faits qui doivent nous guider. On juge les choses par leurs résultats ; on ne peut prévoir les résultats que par les faits.

Recherchons donc, d'après les faits, de quel côté, lycée ou Faculté des sciences, il y a lieu d'attendre les meilleurs résultats.

On pourrait prétendre, tout d'abord, que l'organisation

nouvelle serait limitée à quelques lycées, un par Académie, à celui qui est voisin de la Faculté des sciences, de la Faculté ou de l'École de médecine. — Cette solution serait impraticable. Il y a environ 1200 élèves de première année dans les Facultés de médecine; sur ce nombre 7 à 800 au moins sortent des lycées et collèges de l'État. Les répartir comme il vient d'être dit serait avoir dans chacun des lycées choisis, sauf Paris où il pourrait y en avoir plusieurs, des groupes de 60, de 80 et même de 100 élèves. Sans rechercher si ce serait un bien pour la discipline générale de ces lycées, où seraient les laboratoires pour un si grand nombre d'élèves? Ils n'existent pas et on ne pourrait les construire. On en viendrait peut-être, comme il a été suggéré, à emprunter ceux des Facultés des sciences. Mais alors c'est placer le nouvel enseignement à la Faculté des sciences, en hospitalisant au lycée les élèves dont les familles demeurent dans d'autres villes.

Mais il ne serait pas possible de limiter le nouvel enseignement à quelques lycées. Fatalement on serait promptement conduit à le mettre partout, dans les collèges aussi bien que dans les lycées. Faut-il rappeler l'exemple des classes de mathématiques spéciales au nombre de 47, des préparations particulières à Saint-Cyr au nombre de 67? Ces chiffres excessifs sont là pour prouver que l'Administration est souvent forcée d'aller bien au delà de ce qui serait nécessaire. Pour le nouvel enseignement elle serait moins libre encore. En le déclarant partie intégrante de l'enseignement secondaire, d'avance on justifierait toutes les réclamations des familles. Et ces réclamations se produiraient partout, car les futurs étudiants en médecine sont disséminés partout, dans les collèges autant que dans les lycées. Et puis, sans parler des rivalités locales et de l'action inévitable des influences, il y a la concurrence des établissements libres. Là où l'État refuserait d'avoir dans ses lycées et dans ses collèges la préparation à la carrière médicale, l'enseignement libre l'organiserait dans sa maison. Et l'État serait bien forcé d'en faire autant.

Nous avons vu ce que devait être cet enseignement nouveau.

Voyons ce qu'il pourrait être dans ces conditions.

Pour qu'il soit sérieux, il faut, avons-nous dit, qu'il soit, en même temps que théorique, pratique et expérimental. Or, dans les lycées, les locaux manquent pour les laboratoires. Pour les créer, la dépense serait considérable et hors de proportion avec les résultats.

Le matériel fait également défaut. Il y a bien dans chaque lycée un cabinet de physique, mais il y manque l'outillage à mettre aux mains des élèves pour les manipulations de physique, de chimie et d'histoire naturelle. Cela, il faudrait le créer de toutes pièces. En évaluant la dépense à 60000 francs par lycée, chiffre minimum et probablement insuffisant, ce serait au total, et sans parler des locaux, une première mise de fonds de plus de 6 millions. Et l'on ne compte pas les collèges.

Le personnel des professeurs n'est pas assez nombreux. Faire état des heures dues par chaque professeur sur son maximum de service, et d'heures supplémentaires qui lui seraient attribuées, serait un expédient néfaste; car, suivant une parole expressive employée dans la Commission, ce serait constituer l'enseignement nouveau avec des « rognures ». Il faudra donc créer des emplois de professeurs à peu près dans tous les lycées, toujours sans parler des collèges.

Avec des professeurs, et autant que des professeurs, il faut des chefs de travaux compétents.

Il n'en existe pas dans les lycées. Deux au moins seraient nécessaires dans chaque établissement; un pour la physique et la chimie, un pour l'histoire naturelle. Ce serait donc plus de deux cents emplois nouveaux, toujours sans parler des collèges.

Il faut aussi des préparateurs. Il y en a dans les lycées, mais en nombre tout à fait insuffisant : 2 dans les grands lycées de Paris, 1 dans les autres; 25 à 30 en province, où la fonction est le plus souvent remplie par un répétiteur. De plus, ces préparateurs ne sont pas spécialisés; ils sont également pour la physique, la chimie, l'histoire naturelle. Cela suffit avec la nature de leur travail actuel. Mais ce serait insuffisant pour une bonne organisation de travaux pratiques qui exigent des spécialistes. Ce serait donc encore au minimum 200 nouveaux emplois, toujours sans parler des collèges.

Enfin, il faudrait assurer les dépenses matérielles des travaux pratiques dans chaque établissement. De ce chef, la dépense serait considérable.

D'après les chiffres très précis soumis à la Commission, la dépense annuelle, en dehors des frais de premier établissement, ne s'élèverait pas à moins de 1 million et demi, rien que pour les lycées. A ce compte, déduction faite des frais d'études, chaque élève coûterait à l'État plus de 20000 francs par an.

En présence de ces chiffres, qui n'ont rien d'exagéré si l'on veut une bonne organisation des études, il est probable que cette organisation ne se ferait pas. Il est plus probable que les choses se passeraient de la façon suivante :

On se bornerait à quelques créations d'emploi; on demanderait aux professeurs un complément ou un supplément de service; on limiterait les travaux pratiques à de rares exercices, aux moins coûteux; l'enseignement ne recevrait pas le caractère pratique et expérimental qu'il doit avoir, il serait donné au tableau noir au lieu de l'être surtout au laboratoire. Et le résultat, c'est qu'on aurait recommencé, à peu de chose près, l'histoire du baccalauréat, condamné depuis longtemps; c'est qu'on n'aurait pas donné aux Facultés de médecine ce qu'elles sont en droit d'attendre; c'est qu'on aurait stérilisé un germe qui peut et qui doit être fécond.

Il serait inutile de compter sur les jurys d'examen pour faire prendre aux choses une meilleure tournure. Quand il s'agit d'une école où l'on entre par le concours, la concurrence élève le niveau. Quand il s'agit d'un examen proprement dit, il en est autrement. Ce n'est pas par le programme, ce n'est pas par la sévérité des examinateurs, c'est par la force ou la faiblesse moyenne des candidats que s'établit le niveau moyen des études.

Examinons maintenant l'autre solution, celle qui consiste à placer le nouvel enseignement dans les Facultés des sciences.

Vous savez quelles transformations profondes se sont accomplies depuis vingt ans dans ces établissements.

Partout leurs locaux ont été rebâtis et agrandis; elles ont maintenant, pour tous les ordres de sciences expérimentales, de vastes laboratoires. Si quelque part ils sont encore trop petits, le remède sera facile. Pour une Faculté, ce n'est pas comme pour les lycées, qui ne peuvent s'agrandir que par l'acquisition de terrains et la construction de bâtiments contigus. Un baraquement suffit, sur un terrain

plus ou moins voisin. Et ce n'est pas nous, professeurs des Facultés de Paris, qui pourrions oublier les services qu'ont rendus à l'enseignement supérieur les baraquements et les salles Gerson.

Pour le matériel, il existe partout complet, admirable.

Le personnel des maîtres? Sans doute il faudra l'augmenter. Mais cette augmentation sera faible en comparaison de celle que nous examinions tout à l'heure.

Le personnel des chefs des travaux et des préparateurs? Les Facultés l'ont, habile, expérimenté. Elles ont mis quinze ans à le former. S'il faut en augmenter les cadres, la dépense sera minime par rapport à ce qu'elle serait dans les lycées et collèges.

Enfin, elles sont largement dotées en ce qui concerne les frais annuels de laboratoires et de travaux pratiques.

D'après les évaluations soumises à la Commission, l'augmentation des dépenses ne dépassera pas l'augmentation des recettes.

Au point de vue intellectuel, les Facultés des sciences sont pleinement en mesure, et mieux que qui ce soit, d'assurer cette discipline de l'esprit, en vue d'un ordre particulier de sciences, que celui de nos collègues qui proposait de placer le nouvel enseignement dans les lycées estimait à bon droit nécessaire. Une telle discipline résulte moins, en effet, de la leçon du maître que de son contact, et de l'atmosphère dans laquelle vit l'étudiant. Or, ceux des professeurs de Faculté qui sont voués aux sciences expérimentales vivent dans leurs laboratoires avec leurs auxiliaires, en communication constante avec leurs élèves. Dans ces laboratoires, les élèves sont pour ainsi dire enveloppés par la science; ils en manient les appareils, ils les voient en action; tout leur parle d'elle, les choses aussi bien que les maîtres. C'est là seulement qu'on peut vraiment s'imprégner de son esprit et le comprendre pleinement.

Au reste, nous avons plus et mieux que des espérances et des promesses. L'Administration a pensé que, dans une pareille matière, une expérience était utile. Avec l'assentiment de votre section permanente, elle a réalisé cette expérience à Toulouse. Voilà trois ans déjà que, dans cette ville, les étudiants en médecine de première année reçoivent l'enseignement des sciences physiques, chimiques et naturelles à la Faculté des sciences. L'expérience a réussi; les résultats sont des plus satisfaisants. Les doyens de la Faculté de médecine et de la Faculté des sciences ont chargé celui de nos collègues qui appartient aux Facultés de Toulouse de nous en apporter le témoignage. Nous l'enregistrons comme une garantie de fait à l'appui du projet.

En outre des jeunes gens qui entrent dans les Écoles spéciales, comme l'École centrale et l'Institut agronomique, un grand nombre qui se destinent aux carrières industrielles ou agricoles auraient besoin d'un enseignement pratique approprié. Quelques Facultés des sciences, Lyon, Nancy, par exemple, ont spontanément cherché à combler cette lacune. Et l'expérience a montré que ceux de leurs élèves auxquels elles ont donné une instruction pratique sans doute, mais générale, réussissaient de la manière la plus heureuse dans l'industrie.

Il nous a semblé que, à ce point de vue, le nouvel enseignement pouvait produire d'heureux résultats. En même temps qu'il donnera aux futurs médecins une préparation scientifique indispensable, il pourra la donner aussi à d'autres et devenir ainsi, dans certains centres, le point de départ d'un enseignement technique utile à notre industrie nationale. Aussi les conditions particulières d'accès au doctorat en médecine étant déterminées par un décret spécial, vous proposons-nous d'ouvrir l'enseignement projeté aux bacheliers de tout ordre.

Nous faisons plus : dans une pensée sainement démocratique, et nous appuyant sur les résultats déjà obtenus à Lyon et à Nancy, nous vous proposons de l'ouvrir aussi, après constatation de leur aptitude, à des sujets d'élite sortis de l'enseignement primaire. Nous serons heureux de voir s'établir, entre l'enseignement supérieur et l'enseignement primaire, ce lien qui sera certainement utile à l'un et à l'autre.

Consultées depuis longtemps, conformément à une pratique libérale, les Facultés des sciences ont déclaré accepter l'enseignement nouveau. Elles ont aujourd'hui une tâche bien déterminée : préparation à la licence, à l'agrégation, au doctorat et recherches savantes. Cette tâche, elles la conserveront et s'y appliqueront comme par le passé. Elles ont, pour la remplir, une clientèle assurée de près de 1900 élèves. En élargissant leurs cadres, en plaçant à côté des parties les plus élevées de leur enseignement d'autres cours plus élémentaires, d'autres travaux en apparence plus modestes, mais si utiles en réalité que les plus expérimentés de leurs maîtres seront en plus d'un lieu heureux d'en prendre leur part, les Facultés des sciences ont conscience de combler une lacune et de répondre à un besoin du temps présent. Il est impossible de méconnaître le rôle de plus en plus grand que prend la science pure dans l'activité et le travail de notre société. L'admirable développement de l'industrie chimique dans un pays voisin, de l'industrie électrique dans tous les pays, ont eu pour agents, supérieurs ou subalternes, des hommes qui avaient suivi les cours des Universités ou qui sortaient d'Instituts dirigés par des professeurs d'Universités. Nos Facultés, en échange de tout ce que le pays a fait pour elles, ne demandent qu'à lui rendre de tels services, c'est-à-dire à lui préparer des médecins connaissant dans la mesure indispensable ces sciences, dites accessoires, et que nous appellerions plus volontiers fondamentales, des industriels ou des agriculteurs mis au courant des méthodes scientifiques et aussi, plus d'une fois sans doute, des savants éminents dont les aptitudes seraient restées ignorées et sans utilité.

En conséquence, votre Commission vous propose, à la presque unanimité, et sauf quelques changements de détail, l'adoption du projet qui vous est soumis.

Agréez, Monsieur le Président, l'hommage de mon profond respect.

Le ministre de l'Instruction publique,
des Beaux-Arts et des Cultes,
R. Poincaré.

DÉCRETS

I

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes;

Vu les décrets des 20 juin 1878, 23 juillet 1882 et 5 août 1884, relatifs au doctorat en médecine;

Vu les décrets des 1er août 1883 et 31 juillet 1893, relatifs aux Écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie;

Vu le décret du 8 août 1890, relatif au baccalauréat de l'enseignement secondaire classique;

Vu le décret du 31 juillet 1893, relatif au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles;

Vu la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine;

Vu la loi du 27 février 1880 :

Le Conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

ARTICLE PREMIER. — Les études en vue du doctorat en médecine durent quatre années :

Elles peuvent être faites :

Pendant les trois premières années, dans une École préparatoire de médecine et de pharmacie ;

Pendant les quatre années, dans une Faculté de médecine, dans une Faculté mixte de médecine et de pharmacie ou dans une École de plein exercice de médecine et de pharmacie.

ART. 2. — Les aspirants au doctorat en médecine doivent produire, pour prendre leur première inscription, le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

ART. 3. — Ils subissent cinq examens et soutiennent une thèse.

ART. 4. — Les examens portent sur les matières suivantes :

Premier examen. — Anatomie, moins l'anatomie topographique. Epreuve pratique de dissection.

Deuxième examen. — Histologie, physiologie, y compris la physique biologique et la chimie biologique.

Troisième examen. — Première partie : Médecine opératoire et anatomie topographique.

Pathologie externe ; accouchements.

Deuxième partie : Pathologie générale ; parasites animaux, végétaux ; microbes.

Pathologie interne ; épreuve pratique d'anatomie pathologique.

Quatrième examen. — Thérapeutique, hygiène, médecine légale, matière médicale, pharmacologie, avec les applications des sciences physiques et naturelles.

Cinquième examen. — Première partie : Clinique externe ; clinique obstétricale ;

Deuxième partie : Clinique interne.

Thèse sur un sujet au choix du candidat.

ART. 5. — Le premier examen est subi entre la sixième et la huitième inscription ; le second entre la huitième et la dixième ; le troisième entre la treizième et la seizième ; le quatrième et le cinquième après la seizième.

ART. 6. — Les notes obtenues par les candidats soit aux travaux pratiques, soit aux interrogations, soit dans les services cliniques où ils ont été régulièrement admis comme stagiaires, sont communiquées aux examinateurs par les soins du doyen. Il en est tenu compte pour le résultat de l'examen.

ART. 7. — Les étudiants inscrits dans les Écoles de plein exercice et dans les Écoles préparatoires réorganisées subissent le premier et le second examen devant l'École à laquelle ils appartiennent.

ART. 8. — Le jury est présidé par un professeur de Faculté délégué par le ministre.

Immédiatement après les épreuves, le président du jury adresse au ministre un rapport sur les résultats des examens.

ART. 9. — Les sessions d'examen ont lieu, dans les Écoles de plein exercice et dans les Écoles préparatoires réorganisées, deux fois par an, aux dates fixées par le ministre.

ART. 10. — Les étudiants inscrits dans les Écoles préparatoires non réorganisées subissent le premier et le second examen devant une Faculté aux époques fixées par l'article 5.

En cas d'ajournement ils sont tenus de se représenter devant la même Faculté.

ART. 11. — Les travaux pratiques de dissection, de laboratoire et le stage près les hôpitaux sont obligatoires.

Le stage près les hôpitaux est de trois ans. Il doit comprendre un stage d'au moins un trimestre dans un service obstétrical.

Un arrêté ministériel fixera la durée des travaux de dissection et des autres travaux pratiques.

ART. 12. — Les quatrième et cinquième examens et la thèse doivent être subis devant la même Faculté.

ART. 13. — Les présentes dispositions seront mises à exécution à dater du 1er novembre 1895.

Les aspirants inscrits avant cette époque subiront leurs examens conformément au décret du 20 juin 1878.

Ils devront, en se faisant inscrire, justifier soit du baccalauréat ès lettres, soit du baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et du baccalauréat ès sciences restreint pour la partie mathématique.

ART. 14. — Sont et demeurent abrogées toutes les dispositions antérieures contraires à celles du présent décret.

ART. 15. — Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des lois* et publié au *Journal officiel.*

Fait à Marly-le-Roi, le 31 juillet 1893.

CARNOT.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,

R. POINCARÉ.

II

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,

Vu le décret du 20 juin 1878;

Vu le décret du 8 août 1890 relatif au baccalauréat de l'enseignement secondaire classique ;

Vu la loi du 27 février 1880;

Le Conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

ARTICLE PREMIER. — Il est institué dans les Facultés des sciences un enseignement préparatoire des sciences physiques, chimiques et naturelles.

ART. 2. — Sont admis à suivre cet enseignement les jeunes gens pourvus d'un diplôme de bachelier, et, après constatation de leur aptitude par la Faculté, les jeunes gens âgés de dix-sept ans au moins, pourvus, soit du brevet supérieur de l'enseignement primaire, soit du certificat d'études primaires supérieures.

ART. 3. — A la suite de cet enseignement et après examens subis devant les Facultés des sciences, il est délivré un certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

ART. 4. — Pour être admis à l'examen, les aspirants doivent justifier de quatre inscriptions trimestrielles et de leur participation aux travaux pratiques.

ART. 5. — L'examen est subi devant la Faculté dans laquelle le candidat a pris les quatre inscriptions.

Il comprend :

Une interrogation et une épreuve pratique de physique ; une interrogation et une épreuve pratique de chimie ; une interrogation et une épreuve pratique de zoologie ;

Une interrogation et une épreuve pratique de botanique.

Le tout conformément aux programmes qui seront déterminés par arrêté ministériel.

ART. 6. — Le jury est composé de trois membres de la Faculté.

ART. 7. — L'enseignement institué par le présent décret peut être organisé près les Écoles de médecine de plein exercice et près les Écoles préparatoires réorganisées, situées dans les villes où il n'existe pas de Faculté des sciences.

Les examens ont lieu sous la présidence d'un professeur d'une Faculté des sciences délégué par le ministre.

ART. 8. — Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des lois* et publié au *Journal officiel*.

Fait à Marly-le-Roi, le 31 juillet 1893.

CARNOT.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,

R. POINCARÉ.

III

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,

Vu le décret du 1er août 1883;

Vu les décrets du 25 juillet 1885, relatifs aux suppléants et aux chefs de travaux dans les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie;

Vu le décret en date du 31 juillet 1893, relatif au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles;

Vu le décret en date du 31 juillet 1893, relatif aux études en vue du doctorat en médecine;

Vu la loi du 30 novembre 1892;

Vu la loi du 27 février 1880;

Le Conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

ARTICLE PREMIER. — Les articles 2, 6 et 11 du décret du 1er août 1883 relatif à la réorganisation des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie sont modifiés ainsi qu'il suit :

« Art. 2. — Les professeurs titulaires sont au nombre de douze, savoir :

Un professeur d'anatomie descriptive;
Un professeur d'histologie,
Un professeur de physiologie,
Un professeur de pathologie interne,
Un professeur de pathologie externe et de médecine opératoire,
Un professeur de clinique médicale,
Un professeur de clinique chirurgicale,
Un professeur de clinique obstétricale,
Un professeur de physique,
Un professeur d'histoire naturelle;
Un professeur de chimie et toxicologie,
Un professeur de pharmacie et matière médicale.

Art. 6. — Les chefs des travaux sont au nombre de cinq, savoir :
Un chef des travaux d'anatomie et d'histologie,
Un chef des travaux de physiologie,
Un chef des travaux de médecine opératoire,
Un chef des travaux de physique et de chimie,
Un chef des travaux d'histoire naturelle.

Les grades à exiger des chefs de travaux sont :

1° Pour les chefs des travaux d'anatomie et d'histologie, de physiologie et de médecine opératoire, le diplôme de docteur en médecine;

2° Pour les chefs de travaux de physique et de chimie, le diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien de première classe, ou de licencié ès sciences physiques;

3° Pour les chefs de travaux d'histoire naturelle, le diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien de première classe, ou de licencié ès sciences naturelles.

Les suppléants prennent part à l'enseignement. Ils peuvent être chargés, sans concours, des fonctions de chef des travaux.

Art. 11. — Les villes sièges d'Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie contractent l'obligation :

1° D'assurer le service des trois cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale;

2° De mettre à la disposition de l'École une ou plusieurs salles consacrées aux maladies des enfants.

La clinique médicale et la clinique chirurgicale doivent comprendre chacune cinquante lits au moins.

La clinique obstétricale ne peut en avoir moins de vingt. »

ART. 2. — Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Marly-le-Roi, le 31 juillet 1893.

CARNOT.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,

R. POINCARÉ.

IV

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,

Vu l'article 30 de la loi du 30 novembre 1892;

Vu les décrets en date des 20 juin 1878 et 31 juillet 1893, relatifs aux études médicales;

Vu la loi du 27 février 1880;

Le Conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

ARTICLE PREMIER. — Pour obtenir le diplôme de docteur en médecine, les officiers de santé doivent subir les épreuves du troisième, du cinquième examen et de la thèse, conformément aux règlements en vigueur sur le doctorat en médecine.

ART. 2. — Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Marly-le-Roi, le 31 juillet 1893.

CARNOT.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,

R. POINCARÉ.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

289. M. HUGONNET. Contribution à l'étude de l'endocardite infectieuse, d'origine puerpérale. — 290. M. STAMATOFF. De la mastite chronique et de son diagnostic. — 291. M. NOLLET. De la valeur thérapeutique de l'électrolyse linéaire dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre, etc. — 292. M. TRICHET. Des procédés d'autoplastie de la main. — 293. M. CORBIÈRE. Étude statistique sur les présentations du sommet au point de vue de la fréquence et du pronostic (variétés postérieures). — 294. M. DÉHU. Rôle du bacille d'Éberth dans les complications de la fièvre typhoïde. — 295. M. BIHOREL. Traitement de la fièvre typhoïde. — 296. M. BONZON. Étude sur la chéloïde spontanée multiple. — 297. M. TROGNON. La gastrostomie en France et ses résultats. — 298. M. TAGHETTA. Des déviations de l'utérus; leurs moyens curatifs; valeur de la méthode Alquié-Alexander. — 299. M. COBILOVICI. Contribution à l'étude des infections ombilicales chez les nouveau-nés. — 300. Mme SCHEER. Traitement de la mort apparente des nouveau-nés. — 301. M. PEZET. De la fréquence des applications de forceps au détroit inférieur, rotation faite. — 302. M. ARTAULT. Recherches bactériologiques, zoologiques et médicales sur l'œuf de poule. — 303. M. FILIPPI. Contribution à l'étude de l'arthrite blennorrhagique et de son traitement. — 304. M. EMERY. Des phénomènes convulsifs par troubles circulatoires. — 305. M. NOEL. Le choléra à la Maison départementale de Nanterre. — 306. M. RAYNAL. De la nature infectieuse de la grippe et de son influence sur la pathogénie de l'ictère grave. — 307. M. PECHARMAN. Essai sur les psychoses séniles. — 308. ARCHAVSKY. Traitement rationnel de la pleurésie purulente. (Procédé de Genève.) — 309. M. CALTON. Contri-

bution à l'étude d'un érythème symptomatique d'une infection secondaire, en particulier au cours de la fièvre typhoïde chez l'enfant.]

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 28 juillet 1893, M. le docteur Garnier (du Mans) a été nommé chevalier de l'ordre de la Légion d'honneur.

— Par arrêté ministériel, en date du 29 juillet 1893, la chaire de thérapeutique et matière médicale de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante.

— Par arrêté ministériel, en date du 11 juillet 1893, des médailles d'honneur ont été accordées, pour dévouement en temps d'épidémie, aux personnes désignées ci après :

Médaille de bronze. — M. le docteur Hecquet, médecin à Chepy, et M. Crochard, étudiant en médecine, interne à l'Hôtel-Dieu de Poitiers.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Regnier, médecin principal de deuxième classe, médecin-chef de l'hôpital militaire et de la place de Nancy, chevalier de la Légion d'honneur, ancien président de la Société de médecine de Nancy, décédé, après une courte maladie, à l'âge de cinquante et un ans.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

90

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.112	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre.................. 1.33
Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate » } sesqui-oxyde de fer
— de chaux..........................
Chlorure de sodium..................
Matières organiques.................. } 0.44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

12

LIQUIDES ORGANIQUES

d'après les **PROCÉDÉS** de

BROWN-SEQUARD



ADMIS DANS LES HOPITAUX

MÉDAILLE D'OR
Marseille 1893

La boite de 12 ampoules de 3 c. c., **20 fr.** contre mandat accompagné de la carte du médecin traitant.

LABORATOIRE
DE PRODUITS PHYSIOLOGIQUES
CHAIX et RÉMY
Rue de l'Orne, 10, Paris.

36

CÉRÉBRINE

(*Coca-Théine analgésique Pausodun*)

Migraines, Névralgies, Vertige stomacal, Zona, Courbature, Grippe, Coliques menstruelles.
— C. BROMÉE et C. IODÉE : **Névroses, Névralgies** rebelles ou diathésiques, Etats congestifs du cerveau.

Eug. Fournier, pharmacien de 1re classe, ex interne des hôpitaux, *114, rue de Provence (Pharmacie du Printemps), Paris*, et toutes phies.

22

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.
Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

10

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

241

LES PILULES DE VALLET

ont été approuvées par l'Académie de médecine après un rapport qui constate leur efficacité et leur supériorité sur les autres préparations ferrugineuses.

« Les **Pilules de Vallet** étant solubles dans les sucs digestifs, on n'a pas à craindre qu'elles traversent les organes sans produire d'effet. Mais la dissolution en est lente et graduelle, en sorte qu'elles n'offensent pas l'estomac, comme les préparations martiales liquides ou très solubles, qui produisent souvent de l'irritation ou de la gastralgie. » (Extrait du rapport de l'Académie de médecine de Paris.)

Dose : 2 à 8 par jour.

Nota. — Les *véritables* **Pilules de Vallet** ne sont pas argentées, mais blanches, et sur chaque pilule le nom Vallet est imprimé en noir. Elles ne se vendent qu'en flacons de 3 francs et en demi-flacons de 1 fr. 50. Sur tous les flacons se trouve la signature *Vallet*, 19, rue Jacob, Paris.

44



La GOUTTE, la GRAVELLE, les RHUMATISMES sont guéris par les

SELS GRANULÉS EFFERVESCENTS DE LITHINE

de CH. LE PERDRIEL

Les *Sels granulés effervescents* sont de petits globules légers ayant l'aspect de cristaux amorphes, très poreux, qui se dissolvent instantanément dans l'eau et donnent un liquide parfaitement effervescent et transparent.

L'acide carbonique, qui se dégage pendant l'effervescence, facilite la solution, l'absorption, la digestion et l'assimilation de la substance active dont il masque la saveur particulière : ces avantages ont fait depuis longtemps adopter nos sels par les notabilités médicales.

29

ELIXIR, VIN, *SACCHARURE*, EUPEPTIQUE

KOLA-MONAVON

Médicament, cardio-vasculaire, Anti-neurasthénique, Tonique reconstituant, Aliment d'épargne contre *Atonie générale, Convalescence, Débilité, Neurasthénie, Affections cardiaques.*

Elixir dosé à 1gr20 noix de kola pr cuillerée à bouche.



Saccharure dosé à 1gr20 noix de kola pr cuillerée à café.

Phie Monavon, Lyon, 10, r. de Trion, et ttes phies.

44

ICHTHYOL

s'emploie avec succès dans les *maladies des femmes* et la *chlorose*, dans la *gonorrhée*, dans les *maladies de la peau*, des *organes digestifs et circulatoires*, de la *gorge* et du *nez*, et dans les *affections inflammatoires* et *rhumatismales* de tout genre.

Les bons effets de l'**Ichthyol**, prouvés par des observations *expérimentales* et *cliniques*: sont dus en partie à ses qualités *résolutives, sédatives* et *antiparasitaires*, en partie à son action *stimulant la résorption* et *augmentant l'assimilation.*

LES MONOGRAPHIES SCIENTIFIQUES SONT ENVOYÉES GRATIS ET FRANCO SUR DEMANDE PAR LA
Société française de produits sanitaires et antiseptiques,
31, rue des Petites-Ecuries, Paris.

44

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de cinq francs par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

Dépôt : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie Brunschwik.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

99

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE

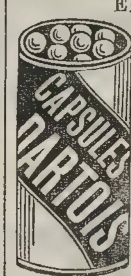
Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

Prix du flacon : **4** francs.
Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

48

CRÉOSOTE VRAIE DU HÊTRE

EN CAPSULES DARTOIS



Ces capsules, de la grosseur d'une pilule ordinaire, contiennent chacune 0,05 de **créosote vraie du hêtre** et 0,20 d'huile de foie de morue. C'est le meilleur mode d'administration de la créosote.

3 ou 4 à chaque repas contre :

**BRONCHITES
CATARRHES, PHTHISIE
TUBERCULOSE**

Le flacon 3 fr., 105, rue de Rennes, Paris, et Phies.

55

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PAR LE

CARBONATE DE GAÏACOL VIGIER

EN CAPSULES DE 0gr10 CENTIGR.

Dose : *de 2 à 6 capsules par jour.*

Le **CARBONATE DE GAIACOL** jouit des **vertus curatives** du gaïacol sans en avoir les *effets irritants*. Traversant l'**estomac** sans se décomposer, il agit dans l'**intestin**. Ne troublant pas les **fonctions digestives**, il remplace avantageusement le **gaïacol** et la **créosote**.

Phie Vigier, 12, boulev. Bonne-Nouvelle, Paris.

11

CHLORÉTHYLE BENGUÉ

3f50



Médecins, 2f75

ANESTHÉSIE LOCALE — NÉVRALGIES

Dr Bengué, phien, 34, rue La Bruyère, Paris.

32

HAMAMELINE-ROYA

Principe actif de l'HAMAMELIS-VIRG :

Hémorragies, phlébites, hémorroïdes, varices, métrites, etc. — *3 cuillerées à soupe par jour.*

Phie Lachartre, 19, rue des Mathurins, Paris.

N° 90. — MARDI 8 AOUT 1893. 66e ANNÉE. MARDI 8 AOUT 1893. — N° 90.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

Le traitement des syphilides secondaires.

Le traitement des syphilides secondaires comporte des moyens internes et des moyens externes. La première règle qui s'impose est que ce traitement ne doit jamais être exclusif. Il est des formes où la médication interne suffit à elle seule, il en est d'autres qui exigent absolument un traitement externe, voire même, comme le psoriasis plantaire ou palmaire, les syphilides ulcéreuses, un traitement externe tout à fait spécial.

L'agent principal du traitement interne est le mercure. Dès la fin du xve siècle on avait essayé les frictions mercurielles connues pour donner de bons résultats dans d'autres affections cutanées, phtiriase et gale. Les résultats furent tels qu'ils conduisirent à ce singulier abus des frictions poussées jusqu'à la salivation et qui persista des siècles. Sous quelque forme que soit donné le mercure : frictions, injections sous-cutanées, injection buccale, il réussit. Dans le service même vous avez vu les beaux résultats obtenus par les injections de sozoiodate de mercure. Toutefois, à moins de contre-indications spéciales tirées de l'état de l'estomac, l'injection est préférée comme le moyen le plus simple. A la période secondaire c'est le protoiodure qui semble le mieux réussir. Quand on approche de la période tertiaire, le protoiodure est inférieur au sublimé. Les doses moyennes de protoiodure que nous donnons par jour, sont chez l'homme de 10 centigrammes, chez la femme de 5 à 8 centigrammes.

L'iodure de potasium ne trouve son indication que dans le cas de syphilides survenant à la fin de la période secondaire, surtout si ces syphilides sont malignes. Les syphilides malignes sont d'ailleurs presque toujours tardives.

Le traitement externe comporte une foule de moyens : bains, fumigations, pommades, emplâtres, caustiques, massage même. Voyons, dans chaque ordre de moyens, ce qu'il faut prendre et ce qu'il faut laisser.

Les bains sont surtout utiles comme agent de propreté. On peut donc se contenter des bains simples et, en cas d'irritation, des bains de son ou d'amidon. Les bains sulfureux, si souvent conseillés par routine, sont trop stimulants, trop irritants. Les cures d'épreuve faites aux eaux sulfureures montrent bien ce réveil de la vérole sous l'influence de cette excitation. Bien que tous les malades et beaucoup de médecins croient à leur efficacité, les bains sulfureux sont souvent plus nuisibles qu'utiles. De même les bains de vapeur, fort en honneur dans le public, déterminent vite, par les sueurs, de l'affaiblissement et de l'anémie. Les bains de sublimé, très en honneur jadis, ont une action absolument infidèle. Si la peau est saine il n'y a aucune absorption. Un médecin, cité par Diday, a pu prendre des bains quotidiens prolongés avec 100 grammes de sublimé (cinq fois la dose ordinaire!) sans que le mercure fût retrouvé ou dans l'urine, ou dans la salive, ou dans les sueurs, sans donc qu'il y eût la moindre absorption. Par contre, si la peau présente des dénudations multiples, la dose ordinaire de 20 grammes peut donner des stomatites graves, des intoxications. C'est alors que, comme dans un cas d'Hutchinson, la guérison des syphilides a lieu comme par magie ; mais cette guérison peut être suivie d'accidents graves. Réservez donc ce moyen incertain, périlleux, pour des cas rebelles, réfractaires. Débutez par des doses faibles de 5 à 10 grammes de sublimé au lieu de 20 grammes par bain.

Les fumigations, fort employées autrefois, sont aujourd'hui bien délaissées. De temps à autre on emploie encore les fumigations de calomel faites, soit dans une boîte à fumigations emboîtant bien le cou, soit en enveloppant tout le corps du malade de deux couvertures bien serrées au-dessus des épaules et sous lesquelles on dégage le calomel. Le point essentiel est d'éviter l'inhalation pulmonaire des vapeurs de mercure. Horteloup a obtenu de ces fumigations de bons résultats dans les formes ecthymateuses, végétantes, ulcéreuses. Mais elles exposent à l'anémie par diaphorèse, aux stomatites et, en cas d'inhalation pulmonaire accidentelle, à du spasme laryngé, du catarrhe bronchique et même des accidents mortels de syncope. Le dosage est encore incertain. C'est donc une méthode aveugle à réserver pour des cas tout à fait rebelles. — En revanche, les fumigations circonscrites à la main, au pied, dans le cas de psoriasis syphilitique palmaire ou plantaire, sont efficaces et sans dangers.

Les pommades sont les unes indifférentes : huile, cold-cream, vaseline, glycérolé à l'oxyde de zinc, au bismuth, etc., les autres souvent modificatrices comme les pommades au calomel, au turbith, au précipité rouge et surtout l'on-

guent napolitain. Les frictions avec cet onguent sont impossibles dans les syphilides disséminées. Mais elles sont très utiles dans les syphilides localisées de la paume des mains, de la plante des pieds, du cuir chevelu, de la barbe. Les pommades à l'iodoforme méritent une mention dans les syphilides ulcéreuses. Les pommades à l'acide salicylique sont utiles pour avoir une action décapante. Les pommades à la chrysarobine sont utiles pour effacer les macules.

Entre tous les emplâtres, le vieil emplâtre inventé par Jean de Vigo au XVIe siècle garde la suprématie. On n'ajoute plus, comme du temps de Vigo, vingt-deux drogues, dont des vipères, des grenouilles, des vers de terre, au mercure, élément actif. Peut-être, pourtant, la composition est-elle encore un peu trop complexe. Le sparadrap fait à l'emplâtre de Vigo doit toujours être fixé sur une toile très souple et très mince. Vous verrez plus loin toutes ses applications.

Les topiques secs : bismuth, talc, calomel, sont excellents dans les plaques muqueuses de la peau. L'iodoforme est le meilleur pansement des syphilides ulcéreuses et traînantes. Entre les topiques liquides, la liqueur de Labarraque doit être citée pour son efficacité contre les plaques muqueuses. L'action, qu'auraient contre les macules pigmentaires consécutives aux syphilides les lotions avec une solution de sublimé, a été très exagérée.

Les caustiques : nitrate d'argent, nitrate acide de mercure, seront réservés aux plaques muqueuses de la peau, aux syphilides végétantes framboisées. Les rhagades du sillon naso-labial sont, vous le savez, affreusement tenaces. Elles ne guérissent que si, après avoir fait tomber toutes les croûtes par un pansement au Vigo, on cautérise tout le fond de la rhagade avec un crayon de nitrate d'argent très aigu ou un fragment d'allumette pointu trempé dans le nitrate acide. Vous obtiendrez ainsi, en quelques jours, une amélioration qui, avec le seul traitement interne, se ferait attendre des semaines et des mois. De même, dans les plaques muqueuses de la peau, à l'aisselle, à l'ombilic, les lotions faites trois fois par jour avec la liqueur de Labarraque, étendue de quatre parties d'eau, et suivies d'une application de poudre inerte, donneront une guérison qui s'obtiendrait difficilement par le traitement général. Et l'avantage de cette guérison rapide est d'autant plus grand, qu'il y a là une source puissante de contagion. En revanche, il est toute une série d'autres formes : roséole, syphilides légèrement papuleuses, où le traitement interne suffit seul et est seul justifié comme s'adressant à la fois à la maladie générale et à la lésion cutanée.

Deux formes de syphilides exigent enfin un traitement spécial. Ce sont les syphilides psoriasiformes de la paume des mains, de la plante des pieds et les syphilides ulcéreuses.

Dans la forme légère du psoriasis syphilitique, il suffit de faire chaque soir des onctions avec un corps gras, de maintenir le contact du corps gras pendant toute la nuit au moyen de gants ou de chaussettes souples. Le matin, après un lavage au savon, on fait une onction à la glycérine. Plusieurs fois dans la journée des lavages à l'eau glycérinée sont faits pour éviter le fendillement.

Dans la forme grave avec rougeur, exubérance, fissures douloureuses, toutes les rhagades doivent être passées jour et nuit au taffetas de Vigo. On fait de plus des douches locales de vapeur, des fumigations. Le soir, les onctions sont faites avec la pommade mercurielle. Dans la journée, les lotions glycérinées seront fréquentes.

Dans les syphilides ulcéreuses et ulcéro-croûteuses, on fera d'abord tomber les croûtes, véritables couvercles à pus, par des bains, des cataplasmes et surtout le pansement occlusif de Vigo. Puis on emploiera le pansement avec des bandelettes imbriquées de Vigo. Ce pansement sera renouvelé tous les jours ou tous les deux jours. Les applications d'iodoforme, les cautérisations à la teinture d'iode ou au nitrate d'argent sont utiles en cas d'ulcération traînante. Dès que la cicatrice est faite, on suspendra l'application de taffetas de Vigo qui ramollirait trop le tissu cicatriciel et on mettra de la poudre de talc ou de bismuth. Vous voyez donc qu'à côté des formes où l'on peut et doit se contenter du traitement interne seul, il en est d'autres où le traitement externe joue un rôle prépondérant.

DU PROCÉDÉ DES TRACTIONS RYTHMÉES DE LA LANGUE

DANS LES DIVERSES ASPHYXIES

Par J.-V. Laborde, membre de l'Académie de médecine.

Depuis que, dans ma première communication à l'Académie (5 juillet 1892), j'ai fait connaître, avec ses heureuses applications à l'asphyxie par submersion, le procédé des tractions rythmées de la langue, ces applications se sont multipliées, et elles se sont étendues, selon nos prévisions, aux diverses variétés d'asphyxie, notamment à l'asphyxie des nouveau-nés; aux asphyxies toxiques; à l'asphyxie spasmodique et tétanique; à l'asphyxie par strangulation.

Emploi du procédé dans l'asphyxie des nouveau-nés. — Un certain nombre de cas d'asphyxie des nouveau-nés traités, avec succès, par le procédé des tractions de la langue, alors que les autres procédés habituellement en usage avaient échoué, se sont déjà produits, et ils ont été communiqués, à l'Académie, soit par moi, soit par leurs auteurs.

Mais il n'en est pas d'aussi intéressant et d'aussi probant, que le cas suivant, dû à un de nos confrères italiens, M. le docteur Ettore de Minicis (de Rimini).

En voici le résumé :

« Appelé d'urgence auprès d'une femme déjà avancée en âge et multipare en travail d'accouchement, avec des douleurs inefficaces, depuis environ trente-six heures, M. de Minicis fut contraint d'appliquer le forceps sur la tête, bien fixée au détroit supérieur, et, à la suite de quelques tractions, amena un fœtus à terme, du sexe féminin, complètement asphyxié, mais vivant toutefois, ainsi qu'en témoignaient encore les battements du cœur, quoique extrêmement débiles. Vu l'état grave de la mère M. de Minicis dut d'abord s'occuper d'elle, et confia l'enfant à une parente. Après s'être rendu maître de l'hémorragie, il put passer à l'examen du nouveau-né, que la dame, à qui il l'avait confiée, considérait comme mort. Tous les moyens employés étant restés sans résultats, sa première pensée fut le cathétérisme des voies aériennes, pour les débarrasser des matières étrangères qui avaient pu accidentellement y pénétrer. Aucun effet ne se traduisit, pas plus qu'en insufflant doucement, par le cathéter, de l'air dans les poumons, et le faisant ensuite sortir au moyen d'une légère pression exercée sur le thorax.

M. de Minicis eut alors recours à la respiration artificielle, en mettant en œuvre, l'une après l'autre, et pendant un certain temps, les méthodes de Schultze et de Pacini; mais voyant qu'aucune ne réussissait, il résolut, comme *ultima ratio*, d'essayer la méthode de Laborde.

Ayant placé le nouveau-né dans la position demi-assise, il ouvrit la cavité buccale, et, saisissant la langue entre le pouce et l'index de la main droite, il commença à exercer sur elle des tractions, à des intervalles brefs et réguliers, les rendant gra-

duellement plus fortes; après un intervalle de temps nécessité par une vingtaine de tractions, environ, il put voir se soulever le petit thorax, en même temps qu'il entendait un léger vagissement.

Il continua, alors, plein de confiance dans le succès, à exécuter les tractions, et, s'aidant des autres moyens, il put, au bout de peu de temps, voir s'établir une respiration régulière, complète, avec des vagissements maintenant vigoureux. »

M. le docteur Roux (de Lorient) adressa à M. Laborde la lettre suivante :

« Je viens porter à votre connaissance la résurrection que j'ai opérée par le procédé de la langue, sur un nouveau-né.

J'ai été appelé, la tête étant au détroit supérieur avec procidence du cordon.

A l'auscultation, le stéthoscope ne faisait entendre aucun battement du cœur.

Le forceps Tarnier est appliqué rapidement.

L'enfant ne respire pas; les pulsations du cœur sont à peine perceptibles à la main, et très rares.

Les tractions sur la langue ont amené des hoquets de plus en plus rapprochés suivis d'une respiration régulière.

Le premier cri a été émis après quarante minutes.

Voilà un citoyen qui vous doit la vie. »

Le *Journal de clinique et de thérapeutique* publiait, dans son numéro du 1er juin dernier, dans sa correspondance des départements, une relation par M. Escande (de Layrac) d'un cas semblable.

Procédé des tractions rythmées de la langue dans les asphyxies toxiques. — Voici un cas d'asphyxie toxique dans lequel l'intervention du procédé de la langue a donné un résultat positif, non moins remarquable :

Une dame, atteinte d'une affection mentale, est placée dans une maison spéciale de santé, où, le jour même de son entrée, M. Laborde venait faire son service d'inspection.

Dès son arrivée, le médecin de la maison lui annonçait qu'une malade, entrée depuis quelques heures à peine, venait de s'empoisonner, et qu'elle était mourante. Elle avait avalé un flacon entier de bromidia.

Tous les moyens employés en pareille occurrence restèrent sans résultats et la malade, au moment de l'arrivée de M. Laborde, était dans l'état suivant :

Pâleur extrême et refroidissement général; insensibilité absolue; absence de pulsation artérielle; mouvements et bruits du cœur insaisissables; à de longs intervalles, soulèvement à peine visible et perceptible de la paroi thoracique, donnant l'idée d'une respiration qui est à son dernier souffle, et qui s'éteint.

En relevant les paupières complètement closes, il constate une dilatation pupillaire en rapport avec le processus asphyxique, qui touche presque à sa période extrême. M. Laborde écarte, avec une cuiller, les mâchoires légèrement contracturées, et saisit entre le pouce et l'index de sa main droite l'extrémité de la langue, sur laquelle il tire assez fortement et rythmiquement de quinze à vingt fois par minute.

Dès les huit ou dix premières tractions, il se produit une série d'inspirations profondes, qui tendent de plus en plus à se rapprocher et à se régulariser.

Vers la dixième minute, environ, la respiration s'est suffisamment rétablie pour que la face se soit sensiblement colorée, que la pulsation radiale et les contractions cardiaques commencent à être perçues; mais non pour qu'il soit possible et paraisse prudent d'abandonner la manœuvre, qui a provoqué et qui maintient ce résultat; car, dès que l'on essaie cet abandon, et que l'on cesse les tractions linguales, la respiration s'affaibit, tout en se ralentissant, avec une tendance marquée à se suspendre; et simultanément les symptômes de la mort apparente tendent à reparaître.

On continue donc, sans relâche, les tractions linguales : et ce n'est qu'au bout de trente à quarante minutes que l'on croit pouvoir considérer comme assuré le rétablissement de la fonction respiratoire.

Cette malade fut complètement sauvée.

Ce fait confirme l'indication du procédé de la langue dans les nombreuses intoxications, dont les accidents graves et la mort procèdent essentiellement du mécanisme et du processus asphyxiques; telles sont, notamment :

L'intoxication chloralique et bromique — à laquelle se rattache, en majeure partie, celle qui a été déterminée par le médicament composé ci-dessus; — l'intoxication chloroformique; desquelles peuvent être rapprochées les intoxications convulsivantes, dont le type est celle des strychinés, et celles qui sont déterminées par l'opium et ses principes, etc.

M. le docteur Felizet a communiqué à M. Laborde le fait suivant :

Un enfant âgé de neuf ans a été blessé à l'avant-pied par un coup de feu accidentel.

On fait un pansement antiseptique, sans débridement, et sans recherche et ablation des projectiles.

Sept jours après, on constate du trismus et le lendemain un tétanos confirmé.

L'enfant est porté sur la table d'opération; pendant ce transport, il est pris d'une crise tétanique qui le met en état de mort apparente. M. Felizet ouvre immédiatement la bouche et pratique des tractions de la langue, selon le procédé de Laborde.

Après deux minutes, la respiration se rétablit.

L'enfant succombait, le soir, à une nouvelle crise tétanique.

N'y a-t-il pas lieu de penser, d'après ce qui précède, que la mort eût pu, encore une fois, être conjurée, si l'on eût renouvelé, dans cette nouvelle crise, les tractions linguales?

Quoi qu'il en soit, l'efficacité du procédé dans l'asphyxie tétanique ne semble pas douteuse et c'est là une indication nouvelle qu'il importe de ne pas négliger.

M. le docteur Coutenot (de Besançon) a communiqué à M. Laborde un cas de résurrection momentanée de la respiration et de la circulation, par son procédé.

Il s'agit d'une jeune fille de treize ans qui succombait au septième jour d'une méningo-encéphalite de nature scrofulo-tuberculeuse.

Le 10 mai, au matin, on avertit M. Coutenot, pendant la clinique, que cette jeune malade, en agonie depuis une heure, venait de succomber; il arrive près de son lit trois à quatre minutes après; la religieuse qui avait reçu son dernier soupir s'était déjà retirée. On est en présence d'un cadavre. Il vient à l'idée de M. Coutenot de faire connaître aux élèves la découverte de M. Laborde et de leur décrire son mode opératoire, ne pensant nullement à une réussite.

Il saisit la langue de la malade restée entre les dents et l'étire fortement par un mouvement rythmique, en la ramenant chaque fois quelque peu entre les dents : cet étirement est renouvelé environ quarante à cinquante fois pour une minute.

Au bout de trois minutes, la lividité est moins violacée : après quatre minutes environ, les ailes du nez semblent remuer quelque peu, puis ce mouvement devient manifeste, chacun se penche sur ce cadavre pour y saisir quelque signe nouveau.

L'étirement est continué, chacun de nous se rechange pour l'opérer méthodiquement. Un léger bruit guttural se fait entendre, puis on saisit un court frémissement thoracique; on découvre la malade, on perçoit manifestement un mouvement ascensionnel progressant des côtes et une action du diaphragme.

On ausculte le cœur, d'abord rien d'appréciable, puis un léger susurus, puis un frémissement plus marqué; un fil paraît à la radiale. Pendant ce temps, la lividité violette a fait place à la lividité pâle.

On s'anime dans l'espoir d'un retour et on se précipite peut-être un peu trop.

Cinq à dix minutes s'étaient écoulées et la lividité disparaît, la face redevient brune et incolorée, selon l'habitude de la malade; la respiration est rétablie, les mouvements thoraciques et abdominaux paraissent aussi étendus qu'en normale, la pulsation cardiaque se sent à la palpation, les deux bruits sont distincts, le

murmure respiratoire n'a pas son timbre, il a celui de l'anhélation, il est encombré par des ronchus asphyxiques; le pouls a reparu, même développé, mais très mou.

A ce moment, l'émotion de l'assistance est extrême.

Cinq minutes s'écoulent, on commence à s'émouvoir en remarquant que tout tend à s'affaiblir graduellement, malgré l'étirement ininterrompu de la langue. Le marteau de Mayor est appliqué sur l'épigastre, le cadavre fait un mouvement qui se limite à la région ventrale et thoracique; appliqué sur l'avant-bras, le marteau détermine la contraction de quelques muscles de l'avant-bras qui se fléchit quelque peu sur le bras. Malgré cette apparence de sensibilité, le tout s'affaiblit et la plupart des symptômes finissent par disparaître dans l'ordre inverse où ils s'étaient produits, l'aile du nez fut le dernier signe vital.

Cette fois, elle était trop réellement morte.

L'auteur fait suivre cette dramatique relation des judicieuses réflexions suivantes :

« Le retour à la vie avait un aspect tel que nos étudiants l'ont tous cru un instant possible et peut-être vrai.

L'intelligence ne s'est révélée par aucun signe, la pupille est restée toujours immobile; cependant la sensibilité inconsciente et la contractilité se sont réveillées par l'excitation du marteau.

L'assistance, tristement déçue, me demande alors : « Pourquoi tout ce retour fonctionnel n'a-t-il pas ramené réellement la vie? » J'ai cru ne pas m'éloigner de la vérité en répondant :

« La malade a succombé à une maladie, il y avait donc extinction de la vie; s'il n'y eût eu qu'une suspension de la vie, nous l'aurions probablement sauvée. » Ce n'était pas un cas de mort apparente, c'était un cas de mort s'achevant.

De cette remarquable observation, il ressort l'indication pratique d'user de ce procédé dans toute syncope (chloroforme, angine de poitrine, asphyxies, etc.) où il n'y a que suspension de la vie.

Il ressort aussi cette notion : la mort ne se produit pas de manière instantanée, l'organisme s'éteint progressivement.

Dans notre cas particulier, le bulbe était le refuge des derniers vestiges de la vie. Nous ne savons si les autres parties du cerveau (mésocéphale, hémisphères, etc.) n'ont pas aussi leur réflexe.

Seulement il est permis d'affirmer que la mort doit se produire très variablement, selon les circonstances qui la déterminent, selon les idiosyncrasies, les qualités nerveuses et vitales des individus.

Il y a là un vaste champ d'études sur la fin de l'existence. »

Un jeune et distingué médecin vétérinaire, M. Demeurisse, a eu l'idée, tout à fait logique, d'appliquer le procédé de la langue à l'asphyxie par strangulation et il a pratiqué dans ce but, et avec succès, un certain nombre d'expériences qu'il a communiquées à M. Laborde.

Il s'ensuit, conclut M. Demeurisse, que le procédé Laborde est également appelé à être utilisé pour rappeler à la vie les désespérés ayant fait choix de la pendaison comme mode de suicide. Les faits ultérieurs confirmeront, j'en suis convaincu, ces résultats expérimentaux.

Mécanisme physiologique de l'action des tractions linguales démontré par l'analyse expérimentale. — Ce mécanisme nous paraissait devoir résider dans une excitation primitive exercée par les tractions linguales sur les nerfs sensibles, que pouvaient atteindre et impliquer ces tractions, et dans la répercussion ou la réaction de cette excitation sur les principaux nerfs moteurs qui mettent en jeu les puissances mécaniques, c'est-à-dire les muscles respiratoires.

L'analyse expérimentale, à laquelle nous nous sommes livré, en vue d'élucider et de démontrer ce mécanisme, a pleinement confirmé par ses résultats nos premières présomptions.

Sur un chien vigoureux, déjà soumis, huit jours auparavant, à l'asphyxie par submersion et ramené à la vie par les tractions linguales, et constituant ainsi, dans des conditions parfaitement déterminées, un sujet de comparaison pour une nouvelle expérience, nous pratiquons la section des deux nerfs laryngés supérieurs.

Les effets de l'opération consistent essentiellement, comme d'habitude en cas pareil, en des modifications des mouvements respiratoires, qui deviennent irréguliers, accélérés (28 à 30 par minute au lieu de 16 à 18 normalement), presque entièrement diaphragmatiques, avec accompagnement de quelques nausées.

Nous laissons l'animal au repos pendant quarante-huit heures et la plaie cutanée étant alors en bonne voie de cicatrisation et l'animal lui-même paraissant remis du choc opératoire, bien que conservant les modifications respiratoires qui viennent d'être signalées, nous le soumettons, de nouveau, à la submersion, exactement dans les mêmes conditions que la première fois et en laissant se prononcer l'état d'asphyxie et de mort apparente, jusqu'à la cessation objective de tout mouvement respiratoire thoracique, des battements perceptibles du cœur et l'abolition du réflexe oculo-palpébral.

Nous opérons alors les tractions rythmées et fortes de la langue et ce n'est qu'après un temps, qui a été au moins le double de celui de la première expérience, que nous voyons se produire le premier hoquet inspirateur et nous ne parvenons, ensuite, qu'avec les plus grandes difficultés et grâce à une insistance des plus tenaces, à obtenir le rétablissement et le maintien de la fonction respiratoire et, par suite, le rappel à la vie.

Il ne semble pas douteux que la suppression de l'intervention des nerfs laryngés supérieurs n'ait considérablement amoindri l'action provocatrice, réflexe, des tractions linguales, en réduisant, en majeure partie, le point de départ, l'incitation de ce réflexe.

Il reste encore, en effet, pour expliquer la possibilité persistante, quoique beaucoup plus difficultueuse, de la réalisation du phénomène, l'action des nerfs sensibles de la langue : glosso-pharyngien et lingual, surtout le glosso-pharyngien.

Il s'agissait, en conséquence, pour compléter l'expérience, d'ajouter la section simultanée de ces deux nerfs à celle des laryngés supérieurs.

C'est ce que nous avons tenté; mais le complexus expérimental met alors l'animal dans un état de si faible résistance, qu'il n'est guère possible de tirer une conclusion ferme du résultat, au point de vue de l'intervention réelle et personnelle des nerfs en question, bien que, rationnellement, cette intervention ne paraisse pas douteuse. Ce que nous nous croyons autorisé à affirmer, c'est que cette intervention aide et complète celle des laryngés supérieurs, qui est prépondérante dans le mécanisme du phénomène dont il s'agit.

Nous venons de déterminer le point de départ de ce mécanisme, c'est-à-dire l'élément sensitif du réflexe qui le constitue.

Il nous reste à déterminer le point d'arrivée, autrement dit l'élément moteur.

Ici, la démonstration expérimentale ne laisse rien à désirer, elle est topique : c'est le nerf phrénique et, par suite, le fonctionnement du diaphragme, qui constituent, pour ainsi dire, le nœud de cette démonstration et, par conséquent, du phénomène.

Si, en effet, nous supprimons, par la section complète, toutes les racines (il y en a au moins deux, et quelquefois trois, chez le chien) du nerf diaphragmatique, les tractions linguales, quelque continuées et énergiques qu'elles soient, ne parviennent plus à réveiller, même dans ses moindres apparences, le réflexe inspiratoire, à la suite de la noyade, réalisée, toujours et autant que possible, dans les conditions comparatives où nous nous sommes placé.

Ce résultat est constant et il prouve, de la façon la plus nette, que c'est par la provocation essentielle et la mise en jeu de la fonction respiratoire du diaphragme que se produit l'action des tractions linguales; en sorte que le mécanisme de cette action s'exprime et se résume dans le fait physiologique suivant :

Excitation primitive transmise au centre bulbo-myélitique par les nerfs sensibles sur lesquels agissent les tractions de la langue, notamment et prédominemment les nerfs laryngés supérieurs et

les expansions terminales trachéo-bronchiques des pneumogastriques ; accessoirement les nerfs glosso-pharyngien et lingual ; répercussion réflexe sur les nerfs moteurs respiratoires, et, en particulier, sur le phrénique, d'où le réveil des mouvements du diaphragme et, par eux, de la fonction respiratoire.

En terminant, M. Laborde signale à l'Académie, comme consécration pratique de ces recherches et de la méthode physiologico-thérapeutique qu'elles ont inspirée, une note de M. le docteur H. Mareschal, médecin-major de première classe, sur les secours à donner aux noyés et asphyxiés et, en général, aux personnes en état de mort apparente.

Après une instruction détaillée sur les secours à donner aux noyés, aux asphyxiés et aux personnes en état de mort apparente, M. Mareschal termine ainsi :

« Nous n'hésitons donc pas à prescrire, en première ligne, l'emploi absolument immédiat de la méthode combinée dans laquelle les tractions de la langue ainsi que les pressions sur le thorax et l'abdomen devront être très énergiques. Et, pour nous résumer, nous dirons :

Dans tous les cas d'asphyxie où le procédé de Sylvester réussira, le procédé de la langue réussira également ;

Dans tous les cas où celui-là sera inefficace, celui-ci pourra être suivi de succès.

Donc, il y a lieu de donner toujours à ce dernier la priorité, en l'employant, soit seul, soit mieux encore combiné avec les pressions thoraco-abdominales énergiques. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 juillet 1893. — Présidence de M. Periier.

COMMUNICATION

Modification du taux de l'urée chez les cancéreux et les opérés. — M. **NICAISE**, à propos du travail de M. Championnière sur le taux de l'urée chez les opérés, fait connaître sa ligne de conduite en pareil cas. Il donne des purgations, parce qu'elles apportent une modification favorable du côté du tube digestif, et, pendant les trois premiers jours qui suivent l'opération, il soumet ses malades à la diète ; il les nourrit ensuite. Les anciens se partageaient en deux catégories, ainsi qu'il résulte d'un travail publié il y a six cents ans par Mondeville. Les uns condamnaient les patients à la diète pendant toute la durée de la plaie, tandis que les autres les alimentaient de bonne heure.

M. **VERNEUIL** fait une distinction, en ce qui regarde l'alimentation, entre les blessés et les opérés, à cause du chloroforme. Pour les blessés, il est souvent utile de ne pas leur imposer la diète ; pour les opérés, au contraire, l'abstinence doit être de règle dans les vingt-quatre ou trente-six premières heures au moins.

M. **CHAMPIONNIÈRE** ne reviendra pas sur ce qu'il a dit à propos de l'abaissement du taux de l'urée, comme signe de cancer, non plus que sur sa pathogénie, qu'il a dit ignorer. Mais il ne peut se rallier à la transaction alimentaire préconisée par M. Nicaise, pour cette raison que le tube digestif lui paraît mieux se comporter, quand les opérés, et principalement les traumatisés craniens, sont privés d'alimentation.

RAPPORT

Tétanos. — M. **VERNEUIL** fait un rapport sur quelques observations de tétanos adressées par M. Beugnies-Corbeau (de Givet). Givet est séparé en deux, le Grand et le Petit-Givet, par la Meuse. Dans le Petit-Givet coule une étroite rivière nommée la Houille, où les tanneries et les colleteries s'approvisionnent d'eau et versent leurs détritus sur une longueur de 1 kilomètre. Dans tous ces établissements, au nombre de dix, les transports sont effectués par des chevaux ; or, c'est sur les bords de la petite rivière que les six cas suivants ont été observés en peu de temps, alors que, depuis vingt années, aucun cas de tétanos n'a été noté au Grand-Givet.

Observation I. — Homme, vingt-deux ans, avant-bras lacéré dans un moulin à écorces, annexe d'une colleterie ; plaie souillée de sang, de poudre d'écorces et de cambouis d'engrenage. Tétanos au septième jour, mort le onzième.

Obs. II. — Homme, soixante-deux ans, tanneur, travaillant pieds nus sur de la boue remplie de matières animales ; gerçures sur les jambes et œils de perdrix excoriés ; tétanos mortel en quarante-huit heures.

Obs. III. — Fille de ferme, plaie de la jambe ; au seizième jour, tétanos et mort.

Obs. IV. — Homme, cinquante ans, habitant dans le voisinage des précédents, écrasement de la phalangette de l'annulaire ; amputation secondaire, tétanos et mort.

Obs. V. — Femme, habitant le quartier des tanneurs ; grossesse, avortement provoqué par elle-même par manœuvres traumatiques, tétanos et mort.

Obs. VI. — Fillette de quatre ans, de la même contrée, blessure à la jambe ; même complication mortelle.

De ces faits découle cette conclusion que l'infection tétanique a reconnu pour cause la présence de certaines usines où l'on manipule les déchets animaux, lesquels, tétanifères par eux-mêmes, ont pu rendre tels l'outillage des usines, l'eau et la terre du voisinage.

Ces observations prouvent que les dépouilles équaries ne sont pas moins nocives que les peaux de mouton ou de bœuf imprégnées de virus charbonneux.

D'ailleurs, pour confirmer ces résultats cliniques, différentes recherches bactériologiques ont été effectuées sur cinq échantillons de terre pris dans les usines et sur les bords infectés de la Houille et sur les points où le tétanos s'était déclaré. Elles ont révélé, dans cette terre, la présence du bacille de Nicolaïer et du vibrion septique associés ou isolés ; elles ont, en outre, démontré qu'un échantillon de terre, pris à 400 mètres en amont des usines, ne contenait ni l'un ni l'autre des bacilles.

En somme, on peut ainsi expliquer la filiation de ces infections. Les débris animaux, manipulés dans les usines, ont empoisonné l'eau employée dans ces manipulations. Cette eau, versée dans la rivière, a empoisonné celle-ci, puis la terre et ses rives, laquelle terre, à son tour, portée à distance, a créé une large tache telluro-tétanique.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies du sang (1),
par le docteur Labadie-Lagrave.

Ce volume est le neuvième de la collection publiée par MM. G. Sée et Labadie-Lagrave sous le nom de « Médecine clinique » ; il renferme l'histoire des maladies dans lesquelles les modifications du sang jouent un rôle important, c'est donc surtout un traité des anémies.

Voici quelle en est la division.

Les premiers chapitres sont consacrés aux notions préliminaires d'hématologie normale, à l'étude anatomique et physiologique du tissu sanguin. On y trouvera, en particulier, l'exposé des diverses méthodes d'examen du sang et l'histoire de la formation et de la destruction des éléments figurés de ce tissu liquide.

Vient ensuite l'étude des anémies considérées en général, de la pléthore, de la leucocytose, ou mieux des leucocytoses, des altérations des hématoblastes, du plasma et du sérum. Après ces préliminaires de pathologie générale, sont abordés les divers types cliniques ; l'anémie des enfants, et, plus particulièrement, l'ané-

(1) In-8°. Prix : 15 francs. — Paris, Battaille et Cie.

mie des nourrissons, la chlorose, l'anémie pernicieuse progressive, les altérations du sang dans les diverses maladies chroniques.

Successivement nous rencontrons l'histoire des maladies qui portent surtout sur les organes de l'hématopoièse : la mégalosplénie, l'anémie splénique primitive, l'anémie infantile pseudoleucémique, la leucocythémie, l'adénie, la pseudo-leucémie et le lympho-sarcome malin, sont à juste titre réunis dans un même chapitre.

Une place importante est donnée à des maladies qu'on ne trouve pas habituellement décrites à propos des lésions du sang; mais qui ont cependant, en bonne logique, le droit d'y figurer, ce sont celles qui résultent de l'envahissement du sang par un parasite spécifique. M. Labadie-Lagrave a été aussi amené à décrire dans ce volume la fièvre récurrente et le paludisme.

Après les infections, les intoxications, les toxémies; puis l'hémoglobinurie, l'hémophilie, les purpuras hémorragiques, le scorbut. Voilà pour la première partie; dans la seconde, figurent les dyscrasies : la scrofule, le myxœdème, l'acromégalie, l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique, l'ostéite déformante de Paget et la maladie bronzée d'Addison.

On pourrait chicaner l'auteur sur la place qu'il donne à ces dyscrasies, et certaines d'entre elles figureraient tout aussi légitimement dans les maladies du système nerveux ou de la nutrition, et on peut se demander pourquoi il n'a pas joint à cette liste le diabète et l'albuminurie; mais ce serait là une querelle bien inutile. Nous savons si peu de chose sur la nature des dyscrasies qu'il serait bien vain de récriminer sur l'endroit où l'on place leur description dans un manuel; le principal c'est que cette description soit bien faite.

On voit que le cadre qui a pour titre : Maladies du sang, peut être rendu beaucoup plus compréhensif qu'il ne l'est habituellement : les lecteurs ne s'en plaindront pas.

On voit aussi combien était lourde la tâche assumée par M. Labadie-Lagrave; rassembler les matériaux nécessaires pour la composition d'un semblable livre représente un travail considérable. Les fondre, les coordonner, en extraire la substance, tout cela demande non seulement beaucoup de travail, mais aussi, avec des notions personnelles étendues, un grand sens critique et un grand sens clinique.

M. Labadie-Lagrave a apporté à cette tâche ardue ses qualités connues; le présent livre pourra légitimement prendre place à côté de ses publications antérieures : il ne déparera pas l'ensemble d'une œuvre encyclopédique devant laquelle eussent reculé les plus vaillants.

La rougeole (1), par H. Barbier.

Monographie de la rougeole très nette et très complète dans sa concision, que les étudiants et les médecins liront avec grand fruit. L'auteur, personnellement très compétent, a su exposer dans son travail les données récentes sans sacrifier celles qu'a depuis longtemps obtenues et consacrées l'observation clinique.

A. Mathieu.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

62. M. Lucas. Des manifestations pathologiques dues à la présence de la « filaria sanguinis hominis » dans l'organisme humain. — 63. M. Pourthou. De la péricardite ourlienne. — 64. M. Petit. Des gommes syphilitiques de la conjonctive. — 65. M. Jacques. Contribution à l'étude des tumeurs adénoïdes de l'adulte. — 66. M. Roy. Contribution à l'étude des rétrécissements du méat et de la portion balanique de l'urèthre. — 67. M. Torchut. De la pseudo-pelade. — 68. M. Sabrazès. Sur le favus de l'homme, du chien et de la poule. — 69. M. Marion. Contribution à l'étude de la trépanation du rachis dans les fractures de la colonne vertébrale. — 70. M. Callen. De la teinture de cantharides dans les néphrites épithéliales. — 71. M. Labat-Labourdette. Contribution au traitement des adénites chroniques par les courants continus. — 72. M. Régnier. Topographie des points moteurs utiles en électro-diagnostic (recherches expérimentales). — 73. M. Bruyère. Contribution à l'étude clinique de l'épithélioma primitif du corps de l'utérus. — 74. M. Lartigue. Contribution à l'étude clinique et thérapeutique de la broncho-pneumonie aiguë infantile. — 75. M. Gaston. Curetage de l'utérus puerpéral. — 76. M. Cornet. De l'antisepsie des voies biliaires dans le traitement de la colique hépatique et de la lithiase biliaire. — 77. M. Cande. Étude critique sur la thérapeutique des hémorragies par inertie utérine après la délivrance. — 78. M. Duchenne. Étude sur P.-J. Georges Cabanis, 1757-1808. — 79. M. Laborde. Du traitement électrique du tabes, recherches cliniques. — 80. M. Frèche. De l'anesthésie générale par les inhalations de bromure d'éthyle. — 81. M. Bourlaux. De l'intervention sanglante dans la luxation congénitale de la hanche. — 82. M. Daraignez. Contribution à l'étude des kystes séreux congénitaux du tronc et des membres. — 83. M. Ozoux. De l'opération de Phelps. — 84. M. Bordier. De l'acuité visuelle, étude physique et clinique. — 85. M. Babuel-Peyrissac. Étude sur les abcès chroniques de l'amygdale. — 86. M. Trape. Contribution à l'étude des malformations costales et de la hernie congénitale du poumon. — 87. M. Secousse. Contribution à l'étude du mercure et de ses composés. — 88. M. Vialolle. Contribution à l'étude des troubles génitaux provoqués par l'usage prolongé des préparations arsenicales.

D'UN MOYEN SIMPLE

DE RENDRE LES FEMMES STÉRILES

Un médecin italien a publié, dans un journal commercial à grande circulation, dans un pays d'Amérique, l'annonce suivante :

« Le docteur X..., accoucheur et spécialiste de maladies des femmes, prévient ses clients et collègues, qu'il applique sa découverte de prévenir pour toujours la conception seulement dans les cas suivants :

1° Lorsque la femme court danger de vie, comme dans les cas de défaut de conformation du bassin, qui exigerait l'avortement ou de graves opérations obstétricales.

2° Dans les cas de maladies utérines, qui s'opposent à la gestation et à l'accouchement produisant des avortements répétés, ou pouvant causer la mort de la malade, comme dans les cas de péri et paramétrite et salpingite.

3° Maladies du cœur et du poumon qui sont aggravées ou peuvent avoir une issue fatale par la gestation et l'accouchement, comme la phtisie pulmonaire et les lésions organiques du cœur.

4° Dans les cas de folie provoquée ou aggravée par la gestation, l'avortement, l'accouchement et l'allaitement.

5° Des tumeurs abdominales, qui empêchent la gestation et l'accouchement et exigent de graves opérations obstétricales et gynécologiques.

6° Toutes les fois qu'il s'agit d'éviter de procréer une descendance, à laquelle serait inévitable la transmission héréditaire de maladies graves, comme la syphilis, la démence, l'épilepsie, le cancer et la phtisie.

6° Toutes les fois que les pères âgés, névropathes, alcooliques, syphilitides, cachectiques, ne veulent pas obtenir une descendance dégénérée, rachitique et scrofuleuse.

8° Enfin dans les cas d'anémie et de profonde misère.

L'auteur prie de ne pas confondre sa découverte avec les moyens

(1) In-16, Bibl. Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

employés pour provoquer l'avortement, avec les fraudes conjugales et la castration.

Docteur X... »

Dans une autre publication, l'auteur a déclaré que le moyen employé pour rendre les femmes stériles pour toujours, est une petite opération non sanglante et complétement innocente, et qui est un secret, qu'il révèlera à une commission médicale moyennant un prix pécuniaire du gouvernement.

Tout commentaire est inutile; il est probable que ce médecin italien aurait plus de pudeur dans son pays.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 2 août 1893, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe.— MM. les pharmaciens de première classe Bræmer, Bruel, Carette, Perinelle, Varnier et Vauthier.

— Par décision ministérielle, en date du 4 août 1893, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins-majors de deuxième classe de Casabianca, pour le 7e dragons; Baur, pour le 8e cuirassiers; Salle, pour le 86e d'infanterie; Favier, pour le 28e bataillon de chasseurs à pied; Janicot, pour le 2e bataillon d'infanterie légère d'Afrique; Béchard, pour le 1er chasseurs d'Afrique; Mazeillé, pour le 1er spahis; Arragon, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Mihiel (pour ordre) et le service de l'artillerie de la 39e division d'infanterie; Olivier, pour être attaché à la direction du service de santé du 9e corps d'armée et aux salles militaires de l'hospice mixte de Tours.

MM. les médecins aides-majors de première classe Thirion, pour le 145e d'infanterie; Gury, pour le 151e d'infanterie.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Meyer, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran.

— *Hospices civils de Marseille.*— Un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Marseille, le lundi 6 novembre 1893, à trois heures, pour deux places de médecins-adjoints des hôpitaux.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la commission administrative, huit jours au moins avant l'ouverture du concours.

— M. Gaucher, agrégé, suppléant M. le professeur Fournier, continuera l'enseignement clinique de la Faculté (Maladies cutanées et syphilitiques), à l'hôpital Saint-Louis, pendant les mois d'août, septembre et octobre, dans l'ordre suivant :

Le mardi : conférence clinique sur les malades du service;
Le jeudi : traitement des lupus; opérations dermatologiques;
Le vendredi : traitement des teignes;
Le samedi : consultation externe.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le méro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 91. — JEUDI 10 AOUT 1893. 66e ANNÉE. JEUDI 10 AOUT 1893. — N° 91.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 1[illegible] par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : **20 c.** — Avec Supplément : **30 c.**

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Vraie séance de vacances; MM. les membres de l'Académie laissent la parole aux orateurs qui lui sont étrangers. Nous avons tout d'abord à signaler une intéressante communication de M. Créquy, médecin en chef de la Compagnie des chemins de fer de l'Est, qui, profitant de la discipline à laquelle sont soumis les employés de cette Compagnie, a fait installer un service de revaccination qui fonctionne régulièrement depuis cinq ans. Les résultats ont été ceux qu'on pouvait attendre, c'est-à-dire la disparition presque complète de la variole dans le personnel de la Compagnie de l'Est.

Les faits apportés par M. Créquy constituent un argument de plus en faveur d'une loi rendant la vaccination et la revaccination obligatoires.

M. de Brun (de Beyrouth) a donné lecture d'une note intéressante sur la dengue observée par lui, dans cette ville, en 1892. Il insiste particulièrement sur les diverses formes d'éruption qu'a présentées cette épidémie.

Pour clore la série des lectures, nous avons encore à signaler une note de M. Maurel (de Toulouse), relative à l'action comparée de l'iodoforme sur le staphylocoque et sur les éléments figurés du sang. De ces expériences, M. Maurel conclut à l'efficacité de l'iodoforme contre le staphylococcus.

Au début de la séance, M. Polaillon a présenté une concrétion pierreuse qui se trouvait logée dans le pavillon de la trompe et semblait constituer l'ovaire lui-même. L'observation de la jeune femme, chez laquelle M. Polaillon a extrait cette concrétion par la laparotomie, est assez intéressante. On en trouvera plus loin le résumé.

A quatre heures et demie, l'Académie s'est formée en comité secret.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DUPLAY.

Le traitement du varicocèle.

Au n° 3 de la salle Trélat est entré un jeune homme de vingt-deux ans, graveur sur pierre, atteint de varicocèle. Ordinairement je me contente, pour le varicocèle, d'un traitement palliatif, mais ici, en raison d'une indication spéciale que je discuterai avec vous plus loin, l'opération me paraît pleinement justifiée.

Ce malade n'offre aucun antécédent héréditaire. Ses antécédents personnels ne présentent rien de bien spécial. Il a eu la fièvre typhoïde il y a trois ans, mais voici sept ans déjà qu'il s'est aperçu d'un léger gonflement dans le côté gauche du scrotum. Ce gonflement va s'accentuant avec la fatigue de la journée. Il finit dans l'après-midi par déterminer de vives douleurs. Très souvent, le malade est obligé de quitter son travail. Ces douleurs semblent bien réelles. Le malade les décrit sans phrases, sans exagération. Il n'offre aucun symptôme de cette neurasthénie si fréquente chez les sujets atteints de varicocèle. Le repos de la nuit calme absolument les souffrances et fait disparaître presque entièrement le gonflement. Mais ce malade n'en est pas moins dans l'impossibilité de se livrer à un travail suivi.

Quand le malade est couché et au repos depuis quelque temps, c'est à peine si l'inspection remarque un léger abaissement du testicule gauche et de la moitié correspondante du scrotum. C'est à peine si la palpation trouve un léger gonflement. Mais en faisant lever le malade, en le faisant marcher quelque temps, le gonflement devient très appréciable à la vue et à la palpation. Sur le bord supéro-postérieur du testicule gauche, on trouve une tuméfaction du volume du pouce. Cette tuméfaction donne la sensation de « vers entrelacés », d' « intestin de poulet » ou pour parler plus simplement de vaisseaux distendus. Elle se prolonge en remontant à trois centimètres environ au-dessus du testicule, mais s'arrête sans atteindre l'orifice inguinal. En faisant glisser ces amas de vaisseaux sous la peau, on constate une coloration violacée transparente bien limitée, confirmant la nature vasculaire. Malgré les douleurs spontanées, la pression n'est nullement douloureuse. Dès que le malade se recouche, tout s'atténue peu à peu et disparaît presque entièrement.

Les testicules sont sains et normaux, peut-être de consistance un peu mollasse. Les fonctions génitales seraient tout à fait normales et le malade semble même pleinement satis-

fait de lui sous ce rapport. Du côté droit, à l'opposé du varicocèle, existe une hernie inguinale ne dépassant pas le volume d'un petit œuf, facilement réductible, indolente, datant de huit ans déjà, assez mal maintenue par un mauvais bandage, mais qui ne préoccupe nullement notre sujet et que je ne vous cite que pour mémoire. Il n'y a pas de varices aux membres inférieurs. La santé générale est parfaite.

Il s'agit évidemment d'un varicocèle. Le diagnostic est évident. Remarquez pourtant que, si l'examen était insuffisant, la disparition presque complète de la tuméfaction dans le décubitus pourrait être une cause d'erreur. Mais avec un examen complet, il n'y a même pas de diagnostic différentiel à discuter. Cette simplicité du diagnostic est d'ailleurs la règle. Parfois un varicocèle se prolongeant dans le canal inguinal peut simuler un épiplocèle. Parfois, après des poussées de phlébite sur les veines variqueuses, on a vu le varicocèle ainsi enflammé simuler une épididymite, une orchite, voire même une hernie étranglée. Mais ce sont là des circonstances absolument exceptionnelles.

Un point à discuter est de savoir si l'ectasie intéresse plus particulièrement tel ou tel des faisceaux des veines du cordon. Ces faisceaux sont, vous le savez, au nombre de trois. Le premier est situé antérieurement tout autour des vaisseaux spermatiques. Le second est situé à la partie moyenne, autour du canal déférent. Le troisième, tout à fait postérieur, est constitué par deux ou trois veines partant de la queue de l'épididyme. Ces faisceaux peuvent être pris soit isolément, soit par deux faisceaux réunis, soit tous trois à la fois. D'après M. Horteloup, le faisceau moyen serait le plus fréquemment atteint seul. Quand il est atteint avec un des autres, ses lésions seraient toujours prédominantes. Dans ces derniers temps, toutefois, Curling a soutenu la prédominance des lésions du faisceau postérieur. Chez notre malade, les trois faisceaux paraissent également atteints.

Au point de vue de l'étiologie de ce varicocèle, nous n'avons rien trouvé de spécial. Aucune circonstance spéciale non plus : tumeur, constipation opiniâtre, rien ne vient nous expliquer la localisation à gauche. Cette localisation est d'ailleurs la règle, sans qu'on sache trop pourquoi. L'abouchement à angle droit de la veine spermatique gauche dans la veine rénale rend peut-être de ce côté la circulation un peu moins facile que du côté droit, où la veine spermatique se jette directement dans la veine-cave. Des diverses raisons invoquées, celle-ci reste encore la moins mauvaise.

Rien non plus ne vient nous expliquer les douleurs si violentes. Ces douleurs offrent une particularité. Elles irradient seulement vers les anses et n'irradient pas, comme cela a lieu d'ordinaire, vers les lombes, l'abdomen. Un fait remarquable est que les petits varicocèles, comme celui que nous observons, sont toujours les plus douloureux, presque les seuls douloureux. Les souffrances ne dépendent donc pas du poids, du tiraillement mécanique exercés sur le cordon. L'explication donnée par M. Quénu, et d'après laquelle les veines variqueuses des nerfs comprimeraient les filets nerveux, mérite, de ce fait, d'être prise en sérieuse considération.

Au point de vue de l'état général, je vous ai dit que notre malade n'était nullement neurasthénique. C'est une raison de plus qui justifie l'opération. Chez bien des sujets nerveux hypocondriaques, les douleurs qu'ils accusent sont surtout d'ordre psychique. Bien qu'ils réclament et sollicitent les interventions, il faut, chez eux, hésiter, résister. Le plus souvent, en effet, on n'obtient aucun résultat. Et l'on est sûr d'être rendu responsable de tous les accidents ultérieurs qui peuvent survenir chez ces malades, à une date plus ou moins éloignée. Vous connaissez la tragique histoire de Delpech (de Montpellier), assassiné par un hypocondriaque qui avait été opéré par lui d'un varicocèle et qui accusait cette opération de l'avoir rendu impuissant. Parfois, aussi, ces tentatives opératoires non suivies de succès jettent le malade dans un véritable désespoir et le conduisent au suicide.

Chez notre malade, l'état psychique est normal. Il n'a pas, d'ailleurs, cette impuissance sexuelle fréquente chez les neurasthéniques atteints de varicocèle et qui est la source principale de leur hypocondrie. Il offrirait plutôt une légère exagération de sa puissance virile. Le fait avait déjà été signalé par M. Landouzy (de Reims). A côté des varicocèles, causes de frigidité, on observe, quoique plus rarement, des varicocèles causes d'une certaine excitation. Un des malades observés par M. Landouzy pouvait avoir jusqu'à six et sept rapports consécutifs. Dans ces cas extrêmes, on devrait encore songer à quelques troubles nerveux.

Chez tous ces névropathes, je me contente du traitement palliatif, douches générales, lotions froides, suspensoir bien fait comprimant légèrement les bourses. Mais chez notre malade, il faut, je crois, en raison des douleurs, tenter une intervention. Trois procédés restent seuls en présence. On agit tantôt sur les veines seules, tantôt sur le scrotum seul, tantôt sur les veines et le scrotum simultanément. La résection d'un large pli portant sur le scrotum seul, de façon à le rétrécir, à l'appliquer comme un suspensoir naturel sur les veines variqueuses, est aujourd'hui très en faveur. Je suis, en général, peu partisan de cette opération et, dans notre cas particulier, où le scrotum est à peine lâche, elle me paraît peu justifiée. La résection du scrotum et d'une partie des veines variqueuses, faite au moyen du clamp d'Horteloup, convient surtout aux varicocèles énormes avec scrotum très pendant, très flaccide. Nous agirons donc sur les veines seules, méthode qui n'offre plus aucun danger depuis l'antisepsie. Après les avoir mises à nu par une incision, nous isolerons chaque paquet sur une étendue de 3 à 4 centimètres, mettrons deux ligatures et exciserons le segment ainsi compris entre les deux ligatures. Nous éviterons, bien entendu, de comprendre dans nos ligatures le canal déférent. Nous éviterons aussi, et la chose est plus délicate, d'y comprendre l'artère spermatique. Celle-ci a été souvent sectionnée et cette section entraîne presque toujours l'atrophie du testicule. Pour un chirurgien peu habitué à cette opération, le plus prudent serait d'employer le procédé de Rigault (de Strasbourg). On met à nu les veines et on les dénude, puis on les soulève et les isole sur des languettes de gaze iodoformée. On panse à plat sans réunir. En trois ou quatre jours, les veines s'oblitèrent, se flétrissent. L'artère spermatique, au contraire, résiste, alors même qu'elle aurait été isolée. Cette méthode est moins brillante, elle ne permet pas la réunion par première intention, mais elle est beaucoup plus sûre dès qu'on n'est pas bien certain de reconnaître et respecter l'artère spermatique.

SUR LE SERVICE DE REVACCINATION

ÉTABLI A LA COMPAGNIE DES CHEMINS DE FER DE L'EST DEPUIS CINQ ANS

Par M. le docteur CRÉQUY,

Médecin en chef de la Compagnie des chemins de fer de l'Est.

Une épidémie de variole survenue en 1887, à l'usine à gaz de la Villette, située à 240 mètres de l'hôpital des varioleux d'Aubervilliers, ayant déterminé 42 cas dont 10 terminés par la mort, m'engagea à rechercher approximativement quels étaient les dommages causés par cette maladie sur le personnel de la Compagnie des chemins de fer de l'Est; ce personnel comprend environ 30000 agents disséminés dans treize départements. Je reconnus que, de 1870 à 1888, il y avait eu plus de 300 cas de variole, dont 40 avaient entraîné la mort, soit environ 16 varioleux par année, dont 2 à 3 morts et trois cent quatre-vingts jours d'incapacité de travail.

Avec le concours bienveillant de M. le directeur du Conseil d'administration, on procéda à une revaccination générale; 27000 à 28000 agents s'y soumirent volontiers; 2 à 3000 s'y refusèrent. Il fut décidé, en outre, qu'à l'avenir, aucun candidat ne pourrait être agréé, s'il ne présentait un certificat de revaccination.

Je dois dire que ceux qui ne le possédaient pas se prêtèrent très volontiers à la revaccination.

Deux ans et demi après, je fis reconnaître les résultats. Dans cette période, il y avait eu 10 varioleux, dont 1 mort, qui avait précisément refusé de se faire revacciner. Sur les 9 autres malades, 5 s'étaient montrés récalcitrants; il ne restait donc, en réalité, que 4 agents ayant contracté des varioles très légères, ne donnant que quarante-neuf jours d'incapacité de travail, c'est-à-dire moins de 2 varioleux et vingt jours par an.

Les 3000 non revaccinés donnaient, en réalité, douze fois plus de malades (dont 1 mort), et trente-six fois plus de journées d'incapacité de travail. Pour assurer le service de revaccination dans toute l'étendue du réseau, sur les 172 médecins de la Compagnie, 40 habitant les centres les plus importants sont désignés comme médecins revaccinateurs; ils reçoivent tous les premiers mardis de chaque mois un tube de vaccin recueilli le lundi et expédié dans la soirée. La pulpe de vaccin n'a pas plus de vingt-quatre heures d'existence au moment où elle est employée. Voici près de cinq ans que ce service fonctionne régulièrement. J'ai voulu m'assurer si les résultats continuaient à être aussi heureux que dans les deux premières années et demie.

J'ai invité les médecins de la Compagnie à me faire connaître les varioleux qu'ils avaient observés dans leur personnel, en les priant de me dire ce qu'ils avaient observé dans la population civile étrangère à la Compagnie.

Ce sont ces résultats que je vais vous exposer : sur 30000 agents, 9 ont été atteints de variole ou varioloïde, toutes terminées par la guérison. Sur ces 9 varioleux, 6 s'étaient refusés à la revaccination; 5 d'entre eux furent malades pendant quatre-vingt-dix-neuf jours, la durée n'est pas indiquée pour le sixième.

Trois avaient été revaccinés, ils perdirent cinquante-quatre jours de travail pour deux ans, soit vingt-sept jours par an; nous sommes donc loin de la moyenne de trois cent quatre-vingts jours que l'on constatait pour chaque année avant la revaccination. Quant à la mortalité, elle est nulle depuis quatre ans.

Actuellement, il existe à peine 2000 agents qui se sont refusés à la revaccination; ils ont donné 6 varioleux; 28000 revaccinés n'en ont donné que 3, c'est-à-dire environ vingt fois moins. Mais ces résultats de la revaccination des agents de la Compagnie sont surtout remarquables, quand on les rapproche de ce qui se passe dans les villes où ils sont disséminés.

Ainsi à Paris, où règne toujours la variole, pas un seul cas depuis trois ans dans un personnel de 6000 agents. A Commercy, 134 agents, pas un cas de variole; 38 en ville.

A Épinal, 445 agents : 1 seul cas; 38 en ville.

A Jussey, 178 agents : rien; en ville, 16 cas, dont 5 mortels.

A Mirecourt, 150 agents : rien; en ville, 600 cas, dont 40 mortels.

A Pompey, Frouard, 110 agents : rien; en ville, 91 cas, dont 8 mortels.

A Reims, 900 agents : rien; en ville, 271, dont 34 mortels.

A Vesoul, 700 agents : rien; 157 en ville, dont 17 mortels.

En résumé, pour cinquante localités disséminées sur le réseau de l'Est, les médecins signalent 1321 cas de variole dont 125 se sont terminés par la mort; et la Compagnie, sur 28000 agents revaccinés, compte 4 varioleux et pas un décès. J'ai reçu un grand nombre d'observations prouvant que des gens revaccinés avaient pu habiter la même chambre que ceux atteints de variole, sans être eux-mêmes contaminés.

Celle du docteur Pignerol, ci-jointe, me prouve que nous n'avons pas d'autre moyen que la revaccination obligatoire pour remédier à la contagion qui peut atteindre les enfants nouveau-nés qu'il a été impossible de revacciner.

Voici cette observation :

Dans le voisinage de l'hôpital de Langres où la variole a été apportée par deux ouvriers de Dijon, habitait le ménage d'un garde-frein de la Compagnie de l'Est. Le mari et les trois enfants avaient été seuls revaccinés. Trois ou quatre jours après ses couches survenues à cette époque, la femme était prise d'une variole confluente à laquelle elle a cependant résisté, mais le nouveau-né succomba huit jours après sa naissance. Le père et les autres enfants, bien que couchant, faute de place, dans la même chambre, n'ont pas été atteints.

A la Compagnie du Gaz de Paris, les résultats de la revaccination ont été peut-être plus heureux. J'ai dit au commencement de cette note, qu'en 1887, une épidémie était survenue aux usines de la Villette qui occupent environ 1500 à 1800 ouvriers.

Depuis cette époque, la revaccination a été pratiquée régulièrement et malgré le voisinage de l'hôpital des varioleux, il n'y a eu que deux cas de variole dont un suivi de mort, mais chez un sujet non revacciné. Depuis un an presque tous les agents de cette Compagnie, qui en compte environ 8000, ont été revaccinés, et on ne peut y entrer sans présenter un certificat de revaccination.

Je ne sache pas que, depuis cette époque, il y ait eu un seul cas de variole chez les sujets revaccinés. Or, il ne suffit pas, pour arriver à de tels résultats, de se décider à pratiquer la revaccination dès que l'épidémie apparaît; ainsi, à l'usine à gaz de la Villette, quand on a pu décider le personnel à se faire revacciner, il y avait déjà 42 cas de variole et 10 morts.

Dans une entreprise de chemin de fer, près de La Fère-en-Tardenois, ayant environ 300 ouvriers, la petite vérole fut apportée par un enfant de deux ans; et, malgré tout le dévouement et tous les soins apportés par M. le docteur Deligny pour pratiquer la revaccination, 11 ouvriers sont atteints, et l'un d'entre eux a succombé; souvent quand la variole se déclare dans une localité, la population se refuse à la revaccination et l'épidémie continue ses ravages.

En rapportant ces documents, je n'ai pas besoin de dire que la plupart des médecins qui me les ont adressés, réclament une loi rendant la vaccination et la revaccination obligatoires; pour produire l'immunité variolique, elles doivent se pratiquer dans tous les centres un peu importants, périodiquement, à jour fixe, au moins une fois par mois.

La revaccination doit être répétée au moins deux ou trois fois dans le courant de la vie, en se rappelant que c'est surtout en parlant de la variole qu'on peut dire : Il est plus facile de prévenir que de guérir.

P. S. — Je viens d'apprendre qu'un ouvrier revacciné, du Gaz, venait de mourir à l'hôpital des varioleux.

TRAITEMENT DU MAL DE GORGE SIMPLE

M. Capitan, dans la « Médecine moderne », résume ainsi les principales médications du traitement de l'angine vulgaire :

« A la moindre constatation d'une gêne dans la déglutition s'accompagnant de rougeur des amygdales, même avec peu de gonflement, de rougeur également du pharynx, il faut laver et laver fréquemment toute la région enflammée. Les gargarismes chauds avec de l'eau salée, avec de l'eau vinaigrée, avec un peu de citron dans de l'eau, constituent des remèdes, de bonne femme si on veut, mais qui n'en sont pas moins fort utiles, car ils peuvent être appliqués partout et immédiatement dès les premiers symptômes.

Si on a sous la main de l'eau boriquée saturée, le mieux est de l'employer, de préférence chaude. S'il y a douleur marquée, on pourra utilement couper l'eau boriquée de moitié eau de guimauve bien bouillie, avec laquelle on aura fait bouillir une tête de pavot ou à laquelle on ajoutera quelques gouttes de laudanum ou encore 3 ou 4 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne pour un demi-verre.

Le chlorate de potasse peut être souvent utile à la dose de deux bonnes pincées pour un demi-verre d'eau boriquée. Les pastilles ou les comprimés de chlorate de potasse pur ou mélangé au borax avec 1 milligramme de chlorhydrate de cocaïne par pastille, peuvent aussi être employés utilement.

Si l'angine paraît plus intense, si le gonflement est plus marqué, on pourra, avec avantage, employer la solution boriquée forte préparée ainsi, suivant la formule de M. Puaux :

Acide borique	100	grammes.
Carbonate de magnésie. . . .	15	—

pour 1 litre d'eau. On peut également employer une solution phéniquée faible à 1 ou 2 p. 100.

Il va de soi que, tout en soignant le mal de gorge, il faudra tâcher de poser un diagnostic, s'efforcer de savoir s'il s'agit d'un simple mal de gorge *a frigore* ou grippal, ou bien s'il s'agit d'une angine rhumatismale, scarlatineuse, d'une exacerbation d'angine chronique, etc.

Le traitement ne peut nuire, mais le pronostic doit être posé si possible. Il ne faudra pas non plus négliger le traitement général. En tout cas, une légère purgation est utile.

Si l'angine est un peu intense, le gonflement marqué, on pourra utilement prescrire le salol et formuler :

Salol. . . . . 50 centigrammes.

pour un cachet.

En prendre deux à trois par jour aux repas.

S'il y a de la fièvre, de la céphalée, des douleurs vagues, il faut, suivant les cas, prescrire la quinine, l'antipyrine. On peut, avec avantage, les associer et formuler :

Sulfate de quinine.	15	centigrammes.
Antipyrine	50	—

pour un cachet.

Deux à trois par jour.

DES ALTÉRATIONS DE RÉSISTANCE

DES FILS STÉRILISÉS PAR LE BOUILLISSAGE

MM. Forgue, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, et Mousseret, aide de médecine opératoire, se sont livrés à des recherches fort intéressantes sur les altérations produites par l'ébullition sur les fils de soie employés en chirurgie pour la ligature des vaisseaux ou la suture des téguments.

Voici les résultats auxquels sont arrivés les expérimentateurs :

« 1° La résistance diminuait en raison de la durée de l'ébullition ;

2° La résistance diminuait suivant la nature de la substance employée, dans l'ordre suivant : eau, sublimé, carbonate.

Le sublimé altère la solidité du fil plus que l'eau, mais beaucoup moins cependant que le carbonate. De plus, ce sel a le grand inconvénient de détériorer très vite les instruments employés au bouillissage. Donc, à cause de cet inconvénient et aussi de l'altération qu'elles communiquent aux fils, les expérimentateurs reconnaissent aux solutions de sublimé une infériorité marquée sur l'eau.

Doit-on rejeter le carbonate? — Étant donné les altérations manifestes qu'il occasionne, on ne saurait trop compter sur la solidité du fil, même de fort calibre, quand il a bouilli un certain temps dans cette solution.

Reste l'eau pure : ce que nous savons expérimentalement et cliniquement de la stérilisation par l'eau en ébullition, nous autorise à croire qu'elle est suffisante.

Dans une de leurs expériences, MM. Forgue et Duclerc ont vu des bouillons de culture rester stériles après avoir été ensemencés avec des fils bouillis à l'eau, pendant huit minutes seulement. Or, ces fils avaient été trempés dans du pus de phlegmon. »

Voici les conclusions très pratiques auxquelles arrivent ces auteurs :

« Il n'y a donc aucun avantage manifeste à employer des solutions antiseptiques ou alcalines pour le bouillissage des fils; les garanties de stérilisation n'en sont pas notablement augmentées, car c'est surtout par sa valeur thermique que le bain d'ébullition agit, et les risques de fragilité des fils sont accrus dans une importante proportion après cuisson dans les liqueurs alcalines. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 août 1893.— Présidence de M. Le Fort.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TÉTANOS

M. Verneuil a adressé à M. le président de l'Académie la lettre suivante :

« Retenu mardi dernier au Congrès de la tuberculose, je n'ai pu entendre le discours où M. Péan a critiqué, sous une forme comique et agressive, et avec un parti pris de nier, de contredire et d'équivoquer, mon opinion théorique et mes conseils pratiques sur le tétanos.

Sur ce sujet, M. Péan a si mal lu, si peu compris mes travaux, si cavalièrement travesti mes idées et mes paroles, qu'en vérité, je ne perdrai point, à le réfuter et à le convertir, un temps que je saurai mieux employer.

J'ai du reste pour garder le silence — et c'est l'avis de tous les gens sérieux et impartiaux que j'ai pris soin de consulter — un motif plus légitime encore.

M. Péan a jugé opportun de glisser subrepticement dans son discours sur le tétanos un paragraphe sur l'éternel pincement des vaisseaux, où il réédite sur mon compte une allégation aussi bouffonne qu'absolument contraire à la vérité, contre laquelle, du reste, j'ai protesté par avance et tout récemment encore le mois dernier dans un mémoire sur la forcipressure (Société de chirurgie, 1875) et dans un article de critique et d'histoire intitulé : « M. Péan et la forcipressure » (*Bulletin médical*, 14 juillet 1893). La question historique étant traitée à fond dans ces deux opuscules, je pose le dilemme suivant :

Si M. Péan n'a pas lu mes écrits, il commet une faute assez grave en parlant de moi.

S'il les a lus, elle devient impardonnable.

C'est donc à lui et non à moi qu'il convient de se justifier.

M. Péan paraît tenir à faire intervenir l'Académie dans notre querelle, croyant, sans doute, que sa cause n'est pas déjà tout à fait perdue ; alors, qu'il accepte et réclame avec moi la procédure

que j'ai indiquée à la fin de mon dernier travail, sinon qu'il me laisse en repos.

Quelque parti qu'il prenne, je déclare formellement que je ne répondrai à aucune de ses attaques directes ou indirectes, chargeant le public médical d'en faire bonne justice. »

COMMUNICATION

Ovaire calcifié. — M. POLAILLON communique l'observation d'une femme de vingt-six ans, bien portante, bien réglée depuis l'âge de dix ans, sans antécédents morbides, mariée depuis sept ans, ayant eu une fausse couche de trois mois et pas d'autre grossesse.

Elle éprouve des douleurs dans le bas-ventre. Depuis quelque temps ces douleurs sont continues, partant de la fosse iliaque droite et irradiant dans les reins et les parties latérales droites de l'abdomen.

Le ventre est ballonné, sensible seulement dans la fosse iliaque droite; pas de tuméfaction. Au toucher vaginal on constate un utérus mobile, indolore, rien dans les annexes gauches ; mais à la base du ligament large droit, contre la paroi antérieure du petit bassin, le doigt rencontre un corps très dur, douloureux au toucher, bosselé à la surface, gros comme une noix.

M. Polaillon a pratiqué la laparotomie. En allant à la recherche de la trompe et de l'ovaire droits, il trouve profondément la tumeur, dure, fixée à la paroi antérieure du bassin. Ayant décollé et rompu les adhérences, il sent un calcul qui s'énuclée; la trompe amenée au dehors, le calcul est enlevé facilement. Ligature du pédicule de la trompe et suture de l'incision abdominale.

Les suites furent simples, les douleurs cessèrent peu à peu. La malade sortit guérie quinze jours après.

Le corps pierreux pèse 5 grammes; il est irrégulier, bombé, avec des circonvolutions en certains points ; il est recouvert d'une couche de tissu cellulaire, s'épaississant en forme de pédicule des parties molles ; il est renfermé dans le pavillon de la trompe dont les franges ont disparu et sont remplacées par une sorte de poche adhérente au pédicule de ce corps. Comme il n'y a nulle part trace d'ovaire, M. Polaillon pense que cette concrétion est l'ovaire lui-même, atrophié, ayant subi presque en totalité la transformation calcaire et s'étant enkysté dans le pavillon de la trompe.

LECTURES

Iodoforme. — M. E. MAUREL (de Toulouse), poursuivant ses recherches sur les leucocytes, a expérimenté successivement : l'action du staphylococcus, tel que le donnent les cultures sur gélose, sur les éléments figurés du sang; l'action de l'iodoforme sur ces mêmes éléments; celle de cet agent sur le staphylococcus par la méthode des cultures et enfin l'action simultanée de l'iodoforme sur les éléments figurés du sang et sur le staphylococcus. Il tire de ces expériences les conclusions suivantes :

1° On ne peut se baser sur la reproductivité d'un microbe pour apprécier sa virulence; il devient nécessaire de reconnaître aux microbes pathogènes en général, et au staphylococcus en particulier, au moins trois propriétés : la virulence (qui est elle-même multiple), la reproductivité et la survivance ;

2° L'efficacité de l'iodoforme contre le staphylococcus, si bien établie par la clinique, est expliquée par ces deux actions qui s'ajoutent : augmentation de l'énergie des leucocytes et diminution de la virulence du staphylococcus.

Formes éruptives de la dengue. — M. DE BRUN. En 1892, à Beyrouth, l'épidémie de dengue a été remarquable par la prédominance, à son déclin, de manifestations cutanées, sous trois formes distinctes : fébrile, apyrétique et exclusivement éruptive.

Dans la première, l'éruption, apparaissant souvent au milieu du cortège symptomatique des dengues sévères, n'est ni constante, ni spéciale à une période déterminée et n'apporte aucune modification aux autres symptômes. Dans la seconde, l'éruption est très fréquente, variée d'aspect, plus ou moins marquée et ne dure que deux ou trois jours avec desquamation légère. Dans certains cas, tout symptôme fait totalement défaut et l'éruption est, en réalité, la seule manifestation de la dengue.

Au point de vue du diagnostic différentiel, la forme fébrile ne peut être confondue qu'avec la variole au début ou le typhus. C'est ainsi qu'observant en même temps l'an dernier quelques cas de cette dernière affection, je méconnus celle-ci pendant quelques jours. On pourrait encore confondre cette forme avec le rash de la grippe, si l'on ne savait que l'éruption de la dengue n'affecte aucune disposition spéciale, et que son début ne se fait pas plus particulièrement par la face que par les membres supérieurs ou le tronc, qu'il n'y a jamais concomitance d'un catarrhe broncho-laryngo-nasal, que l'éruption survient rarement au début de la fièvre et qu'elle est presque toujours suivie de desquamation et de démangeaisons.

Les dengues à éruption rosée ont une certaine analogie avec la rubéole, mais bien vite impossible à admettre.

Quant aux formes apyrétiques de la dengue, on ne saurait les confondre avec les roséoles médicamenteuses, rares et n'affectant pas d'allures épidémiques, ou avec les roséoles infectieuses, moins rapides et sans desquamation ni démangeaison, non plus qu'avec l'urticaire où les démangeaisons surviennent et disparaissent avec l'éruption, ou l'érythème solaire, localisé aux parties découvertes et qui n'est ni contagieux ni épidémique.

L'éruption de la dengue peut-elle être considérée comme une toxidermie consécutive à une infection secondaire et lui appartient-elle en propre? Contrairement à la grippe, la dengue prête peu aux infections secondaires; sa convalescence n'a d'ordinaire pas de complications. Les prédispositions individuelles ne jouent, pour l'éruption, qu'un rôle restreint; celle-ci tient bien plutôt aux conditions météorologiques. En général, elle est peu fréquente avec les chaleurs de l'été; par contre, les fraîcheurs de novembre et de décembre coïncident tout à la fois avec l'atténuation des symptômes généraux de la maladie et avec l'apparition des formes éruptives.

Sur le service de revaccination établi à la Compagnie des chemins de fer de l'Est depuis cinq ans. — M. CRÉQUY fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 863.)

L'Académie se forme en comité secret.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La névrose traumatique [Étude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemin de fer] (1), par M. le docteur Ch. VIBERT.

Le sous-titre de cet ouvrage, dont c'est la seconde édition, correspond mal à ce qu'on y trouve. Il s'agit avant tout d'une étude sur les manifestations nerveuses qui surviennent à la suite des grands traumatismes et surtout des accidents de chemin de fer. Si quelques-uns de ces symptômes dépendent de lésions appréciables de l'axe cérébro-spinal, d'autres paraissent exempts de ces lésions et les phénomènes observés peuvent prendre place le plus souvent dans le cadre, soit des accidents neurasthéniques, soit des accidents hystériques. Parfois il y a à la fois des phénomènes dépendant de la neurasthénie et de l'hystérie.

L'école de la Salpêtrière assimile complètement ces accidents névropathiques à ceux qui résultent de ces deux névroses; les étrangers, au contraire, y voient une névrose particulière, la névrose traumatique.

M. Vibert déclare ne pas vouloir prendre parti dans cette discussion théorique. On trouvera, en effet, dans son travail, une cinquantaine d'observations médico-légales qui sont de nature à éclairer cliniquement l'histoire de la prétendue névrose trauma-

(1) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

tique. Ce recueil sera précieux pour tous ceux que la question intéresse. Il ne faut pas oublier cependant que, en sa qualité de médecin légiste, M. Vibert a vu seulement certains de ces faits et dans des conditions particulières qui ne se rencontrent pas forcément dans la clinique ordinaire. Cette réflexion n'est pas faite, du reste, pour diminuer le mérite très réel du travail de M. Vibert.

Hypertrophie des amygdales (1), par M. A. Sallard.

Sous ce titre, M. Sallard décrit « le développement excessif et morbide de l'appareil lymphoïde du pharynx, que cette altération intéresse soit l'ensemble de ses différents segments (amygdales palatines, pharyngée, linguale), soit l'un ou l'autre d'entre eux ». Guidé par un bon esprit clinique, M. Sallard a eu raison de réunir dans une même description des lésions qui englobent dans le même processus tout l'anneau lymphoïde de Waldeyer.

L'hypertrophie des amygdales a été fort étudiée, dans ces dernières années, en France et à l'étranger, soit dans des mémoires spéciaux, soit devant les sociétés savantes. M. Sallard a groupé sous un faisceau méthodiquement agencé, aisé à saisir et à retenir, les éléments nombreux et disparates qu'on trouvait dans les travaux récents.

L'auteur a fait successivement l'étude complète de l'hypertrophie de chaque amygdale, en montrant, à propos de l'une ou de l'autre, les rapports plus ou moins intimes qui peuvent les unir.

Ce petit livre, fort bien conçu, est propre à donner au praticien une conception simple et juste de l'état actuel de la science sur ce petit point de pathologie.

PRÉFECTURE DE POLICE

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS

Par M. le docteur Passant.

Statistique du 1er avril au 30 juin 1893.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total
1er	14	21	5	40
2e	14	26	7	47
3e	34	46	12	92
4e	52	72	26	150
5e	36	68	20	124
6e	22	21	6	49
7e	15	24	10	49
8e	14	7	1	22
9e	24	34	5	63
10e	37	68	19	124
11e	139	211	95	445
12e	37	54	23	114
13e	93	131	72	296
14e	66	96	50	212
15e	78	109	51	238
16e	13	18	5	36
17e	65	91	42	198
18e	124	206	81	411
19e	104	128	60	292
20e	126	202	142	470
	1107	1633	732	3472

La moyenne des visites par nuit est de 38,5. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 27,87.

Les hommes entrent dans la proportion de 34,2 p. 100.
Les femmes — — 48,1 —
Les enfants au-dessous de trois ans 17,7 —

(1) In-16. Bibl. Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

MALADIES OBSERVÉES

Maladie	Nombre
A. Angines et laryngites	269
Croup	49
Coqueluche	48
Ophtalmie	3
Otite	8
B. Asthme	72
Affections du cœur	104
Bronchites aiguës et chroniques	437
Pleuro-pneumonie	224
Congestion pulmonaire	63
C. Affections et troubles gastro-intestinaux	275
Cholérine	104
Choléra nostras	1
Dysenterie	6
Athrepsie	139
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	99
Hernie étranglée	28
Rétention d'urine	28
Orchite	8
Balanite	1
Fissure à l'anus	1
Chute du rectum	2
D. Métrite, métro-péritonite	79
Métrorrhagie	65
Fausse couche	76
Accouchement, délivrance	170
Accouchements non terminés	29
E. Affections cérébrales	121
Convulsions, éclampsies	108
Névralgie	51
Névroses	120
Epilepsie	22
Aliénation mentale	13
Alcoolisme, delirium tremens	34
Tétanos	1
Catalepsie	1
F. Rhumatisme	53
Affections éruptives	154
Fièvre intermittente	4
Fièvre typhoïde	39
Hémorrhagies de causes internes et externes	114
G. Plaies, contusions	117
Fractures, luxations, entorses	31
Brûlures	5
Empoisonnements	22
Asphyxie par le charbon	6
— par submersion	1
Suicide	5
H. Mort à l'arrivée du médecin	68
Total	3472

Visites du deuxième trimestre de 1892 . . . 2 499
Visites du deuxième trimestre de 1893 . . . 3 472

Différence en plus 973

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

310. M. Ventuejol. De quelques modifications du col de l'utérus qui rendent difficile le diagnostic du travail. — 311. M. Duchemin. Quelques cas d'éclampsie sans albuminurie prémonitoire. — 312. M. Loréal. Contribution à l'étude des adénomes du rectum. — 313. M. G. Barre. Du pain considéré comme aliment et médicament phosphaté. — 314. M. Berman. Traitement de la pneumonie grave par les injections sous-cutanées d'essence de térébenthine. — 315. M. Viguès. Contribution à l'étude de l'étiologie du cancer. — 316. M. Meige. Étude sur certains névropathes voyageurs. — 317. M. Pouillot. Des complications cardiaques de la fièvre typhoïde chez l'enfant. — 318. M. Démétriadès. Contribution à l'étude de l'hypertrophie sous-vaginale du col de l'utérus. — 319. M. A. Martin. Contribution à l'étude du traitement des hémorroïdes (procédé Witehead-Delorme). — 320. M. Brayer. Contribution à l'étude de la perforation de l'estomac. — 321. M. Lefebvre. Contribution à l'étude de l'auto-infection tuberculeuse. — 322. M. Houdaille. Étude expérimentale et critique des nouveaux hypnotiques. — 323. M. Bertrand. Du tampon vaginal antiseptique dans le traitement des hémorragies par insertion vicieuse. — 324. M. Hulot. Quelques considérations sur les observations anciennes et récentes de symphyséotomie antiseptique. — 325. M. Maksud. Contribution à l'étude des hémorragies pendant la grossesse et l'accouchement ; diagnostic rétrospectif de l'insertion vicieuse du placenta ; hémorragies dues à la rupture du sinus circulaire. — 326. M. Papillon. Étude

des lésions histologiques du rein et du foie dans le choléra. — 327. M. Costomiris. Recherches et commentaires sur l'anabronchisme. — 328. Mme Pilet. Des perturbations mentales dans le goître exophtalmique. — 329. M. Bousquet. Cancer métastatique de la choroïde. — 330. M. Pertat. Du ptosis ; son traitement chirurgical particulièrement par le procédé de M. le professeur Panas. — 331. M. Lachaux. De la dissimulation des idées de grandeur dans le délire chronique à évolution systématique. — 332. M. Rochon. Des pleurésies syphilitiques. — 333. M. Salmon. De la symptomatologie des fractures indirectes du rachis. — 334. M. Rousseau. Contribution à l'étude des urétérites et de leur traitement chirurgical (urétérectomie). — 335. M. Cattelin. Contribution à l'étude du traitement du varicocèle par la résection du scrotum. — 336. M. Meesemaecker. Du traitement chirurgical des hémorroïdes et en particulier de l'extirpation suivie de sutures. — 337. M. Lafond. Recherches sur le traitement médicamenteux de la tuberculose pulmonaire (créosote, carbonate de créosote, tanin, huile camphrée). — 338. M. Vaudremer. Des méningites sulfurées non tuberculeuses. — 339. M. Cailleret. Des injections de sérum antitonique dans le traitement du tétanos (exposé théorique expérimental de la clinique). — 340. M. Fonteneau. Contribution à l'étude de la chorée gravidique. — 341. M. Muller-Darier. Étude sur les propriétés thérapeutiques du salophène. — 342. M. Semet. Contribution à l'étude de l'œdème des nouveau-nés. — 343. M. Bonneau. Infections du rein et du bassinet secondaires à la compression des uretères par l'utérus gravide. — 344. M. Tcherepakhine. Étude sur les bassins obliques ovalaires. — 345. M. Marion. De la rupture de la grossesse extra-utérine au point de vue médico-légal. — 346. M. Jacob. Étude de l'appendicite. — 347. M. Prieur. Des sacs diverticulaires dans les hernies.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Joffroy, agrégé, est nommé professeur de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.

— *École de médecine de Besançon.* — M. Bolot, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, en outre, d'un cours de physiologie.

— *Hospices civils de Rouen.* — Un concours pour l'internat en médecine, dans les hôpitaux de Rouen, sera ouvert le jeudi 19 octobre 1893, à trois heures très précises, à l'Hospice-Général, salle des séances.

Pour renseignements et se faire inscrire, s'adresser, avant le 4 octobre au plus tard, au secrétariat général de l'Administration.

— L'ouverture du Congrès international des sciences médicales, qui devait avoir lieu en septembre 1893, est reportée au mois d'avril 1894.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Raimbaud (d'Aix-en-Provence).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : **20 c.** — Avec Supplément : **30 c.**

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête de l'Assomption, le journal ne paraîtra pas mardi.

CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE HUMAINE ET ANIMALE

Troisième session, à Paris, du 27 juillet au 2 août 1893.

Ce Congrès, dont nous avons annoncé l'ouverture dans un précédent numéro (voir *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 822), a été inauguré par un discours de M. Verneuil, président.

Dans ce discours, notre éminent maître a rappelé l'origine des Congrès de la tuberculose, dus à l'initiative de M. Butel ; les beaux travaux de Villemin, qui a ouvert le chemin à l'étude expérimentale de la tuberculose ; les travaux des précurseurs de Pasteur, en particulier de Davaine, (si savant et si ignoré aujourd'hui, et de M. Chauveau, encore bien vivant, heureusement. Après avoir fait allusion à l'accueil peu bienveillant que les *Instructions populaires*, rédigées par le premier Congrès, pour que le public sache se défendre contre la tuberculose, ont reçu à l'Académie de médecine, M. Verneuil annonce, comme compensation, que, depuis huit mois, il s'est fondé, sous l'impulsion de M. Armaingaud (de Bordeaux), une Ligue préventive contre la phtisie pulmonaire et autres tuberculoses. Cette ligue, qui a fait un grand nombre de conférences tant à Paris qu'en province, et qui a distribué plus de 150000 exemplaires des instructions prophylactiques élaborées par les membres du Congrès, a donné à l'œuvre de la tuberculose un appui des plus puissant .

MM. Babès, Nocard, Legroux ont ensuite pris la parole ; nous donnerons plus loin l'analyse de leurs discours.

Enfin, M. L.-H. Petit, secrétaire du Congrès de la tuberculose, fait un rapport sur les résultats pratiques qu'ont eus les vœux adoptés par le Congrès en 1891. Ils ont été transmis aux pouvoirs publics et soutenus avec persévérance par MM. Brouardel, Chauveau, Nocard, etc.

Le Congrès avait adopté un vœu tendant à la suppression des abattoirs particuliers, où la surveillance sanitaire est absolument insuffisante quand elle existe. Cette question a été agitée à propos de l'abattoir de Clichy. Un arrêté du Conseil d'État a renvoyé, à propos d'un mot mal interprété, cette question devant un autre tribunal, ce qui met en suspens la solution de cette intéressante question.

Un autre vœu tendait à poursuivre, par tous les moyens possibles, la saisie de la viande reconnue tuberculeuse. Déjà en Allemagne, dans le grand-duché de Bade, le principe de la saisie et de l'indemnisation au propriétaire a été appliqué avec succès et s'applique depuis à d'autres territoires de l'Allemagne.

En France, un nouveau projet de code rural admet le principe de l'indemnisation. Espérons qu'il sera bientôt voté.

Un troisième vœu, relatif à la consommation du lait provenant de vaches tuberculeuses, reste encore à l'étude. Cependant, l'État de New-York a adopté une loi autorisant le gouvernement exécutif à employer les moyens nécessaires pour retirer de l'alimentation le lait provenant d'animaux contaminés. La loi affecte un fonds destiné à payer les inspecteurs et à indemniser les propriétaires dont le lait aurait été saisi.

Enfin, le vœu concernant la désinfection des locaux où ont habité ou sont morts des tuberculeux a été d'une incontestable utilité. Dès que ce vœu a été connu dans le public, les demandes de désinfection d'appartements affluèrent.

En 1892, le nombre de ces demandes s'est élevé à 4445, et, dans les six premiers mois de 1893, il a dépassé déjà 4000, presque autant par conséquent que dans toute l'année précédente. Le Conseil municipal a attribué cette année la somme de 285000 francs à la désinfection des locaux.

On a également réclamé pour la désinfection des crachats. Aux États-Unis, ce vœu reçoit déjà une solution pratique. Il s'y est formé une ligue contre l'habitude de cracher partout, et spécialement dans les omnibus et les tramways. Aussi a-t-on inscrit dans ces véhicules une ordonnance portant : « Défense de cracher. » On a également demandé que les voitures soient, chaque jour, désinfectées et lavées.

Le Congrès ayant mis à l'ordre du jour de ses séances un certain nombre de questions, nous les résumerons dans l'ordre suivant lequel elles ont été discutées.

I

Du rôle respectif de la contagion et de l'hérédité dans la propagation de la tuberculose.

M. NOCARD, dans la tuberculose bovine, considère l'hérédité comme n'ayant, dans la propagation de la maladie, qu'un rôle tout à fait accessoire.

Evidemment, on peut, à l'autopsie de vaches tuberculeuses, rencontrer des fœtus qui déjà présentent des lésions tuberculeuses, de même qu'on observe à l'abattoir des lésions de même nature chez des veaux très jeunes. Mais il ne s'agit là, en réalité, que de faits exceptionnels.

Il est vrai que les veaux qui sont tués pour l'alimentation n'ont guère plus de six semaines à deux mois, et l'on peut objecter que, chez des animaux aussi jeunes, il peut exister des lésions tuberculeuses microscopiques qui échappent à l'observation ordinaire, ou même seulement des germes infectieux qui n'évolueront que plus tard.

A cette objection, il est à même d'opposer les faits suivants :

Dans les exploitations où il a pu rechercher la tuberculose bovine par les injections de tuberculine, et où la proportion des bêtes malades atteignait parfois jusqu'à 60 et 70 p. 100, ce sont toujours les adultes qui ont donné les chiffres les plus élevés, alors que la plupart des jeunes ne paraissaient pas encore atteints par la maladie, quoique issus de mères tuberculeuses.

Toutes ces observations l'ont bien convaincu du rôle prépondérant de la contagion dans la propagation de la tuberculose; la condition essentielle de la contagion résidait dans un contact intime et prolongé, la communauté d'atmosphère ne suffisant pas à produire l'infection.

A propos de ces expériences faites avec la tuberculine, on peut se demander si, chez ces jeunes animaux reconnus sains, il n'y avait pas cependant dans leur organisme, au moment de l'injection, des germes non actifs, latents en quelque sorte, et capables toutefois d'évoluer ultérieurement. Mais de nouvelles injections de tuberculine, faites sur 18 veaux nés de vaches tuberculeuses, qui, neuf mois auparavant, avaient été déclarés sains, n'ont encore donné cette fois, chez aucun d'eux, la réaction caractéristique.

M. EMPIS pense que les faits rapportés par M. Nocard ont leurs analogues dans la pathologie humaine.

Pour lui, la question de prédisposition héréditaire prime de beaucoup les autres. M. Nocard dit qu'il faut un rapport intime d'animal à animal pour que la contagion ait lieu. Eh bien, répond M. Empis, chez l'homme, d'après ma longue expérience il n'en est pas de même. J'ai observé des quantités de familles où le mari ou un des membres de la famille, devenu tuberculeux, vivait en contact continu et certainement plus intime que chez les animaux, avec la femme et les autres membres. J'ai vu que pour que la contagion ait lieu il fallait une prédisposition toute particulière, il fallait que les individus fussent tuberculisables; et je ne connais pas un fait authentique dans l'espèce humaine de cette contagion tuberculeuse dont M. Nocard fait la raison pour ainsi dire *sine qua non* de la tuberculose.

Chez l'homme, la tuberculose peut ne faire explosion qu'à une période avancée de l'enfance. N'en peut-il être de même chez les animaux? Je connais de nombreux exemples d'enfants de père tuberculeux, dont la santé florissante dans les deux, trois, quatre premières années, est remplacée par un état de cachexie due à la tuberculose. C'est à cause de la prédisposition héréditaire que la tuberculose évolue ainsi, c'est ce que nous autres, vieux médecins, nous voulions dire par diathèse, qui signifie disposition spécifique à une affection en puissance sans détermination locale.

Qui pourrait donc dire que chez les veaux de M. Nocard il n'en est pas de même, qu'il n'y a pas une diathèse?

M. NOCARD. Je pensais précisément que l'on me ferait cette objection et c'est pour cela que j'ai revu neuf mois après la première épreuve les animaux que j'avais déclarés indemnes. Eh bien, à cette visite récente j'ai eu le plaisir de voir que tous ces veaux, provenant de parents tuberculeux, sont restés sans aucun vestige de tuberculose depuis leur isolement.

Je demanderai donc à mon tour pourquoi on veut que des germes congénitaux évoluent tardivement plutôt que d'accepter l'invasion par contage d'un germe nouveau.

Bien plus vraisemblable est cette explication, étant donné l'extension considérable de la tuberculose.

Je le sais, tout le monde est d'accord sur la prédisposition; mais vraiment, pourquoi des enfants, des animaux, ainsi prédisposés et qui sont soumis dès le bas âge à toutes sortes de contages, ne seraient-ils pas envahis par de nouveaux bacilles à la faveur d'une dépression, d'un surmenage, d'une déchéance quelconque? Je n'hésite pas à croire que cette explication convient le mieux au problème de la propagation de la tuberculose du bas âge.

M. HÉRARD (de Paris). J'accepte volontiers l'influence de l'hérédité prédisposante, mais les faits de contagion familiale ne sont pas niables. J'en ai vu de très nombreux exemples. Mais la contagion n'est pas toujours facile à expliquer.

Ce qu'il faut dans l'appréciation du rôle respectif de la contagion et de l'hérédité dans la tuberculose, c'est définir d'une façon précise le terme hérédité. Si par hérédité on entend uniquement la prédisposition à la tuberculose, la chose est jugée; la tuberculose dans ce cas est due seulement à la contagion greffée sur un terrain préparé.

Je ne sais si cette hypothèse satisfait tout le monde. Pour moi je l'accepte avec réserve, et quand je vois deux, trois, quatre enfants de la même famille mourir de méningite, je ne puis me défendre de penser que les parents ont transmis aux enfants plus qu'une aptitude morbide, mais le germe même de leur maladie. Cette interprétation de l'hérédité tuberculeuse, très discutée, a été dans ces derniers temps renforcée par les constatations absolues de tuberculose congénitale, tant chez l'homme que chez les animaux. Ce qu'il y a d'intéressant et de vraiment démonstratif dans ces observations, c'est que les tubercules s'observent le plus ordinairement d'abord dans le foie, puis dans le poumon, preuve évidente que le bacille a passé de la mère au fœtus par les veines ombilicales. Bien plus il peut arriver que le bacille ne soit décelable que par les inoculations (Jöhne de Dresde), Malvoz et Brouwer, Sabouraud) et le microscope (faits de Landouzy, H. Martin, Schmoll, Birch-Hirschfeld). Cela explique comment des faits de tuberculose en préparation peuvent passer inaperçus.

La tuberculose infantile précoce des premiers mois de l'enfant était considérée autrefois comme exceptionnelle. Les recherches récentes (Landouzy, Queyrat, Damaschino, Leroux, Aviragnet) montrent que cette tuberculose est plus fréquente. C'est là comme une suite de la tuberculose congénitale, le nouveau-né contagionné héréditairement ayant besoin d'un temps matériel pour mûrir la graine reçue de ses parents.

La tuberculose infantile qui survient plus tard vers un et deux ans ne peut entrer en compte dans la discussion du problème de l'hérédité, étant donné les nombreuses causes de contagion externe qui entourent l'enfant.

Un des principaux motifs de l'opposition à l'hypothèse de l'hérédité par la graine, c'est la difficulté de comprendre que le germe puisse demeurer latent, dix, vingt, trente ans. Mais ce n'est guère moins compréhensible que les longues périodes de latence de l'hérédo-syphilis. Et là cependant il faut admettre que le germe syphilitique encore inconnu, congénital, héréditaire, ne se réveille que le jour où une circonstance vient favoriser ce réveil. Il en est probablement de même pour la tuberculose congénitale; la chose est surtout compréhensible depuis les études de M. Verneuil sur le microbisme latent et de M. Kelsch sur la tuberculose des soldats. Il en ressort que la graine tuberculeuse ne germe pas fatalement et qu'elle peut trouver dans l'organisme de l'enfant et de l'adulte des conditions de résistance qui la maintiennent à l'état latent pendant une période plus ou moins longue et même l'empêchent d'aboutir. Pour cela, nous croyons, comme Lannelongue et Hutinel, qu'un changement radical et prolongé du milieu et des conditions d'hygiène sont les seuls éléments favorables de guérison.

Si nous cherchons dans quelle proportion la contagion et l'hérédité concourent à la propagation de la phtisie pulmonaire, nous comprenons que les statistiques sont presque impossibles à cause de la difficulté d'obtenir un historique sérieux ou sincère de la maladie. Cependant une telle statistique a pu être fournie par MM. Leudet père et fils, qui ont pu recueillir des renseignements précis sur la santé des ascendants de une ou plusieurs générations. Sur deux cent quatorze familles, ils ont trouvé que cent huit présentaient des antécédents indiscutables; c'est à peu près à la même proportion que je suis parvenu.

Je voudrais parler maintenant de la tuberculose externe chirurgicale primitive, moins grave mais aussi commune que la phtisie pulmonaire. Ici la question du rôle respectif de l'hérédité et de la contagion est des plus simples. Pour ces tuberculoses

externes primitives (ostéites, arthrites, etc.) le traumatisme ne joue qu'un rôle de détermination de la localisation. Il faut que le bacille existe dans l'économie au moment de la violence extérieure. Dans quelques circonstances, une plaie de la peau ou des muqueuses est la porte d'entrée, même pour les adénites considérées comme primitives de la tuberculose. Mais pour les ostéites, arthrites, la contagion est plus difficile à admettre; il en est de même du transport, par la voie sanguine ou lymphatique, du bacille tuberculeux pénétré par la muqueuse respiratoire jusqu'au testicule, les articulations, les os, etc. La rareté de l'infection tuberculeuse du sang plaide contre cette dernière hypothèse. Pour moi, il faut faire une large part à l'hérédité de la tuberculose dans ces tuberculoses externes primitives, hérédité le plus souvent des plus évidentes, d'autres fois incertaine.

Pour nous résumer, nous dirons :

1° La contagion est la cause la plus fréquente de la tuberculose pulmonaire.

2° L'hérédité est un fait indiscutable. Ce n'est pas seulement une aptitude morbide que les parents tuberculeux lèguent à leurs enfants, ils leur transmettent souvent aussi le germe même de leur maladie.

3° Dans les tuberculoses externes primitives l'hérédité joue un rôle prépondérant.

M. L.-H. PETIT. Des travaux récents ont fourni la démonstration bactériologique de l'existence de la tuberculose héréditaire (1). La clinique nous en donne également des preuves indiscutables, lorsqu'on peut suivre l'évolution de la tuberculose dans des familles observées pendant un long espace de temps.

La contagion n'agit pas seulement par le contact intime, mais aussi par l'habitation suffisamment prolongée dans un appartement contaminé.

Je puis citer à ce propos l'histoire d'une famille nombreuse que je connais depuis vingt ans. Le père, arthritique, et la mère, lymphatique, n'avaient aucun antécédent tuberculeux. Celle-ci, qui, en quinze ans, a eu seize enfants, dont plusieurs jumeaux, et quatre fausses couches, est devenue de plus en plus lymphatique et a subi une véritable dégénérescence graisseuse totale ; elle est morte d'une affection cardiaque, dix ans après son dernier accouchement. Son mari vit encore, et sa santé est excellente.

Les deux premiers enfants sont vivants et n'ont jamais présenté de lésions tuberculeuses. Le troisième et le quatrième étaient deux jumeaux. Les trois suivants sont morts de convulsions ; un neuvième enfant est mort de méningite tuberculeuse. Le quatrième et le douzième sont morts de phtisie pulmonaire, dans l'âge adulte, un an et trois ans après l'installation de la famille dans un logement où une jeune femme avait récemment succombé à la tuberculose. Enfin, un autre enfant est mort d'athrepsie. Entre temps, il y eut quatre fausses couches.

Parmi les enfants qui vivent encore, l'un a eu trois enfants, dont deux tuberculeux; un autre a eu sept enfants chétifs, dont plusieurs ont présenté des manifestations tuberculeuses variées, telles que mal de Pott, abcès froids, hydarthrose.

Il semble certain que, dans cette longue observation, les grossesses répétées, séparées par des intervalles trop courts, ont augmenté le lymphatisme de la mère, qui était peut être une forme de tuberculose héréditaire, et créé la prédisposition des enfants à la tuberculose. Le tempérament arthritique du père a combattu heureusement, chez plusieurs enfants, cette prédisposition qui s'est renforcée en passant d'une génération à l'autre. Il n'y avait que prédisposition de terrain chez les ascendants ; il y a, chez les descendants, prédisposition de graine. Ceci montre bien le danger des grossesses trop fréquentes qui donnent des produits faibles et aptes à contracter la tuberculose. Voilà pour l'hérédité.

Le danger de la contagion par l'habitation dans un appartement contaminé est aussi mis hors de doute, ainsi que celui de l'allaitement par une mère suspecte de tuberculose. Aussi faut-il faire élever à la campagne, loin du foyer de contagion, les enfants nés dans de telles conditions et les confier à une nourrice saine et vigoureuse. Il faut mettre un intervalle d'au moins deux ans entre chaque grossesse et ne jamais faire allaiter l'enfant par la mère. Ce fait démontre encore combien la désinfection des locaux habités par des tuberculeux est nécessaire.

M. TORKOMIAN (de Constantinople) a attiré l'attention sur un côté peu connu encore de transmission héréditaire de la tuberculose, celle de la production de monstres. On sait déjà que la stérilité et les avortements sont fréquents chez les tuberculeux; M. Nocard le rappelait tout à l'heure et M. L.-H. Petit en a cité quatre cas dans l'observation précédente. Sawyer a rapporté un fait dans lequel un fœtus, ayant séjourné onze mois dans l'utérus, présentait plusieurs difformités et de la tuberculose vertébrale ; le père était tuberculeux (1).

Le sujet de l'observation de M. Torkomian était un homme de vingt-six ans qui avait perdu son père, deux frères et une sœur de tuberculose. En 1889, il est pris de phtisie pulmonaire. Il se marie le 5 juin 1890, avec une femme en apparence bien portante, qui, en 1891, accouche d'un fœtus mort et macéré. A partir de cette époque, il abuse un peu de l'alcool.

En 1892, la femme accouche prématurément d'un monstre anencéphale du sexe féminin. Deux mois après, le mari vint consulter le médecin; il était tuberculeux à la troisième période. Un traitement approprié l'améliora, mais il ne le continua pas.

Pendant la période d'amélioration, la femme redevint enceinte pour la troisième fois, et, trente jours après la mort du père, accoucha d'une petite fille chétive, mais en assez bonne santé.

M. Torkomian se demande s'il est possible qu'une tuberculose pulmonaire, de même que la syphilis, puisse amener des arrêts de développement. La question est à étudier. Il est remarquable toutefois que les enfants nés pendant que le père était le plus malade vinrent avant terme et que celui qui fut conçu pendant la période d'amélioration put venir à terme et vivre.

M. G. ARTHAUD (de Paris) cite, au sujet du rôle respectif de la contagion et de l'hérédité dans la propagation de la tuberculose, quelques chiffres empruntés aux observations recueillies chez six cents malades environ. La contagion, réalisée essentiellement par le local, a donné une proportion de 60 p. 100 environ, de sorte qu'il reste une proportion de 30 à 40 p. 100 de cas qui peuvent être attribués à la tuberculose héréditaire.

M. COUDRAY (de Paris) a recherché l'hérédité dans 75 cas de tuberculose chirurgicale infantile, tels que tuberculose de la hanche, du genou, du cou-de-pied, mal de Pott, etc. Dans 10 cas seulement, il a trouvé des antécédents héréditaires tuberculeux ; l'affection tuberculeuse ne s'était déclarée qu'à l'âge de un ou deux ans pour quelques cas, ou de trois à six ans pour la plupart; dans un seul cas, où il s'agissait d'une tuberculose de la hanche, les lésions pouvaient être considérées comme congénitales, car elles étaient déjà très appréciables au premier mois.

Dans les 65 autres cas, dans lesquels l'hérédité n'existait pas, la cause occasionnelle a échappé 45 fois ; 9 fois l'action d'un traumatisme a pu être indiquée d'une façon très nette. Dans un cas, il s'agissait d'une hydarthrose traumatique devenue consécutivement tuberculeuse; dans un autre, d'une contusion du coude. Dans quatre cas, la tuberculose chirurgicale a été précédée d'accidents pulmonaires, tels que bronchites, bronchopneumonies; trois fois les accidents ont succédé à la coqueluche et enfin, dans trois observations, on a pu incriminer une alimentation insuffisante. Dans un cas, les lésions tuberculeuses, représentées par un mal de Pott cervical, avaient succédé à une angine.

En résumé, d'après son expérience personnelle, la contagion lui paraît jouer un rôle prédominant dans l'étiologie des tuber-

(1) Voir LONDE. *Rev. de la tuberculose*, 15 juillet 1893.

(1) Voir *Rev. de la tuberculose*, juillet 1893, p. 171.

culoses chirurgicales, puisque l'hérédité n'existe pas dans la plupart des cas.

M. DUCOR (de Paris) a constaté le rôle négatif de l'hérédité dans deux cas de tuberculose articulaire et ganglionnaire dus à la contagion. Il a pu fournir une preuve certaine de contagion par des bacilles atténués chez deux enfants de la même famille D'autre part, il a obtenu des renseignements sur trente-cinq de leurs ascendants au point de vue de l'hérédité de la tuberculose. Ces renseignements sont absolument négatifs.

Le rôle de l'hérédité collatérale ou directe chez ces deux enfants tuberculeux est donc absolument nul. Leurs sept frères ou sœurs sont tous vivants; ils n'ont jamais offert de signes de tuberculose, même le dernier, une fillette rachitique.

Les antécédents collatéraux ou ascendants de ces enfants tuberculeux sont plutôt favorables à une sorte d'immunité héréditaire contre la tuberculose. C'est cette sorte d'immunité héréditaire qui, jointe à la virulence atténuée du bacille, explique la résistance offerte au bacille et la localisation des lésions chez les deux enfants. Il est donc bien vrai que la contagion seule suffit à provoquer le développement de la tuberculose malgré l'absence de toute prédisposition héréditaire.

M. VERNEUIL. Il est contestable que des tuberculoses chirurgicales profondes puissent reconnaître comme origine une contagion chez des individus n'ayant aucune prédisposition. Incontestablement une personne à poumons tuberculeux qui se blesse et dont le foyer traumatique devient tuberculeux a une contagion interno-externe. C'est de l'auto-inoculation. Mais le mal de Pott et la coxalgie sont souvent héréditaires, et la tuberculisation externo-interne alors ne se fait pas. Les enfants, malgré leur lésion locale, continuent à se bien porter.

On voit chez des familles bien portantes, dans un milieu sain, un enfant tomber et se faire une blessure, une contusion : une tuberculose chirurgicale, un mal de Pott, etc., se forment consécutivement. Voilà une tuberculose née sous l'influence d'un traumatisme. Sayre prétendait même que le mal de Pott est toujours consécutif à une contusion. En tout cas, on est en droit de dire qu'il s'agit ici d'une auto-inoculation traumatique. Il y avait microbisme latent.

On sait que, en cas de kystes hydatiques des membres, des os, on trouve presque toujours, comme cause, une contusion antérieure. C'est bien là le type du microbisme latent. Il y a une catégorie nombreuse d'individus qui sont des malades latents; ils sont prédisposés : la moindre cause éveille, réveille ou aggrave la maladie.

II

Des maladies infectieuses comme agents provocateurs de la tuberculose.

M. VERNEUIL. On a suffisamment montré l'influence considérable qu'avaient, sur la tuberculose pulmonaire, les maladies infectieuses, la grippe notamment, et aussi les maladies éruptives, surtout celles qui font tousser. Cette influence est incontestable également pour les tuberculoses chirurgicales, et j'ai réuni sur ce sujet un certain nombre d'observations tout à fait caractéristiques, dont deux, tout à fait récentes, me paraissent extrêmement concluantes.

Le premier de ces faits se rapporte à une petite fille de sept ans, malade, depuis trois ans, d'une double adénopathie cervicale qui fut curetée. Peu de temps après la guérison, on reconnut chez elle l'existence d'un mal de Pott, qui ne fut pas traité d'une façon suffisante. En mai 1891, je la soumis à une immobilisation rigoureuse et lui fis prendre de l'iodoforme à l'intérieur; en même temps, comme il existait un abcès par congestion, qui tendait déjà à faire saillie dans le triangle de Scarpa, je fis une ponction qui me permit de retirer 150 grammes de pus et qui fut suivie d'une injection d'éther iodoformé, et j'envoyai l'enfant au bord de la mer. L'hiver suivant se passa bien, mais, au printemps, il se produisit une légère récidive au niveau de l'abcès et je fis une deuxième injection iodoformée, après avoir retiré 60 grammes de pus épais. A la fin de 1892, je pouvais considérer la fillette comme guérie, lorsqu'elle fut prise d'une fièvre, avec une éruption mal caractérisée; cette fièvre dura neuf jours, mais en même temps la double adénopathie était devenue douloureuse, pendant que l'abcès de la fosse iliaque se reformait. Après un mois de traitement, l'adénopathie s'était résolue; l'abcès par congestion s'était notablement accru; en avril dernier, je fis une troisième injection iodoformée, et, aujourd'hui, l'enfant est en parfaite santé.

Il paraît y avoir, dans ce cas, de l'hérédité tuberculeuse du côté de la mère. Ce qui me semble incontestable, en tout cas, c'est le réveil de deux manifestations tuberculeuses sous l'influence d'une fièvre éruptive.

Ma deuxième observation présente un intérêt tout particulier, en ce que la maladie infectieuse qui est ici entrée en jeu, la malaria, est une de celles qui ont été considérées comme antagonistes de la tuberculose. Dans ce cas, la malade est une petite fille chez laquelle il n'y a pas d'antécédents héréditaires tuberculeux. Ses parents venaient de s'installer avec elle dans une propriété où des travaux de terrassement étaient en cours d'exécution : l'enfant est atteinte alors d'un formidable accès de fièvre intermittente, et, pendant sa convalescence, elle tombe sur le front et se fait une petite plaie insignifiante. Mais les choses n'en restèrent pas là, et bientôt on constata une nécrose tuberculeuse du frontal, de l'os malaire et de la mâchoire inférieure, en même temps qu'apparaissaient des adénites cervicales multiples. Ici, par conséquent, l'apparition des manifestations tuberculeuses a suivi presque immédiatement l'accès de fièvre intermittente.

M. LEGROUX a observé récemment deux faits qui peuvent être rapprochés de ceux que M. Verneuil vient de rapporter.

Dans le premier, il s'agit d'un enfant délicat, lymphatique, qui, il y a deux ans, présentait des ganglions très appréciables au cou, dans les aisselles et dans les aines. Il alla passer quelques mois à la mer et ses ganglions subirent momentanément une certaine diminution de volume. L'état resta à peu près stationnaire pendant une année environ, puis, en janvier dernier, survint une coqueluche qui se prolongea, et bientôt on constata des signes d'adénopathie trachéo-bronchique. Il y a un mois, la coqueluche n'était pas encore guérie et l'on reconnut l'existence d'une coxalgie, ainsi que d'une adénopathie considérable dans la fosse iliaque; enfin, les poumons eux-mêmes sont actuellement très suspects. Voici donc un cas dans lequel la coqueluche semble avoir provoqué l'apparition de manifestations graves d'une tuberculose jusque-là restée pour ainsi dire latente.

Dans une deuxième observation, il s'agit de la rougeole qui, comme on le sait, est malheureusement suivie quelquefois de méningite tuberculeuse, à plusieurs mois d'intervalle. Il y a un an environ, une petite fille de onze ans est atteinte de rougeole, et, après sa guérison, on l'envoie à la campagne. Peu de temps après, on voit apparaître des accès de fièvre, laquelle bientôt devient continue. Les ganglions étaient augmentés de volume, et on constate un commencement de paralysie faciale avec un peu d'inégalité pupillaire; on porte alors le diagnostic de méningite au début. Huit jours plus tard, ce diagnostic était confirmé et la malade ne tardait pas à succomber dans le coma.

M. SPIR. CANELLIS (d'Athènes) rappelle de nombreuses observations montrant combien il est fréquent de voir la tuberculose se développer à la suite de la grippe.

Lors de la dernière épidémie de grippe observée en Grèce, il a été frappé de la fréquence des complications pulmonaires graves favorisant ensuite le développement de la tuberculose. L'infection tuberculeuse évoluant à la suite de la grippe, peut provenir soit de l'hérédité, soit simplement de la grippe elle-même.

Après la grippe, il faut donc surveiller attentivement les malades, même lorsqu'il n'y a pas de signes à l'auscultation, et que la guérison paraît être complète.

M. BAIVY (de Namur) cite deux exemples frappants de l'influence qu'exercent les maladies infectieuses sur l'évolution de la tuberculose.

Dans un premier fait, il s'agit d'une petite fille atteinte d'adénopathie cervicale et bronchique; une coqueluche se déclara et peu de temps après on vit apparaître une péritonite tuberculeuse, en même temps que les adénopathies bronchique et cervicale s'aggravaient notablement. Dans le deuxième, un jeune homme issu de père tuberculeux et ayant eu lui-même un abcès froid deux ans auparavant, est pris de grippe et, quelques semaines plus tard, la tuberculose pulmonaire apparaît, tandis que l'abcès froid récidivait.

Dans une autre série de faits, ce sont au contraire des lésions tuberculeuses qui ont servi de portes d'entrée aux maladies infectieuses :

M. BABÈS rappelle les difficultés que l'on rencontre lorsqu'on veut étudier chez l'homme les associations microbiennes. Tout d'abord il s'écoule généralement un trop long espace de temps entre la mort et l'autopsie. D'autre part, la grande variété des microbes associés rend leur étude extrêmement laborieuse, surtout en raison des particularités que présentent certains d'entre eux, qui ne poussent pas sur les terrains où d'autres se sont déjà développés.

Au point de vue de la rapidité des autopsies, l'auteur a inauguré à Bucharest un nouveau système, grâce auquel chaque cadavre est examiné histologiquement et bactériologiquement très rapidement après la mort. Il a pu ainsi, avec M. Kalendero, recueillir quelques observations intéressantes, démontrant nettement que la tuberculose peut créer des portes d'entrée aux maladies infectieuses.

Dans une de ces observations il s'agit d'une association entre la tuberculose et la fièvre typhoïde.

Chez un autre malade pour lequel on avait fait le diagnostic de dysenterie chronique et de tuberculose pulmonaire, on trouva à l'autopsie des lésions tuberculeuses des poumons, des abcès multiples dans le foie, notablement augmenté de volume, et dans l'intestin grêle et le gros intestin de nombreuses ulcérations grisâtres, au niveau desquelles on constata au microscope des amas de micro-organismes ressemblant à des pneumocoques. On recueillit le pus d'un des abcès du foie, qui atteignait le volume d'une orange, mais les ensemencements restèrent stériles. Il existait donc chez ce malade des lésions nombreuses d'entéro-hépatite suppurée, et la tuberculose pouvait être là encore incriminée comme ayant servi de porte d'entrée.

Une troisième observation a montré l'association de la tuberculose avec une infection hémorragique, et on a pu isoler, à côté des bacilles de Koch, des streptocoques auxquels on ne devait pas hésiter à attribuer la septicémie hémorragique.

D'autres faits analogues prouvent aussi nettement qu'une tuberculose même latente, sans tendance progressive, constitue un danger persistant, en ce qu'elle peut servir de porte d'entrée à d'autres infections.

III

Les trêves de la tuberculose.

M. LEGROUX (de Paris). Que faut-il entendre par trêve dans la tuberculose? Une trêve est une suspension d'hostilité entre deux partis ennemis; dans la tuberculose humaine les deux ennemis en présence sont, d'un côté le parasite, de l'autre l'homme. Pour qu'il y ait trêve entre le bacille et l'organisme, il faut que le microbe se trouve confiné, qu'il n'ait plus la propriété de sécréter assez de substance toxique pour infecter les régions situées au delà du point primitivement envahi. Il s'établit alors une trêve qui ne cesse que lorsqu'un élément étranger, maladie intercurrente ou associations microbiennes, vient mettre en liberté le bacille de Koch jusque-là silencieux et confiné.

La syphilis, la fièvre intermittente offrent de beaux exemples de trêves morbides.

On sait que l'évolution de la tuberculose pulmonaire se produit suivant deux modes différents : ou bien le sujet a une tuberculose qui évolue plus ou moins lentement vers la mort par l'hecticité; ou bien il y a un retour vers la guérison, mais plus tard le bacille reprend son œuvre et le malade succombe. Il y a eu une trêve, que peuvent venir rompre la grippe, la scarlatine, le surmenage, la chlorose, un traumatisme ou une infection quelconque; ces divers facteurs peuvent même remettre tout en œuvre au point de faire éclater une miliaire chez l'adulte.

C'est surtout chez l'enfant que l'on peut, mieux que chez l'adulte, suivre le mécanisme des trêves et saisir les procédés de défense de l'organisme. L'enfant présente, en effet, une aptitude considérable pour l'ensemencement tuberculeux. D'autre part, on voit chez lui des tuberculoses localisées guérir facilement, comme s'il y avait en lui une opportunité morbide qu'on ne rencontre pas chez l'adulte.

Lors du premier Congrès de la tuberculose, M. Legroux avait attiré l'attention sur la micropolyadénopathie de l'enfance, lésion qu'il considère comme une manifestation primitive de la tuberculose. Depuis cette époque, divers auteurs (Mirinescu, Lesage, Aviragnet, Cornet, Northrup, Pascal, Simon, Guinon, etc.) ont, par leurs travaux anatomo-pathologiques et microbiologiques, confirmé cette donnée clinique; les micropolyadénopathies, les tuberculoses des ganglions pulmonaires et mésentériques peuvent donc, chez l'enfant, déterminer des manifestations viscérales après être restées longtemps stationnaires : il y a là une loi de succession dans l'infiltration bacillaire. Lorsqu'il existe un ou plusieurs ganglions envahis par la tuberculose, la résistance s'organise et la phagocytose intervient; deux cas peuvent alors se présenter : ou bien le microbe est détruit et la guérison survient; ou bien le microbe survit et s'échappe et l'infiltration générale se produit.

Tous nos efforts doivent donc tendre à prolonger les trêves de la tuberculose et même à les transformer en une guérison durable et définitive. Nous arriverons à ce but en éloignant les prédisposés des foyers morbides, en isolant le jeune tuberculeux ganglionnaire, articulaire ou osseux au grand air. Cette émigration rurale doit durer non pas quelques jours, mais des mois et des années. C'est là une indication capitale.

Il va sans dire qu'il faudra soumettre le malade aux règles d'une hygiène bien comprise, à un régime alimentaire substantiel et à une médication raisonnée par la créosote, l'huile de foie de morue, etc.

M. COUDRAY (de Paris) a observé un fait dans lequel il se produisit une trêve de trente ans.

Une dame, aujourd'hui âgée de trente-huit ans, eut à l'âge de cinq ans une coxalgie qui guérit en un an et demi, en apparence du moins, sans suppuration et avec une attitude vicieuse. Elle passa bien portante l'âge de la jeunesse, se maria, eut deux enfants. C'est seulement quelque temps à la suite de son second accouchement que sa santé s'altéra un peu; elle eut une pleurésie qui guérit bien, puis quelques mois après, à l'âge de trente-cinq ans, un abcès énorme de la hanche malade trente ans auparavant. Cet abcès était lié à une carie tuberculeuse du grand trochanter et de la portion voisine du col fémoral. Il est peu probable qu'il se soit produit une seconde inoculation chez cette malade; dans son entourage il n'existait aucune cause de contagion; il est logique d'admettre la survivance de bacilles dans l'articulation primitivement malade, qui se sont réveillés à leur moment propice (grossesse, trauma créé par l'accouchement). Il s'agit, en un mot, d'un exemple de microbisme latent, curieux par le long sommeil des agents infectieux.

M. HALLOPEAU (de Paris) étudie des trêves qui peuvent se produire dans la plupart des formes de tuberculose cutanée. Ces formes sont multiples : la peau étant un organe complexe, les différentes parties qui la constituent peuvent être affectées iso-

lément et elles réagissent différemment ; il faut également tenir compte des régions envahies : la face ne réagit pas comme le font les membres.

Les trêves sont surtout fréquentes dans les tuberculoses qui envahissent la peau secondairement, après avoir primitivement intéressé les parties sous-jacentes telles que le tissu cellulaire, les ganglions lymphatiques ou le squelette ; on les observe aussi dans le lichen scrofulosorum. Elles sont très exceptionnelles dans le lupus dit scléreux ou verruqueux. On les voit souvent se produire, sous l'influence d'un traitement local destructif ou modificateur, dans le lupus vulgaire : un érysipède intercurrent peut avoir la même action.

On peut voir actuellement, dans le personnel d'employés de l'hôpital Saint-Louis, une dizaine de lupiques qui ont présenté de ces trêves ; l'un d'eux a été pendant quarante ans exempt de manifestations.

Les récidives à très longue échéance montrent que l'on n'est jamais en droit d'affirmer la guérison complète de cette dermatose.

Dans les formes aiguës et chroniques de lupus érythémateux, il peut également, bien que plus rarement, se produire des trêves.

Ces trêves et les récidives qui font suite montrent que le bacille de la tuberculose atténué par sa culture dans la peau peut y persister longtemps à l'état d'inertie, jusqu'au jour où il trouve de nouveau, par le fait de circonstances indéterminées, un terrain favorable. Ces nouvelles poussées peuvent se produire pendant la vieillesse.

On peut se demander, en raison de l'action curative évidente qu'exerce parfois l'érysipèle, si l'on ne serait pas en droit d'inoculer des formes bénignes de cette maladie, aujourd'hui que l'on possède dans les vernis et pommades ichthyolés, grâce à Unna et Juhel-Rénoy, un moyen d'en enrayer la marche dans la plupart des cas ; la gravité et l'extrême ténacité des lupus justifieraient peut-être de pareilles tentatives.

IV

Des dangers qui peuvent provenir de l'inhumation des tuberculeux. De l'opportunité de remplacer l'inhumation par la crémation. De la nécessité de détruire les bacilles tuberculeux dans les cadavres.

Une visite au crématoire de la ville de Paris nous a montré que la crémation n'était pas encore, malgré son utilité, prête à entrer dans nos mœurs. Cependant les appareils fonctionnent nuit et jour et plus de 2000 crémations ont été pratiquées.

M. L.-H. PETIT (de Paris). Pour démontrer que la terre peut servir de moyen de contagion dans la tuberculose, MM. Lortet et Despeignes (de Lyon) ont enfoui dans des pots à fleurs remplis de terre des crachats et des fragments de poumons provenant d'individus tuberculeux, en même temps que des vers de terre. Un mois après, ils ont constaté que les vers de terre contenaient des bacilles tuberculeux en très grand nombre et que les cochons d'Inde inoculés avec ceux-ci mouraient bientôt de tuberculose généralisée.

Ces mêmes auteurs ont vu que les bacilles tuberculeux des cadavres enfouis dans la profondeur du sol sont ramenés à la surface par les vers de terre tout comme le charbon dans *les champs maudits*, d'après les expériences de Pasteur. Il est donc à admettre que ces bacilles, enlevés avec les poussières par le vent, peuvent parvenir jusque dans nos poumons et sur nos aliments.

Peut-être aussi les toxines des bacilles des cadavres peuvent-elles être dissoutes et entraînées jusqu'aux sources, aux puits.

Sir Spencer Wells a déjà dit, dans son livre *Sur les funérailles*, que la terre peut porter un poison à travers une épaisseur de 140 mètres.

Il semble donc résulter de cela que l'inhumation, telle qu'elle est pratiquée, est un véritable danger pour la santé publique.

Pour parer à ces dangers :

Il faut brûler les animaux ou les enfouir dans des fosses remplies de chaux.

Pour les hommes : il faut faire la crémation ou injecter des antiseptiques dans les cadavres ou bien inhumer les cadavres dans une bière capitonnée dont le capiton serait imbibé d'une solution microbicide concentrée.

De nombreuses objections ont été élevées contre la crémation ; la plus importante au point de vue médical est que l'incinération fait disparaître la preuve d'empoisonnement.

Pour la tuberculose, cela n'a pas de valeur, car, sauf pour la méningite qui évolue vite, toutes les autres lésions tuberculeuses marchent assez lentement pour que le diagnostic soit établi durant la maladie. D'ailleurs rien n'empêche l'autopsie préalable.

Les mêmes objections et la même réponse peuvent être faites pour les injections antiseptiques des cadavres.

Le point important étant d'empêcher tout moyen de contagion de la tuberculose, il faut arriver à détruire les cadavres des tuberculeux en mettant toute sensiblerie de côté.

M. SALOMON. Aux expériences concluantes qui ont été faites par MM. Galtier, Lortet et Despeignes, il faut donner une consécration. Je prie donc le congrès de vouloir bien accepter le vœu suivant :

« Considérant le danger de l'inhumation des cadavres tuberculeux, le troisième congrès pour l'étude de la tuberculose recommande la crémation comme moyen de prévenir ce danger. »

M. VERNEUIL. La crémation est un des meilleurs moyens de destruction des cadavres dangereux ; elle devrait être obligatoire. Mais une loi récente proclame la liberté absolue du mode d'inhumation.

La crémation est onéreuse, et, d'autre part, il faut un centre où se trouve l'appareil crématoire que ne peuvent posséder toutes les communes. Il y a donc là des difficultés et même des impossibilités. On pourrait adopter un procédé aussi efficace, mais moins coûteux et plus pratique : c'est la mise en chaux, qui est un antiseptique puissant. Il s'y produit une momification des cadavres en l'espace de six semaines à deux mois et cela ne revient qu'au prix de 1 à 2 francs par cadavre. De plus, la chaux ne dénature pas complètement le cadavre, ce qui cadre assez avec les préjugés du public ; car, il ne faut pas se le dissimuler, la crémation a cela de mauvais qu'elle va contre les préjugés.

Ainsi, en présence des inconvénients de la crémation, me semble-t-il plus logique de formuler le vœu de la façon suivante :

« Considérant les dangers du dépôt des cadavres tuberculeux dans la terre, le gouvernement est invité à étudier et faire adopter des procédés de destruction efficaces des cadavres dangereux. » (Adopté.)

Aucun de ces procédés ne serait obligatoire, on compterait sur le bon sens du public pour y recourir dans les cas où le cadavre peut devenir une source de danger pour les vivants.

L'un des meilleurs procédés est, en particulier, la momification employée autrefois et même encore en Chine et qui donne de très bons résultats. Cette mesure ne serait pas choquante et ne toucherait pas à la liberté individuelle. Je suis persuadé qu'elle serait plus volontiers acceptée que la crémation.

M. SALOMON. Nous avons déjà obtenu une loi qui accepte la crémation comme mesure facultative ; ce que nous demandons, c'est que le congrès donne à la crémation une sanction presque officielle.

M. VERNEUIL. Je suis plus radical que M. Salomon, car je demande une mesure obligatoire : la momification. Mais pour respecter le libre arbitre de chacun, il est permis de recourir à d'autres moyens que la momification et la crémation, pourvu, en tous cas, que les cadavres ne puissent plus nuire.

M. LAHO. La stérilisation des cadavres dans les bières n'aboutirait-elle pas à une conservation si complète que nous en serions encombrés ? La chaux n'a pas cet inconvénient, d'ailleurs en médecine vétérinaire, la chaux est d'usage quotidien, en

particulier, pour les animaux charbonneux, car elle détruit les cadavres et les germes contenus.

M. VERNEUIL. Les animaux sont bien plus protégés contre les maladies infectieuses que les hommes. Il est donc nécessaire que les pouvoirs publics adoptent des mesures qui nous mettent à l'abri du danger des cadavres. Aussi notre Comité permanent fera-t-il son possible pour donner satisfaction au vœu émis et aux désirs des membres du congrès.

V

Diagnostic de la tuberculose.

Cette question a surtout été posée au point de vue de la médecine vétérinaire. Aussi n'y insisterons-nous pas ici; nous nous contenterons de dire que les expériences bien connues de M. Nocard sur les injections de tuberculine comme moyen de diagnostic de la tuberculose bovine ont été pleinement confirmées par celles de MM. Siegen, Thomassen, etc.

S'appuyant sur ces données, qu'il a appliquées à la prophylaxie de la tuberculose bovine, M. Nocard a fait séparer des autres bovidés ceux qui avaient réagi sous la tuberculine, et a pu ainsi préserver de la contagion les animaux sains jusque-là. Aussi M. Nocard a-t-il demandé que tout animal présenté aux concours de reproducteurs organisés ou subventionnés par l'État ait été préalablement soumis à l'épreuve de la tuberculine.

M. ARTHAUD, après avoir repris l'étude des formes cliniques de la tuberculose pulmonaire et rappelé son travail sur la période d'invasion de cette maladie, dit que le diagnostic précoce présente un grand intérêt dans les deux cas suivants : lorsque la tuberculose est dans la période d'invasion, car une thérapeutique active peut alors enrayer la maladie, et lorsque le processus tuberculeux en est arrivé au stade de sclérose. Dans ce dernier cas, en effet, on a l'habitude de considérer les malades comme guéris, car les phénomènes généraux s'amendent, mais il n'est pas rare de rencontrer des sujets guéris en apparence et chez lesquels existe encore de la dyspnée causée par une destruction du tissu pulmonaire.

L'orateur insiste sur les caractères qui permettent un diagnostic rétrospectif, lequel n'est pas sans importance lorsqu'on se trouve en présence d'une tuberculose pouvant nécessiter une intervention chirurgicale.

M. AUBEAU (de Paris). Par le simple examen bactériologique du sang, du sperme et d'autres liquides organiques, l'auteur fait le diagnostic précoce de la tuberculose et de certaines autres maladies microbiennes.

En ce qui concerne la tuberculose, M. le docteur Aubeau se déclare franchement partisan de la polymorphie du micro-organisme qu'il décrit sous cinq formes différentes (zooglées, coccobactéries, coccotrix, bacilles, filaments). Il donne à l'appui de cette manière de voir des arguments et des preuves qui méritent d'être pris en sérieuse considération. Il est bien certain que, si la polymorphie se trouve confirmée, les cliniciens ne pourront plus méconnaître la signification des zooglées, des cocco-bactéries, etc., même en l'absence de tout bacille.

Quoi qu'il en soit, en présence des idées universellement admises sur la monomorphie du bacille, afin de ne pas donner matière à discussion, M. le docteur Aubeau a soumis, à l'examen des membres du Congrès, de belles préparations de sang et de sperme renfermant le bacille de Koch.

Il faut s'incliner devant les faits; aussi, bien que la découverte de M. Aubeau bouleverse quelque peu les conceptions qui ont actuellement cours dans la science, personne n'a contesté la signification et l'importance de ces préparations qui ont été faites avec l'habile concours de M. Golasz au talent duquel le savant professeur de pathologie expérimentale de la Faculté, M. Straus, a rendu un juste hommage.

A propos de la présence des bacilles dans le sperme, plusieurs membres du Congrès, MM. Verneuil, Nocard, Straus, ont admis l'idée que le malade était probablement atteint de tuberculose génitale et qu'il portait dans le testicule ou dans les vésicules séminales quelque petit foyer tuberculeux méconnu.

M. Straus base cette opinion sur le fait que, dans la préparation qui lui a été soumise, les bacilles ne sont pas isolés, mais groupés en un véritable bouquet comme dans les crachats tuberculeux.

M. Aubeau, tout en acceptant que l'on fasse des réserves jusqu'à nouvel ordre, affirme que le malade qui a fourni le sperme ne présente nulle trace de tuberculose génitale. D'ailleurs il possède plusieurs autres préparations analogues et à l'issue de la séance, il répondait à quelques membres du Congrès qui lui répétaient la même objection : « Il n'y a aucun rapport à établir entre les préparations du sperme provenant de tuberculeux atteints de lésions du testicule ou des vésicules séminales et les préparations du sperme provenant de tuberculeux indemnes de toute lésion tuberculeuse des organes génitaux. Les préparations que nous possédons ne permettent aucune confusion. Dans le sperme des sujets atteints de tuberculose génitale, on trouve les bacilles au milieu de nombreux leucocytes, de mucus, de pigment, de spermatozoïdes et de débris de fibres et de cellules.

Dans le sperme des tuberculeux sans lésion testiculaire, on ne trouve que des spermatozoïdes et des microbes.

C'est précisément le cas de la préparation soumise à l'examen du Congrès; elle ne contient pas un leucocyte, pas un débris de fibre. Elle est d'une pureté admirable ; sur un fond clair se détachent uniquement les spermatozoïdes colorés en bleu et les microbes colorés en rouge. »

D'ailleurs un vétérinaire de grande valeur, M. Degive, est venu appuyer les observations de M. Aubeau. « Chez les vaches tuberculeuses, a-t-il dit, nous trouvons fréquemment les bacilles dans le lait, alors que les mamelles sont tout à fait indemnes de tuberculose, il est donc naturel d'admettre qu'on trouve aussi les bacilles dans le sperme de sujets dont les testicules sont sains. »

Mais M. Nocard pense qu'il existait dans ces mamelles des foyers restés inaperçus à cause de leur petitesse, et qu'il peut en être de même pour le testicule du malade de M. Aubeau.

A propos du lait, M. Aubeau dit qu'il a fait des recherches analogues chez la femme et il relate l'histoire d'une nourrice dont les mamelles paraissaient absolument saines et dont le lait renfermait le bacille de la tuberculose.

Les conclusions de cette importante communication peuvent être ainsi résumées :

Par l'examen bactériologique du sang, du sperme et d'autres liquides de l'économie, on peut faire le diagnostic de certaines maladies microbiennes.

En ce qui concerne la tuberculose, on trouve les micro-organismes : 1° dans la tuberculose cliniquement confirmée ; 2° dans la tuberculose cliniquement guérie ; 3° dans la tuberculose latente, c'est-à-dire chez des sujets que rien, cliniquement, n'autorise à supposer tuberculeux.

Cet examen permet donc de faire le diagnostic précoce de la tuberculose. Il facilite aussi singulièrement le diagnostic différentiel dans les cas douteux.

Il existe des différences capitales entre le sang et le sperme au point de vue de la présence du micro-organisme.

Les microbes passent dans le sang, tandis qu'ils vivent dans le sperme.

M. Aubeau attache à la présence des microbes dans le sperme une haute signification. Il considère que sa découverte jette un jour tout nouveau sur le mystère de l'hérédité microbienne. Elle prouve la transmission du microbe du père à l'enfant.

« Tout sujet infecté inocule l'ovule en même temps qu'il le féconde. »

M. VERNEUIL fait observer qu'il serait certainement intéressant d'examiner minutieusement et de suivre pendant un certain temps le malade chez lequel on avait trouvé des bacilles dans le sperme, de façon à rechercher les lésions locales susceptibles d'expliquer l'existence de ces bacilles.

Il ne faut pas oublier que bien souvent des tuberculoses glandulaires locales restent latentes et que l'ulcération de petits foyers tuberculeux suffit pour introduire, dans le produit de sécrétion des glandes, des bacilles que l'on peut considérer à tort comme sortant du sang en même temps que le liquide sécrété.

Quoi qu'il en soit, les faits de M. Aubeau prouvent qu'il peut y avoir grand intérêt, au point de vue du diagnostic précoce de la tuberculose, à pratiquer l'examen bactériologique de toutes les sécrétions humaines.

MM. **STRAUS** et P. **TEISSIER** (de Paris) ont employé la tuberculine comme agent révélateur de la syphilis. Il est aujourd'hui bien établi que la tuberculine constitue un réactif extrêmement précieux pour le diagnostic de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux. D'après les expériences faites chez un certain nombre de malades, il semble que les affections tuberculeuses ne soient pas les seules dans lesquelles la tuberculine puisse jouer un rôle important au point de vue du diagnostic, et, si ces résultats se trouvent confirmés, il pourra en résulter des conséquences pratiques d'une certaine utilité, en ce qui concerne la syphilis, dont le diagnostic offre parfois des difficultés si grandes.

« Nous nous sommes servis, dans nos recherches, d'une tuberculine préparée par nous, en suivant exactement la méthode indiquée par Koch, et produisant chez les tuberculeux toutes les réactions caractéristiques qui ont été décrites.

Chez une syphilitique de vingt-deux ans, présentant des plaques muqueuses de l'amygdale et une roséole en voie de disparition, nous avons fait une injection de 2 milligr. 1/2 de ce produit, et, à la suite de cette injection, nous avons vu la température s'élever dans la soirée à 39°4 et se maintenir le lendemain à 38°-38°5, en même temps que la malade accusait un malaise général, avec céphalée, courbature, etc.

Dans une deuxième expérience, nous avons injecté 2 milligr. 1/2 de tuberculine à une femme de vingt-deux ans, atteinte également d'accidents secondaires, notamment de plaques muqueuses des grandes lèvres ; chez elle, la réaction a été plus faible et la température n'a pas dépassé 38°2.

Un troisième syphilitique, présentant des manifestations secondaires multiples, a reçu, le 2 juin dernier, une injection de 2 milligr. 1/2 ; la température s'est élevée le jour même à 38°5 et le lendemain à 40°4, pour se maintenir le surlendemain à 39 dégrés.

Enfin, dans un cas de rupia syphilitique, trois injections de tuberculine ont été chaque fois suivies d'une élévation de température et nous ont permis, en outre, de constater des modifications très caractéristiques au niveau de l'éruption syphilitique. C'est ainsi que nous avons vu apparaître, après l'injection, une auréole inflammatoire congestive extrêmement accusée et tout à fait comparable à ce qu'on obtient pour le lupus avec la tuberculine ; l'éruption, qui, auparavant, était sèche, a donné ensuite, après l'injection, un écoulement séro-purulent.

Nous devons ajouter que, dans une autre série d'expériences, nous avons soumis à l'action de la tuberculine un certain nombre de malades atteints d'éruptions diverses non syphilitiques et que, chez aucun, nous n'avons vu les injections produire la moindre réaction.

Ces résultats nous autorisent à conclure que la syphilis se comporte vis-à-vis de la tuberculine, de la même façon que la tuberculose et que la lèpre, dans laquelle les effets de ce produit bactérien ont été bien nettement constatés. On pourra donc trouver dans l'emploi de cet agent un moyen fort simple de faciliter le diagnostic de certaines lésions de nature syphilitique.

Les occasions nous ont manqué jusqu'à présent pour étudier les effets de la tuberculine sur la syphilis tertiaire et surtout sur l'accident primitif ; il serait, en effet, extrêmement intéressant de savoir si on ne trouverait pas là un élément important, au point de vue du diagnostic différentiel, dans les cas nombreux où les syphiligraphes les plus compétents hésitent entre un chancre infectant et un chancre simple.

M. **TRASBOT** (de Paris). Il est un fait, déjà signalé, qui est à rapprocher de ceux qui viennent d'être rapportés sur l'action de la tuberculine chez les syphilitiques : il s'agit de la réaction que peut produire le même agent dans le cancer. On a constaté, en effet, après des injections de tuberculine, pratiquées sur des vaches non tuberculeuses, mais carcinomateuses, une réaction tout aussi accusée que celle qu'on observait chez les vaches tuberculeuses. Il y aurait donc un certain nombre de maladies infectieuses vis-à-vis desquelles la tuberculine exercerait une influence révélatrice.

M. **VERNEUIL**. On sait qu'un traumatisme frappant un malade, atteint antérieurement d'une maladie infectieuse, a des chances de réveiller la maladie latente et de l'aggraver. De même, en étendant cette proposition, on peut dire également qu'une maladie infectieuse, survenant chez un individu déjà atteint d'une autre maladie infectieuse, a des chances de réveiller la maladie première.

M. Lannelongue, dans les expériences qu'il a faites sur les effets de la tuberculine, a pratiqué des injections de ce produit chez des enfants tuberculeux, et aussi chez des enfants non tuberculeux, mais présentant une autre affection, et il a constaté que, chez ces derniers, les injections de tuberculine produisaient une aggravation. Il a vu notamment survenir des accidents gangréneux chez un enfant qui avait une brûlure à bourgeons languissants, à cicatrisation retardée.

D'autre part, on connaît l'influence réciproque que la syphilis et la tuberculose peuvent avoir l'une sur l'autre, et M. Fournier a également signalé des faits montrant l'action que le paludisme peut exercer sur la syphilis. Enfin, il n'est pas jusqu'aux intoxications, telles que l'intoxication alcoolique, dont on n'ait mis en lumière le rôle qu'elles peuvent jouer vis-à-vis de la syphilis.

La tuberculine, de même que le traumatisme et les maladies infectieuses, peut provoquer la même réaction générale dans tous les états constitutionnels : tuberculose, cancer, syphilis, etc.

M. **STRAUS** démontre ensuite que la tuberculine peut provoquer aussi une réaction générale dans la *lèpre systématisée nerveuse*. Il s'agit d'un malade bien connu dans les hôpitaux de Paris. C'est un homme de trente huit ans, né en Belgique, qui servit dans la légion étrangère au Tonkin et qui en revint avec une maladie caractérisée par de l'atrophie musculaire, surtout au niveau de l'éminence thénar et des interosseux de la main, de la sclérodermie des doigts, de la perte de plusieurs doigts des mains et des pieds, des maux perforants et des troubles de la sensibilité (perte de la sensibilité thermique et de la sensibilité à la douleur, persistance partielle de la sensibilité tactile). Plusieurs médecins, notamment M. Charcot et M. Potain, portèrent le diagnostic de lèpre anesthésique ; d'autres, celui de syringomyélie. M. Zambaco découvrit le long des nerfs du bras et de l'avant-bras l'existence de névromes presque caractéristiques de la lèpre. Une injection de 2 milligrammes de tuberculine provoqua, chez ce malade, une réaction très intense ; au bout de quatre heures, la température atteignit 40°6, avec frisson, courbature et céphalée. La fièvre persista quarante-huit heures. On voit donc que la tuberculine peut provoquer la réaction dans la lèpre systématisée nerveuse.

M. **BABÈS** a observé l'action de la tuberculine dans plusieurs cas de lèpre systématisée, et constaté les différences qui existent entre la réaction qui se produit alors et celle que donne la tuberculose. Chez les tuberculeux, en effet, la réaction commence seulement dix à douze heures après l'injection, tandis que, dans la lèpre systématisée, la réaction se produit presque immédiatement, c'est-à-dire trois à quatre heures après l'injection, et en outre, elle dure beaucoup plus longtemps que dans la tuberculose et elle s'accompagne d'un état général plus grave.

M. **CHIAIS** (de Menton), voulant établir un diagnostic total de la tuberculose, démontre que pour cela il faut ajouter aux notions admises la connaissance du mode d'être de l'organisme avant, pendant et après la contagion.

Chez le tuberculeux, partie des troubles fonctionnels, des troubles chimiques et des troubles anatomiques est provoquée par le bacille et partie tient à une modalité spéciale du protoplasma, qui a changé sa fonction chimique. Le protoplasma cellulaire de l'animal est un milieu à réduction. En étudiant les produits excrémentitiels, on peut voir quelle est la puissance réductrice du milieu protoplasmatique.

Nous pouvons connaître le fonctionnement du milieu protoplasmatique par le degré de réduction de la molécule albuminoïde, qui est la plus complexe et de nos aliments et de notre être, et par la rapidité de cette réduction, c'est-à-dire en analysant la sécrétion urinaire dans son mode, dans sa composition et dans le rapport de son mode et de sa composition avec les ingesta, parce que l'azote est éliminé principalement à l'état d'urée.

Le mode de sécrétion subit les transformations suivantes :

Nous urinons moins que nous ne prenons de liquides; ou, si nous urinons plus, la formule nycthémérale se trouve intervertie, nous urinons plus la nuit que le jour; nous n'avons plus l'urine dite urine des boissons.

La composition fait voir tantôt un excès de solides, tantôt une diminution. L'urée est, par rapport aux autres matériaux solides, tantôt en rapport normal, tantôt en rapport anormal. Chez le tuberculeux, la perversion la plus fréquente consiste dans une diminution des solides.

Les perversions fonctionnelles du milieu protoplasmatique peuvent toutes exister sans infection parasitaire, et évoluer sans infection et sans contagion; mais elles peuvent aussi s'associer à la contagion, et tout spécialement à la contagion tuberculeuse.

Nous pouvons, par l'intervention médicale, modifier le fonctionnement du milieu moléculaire protoplasmatique et arriver à ramener au type physiologique la nature intime de la molécule.

Cette modification, pour être totale, demande que l'organisation moléculaire du protoplasma n'ait pas été trop profondément atteinte. Si, du fait de l'hérédité ou du fait de l'infection ou de l'intoxication, nous ne pouvons plus faire subir au milieu protoplasmatique des changements persistants, la guérison radicale n'est plus possible. Nous reconnaîtrons notre impuissance à ce que le mode urinaire ne revient plus au type physiologique, et à ce que l'urine ne reprend plus ni qualitativement, ni quantitativement, les caractères d'une urine normale.

M. HAYEM (de Paris). Les médecins ont, depuis longtemps, reconnu la fréquence extrême des troubles digestifs dans la tuberculose et la nécessité de lutter contre ces troubles, qui constituent une cause évidente de déchéance rapide. Ils ont été conduits à se demander si les lésions pulmonaires ne retentissaient pas sur le fonctionnement de l'estomac. Parmi les auteurs qui se sont occupés récemment de cette question, je dois surtout citer M. Marfan qui, dans sa thèse, a décrit, à la période initiale de la tuberculose pulmonaire, des troubles digestifs qui, quelquefois, marqueraient le début de la maladie, et qui seraient de simples troubles fonctionnels, de simples dyspepsies, qu'il a désignés sous le nom de syndrome gastrique initial. Il a admis que, plus tard, il survient alors du côté de l'estomac une véritable gastrite présentant des caractères anatomo-pathologiques particuliers. M. Marfan a beaucoup insisté sur l'importance de ces troubles stomacaux, montrant que, dans beaucoup de cas, la dyspepsie peut masquer la tuberculose.

Depuis la publication de cet important travail, des progrès notables ont été réalisés dans l'étude des gastrites, principalement au point de vue de l'analyse du suc gastrique, qui a constitué une nouvelle méthode d'exploration et a donné lieu à de nombreuses recherches.

J'ai, pour ma part, recueilli sur ce sujet 80 cas dans lesquels on a fait l'examen chimique du contenu stomacal.

Parmi les malades qui se présentent à nous dans la pratique, les uns offrent des phénomènes de dyspepsie bien caractérisés tout en ne montrant que des signes équivoques de tuberculose : ce sont des dyspeptiques en imminence de tuberculose. D'autres, au contraire, indépendamment des phénomènes dyspeptiques qu'on peut constater chez eux, ont une tuberculose nettement caractérisée.

J'ai observé 32 malades qui pouvaient être rangés dans la première de ces catégories. Parmi 21 d'entre eux, qui sont restés des tuberculeux douteux, j'ai noté 11 cas de gastrite hyperpeptique et 10 cas de gastrite hypopeptique, dont deux apeptiques. Les 11 autres malades qui présentaient une petite localisation pulmonaire, sans bacilles dans les crachats, m'ont permis de noter 3 cas d'hyperpepsie et 8 cas d'hypopepsie, dont 4 cas d'apepsie.

Les malades faisant partie de la deuxième catégorie que j'ai distinguée tout à l'heure sont au nombre de 48. Ils m'ont fourni 18 cas de gastrite hyperpeptique et 30 cas de gastrite hypopeptique, dont 13 allaient presque jusqu'à l'apepsie, avec un seul cas d'apepsie absolue.

Dans la plupart des cas, ces gastrites s'accompagnent de lenteur dans les digestions, de phénomènes de retard dans l'évacuation du contenu stomacal, et, par suite, de dilatation stomacale et de fermentations.

Au point de vue de l'étiologie, les causes de la dyspepsie sont communément, à l'hôpital, l'alcoolisme et le tabagisme; en ville, le tabagisme n'est pas rare, mais les causes les plus fréquentes sont l'usage et l'abus des médicaments irritants.

L'examen anatomo-pathologique des estomacs de tuberculeux montre que la gastrite des phtisiques est généralement une gastrite banale, c'est-à-dire une gastrite mixte parenchymateuse et interstitielle. Cependant, on y trouve quelquefois des lésions un peu particulières. C'est ainsi que j'ai rencontré, dans un cas, une dégénérescence amyloïde s'étendant à tous les vaisseaux de la muqueuse. Dans un autre cas, j'ai constaté un état nécrobiotique des glandes, dû à une thrombose des veines profondes de la muqueuse et du tissu sous-muqueux. Enfin, on peut observer des ulcérations qui sont venues, en quelque sorte, se greffer sur la gastrite ancienne.

Une gastropathie banale, de cause variable, débute dans l'enfance ou dans l'adolescence : elle entretient un état de débilité générale, jusqu'à ce que, à un moment donné, une menace de tuberculose se produise. Dès qu'on soupçonne la tuberculose, on institue alors une médication active, en prescrivant une alimentation abondante, et, sous l'influence de ce régime, on ne tarde pas à voir apparaître les phénomènes du syndrome gastrique initial de M. Marfan, qui, en réalité, existe dans la pratique moins souvent qu'il ne l'a dit, et dont la constatation ne doit pas empêcher de se rendre compte que la gastropathie existait depuis des années. Dès qu'on supprime les médicaments irritants et qu'on établit un régime approprié, on voit, d'ailleurs, les phénomènes gastriques s'amender.

Contrairement à ce qu'on a dit, la tuberculose, au début, ne retentit donc pas d'une façon évidente sur l'estomac, et il n'y a pas, au contraire, beaucoup de maladies graves qui influent aussi peu sur l'état gastrique.

En résumé, abstraction faite des lésions rares que j'ai signalées plus haut et qui ne sont que des trouvailles d'autopsie, la gastrite du phtisique est une gastrite vulgaire, qui semble créer un terrain favorable à l'évolution de la tuberculose. Il est donc extrêmement important de soigner les jeunes gastropathes, et le traitement antidyspeptique peut suffire à enrayer la tuberculose tout à fait à son début.

VI

Utilité de la généralisation du service d'inspection des viandes.

La sixième question avait trait surtout à la médecine vétérinaire et à sa jurisprudence. La discussion s'est terminée par l'adoption des vœux suivants :

Les viandes de boucherie ne doivent être livrées à la consommation qu'après avoir été reconnues saines par un inspecteur compétent. L'inspection des viandes doit être généralisée et se faire dans les villages comme dans les villes.

Le service d'inspection devrait être organisé sur un plan plus ou moins analogue à celui qui vient d'être réalisé en Belgique.

Il y a lieu d'encourager l'installation, dans les abattoirs publics, d'appareils destinés à stériliser les viandes provenant d'animaux tuberculeux, de façon à en permettre l'utilisation sans danger. Des appareils de ce genre fonctionnent déjà d'une façon très satisfaisante dans plusieurs pays étrangers. L'initiative privée est prête à réaliser ce progrès.

VII

Des nouveaux modes de traitement de la tuberculose.

Le traitement pharmaceutique n'a rien appris de nouveau. MM. Weill et Diamantberger ont continué leurs études sur le traitement de la phtisie pulmonaire par les injections sous-cutanées de gaiacol, chez les adultes, M. Ch. Leroux chez les enfants, et leurs résultats sont très satisfaisants ; de même M. Sandras avec les inhalations balsamiques antiseptiques ; M. Chaumier avec le carbonate de créosote ; M. Lauth avec le gaiacol et la créosote ; M. Fabre avec ces médicaments portés à une haute température ; M. de la Jarrige avec les injections trachéales d'huile créosotée et mentholée, à la dose de 40 centimètres cubes, etc.

Les *essais de traitement de la tuberculose par l'injection de sérum de chiens rendus réfractaires à cette maladie*, qui paraît à quelques bons esprits la véritable voie à suivre, ont été l'objet d'une intéressante communication de M. Babès (de Bucarest) :

En expérimentant avec de la tuberculine extrêmement diluée et donnée à doses très lentement croissantes, M. Babès a obtenu des améliorations remarquables chez le cobaye et l'homme. Mais il a employé un autre procédé qui a semblé plus efficace, basé sur le fait que des injections préventives de culture de tuberculose aviaire rendent les animaux moins sensibles à la tuberculose humaine. En inoculant au cobaye et au lapin des cultures de tuberculose aviaire à doses croissantes, puis des cultures de tuberculose humaine, les animaux ont résisté d'une façon inégale ; les résultats ont été inconstants. Cependant on a pu garder quelques animaux devenus ainsi tout à fait réfractaires à la tuberculose humaine par la tuberculose aviaire.

Vient, enfin, un procédé dont MM. Richet, Héricourt et Courmont ont parlé il y a quelque temps. Ce procédé d'immunisation du chien déjà assez réfractaire par la tuberculose aviaire n'a pas donné, quoique exécuté à la lettre, des résultats aussi favorables qu'entre les mains de ces auteurs. Beaucoup d'animaux sont morts de tuberculose, même aiguë, il n'en est resté que 2 sur 10 ; mais ceux-là présentent une résistance considérable, même à des fortes doses de tuberculose humaine. Ce procédé étant peu sûr, a été remplacé par un procédé plus certain, mais plus compliqué, en inoculant les animaux à l'aide de doses plus considérables, plus lentement progressives de cultures de tuberculose aviaire plus anciennes, et, chose essentielle, en faisant usage, d'une façon périodique, de grandes quantités de tuberculose aviaire pour fortifier la résistance.

De cette manière, les chiens et lapins sont devenus très réfractaires. Mais on n'a pu éviter les dangers et les effets très nuisibles des produits tuberculeux virulents, qui paraissent dus en grande partie aux associations bactériennes. De même la néphrite parenchymateuse a tué un grand nombre de lapins quand on leur avait inoculé, à des doses excessives, des cultures de tuberculose humaine. Cette néphrite, on peut la prévenir peut-être par des produits chimiques.

La méthode la plus sûre de vaccination a été la suivante : tuberculine aviaire, culture atténuée de un an de tuberculose aviaire ; 1 gramme de culture de un mois de tuberculose aviaire ; après huit jours 3 grammes de cette culture ; huit jours après 5 grammes de cette culture ; tuberculine humaine, culture ancienne de tuberculose humaine ; vingt jours après, 1 gramme de culture de tuberculose humaine ; après vingt jours, 2 grammes, etc.

Cependant la résistance obtenue ainsi n'est pas absolue, même chez les chiens, car pour affirmer la résistance des chiens il faut les inoculer avec des quantités croissantes d'anciennes et ensuite de nouvelles cultures de tuberculose humaine en ayant soin d'espacer les injections d'environ quatorze jours à un mois. En opérant de cette façon, on peut tirer des chiens rendus réfractaires un serum antituberculeux d'une grande puissance.

Ce sérum, inoculé préalablement à d'autres animaux infectés de tuberculose, les a absolument mis à l'abri, puisque l'un d'eux, mort d'une maladie intercurrente, n'a pas présenté la moindre trace de tuberculose. Inoculé préventivement à des cobayes et à des chiens il a montré des propriétés préservatrices très nettes. M. Babès a donc utilisé le sérum antituberculeux, de même que l'on a employé le sérum antitétanique pour l'homme. Ce sérum (3 à 6 grammes) additionné de 1 décigramme p. 100 d'acide phénique a été inoculé à des tuberculeux et à des lépreux.

Chez les tuberculeux à tous les degrés il y a eu des améliorations sensibles et, en tout cas, il n'y a pas eu de fièvre consécutives comme après les injections de tuberculine.

Chez les lépreux il y a eu rétrocession des lépromes et un effet tonique ; mais, en somme, les résultats chez les lépreux ont été moins évidents.

Malgré ces bons effets, il faut faire des réserves, étant donné le peu de temps d'ancienneté de ces expériences et l'action probablement très lente de ce sérum antituberculeux.

Pour obtenir du sérum vaccinateur en grande quantité, on a tenté de vacciner de la façon indiquée une vache et une chèvre, chez qui le pouvoir vaccinatoire du sérum a été des plus faciles à constater au moyen du lait tout à fait inoffensif.

Ces expériences sont aujourd'hui en cours ; on ne peut donc rien en dire, mais rien ne s'oppose à l'application du traitement des tuberculeux par le sérum et le lait d'animaux rendus réfractaires à la tuberculose humaine par les injections progressives de tuberculose aviaire, anciennes d'abord, puis récentes ; c'est uniquement par cette voie, conclut M. Babès, que l'on parviendra au traitement de la tuberculose et peut-être même à sa prophylaxie.

M. Bernheim pense que la sérothérapie peut être employée chez les tuberculeux. A la suite d'expériences sur les animaux, il injecta à 105 malades des doses variant de 5 à 10 centimètres cubes de sérum artériel d'animal rendu réfractaire : dans tous les cas, il obtint de bons effets de ce traitement.

MM. Richet et Héricourt qui ont fait, d'une part, sur la tuberculose du chien, des expériences portant sur deux cents de ces animaux, à l'aide de la tuberculose humaine, de la tuberculose aviaire et les deux tuberculoses à la fois, et, d'autre part, sur la tuberculose du singe, des expériences sur seize de ces animaux, sont arrivés à des résultats démontrant que la tuberculose humaine et la tuberculose aviaire sont entièrement différentes ; que la vaccination doit exister dans certains cas, mais n'a pas encore une durée ni une puissance suffisantes pour qu'on puisse considérer le problème comme résolu. Ils ne songent nullement à appliquer leurs résultats à l'homme. (*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

348. M. Hein. Contribution à l'étude de la dyspepsie chez les neurasthéniques. — 349. M. Reiss. Lésions congénitales du cœur. (Maladie de Royer.) — 350. M. Virchaux. Contribution à l'étude des formes graves du rhumatisme chronique. — 351. M. Nicole. Recherches sur le chancre mou. — 352. M. Laurent. Contribution à l'étude de l'hépatite interstitielle chronique chez l'enfant. — 353. M. Trémant. Des signes de l'accouchement récent et ancien, au point de vue médico-légal. — 354. M. Durand. Considérations sur les fractures dans le tabes. — 355. M. Guigon. Contribution à l'étude des anévrysmes de la crosse de l'aorte.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. Lailler, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis, ancien président de la Société de dermatologie, vient de mourir. Par la dignité de sa vie, son exactitude rigoureuse à remplir ses devoirs de médecin des hôpitaux, il avait su mériter l'estime de tous. C'était, en dermatologie, un clinicien aussi expérimenté qu'instruit; ceux qui l'ont vu à l'œuvre dans son service pouvaient seuls l'estimer à sa juste valeur. Sa grande modestie l'a empêché de se faire mieux connaître du grand public médical; ses collègues et ses élèves regrettaient tous qu'il s'abstînt de publier le fruit de sa longue expérience. Il y a cependant deux œuvres auxquelles il a plus que tout autre contribué : la création à l'hôpital Saint-Louis du superbe Musée qui en est la gloire et de l'école des enfants teigneux. Cela devra suffire pour perpétuer le souvenir de cet homme de bien. A. M.

— Par arrêté ministériel, en date du 23 juillet 1893, la décoration de chevalier du Mérite agricole a été conférée à M. Barat-Dulaurier, docteur-médecin à Saint-Antoine-sur-l'Isle (Gironde).

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Fête de l'Assomption.* — *Billets d'aller et retour à prix réduits.* — A l'occasion de la Fête de l'Assomption, les billets d'aller et retour à prix réduits, délivrés du 12 au 15 août 1893, en vertu du tarif G. V. n° 2, seront tous valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 17 août.

Les billets d'aller et retour de ou pour Paris, Lyon et Marseille, conserveront leur durée normale de validité, lorsqu'elle sera supérieure à celle fixée ci-dessus.

Vacances de 1893. — *Excursion à prix réduits.* — *Paris-Zermatt-Berne-Interlaken* (départ de Paris le 31 août à 2 h. 30 soir). —

Prix du voyage (aller et retour) : de Paris à Berne, 33 fr. en 2e classe, 22 fr. en 3e classe; de Paris à Interlaken, 39 fr. en 2e classe, 26 fr. en 3e classe; de Paris à Zermatt, 49 fr. en 2e classe, 33 fr. en 3e classe.

Émission des billets, à dater du 10 août 1893 : à la gare de Paris P.-L.-M., 20, boulevard Diderot; dans toutes les gares de la Compagnie du Nord; dans les bureaux-succursales de la Compagnie P.-L.-M. et dans les diverses agences de voyages.

Pour plus de renseignements, voir les affiches publiées par la Compagnie.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 93. — MARDI 15 ET JEUDI 17 AOUT 1893. 66e ANNÉE. MARDI 15 ET JEUDI 17 AOUT 1893. — N° 93.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE HUMAINE ET ANIMALE

Troisième session, à Paris, du 27 juillet au 2 août 1893 (1).

En l'absence de tout moyen capable de s'adresser efficacement et directement au bacille de Koch, le Congrès a accueilli avec faveur plusieurs communications sur le traitement hygiénique de la tuberculose pulmonaire. Ce traitement, joint à la désinfection sévère des locaux contaminés et aux médications dont l'utilité est reconnue, sera encore longtemps, quand bien même on découvrirait le médicament spécifique, d'une nécessité absolue. Il faudra, toujours, comme MM. Verneuil, Hérard, L.-H. Petit, etc., l'ont soutenu, traiter l'état général.

Voici le résumé de ces communications :

Traitement de la tuberculose par le régime des sanatoria. — M. BRUNON (de Rouen). Les sanatoria consacrés au traitement des tuberculeux deviennent de plus en plus nombreux à l'étranger ; en France, il n'en existe encore qu'un seul, et cela est regrettable. Trois de mes malades qui viennent d'être soumis au régime des sanatoria (deux tuberculoses pulmonaires et une tuberculose laryngée) en ont retiré de tels bénéfices que je n'hésite pas à recommander d'envoyer les tuberculeux dans des sanatoria, toutes les fois que la chose est possible.

Le premier cas était une tuberculose aiguë qui fut enrayée par un séjour à Davos; le malade gagna 7 kilogrammes.

Le second malade était atteint de tuberculose laryngée, il fut amélioré par un séjour à la campagne et augmenta de 1 kilogramme à Davos.

La troisième était une tuberculeuse arthritique. Une cure au Vernet la fit monter de 64 à 76 kilogrammes. Les bacilles disparurent des crachats.

Je sais bien que l'air de la campagne, un régime sévère et approprié, dans un climat bien choisi, ne sont pas sans produire des améliorations notables ; mes trois malades, du reste, s'étaient bien trouvés de leur régime au grand air, aux environs de Rouen, pendant l'été. Mais les résultats obtenus étaient beaucoup moins remarquables que ceux que m'a fournis, chez eux, le régime des sanatoria. Voici pourquoi, à mon avis.

Dans les sanatoria, il y a autre chose que la question de grand air et de climat; il y a surtout : la surveillance constante du médecin, la sévérité du régime, la séparation du malade d'avec sa famille et ses amis, qui, le plus souvent, lui font commettre des imprudences. Il y a, de plus, une sorte d'émulation entre les pensionnaires du sanatorium ; l'amélioration qu'on constate chez les plus anciens, les éloges qu'ils prodiguent au régime, ont une influence salutaire sur les arrivants; c'est de la suggestion perpétuelle. Ce sont là, à mon avis, des avantages qui rendent le séjour des sanatoria supérieur à celui que font les malades à l'état isolé, même dans les stations hivernales les mieux choisies.

Sur les inconvénients du traitement libre de la phtisie pulmonaire sur le littoral de la Méditerranée. — M. L.-H. PETIT. Quand un phtisique demande où passer l'hiver, les avis sont partagés ; d'une manière générale, on est en ce moment assez disposé à dénigrer le Midi de la France pour les raisons suivantes : parce qu'il y a trop de malades; parce que l'infection y est partout; parce que les malades que les médecins y envoient en reviennent en plus mauvais état qu'ils n'y étaient arrivés.

Mon séjour à Menton, pendant l'hiver dernier, m'a appris que ces assertions, vraies dans une certaine mesure, sont exagérées et qu'elles demandent à être ramenées à leur juste valeur.

1° *Il n'y a pas trop de malades.* Peut-être a-t-on pu faire, il y a quelques années, ce reproche aux stations méditerranéennes, mais depuis le tremblement de terre de 1887, il n'a plus raison d'être. A peine un quart des hiverneurs sont-ils atteints de tuberculose pulmonaire. D'ailleurs, les hôteliers ne font rien ni pour attirer les malades, ni pour les retenir, remarque que M. Daremberg a déjà faite. Les malades dans un hôtel font fuir les hiverneurs valétudinaires ou bien portants, de beaucoup les plus nombreux. Aussi ne prend-on aucune précaution pour eux contre les courants d'air, pour assurer leur tranquillité, un régime convenable, etc.

2° *L'infection n'est pas appréciable.* Peu d'habitants sédentaires sont tuberculeux et les formes que j'ai pu remarquer sont, pour la plupart, externes. La tuberculose pulmonaire y est rare, ce serait plutôt l'hérédité que la contagion qu'il faudrait incriminer. Je pense cependant que les causes d'infection existent, si j'en juge par la manière insuffisante dont la désinfection est faite dans les hôtels, bien que le matériel nécessaire existe; ce qui manque, c'est de savoir s'en servir. Dès qu'un malade, ayant séjourné plusieurs semaines ou davantage, est parti, la désinfection de sa chambre se fait — quand elle se fait — par une pulvérisation antiseptique, le plus souvent une solution de sublimé, pratiquée après qu'on a recouvert, avec des toiles, les meubles et les glaces, de peur de les détériorer. Je laisse à penser ce que vaut cette désinfection.

3° *Certains reviennent en plus mauvais état qu'ils n'y sont arrivés;* d'aucuns même n'en reviennent pas du tout. Cela est vrai ; seulement, ce n'est ni la faute du climat, ni celle des médecins, mais bien celle des malades, qui commettent des imprudences ; malgré

(1) Suite. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 869.

les conseils des médecins, l'on voit des malades, que rien n'empêche de sortir, aller où bon leur semble, même quand il pleut ou qu'il fait du vent, ou que l'état hygrométrique de l'air est trop élevé, l'atmosphère étant saturée d'humidité. Aussi les accidents sont-ils relativement fréquents.

Un phtisique caverneux qui, depuis dix ans, revenait à Menton et s'en trouvait très bien, fut pris, après plusieurs après-midi passés dans l'atmosphère pestilentielle de la salle de jeu de Monaco, d'une hémoptysie presque foudroyante; malgré les recommandations formelles de son médecin, il continua à fumer, à recevoir ses amis, à causer avec eux, à manger comme d'habitude; quatre jours après survenait une seconde hémorragie, cette fois mortelle en quelques minutes.

Un autre phtisique fut pris, à plusieurs reprises, d'hémoptysies, après être sorti dans l'après-midi et n'être rentré qu'après le coucher du soleil.

Une tuberculeuse à forme intestinale, épuisée de fatigue, surmenée par un travail physique et intellectuel continu, faillit être emportée par une hémorragie intestinale.

Par contre, j'ai vu des tuberculeux, bien plus gravement atteints primitivement que les précédents, mais ayant pris pour règle de ne sortir que par le beau temps, de rentrer avant le coucher du soleil, de vivre continuellement la fenêtre ouverte, sans grande fatigue, se trouver parfaitement bien de leur séjour à Menton. J'en suis un exemple et il y en a bien d'autres.

En résumé donc, il serait fâcheux qu'on n'utilisât plus nos stations méditerranéennes, si à la portée de nos compatriotes qui n'aiment guère à se déplacer; les critiques qu'on a formulées contre elles n'enlèvent rien à leur admirable climat; seulement ce n'est pas dans les hôtels qu'il faut envoyer les malades, mais dans des villas, qu'il faudra désinfecter avec soin, ou mieux encore dans des sanatoria, comme il vient de s'en créer un à Menton. Et à cet égard, je suis absolument de l'avis de MM. Nicaise, Sabourin, Brunon, etc. De cette façon, les malades seront sous la main du médecin, qui pourra leur faire suivre un traitement régulier et les mettre à l'abri de leurs imprudences; il pourra aussi, en prenant les précautions antiseptiques nécessaires, prévenir la contagion par les crachats, cause si puissante de propagation de la tuberculose.

Il faudra tenir aussi grand compte de l'état hygrométrique de l'air, qui influe beaucoup sur la production des congestions pulmonaires et des hémoptysies.

M. LAUTH. Au Leysin, en Suisse, on a établi un sanatorium d'altitude pour les tuberculeux où la cure en plein air est faite sous la direction expresse d'un médecin. Les résultats obtenus dans cette station, qui n'est pourtant pas du Midi, ont été supérieurs à ceux fournis par les malades envoyés dans les pays chauds, en hiver, mais qui sont livrés à eux-mêmes.

Ces faits montrent donc que, pour le traitement de la tuberculose, il ne suffit pas d'envoyer les malades dans un pays chaud, mais qu'il faut, en outre, les mettre sous l'observation continue d'un médecin dans un établissement où il soit possible de les traiter par les méthodes surtout hygiéniques.

M. CHIAIS. Quand l'altitude augmente, la pression diminue, il y a là une influence considérable sur les échanges nutritifs. Aussi devrait-on prendre les termes *plaine altitude* et *altitude plaine* pour indiquer l'ascension ou la descente du malade.

M. HÉRARD. C'est en effet trop souvent que les malades emploient à tort et à travers le traitement par l'air. Ils se fatiguent, se surmènent. Il faut une sorte de méthode de traitement par la cure d'air. C'est pour cela que les sanatoria doivent être encouragés. Un médecin doit toujours surveiller son malade, lui prescrire sa conduite avec les indications les plus minutieuses.

La cure d'air jour et nuit est la condition la meilleure pour assurer la guérison.

M. CHAUMIER a aussi installé dans les environs de Tours un sanatorium, où il combine la cure d'air avec le traitement par le carbonate de créosote.

M. CHIAIS. Pour faire le choix d'un climat dans le traitement de la tuberculose, il s'agit de savoir à quels moments un climat donné est utile et à quels moments il peut devenir nuisible.

On prend, en général, comme éléments d'appréciation la température et l'altitude. Mais il faut tenir grand compte de l'humidité du climat.

Il est indispensable d'avoir la notion de l'humidité relative, non pas seulement moyenne, mais réelle, et la notion de la tension réelle de la vapeur d'eau. En effet, c'est la vapeur d'eau qui règle l'évaporation et la radiation. Or, c'est l'évaporation et la radiation qui agissent directement sur la production du calorique animal.

Au point de vue pathogénique, la notion absolument indispensable est celle de la tension de la vapeur d'eau, parce que l'observation démontre que les maladies *a frigore* augmentent très rapidement quand la tension se maintient quelques jours au-dessous de 5 millimètres.

Les conditions du climat de Paris de février 1893 au 20 juin 1893, le montrent d'une manière évidente :

1° Du 7 février au 16 mars, la tension se maintient au-dessus de 5 millimètres: la mortalité générale, la mortalité par maladies inflammatoires des voies respiratoires, par phtisie, par maladies organiques du cœur, par débilité tombent au-dessous de la normale.

2° Du 17 mars au 16 avril, la température est de 5 à 6 degrés au-dessus de la normale. Humidité relative et très basse. Tension de la vapeur d'eau constamment inférieure à 5 millimètres. La mortalité augmente comme mortalité générale et par les maladies mentionnées plus haut. La mortalité générale, dont la moyenne est de 1094 pour la seizième semaine (16 avril au 22 avril 1893), arrive à 1673.

3° Du 17 avril au 20 juin, la mortalité baisse et finit par tomber au-dessous de la normale. Du 17 avril au 8 mai, la tension de la vapeur tombe encore quelquefois au-dessous de 5 millimètres. Du 9 mai au 20 juin, la tension est toujours supérieure à 5 millimètres.

M. ARMAINGAUD, en présentant le *Compte rendu de la première année de fonctionnement de la ligue contre la tuberculose*, pendant laquelle il a été puissamment aidé non seulement par les médecins, mais encore par les instituteurs et les institutrices des Académies de Bordeaux, de Clermont-Ferrand, a soulevé une discussion sur la désinfection des hôtels meublés dont, nous l'espérons, il sera tenu compte.

Grâce au mouvement propagé par l'opinion, par la distribution de plus de 150000 exemplaires, des *Instructions au public* rédigées en 1889, on pourra ainsi exercer une pression sur les pouvoirs publics, et hâter la réalisation de certaines mesures collectives.

C'est surtout dans la désinfection des villes d'hiver, séjour de nombreux tuberculeux, que ces instructions ont eu un résultat appréciable. A Arcachon, à Nice, un service public de désinfection a été organisé, de même à Menton.

Une enquête préalable a été faite dans toutes les stations d'hiver; les réponses des médecins de ces stations ont été les suivantes : à Pau, il n'y a rien de fait; à Cannes, la désinfection est confiée aux médecins, qui s'en acquittent avec vigilance; à Dax, il n'existe pas encore de service municipal de désinfection; à Hyères le service fonctionne, de même à Nice. Dans cette dernière ville, le médecin fait peu la déclaration des maladies infectieuses; les difficultés viendraient plus du médecin que du public.

Mais dans presque aucune ville, on ne désinfecte les chambres d'hôtel. Les étuves ne servent qu'à désinfecter les vêtements des phtisiques. Le Congrès devra donc continuer la campagne qu'il a commencée dans cette direction.

M. Armaingaud dépose donc les deux vœux suivants :

L'un tendant à ce que le Congrès fasse une enquête dans les stations sanitaires, au point de vue de la désinfection.

Un second tendant à influer sur les recteurs, pour que tous les instituteurs entrent dans la ligue pour les tuberculeux.

M. LANDOUZY pense que la première proposition, si on la bornait aux stations où vont les malades, pourrait jeter sur elles le discrédit par crainte de la tuberculose. Il faudrait la généraliser. M. Landouzy a été appelé dans un hôtel où vivent une trentaine d'étudiants, la plupart en médecine. Un étudiant, phtisique avancé, n'était l'objet d'aucune précaution sanitaire ; la phtisie se succédait sans relâche, dans son étroite chambre, sur les séries d'étudiants.

La question est donc bien plus large que ne le pense M. Armaingaud. On devrait mettre la tuberculose au rang des maladies contagieuses. En 1783, en Espagne; en 1791, en Italie, on prescrivait les déclarations contre la tuberculose. On est moins avancé aujourd'hui.

Il faut absolument profiter de la communication de M. Armaingaud, pour faire connaître *urbi et orbi* combien il est nécessaire qu'on pratique la désinfection, d'une façon officieuse ou officielle, des habitations et meubles dont se sont servis les phtisiques; lorsqu'on entre dans un hôtel, ou maison meublée, il faut savoir qui y a passé et s'il est sain d'y habiter.

M. ARTHAUD observe constamment, comme médecin inspecteur des garnis, des faits analogues à ceux signalés par M. Landouzy. On pourrait très facilement, par simple mesure de police, faire désinfecter ces logements de tuberculeux.

M. DE VALCOURT (de Cannes) ne croit pas que la tuberculose se propage beaucoup par les stations hivernales. On y prend des précautions qu'on ne prend nulle part ailleurs. Les maîtres d'hôtel ont une grande bonne volonté, eu égard aux mesures de désinfection, car ils y ont intérêt.

Au Mont-Dore, un des premiers hôtels n'a pas de papier, de tenture, mais des murs peints et vernis. On a supprimé les tapis et on les a remplacés par des carpettes.

La déclaration de la tuberculose, parmi les maladies contagieuses, est faite aux États-Unis, en Angleterre et en Hollande. Il serait nécessaire de suivre les exemples de ces pays. On peut désinfecter un appartement sans que le voisinage en connaisse la raison intime, sans, donc, que le secret professionnel soit publiquement divulgué.

M. BUTEL. En pathologie vétérinaire, la tuberculose est regardée comme maladie contagieuse. On prend des mesures contre elle. Il est étonnant et regrettable de reconnaître que la tuberculose n'est pas regardée comme maladie contagieuse chez les hommes.

M. HÉRARD. Si on n'a pas inscrit la tuberculose au rang des maladies contagieuses, ce fait est dû à l'obligation du secret médical, très important ici à cause des mariages.

M. L.-H. PETIT. Il n'est pas nécessaire que le médecin traitant fasse la déclaration de ses cas de tuberculose pour qu'on puissse y remédier. En effet, la désinfection des locaux habités par les tuberculeux ne se pratique qu'après leur mort, ou, de leur vivant, en cas de changement de domicile. Dans le premier cas, la déclaration du médecin vérificateur des décès fait évidemment connaître qu'il s'agit de tuberculose; alors, la cause de la mort une fois constatée, l'administration devrait avoir le droit d'imposer la désinfection à la famille, dans l'intérêt bien compris non seulement de celle-ci, mais encore des autres personnes qui habitent la maison. Dans le second cas, il serait loyal que la famille du malade, avant d'enlever ses meubles et de vider l'appartement, prévînt l'administration de les faire désinfecter. Et alors le rôle du médecin traitant serait de faire appel à la loyauté de la famille, de lui représenter les dangers qu'elle pourrait courir elle-même en transportant, dans son nouvel appartement, des meubles, tapis, etc., infectés, et qu'elle ferait courir aux nouveaux habitants de son ancien appartement si celui-ci n'était pas désinfecté; le médecin obligerait, en quelque sorte moralement, ses clients à faire la déclaration nécessaire. Dans aucun cas, le secret professionnel ne serait violé. D'ailleurs, dans son intéressante conférence de samedi matin, M. A.-J. Martin nous a appris que les familles n'avaient aucune répugnance à demander la désinfection, même pendant la maladie. Bon nombre de personnes même, craignant que le nouvel appartement dans lequel elles vont entrer n'ait été habité par des tuberculeux, le font désinfecter avant d'en prendre possession.

A la suite de cette discussion les vœux suivants ont été adoptés :

I. (M. Nocard.) Considérant que les crachats desséchés et réduits en poussière constituent la principale cause de la contagion de la tuberculose, que pour combattre efficacement la mauvaise habitude de cracher sur le parquet il faut s'adresser à l'enfant, qui gardera toute sa vie cette habitude prise dans le jeune âge, le Congrès émet le vœu :

1° Que toutes les écoles publiques soient pourvues de crachoirs en nombre suffisant pour qu'il soit possible d'exiger des enfants qu'ils ne crachent pas sur le parquet ;

2° Que des instructions formelles soient adressées aux instituteurs pour qu'ils tiennent rigoureusement la main à l'exécution de cette prescription.

II. (M. Armaingaud.) Le Congrès, en même temps qu'il adresse des remerciements à MM. les recteurs et les inspecteurs des Académies de Bordeaux et de Clermont-Ferrand pour avoir associé les instituteurs et les institutrices de leur ressort au fonctionnement de la ligue préventive contre la tuberculose, émet le vœu :

Que le comité permanent du Congrès veuille bien attirer l'attention, par l'intermédiaire de M. le ministre de l'Instruction publique, ou par une circulaire de MM. les recteurs et inspecteurs de toutes les Académies, sur la collaboration si utile à notre œuvre de leurs collègues de Bordeaux et de Clermont-Ferrand, et les invite à vouloir bien les imiter.

III. Le Congrès, considérant que la contagiosité de la tuberculose est reconnue scientifiquement, regrette que la tuberculose n'ait pu être inscrite parmi les maladies contagieuses dont la déclaration sera obligatoire à partir du 1er décembre :

Demande, en attendant, que la désinfection soit obligatoire pour tous les locaux où auront vécu des tuberculeux dont la mort aura été déclarée à la mairie et constatée par les médecins vérificateurs des décès ;

Adresse de sincères remerciements au conseil municipal de Paris et à M. le préfet de la Seine qui ont assuré le service de désinfection des locaux où ont habité et où sont morts des tuberculeux ;

Demande que cette mesure, dont l'efficacité est hors de doute, soit étendue à toute la France, en particulier à tous les hôtels meublés et garnis dans lesquels les médecins inspecteurs auront reconnu la présence de malades atteints de tuberculose.

Le traitement de la tuberculose parmi les malades pauvres n'a pas moins occupé le Congrès que celui de la classe riche. Voici le résumé des communications faites sur cet intéressant sujet :

De l'hospitalisation des tuberculeux. — M. L.-H. PETIT (de Paris). Les médecins se demandent depuis longtemps si réellement il faut continuer à hospitaliser dans les salles communes les tuberculeux avec les malades atteints d'autres affections.

Pour montrer la proportion des tuberculeux dans les services des hôpitaux de Paris, j'ai fait l'an dernier une enquête dont voici les résultats. Il y a au minimum dans les services hospitaliers de Paris 1/5 des malades qui sont tuberculeux, mais cette proportion est souvent plus élevée, elle atteint 1/4, 1/3, et même la moitié des malades.

Le danger que les tuberculeux font courir aux autres malades et la trop grande place qu'ils tiennent dans les salles ont fait penser à hospitaliser les tuberculeux hors des grandes villes dans des hôpitaux spéciaux. Cette question d'hospitalisation des tuberculeux a été mise au programme des précédents congrès de la tuberculose sans que personne y ait répondu. Aussi avons-nous fait une enquête personnelle en adressant aux chefs de service un questionnaire spécial.

35 chefs seuls me répondirent, mais leurs réponses étant à peu près identiques, on peut en conclure que les autres médecins sont du même avis, ou du moins ne sont pas d'un avis contraire.

M. Letulle m'aida beaucoup dans cette enquête en insérant dans la *Semaine médicale* un article se rapportant à ce questionnaire. Cette enquête et l'article de M. Letulle ont déterminé une agitation féconde, car l'administration de l'Assistance publique a pris la résolution de séparer les phtisiques des autres pensionnaires de ses hôpitaux et a décidé la création d'un hôpital *extra-muros*.

Je dois aussi à l'obligeance de M. le professeur Revilliod, de Genève, une note dans laquelle il soutient les mêmes opinions que nous, en matière de séparation des tuberculeux d'avec les autres malades.

Voici le résumé des résultats obtenus par cette enquête :

1° Le séjour des phtisiques dans les salles communes des hôpitaux pourrait présenter quelque avantage si les phtisiques étaient admis dès le début de leur maladie à cause des meilleures conditions alimentaires. Actuellement il n'y a que des avantages purement moraux.

2° Les inconvénients de ce séjour sont nombreux : contagion possible pour les autres malades ; aération difficile pour les autres malades à cause des tuberculeux surtout en hiver ; alimentation défectueuse.

3° Le séjour des tuberculeux dans les hôpitaux peut-il être nuisible à eux-mêmes ? Sauf MM. Debove et Hardy, tout le monde a répondu affirmativement; car les phtisiques peuvent contracter des infections secondaires qui aggravent leur état. Les soins reçus ne sont pas suffisants.

4° Les phtisiques peuvent-ils être nuisibles à leurs camarades ? Tout le monde l'admet, sauf M. Hayem qui dit n'avoir rien observé à cet égard. La cause de la nocuité des tuberculeux est due aux crachats qui, desséchés, sont répandus avec leurs bacilles dans l'air et pénètrent dans les voies respiratoires des autres malades atteints d'affections chroniques, des poumons en particulier.

5° Faut-il conserver l'état de choses actuel ? — Non. Tout excepté cela. L'état de choses actuel est déplorable.

6° Faut-il le modifier ? — Oui à l'unanimité.

7° Faut-il réunir les phtisiques dans les salles particulières des hôpitaux ? — Non, d'une manière générale ; ce ne peut être là qu'une demi-mesure transitoire.

8° Existe-t-il dans les hôpitaux des moyens de désinfecter complètement les salles de phtisiques ? — Non. Dans aucun hôpital, sauf la désinfection des crachoirs ou des vêtements.

9° Faut-il créer des hôpitaux particuliers pour les phtisiques loin des autres habitations ? — Oui, à la presque unanimité.

Cependant les hôpitaux doivent être installés d'une façon différente que les hôpitaux ordinaires. Il faut en faire de véritables sanatoria. Une première précaution à prendre est de ne pas accumuler les tuberculeux pulmonaires en trop grand nombre. Il faut faire les salles petites, contenant 2, 3, 4, 6 malades au plus.

Il ne faut pas mélanger les tuberculeux des différents degrés, ceux qui ont des cavernes avec ceux qui n'en ont pas ; ceux qui n'ont pas de fièvre avec les fébricitants ; les formes aiguës avec les formes chroniques, etc. Il faut grouper ensemble les malades du même genre pour les soumettre à un même traitement. Pour la cure d'air, il faut adopter des dispositions techniques n'existant pas encore dans la distribution des fenêtres, etc.

Il faut y établir des pavillons pour les séjours au grand air dans la journée.

Il faut y installer aussi une cloche à air créosoté sous pression. Bref il faut sortir de la routine actuelle, construire des hôpitaux spéciaux dont le directeur serait un médecin ; l'administrateur serait entièrement sous ses ordres.

On a dit à plusieurs reprises dans les séances précédentes que les animaux sont plus protégés contre la tuberculose que les hommes. Il est donc nécessaire de protéger les hommes aussi efficacement. Aussi voici le vœu que je propose au Congrès :

Le Congrès, considérant que la promiscuité des phtisiques avec les autres malades dans les hôpitaux est nuisible à eux-mêmes et aux autres sans que les dangers qu'ils courent et font courir aux autres soient compensés par des avantages réels, — demande que tous les tuberculeux soient réunis dans des hôpitaux spéciaux par groupes suivant le degré de la maladie, et d'autant moins nombreux que la maladie sera plus avancée ;

Considérant que, dans l'état actuel de la science, l'aération continue par un air pur est un des éléments les plus puissants du traitement de la tuberculose, demande que ces hôpitaux soient construits à la campagne ou au bord de la mer.

Enfin, comme mesure transitoire dont la durée devra être la plus courte possible, le Congrès demande que les phtisiques des hôpitaux soient, pour le moment, réunis dans des salles spéciales, séparées de celles des autres malades, convenablement aménagées, et dont on devra désinfecter, tous les mois, les parois et le mobilier d'après les procédés employés en ville pour la désinfection des locaux contaminés par les tuberculeux.

M. COSTA (de Buenos-Ayres) donne aux propositions de M. Petit un appui pratique. Il a installé à l'hôpital militaire de Buenos-Ayres un pavillon spécial aux tuberculeux, isolé des autres, entouré d'arbres et de jardins et cela, à cause des cas de contagion de tuberculose assez fréquents observés sur des soldats dans les salles communes. Depuis cette époque, il n'y a plus eu dans ces salles communes un seul cas de contagion. Aussi, la ville de Buenos-Ayres, satisfaite de ces résultats, a-t-elle fait édifier hors de la ville, entouré de verdure, un hôpital d'isolement pour les tuberculeux, qui fonctionne très bien.

M. CLADO (de Paris). Pour réaliser le vœu de M. Petit, il faudrait pour les tuberculeux pulmonaires établir déjà près d'un quart des hôpitaux en plus de ceux qui existent; il faudrait aussi établir des hôpitaux pour les tuberculoses chirurgicales. Vous pouvez concevoir à quelles dépenses entraînerait l'établissement d'hôpitaux spéciaux pour toutes ces tuberculoses qui sont toutes également contagieuses.

Le seul moyen pratique serait de faire une sorte de Salpêtrière *extra muros* où les jeunes médecins des hôpitaux feraient un stage et où tous les tuberculeux recevraient les soins nécessaires.

M. HÉRARD. La phtisie pulmonaire est la plus fréquente et la plus contagieuse de toutes les tuberculoses et c'est pour les phtisiques pulmonaires seulement qu'il est bon d'établir des hôpitaux spéciaux hors des villes.

M. LANDOUZY. Je demande que le Congrès fasse attention à la deuxième proposition de M. Petit, c'est-à-dire à la mesure transitoire. Je ne sais s'il n'y aurait pas d'inconvénient à adopter une pareille mesure au point de vue de l'opinion publique au sujet des tuberculeux.

M. PETIT. Ces craintes sont exagérées. Du moment où la désinfection de ces salles sera faite d'une manière efficace, il y aura moins de danger à y séjourner que dans l'état actuel des choses.

M. HAYEM. L'hospitalisation des phtisiques à la campagne est certainement très utile, mais elle ne résoud qu'une partie très minime du problème du traitement de la tuberculose.

Tous les médecins qui s'occupent de la question du traitement des phtisiques ont constaté le grand nombre des succès que l'on obtenait généralement sur les malades de la ville, que l'on pouvait soigner dans des conditions convenables et, au contraire, les insuccès désespérants que l'on constatait chaque jour sur les malades soignés à l'hôpital.

La raison de cette différence saute aux yeux : le phtisique pauvre, dont la maladie débute, ne vient pas à l'hôpital pas plus qu'il n'ira dans vos sanatoria ; tant qu'il peut gagner quelques sous, il reste dans sa famille, et ce n'est que devant l'impuissance de continuer qu'il vient réclamer nos secours, souvent après avoir longtemps roulé du bureau central à l'hôpital et de l'hôpi-

tal au bureau central. Lorsqu'il nous arrive, après toutes ses pérégrinations, il est incurable, et, en ce qui nous concerne, nous ne pouvons qu'assister désarmés à l'évolution terminale du mal.

Ne pourrait-on faire mieux? Ne pourrait-on soigner ces malades dès qu'ils ressentent les premières atteintes du mal? Je le crois; pour cela, ce ne sont pas des hôpitaux qu'il faut, ce sont des policliniques où, sous la direction d'un médecin, on leur ferait suivre le traitement externe, qui souvent réussit lorsqu'il est pris à temps. Il serait possible d'ailleurs de donner aux malades ainsi traités un petit secours, bien moins élevé que la somme qu'ils coûtent à l'hôpital, mais suffisant cependant pour modifier, dans un sens favorable, les conditions hygiéniques au milieu desquelles vivent, le plus souvent, ces malheureux.

Ce que je propose est d'autant plus praticable que le traitement de la phtisie tend de plus en plus à se faire au moyen de médicaments administrés sous la peau, dans la trachée, etc., mais en tous cas ailleurs que par la voie stomacale. J'ajoute que les policliniques dont je parle seront d'autant plus utiles que, précisément, elles rendent à peu près impossible tout traitement par voie stomacale. Or je crois avoir montré que les gastrites, si redoutables chez les phtisiques, et que l'on observe au début du mal, sont précisément dues, le plus souvent, à l'abus et même simplement à l'usage de médicaments administrés par voie stomacale.

MM. Verneuil, Hérard, Arthaud, etc. font remarquer que la population des hôpitaux n'est pas la même que celle à laquelle s'adresse M. Hayem. Les malades qui viennent dans les hôpitaux sont à bout de forces et de ressources. Que feront-ils chez eux? Quel sera leur genre de vie? Les malades encore valides pourront se rendre aux policliniques, mais non les fébricitants. Et puis, dans le traitement de la tuberculose, il faut considérer d'autres éléments que l'action médicamenteuse; il faut le régime, le milieu bien aéré, que les malades pauvres ne pourront trouver ni chez eux, ni dans les hôpitaux actuels.

(Le vœu de M. Petit est adopté. Celui de M. Hayem, qui demande à être étudié encore, est renvoyé à l'ordre du jour de la prochaine session.)

QUESTIONS DIVERSES

La tuberculose de la chèvre. — On considère en général la chèvre comme réfractaire à la tuberculose et c'est à cause de cette immunité, qu'on recommande souvent le lait de chèvre pour les enfants et les malades; c'est aussi pour cette raison qu'on avait songé à produire le vaccin animal sur la chèvre plutôt que sur la génisse. Enfin on se rappelle les tentatives qui ont été faites pour appliquer les injections de sang de chèvre au traitement de la tuberculose.

MM. Colin et Nocard ont cependant réussi à provoquer la tuberculose chez la chèvre, par inoculation. Plusieurs autres auteurs ont constaté également des cas de tuberculose chez des chèvres.

M. Siegen a pu, à l'abattoir de Luxembourg, constater la tuberculose chez dix chèvres; les lésions tuberculeuses siégeaient soit dans les poumons et les ganglions bronchiques, soit dans le foie ou les intestins et les ganglions mésentériques.

Il lui paraît donc nécessaire de soumettre aux injections de tuberculine les chèvres dont on veut donner le lait à des malades ou à des enfants.

M. MOULÉ (de Paris). On a démontré nettement que la chèvre pouvait devenir tuberculeuse à la suite d'inoculations expérimentales (MM. Cadiot, Gilbert et Roger en ont précisément communiqué trois nouveaux cas au Congrès). Quant aux observations de tuberculose spontanée de la chèvre, elles sont rares, et l'on a souvent décrit comme tuberculeux des nodules caséeux, causés par des parasites n'ayant rien de commun avec le bacille de la tuberculose. Plusieurs auteurs ont cependant signalé des faits indiscutables, dans lesquels l'examen bactériologique et les inoculations ont établi rigoureusement la nature tuberculeuse des lésions.

M. Moulé a eu l'occasion de faire des constatations de ce genre, sur une chèvre saisie aux Halles, où elle avait été expédiée sans viscères; il existait sur les parois costales, un peu au-dessous du sternum, une plaque fibreuse adhérente, dont l'examen histologique a démontré la nature tuberculeuse, confirmée par le résultat d'inoculations faites à des cobayes.

M. WEBER (de Paris) a observé un cas de tuberculose spontanée chez une chèvre, mais il s'agissait d'une bête qui, figurant dans un théâtre parisien, vivait dans des conditions particulièrement défectueuses; peut-être a-t-elle été infectée par ses camarades humains.

Stérilisation du lait tuberculeux. — M. LEGAY a fait bouillir dans des vases grossiers, ainsi qu'on le fait dans les ménages, du lait dans lequel il avait mis des poussières de crachats tuberculeux, puis il a inoculé ce lait à des lapins. Au point inoculé, s'est fait un abcès dans lequel on a trouvé des bacilles tuberculeux.

Il faut donc se méfier de l'ébullition du lait telle qu'on la pratique habituellement dans les ménages. Cette ébullition enlève au lait certaines de ses qualités et cependant elle ne les stérilise pas certainement.

Le mieux pour obtenir cette stérilisation serait de faire bouillir le lait dans des vases minces, en métal émaillé ou étamé. On pourrait encore mieux pasteuriser le lait en le maintenant pendant dix à quinze minutes à 80 degrés. Pour arriver pratiquement à ce résultat, on pourrait utiliser des vases en verre, munis d'un long goulot et que l'on chaufferait au bain-marie. Le goulot du vase porterait deux index. L'index inférieur marquerait la quantité de lait qui devrait être introduite à froid dans le vase; l'index supérieur, fixé expérimentalement, indiquerait que le lait, lorsqu'il l'a atteint, est arrivé à la température voulue pour la pasteurisation.

Du lait infecté par des crachats et ainsi traité a été inoculé à des animaux qui n'ont présenté aucune trace de tuberculose.

M. NOCARD fait remarquer : 1° que la montée du lait est considérée à tort, dans les ménages, comme équivalente à l'ébullition. Le lait monte à 80 degrés et il faut forcer la température pour que le liquide, qui est au-dessous de la couche de caséine constituant « la montée » du lait, entre en ébullition; 2° les bacilles des crachats desséchés ont, l'expérience l'a souvent prouvé, une vitalité toute spéciale que n'ont pas les bacilles contenus normalement dans le lait des vaches tuberculeuses.

Le lait de ces vaches, lorsqu'il est réellement bouilli, peut être considéré comme mettant absolument à l'abri d'une infection tuberculeuse.

Comme corollaire à cette discussion, le Congrès a insisté encore une fois sur la nécessité de soumettre à une surveillance spéciale les vacheries consacrées à la production industrielle du lait destiné à être consommé en nature, pour s'assurer que les vaches ne sont pas atteintes de maladies contagieuses — la tuberculose entre autres — susceptibles de se communiquer à l'homme.

Tuberculose pénienne. — M. PONCET (de Lyon). La tuberculose de la verge est une affection rare. Elle comprend plusieurs variétés, comportant chacune des indications thérapeutiques différentes.

Un premier groupe correspond aux lésions tuberculeuses balano-préputiales, très rares d'ailleurs, et pour lesquelles on peut chercher à incriminer l'inoculation directe par succion; ces lésions nécessitent un traitement local, tel que grattage, excision, cautérisations, etc.

Dans un deuxième groupe, on peut ranger les tuberculoses uréthrales péniennes ou bulbo-prostatiques, le plus souvent secondaires, et alors consécutives à une tuberculose primitivement développée dans une autre région de l'appareil génito-urinaire. Dans ces cas, il n'y a pas lieu généralement d'intervenir, à moins d'un écoulement trop gênant ou de douleurs trop vives, ce qui constitue d'ailleurs l'exception.

Il n'en est plus de même lorsqu'on est en présence de ces cas de tuberculose uréthrale dans lesquels il existe une dissémination des lésions dans le tissu péri-uréthral, et qui constituent un troisième groupe de tuberculoses péniennes, de beaucoup le plus important à considérer au point de vue du traitement.

La formation d'abcès péri-uréthraux, due à l'action de microbes de la suppuration, surajoutés au bacille de Koch, peut, en effet, donner lieu à toute une série d'accidents septiques, plus ou moins graves, qui exercent, en tout cas, une influence manifeste sur l'état général, et que le chirurgien doit combattre autant qu'il est possible.

Un jeune homme de dix-huit ans avait une verge en battant de cloche, un écoulement purulent assez abondant, et des signes de lymphite du côté de la verge; le début des accidents remontait à deux mois environ; pas de renseignements sur leur cause possible. Après avoir incisé le prépuce, on vit une large ulcération blafarde, fongueuse; grattage à la curette; l'urèthre était entouré d'un véritable fourreau de tissu fongueux. Il s'agissait sans aucun doute de lésions tuberculeuses de nature primitive, car il n'y avait aucune trace de tuberculose du côté de la vessie, de la prostate ou des vésicules séminales.

Un tuberculeux urinaire, et, en outre, suspect du côté de ses poumons, présentait des abcès péri-uréthraux. Incision comme pour une uréthrotomie externe, et, arrivé au bulbe, on trouve une tuberculose infiltrée dans les mailles du tissu spongieux et la muqueuse uréthrale réduite à une lame d'une friabilité extrême.

Dans de pareilles conditions, la création d'une bouche périnéale, c'est-à-dire l'uréthrostomie périnéale, associée à un traitement local approprié, paraît être la seule intervention susceptible d'amener une amélioration véritable et doit être préférée à l'amputation de la verge, à laquelle on pourrait être quelquefois amené dans les cas de ce genre.

M. MALÉCOT a observé un cas d'ulcération tuberculeuse de la verge dans lequel les symptômes cliniques et les inoculations expérimentales ne laissent aucun doute sur la nature de l'affection. Mais l'origine en est assez obscure.

Diagnostic et traitement de la prostatite tuberculeuse. — M. DESNOS (de Paris) décrit une forme de prostatite tuberculeuse qui, différente de la forme classique à grosses masses rectales et à expulsions uréthrales pendant la défécation, est caractérisée par la présence de noyaux indurés, allongés, presque linéaires, occupant exclusivement l'un ou les deux bords latéraux de la glande qu'ils encadrent et à laquelle ils donnent une configuration carrée. Très souvent confondue avec la tuberculose prostatique, cette prostatite en diffère par la localisation des lésions sur les bords latéraux, par l'immunité de la portion centrale de la glande, et par l'absence de lésions des vésicules séminales.

Le traitement de la prostatite tuberculeuse est différent suivant qu'elle s'est développée au cours d'une uréthrite chronique blennorragique ou que la tuberculose est primitive. Dans le premier cas, il faut, aussi vite que possible, tarir l'écoulement — qui favorise le développement des tubercules — et employer une médication locale. On évitera avant tout le nitrate d'argent, qui peut produire une nécrose partielle de la muqueuse et la mise à nu des tubercules; par contre, le sublimé donne les meilleurs résultats, soit en instillations, soit en lavages forcés de l'urèthre; mais ce dernier procédé expose à certains accidents de congestion et d'hématurie qu'il faut surveiller avec soin. Quand la tuberculose est primitive, il vaut mieux éviter tout traitement local, celui-ci pouvant être nuisible et accélérer la marche des lésions. L'hygiène et une médication générale, en particulier la créosote, constituent ordinairement tout le traitement, à moins que l'intensité de certains symptômes n'oblige à une intervention directe.

Contre la lésion tuberculeuse elle-même de la prostate, M. Desnos a appliqué à plusieurs reprises la méthode sclérogène de M. Lannelongue. Trois voies conduisent à la prostate : par le rectum, il a obtenu deux fois de bons résultats, chez un troisième malade un abcès est survenu. Dernièrement, après une taille hypogastrique pour cystite douloureuse, il a pratiqué une injection de chlorure de zinc par la face supérieure de la prostate, et déjà le travail de régression des noyaux s'opère. La voie qui paraît la meilleure est la voie périnéale qu'ont suivie d'abord M. Horteloup, puis M. Ozenne; on arrive couche par couche sur la prostate qu'on explore, et on peut, avec beaucoup de précision, injecter les noyaux tuberculeux. Dans tous ces cas, on voit la réaction inflammatoire durer deux ou trois jours, puis de la deuxième à la cinquième semaine les noyaux s'indurent et s'atrophient. Ce processus a été constant jusqu'à présent.

Traitement de la tuberculose primitive du testicule par les injections de chlorure de zinc. — M. OZENNE a continué ses études sur ce mode de traitement, qui lui a toujours donné de bons résultats. MM. Lannelongue, Bourdier (d'Arcachon), Desnos et Coudray ont obtenu des résultats analogues; mais l'injection au 10e est très douloureuse et, dans deux cas, il y eut des abcès consécutifs, dus probablement à ce qu'il y avait déjà un commencement de ramollissement dans les tissus nécrobiosés quand l'injection a été faite.

M. René Marie fait, au nom de M. Cornil, une communication sur les *lésions histologiques de la typhlite tuberculeuse*, capables de simuler des lésions cancéreuses. Un examen attentif au microscope et le cultures ont seuls pu, dans plusieurs cas, établir la véritable nature de ces lésions.

M. Ant. Cros a fait une communication sur le rôle des coordinations organiques dans le développement et la marche de la tuberculose, et M. Ricochon sur la luxation congénitale de la hanche dans les familles ayant communément des tuberculeux.

MM. Arloing et Courmont (de Lyon) ont envoyé des notes sur les sujets suivants : 1° Sur deux cas de tuberculose humaine atypique; 2° Sur la toxicité des substances solubles élaborées dans le poumon humain tuberculeux; 3° Sur les degrés de virulence du lupus.

M. Leloir (de Lille) a aussi envoyé une courte note sur la dernière de ces questions. *(A suivre.)*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 30 juillet 1893, M. Demandre, médecin-major de première classe au 157e régiment d'infanterie, a été nommé au grade de chevalier dans la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 12 août 1893, a été nommé dans le corps de santé de la marine.

Au grade de pharmacien de deuxième classe. — M. Mousquet, pharmacien auxiliaire de deuxième classe de la marine.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Excursion aux Gorges du Tarn du 20 au 29 août 1893.* — Itinéraire : Paris, Arvant, Mende, Sainte-Énimie, les Causses du Sauveterre, le Cirque et les Arcades de Saint-Chély, les moulins de Pougnadoires, La Malène, les ruines du château de Planiol, la perte du Tarn, le Rozier, les grottes de Dargilan, Montpellier-le-Vieux, le hameau de Maubert, Millau, Béziers, Carcassonne, Toulouse, Paris.

D'accord avec les Compagnies P.-L.-M., d'Orléans et du Midi, l'agence des voyages économiques fait émettre jusqu'au 17 août 1893 inclusivement des billets d'excursion combinés donnant droit : 1° au transport en chemins de fer; 2° à la table en commun et au logement dans les hôtels correspondants de l'agence des voyages économiques; 3° aux omnibus, voitures et barques nécessaires pour la visite des villes et excursions du programme; 4° aux guides de l'agence des voyages économiques.

Le tout conformément aux conditions du programme et des billets remis à chaque excursionniste.

Prix de l'excursion complète : 1re classe, 247 francs; 2e classe,

217 fr. 75 (timbres-quittances non compris). — Le nombre des places est limité. Aucune franchise de bagages n'est accordée.

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de l'agence des voyages économiques, 17, faubourg Montmartre et, 10, rue Auber.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés : à la gare de Paris P.-L.-M., dans les bureaux succursales de la Compagnie, rue Saint-Lazare, 88; rue des Petites-Écuries, 11; rue de Rambuteau, 6; rue du Louvre, 44; rue de Rennes, 45; rue Saint-Martin, 252; place de la République, 8; rue Sainte-Anne, 6, et rue Molière, 7; rue Étienne-Marcel, 18, et au Bureau général des billets de chemins de fer de l'Hôtel Terminus de la gare de Paris-Saint-Lazare (General Ticket Office).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Cancer primitif du pancréas.

Par Ch. Mirallié,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

De toutes les affections des organes abdominaux, celles du pancréas sont peut-être les plus mal connues. Placé à la partie profonde de la cavité abdominale, recouvert en avant par l'estomac et le foie et une portion du tube intestinal, protégé en arrière par la colonne vertébrale et les dernières côtes, le pancréas est à peu près inaccessible aux divers modes d'exploration. Son rôle encore discuté, l'ignorance où nous sommes de ses fonctions rendent encore plus difficile le diagnostic de ses altérations.

Après la période d'engouement qui suivit la découverte de Wirsung et pendant laquelle on regardait le pancréas comme le point de départ d'un très grand nombre d'affections, une réaction violente se produisit. Roux (1), Baillie refusèrent au pancréas la possibilité même d'une maladie quelconque. Des faits nombreux d'altérations de la glande vinrent montrer l'erreur d'une pareille assertion.

Mais longtemps encore, on rejeta l'existence possible du cancer pancréatique [Tanchon (2), Marc d'Espine (3), Lebert (4)]. Le premier, Mondière publia des observations de cancer (5), et encore ces observations ne sont rien moins que probantes, et certains auteurs [Vernay (6)] n'hésitent pas à les considérer comme des cas de scléroses simples, non cancéreuses. Quoi qu'il en soit, les adversaires de Mondière ne désarmèrent pas; et la dégénérescence cancéreuse primitive du pancréas fut longtemps encore regardée comme hypothétique [Bayle (7), Cayol (8), Franck (9)]. La glande pancréatique ne pouvait être envahie par un cancer que secondairement, ou dans les cas de carcinose aiguë généralisée.

C'est à Ancelet (10) que revint l'honneur de démontrer, d'une façon irréfutable, l'existence du cancer primitif et isolé du pancréas. Sur 195 cas, qu'il recueillit, 18 fois la lésion était exclusivement pancréatique, et, dans quelques autres, le point de départ était nettement à cet organe.

Depuis ce travail, les faits se sont multipliés et leur nombre est aujourd'hui assez considérable. Nous ne nous occuperons ici que du cancer primitif de l'organe. Le cancer secondaire n'est, le plus souvent, qu'une complication latente, une extension d'un carcinome voisin, et rien ne vient révéler sa présence au clinicien ; c'est d'ordinaire une simple trouvaille d'autopsie, dont l'intérêt est très relatif. Il en va tout autrement du cancer primitif. Affection isolée, son étude clinique mérite d'être bien connue, car le diagnostic est possible, sinon facile, dans un assez grand nombre de cas.

(1) Roux. *Mélanges de chirurgie et de physiologie*, Paris 1809.
(2) Tanchon. In Th. Caron.
(3 et 4) Cités in Th. Caron, Paris 1889.
(5) Mondière. *Arch. gén. de med.*, 1836.
(6) Vernay. Th. de doctorat, Lyon 1884.
(7, 8 et 9) Cités in Th. Caron, 1889.
(10) Ancelet. *Maladies du pancréas*, Paris 1866.

II

La dégénérescence carcinomateuse est, de l'avis de tous les auteurs, la maladie la plus fréquente du pancréas ; cependant, c'est encore une affection rare.

Sur 918 cas de cancer, Fauchon n'en trouve que 2 pancréatiques. M. Madre (1), en dépouillant les *Bulletins de la Société anatomique* de 1826 à 1860, n'en relève que 16 cas. Et dans ces chiffres sont compris les cas de cancers secondaires. Pour les cancers primitifs, M. Vernay (2) n'en connaît que 10 cas antérieurs à sa thèse. Cependant leur nombre est beaucoup plus considérable. En dépouillant avec soin la littérature médicale, nous avons pu relever 113 cas de cancers primitifs. Nous avons éliminé tous les cas où il y avait coïncidence avec un carcinome d'un autre organe, rendant douteux le siège primitif de la tumeur, et ceux aussi où il s'agissait de carcinose généralisée. Nous n'avons aussi tenu compte, dans notre statistique, que des cas dont nous avons pu nous procurer l'observation détaillée.

D'après la plupart des auteurs, le cancer primitif serait la règle pour le pancréas, le cancer secondaire l'exception. Quant à la cause de la localisation du cancer sur cette glande, elle est complètement inconnue. Franck incrimine la mauvaise alimentation; Salmuth accuse surtout l'abus de l'alcool.

Les hommes sont plus souvent atteints que les femmes. M. Caron note 32 cas chez l'homme pour 16 chez la femme. Nos observations donnent sensiblement les mêmes chiffres : sur 106 cas, où le sexe est indiqué, nous trouvons 69 hommes et 37 femmes.

La maladie n'est pas l'apanage de la vieillesse. En général, elle apparaît de trente à cinquante ans; mais souvent aussi

(1) Madre. Th. de doctorat, Paris 1883.
(2) Vernay. Loc. cit.

on la voit beaucoup plus tôt. M. Caron cite 10 cas chez des malades âgés de dix à vingt ans, et 2 chez des malades de un à dix ans. Simon (1) a publié une observation recueillie chez un enfant de treize ans. Kühn (2) a observé un cancer primitif chez une petite fille de deux ans.

La tête du pancréas est la portion la plus fréquemment atteinte, et ses rapports avec les organes voisins, duodénum, canal cholédoque, plexus solaire, expliquent pour la plus grande part la symptomatologie de l'affection.

III

Les premiers auteurs qui ont décrit la maladie qui nous occupe, se sont contentés d'étudier successivement chaque symptôme, soit par ordre de fréquence et d'importance, soit en suivant un groupement rationnel [Arnozan (3)]. Plus récemment, on a cherché à rassembler ces divers signes, d'après l'ordre où ils se suivent chez le malade, de façon à présenter un type clinique bien défini. Malheureusement les auteurs sont loin de s'entendre sur ce dernier point et le tableau de l'affection est encore à faire. Aussi voici l'ordre que nous suivrons : nous étudierons d'abord, en lui-même, chacun des signes cliniques, en commençant par les signes extrinsèques dépendant de la présence d'une tumeur, de ses adhérences, de la compression (Arnozan); puis les signes intrinsèques dus à la localisation du cancer dans le pancréas. Enfin, nous chercherons à déterminer comment les signes se groupent entre eux et nous essaierons de dégager l'entité clinique « cancer primitif du pancréas ».

Le début de l'affection est des plus variables. Souvent la maladie semble éclater brusquement, sans prodromes; souvent aussi les malades accusent, depuis de longues années, des troubles de la digestion, des crises douloureuses à la région lombaire, durant, en général, peu de temps, et, le plus souvent, prises pour un lumbago.

Le premier signe de l'affection est, en général, l'ictère; après lui, par ordre de fréquence, c'est la douleur qui ouvre la scène. Plus rarement, les troubles gastro-intestinaux, les symptômes du diabète maigre, ou encore le marasme, la phlegmatia alba dolens [Cane (4)] constituent la première manifestation de la maladie. Ajoutons que celle-ci peut rester latente pendant son évolution [Isch. Wall (5)].

L'ictère peut apparaître brusquement, subitement, parfois même avec douleurs et troubles gastriques au point de simuler une colique hépatique. Plus souvent, les choses se passent tout autrement. C'est insidieusement, sans aucun autre phénomène morbide que l'ictère s'installe. Assez souvent (6) le malade souffre si peu de son ictère qu'il ne s'en aperçoit même pas; ce sont les personnes de son entourage qui lui font remarquer qu'il devient jaune. Une fois installé, et c'est un caractère sur lequel insistent tous les auteurs, l'ictère va sans cesse en augmentant, sans jamais présenter de temps d'arrêt ou d'amélioration passagère : il est progressif et continu. Son intensité est extrême. La peau, d'abord d'un jaune clair, passe au vert olivâtre, va sans cesse en fonçant jusqu'à arriver à l'ictère brun ou noir. C'est surtout à la face que l'ictère présente son maximum d'intensité; il est moins foncé sur le reste du corps. Dans les dernières semaines de la vie, il est fréquent de

(1) Simon. *Dissert. inaug.*, Greifswald 1889.
(2) Kuhn. *Berlin. klin. Wochens.*, 4 juillet 1887.
(3) Arnozan. *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. Pancréas, 2e série, t. XX.
(4) Cane. *Brit. Med. Journ.*, 1883.
(5) Isch. Wall. *Bull. de la Soc. anat.*, 1889, p. 728.
(6) Vernay. Loc. cit. — Mirallié. Observ. inédite.

voir l'intensité de l'ictère diminuer [Frerichs (1), Dreyfus (2), Arnozan (3), Mirallié]. Tel est l'ictère type du cancer du pancréas. Cependant, il peut présenter quelques variétés. Labbé (4) a vu l'ictère rester léger pendant presque toute la durée de la maladie; dans d'autres cas, la jaunisse n'est apparue qu'à la fin même de l'affection, dans les dernières semaines de la vie [Boucaud (5), Madre (6), Cane (7), Rotch (8), Seebohm (9), Cimbali (10), Macaigne (11)].

La présence de ce symptôme s'explique facilement. La tête pancréatique offre les rapports les plus intimes avec le canal cholédoque, et, comme cette portion de la glande est le point de prédilection du cancer, on comprend facilement la rapidité d'apparition du symptôme, son accroissement progressif et sa fréquence. Celle-ci est, en effet, très grande, cependant l'ictère peut manquer. Si MM. Bard et Pic (12) l'ont observé 7 fois sur 7 cas, Cane, sur 41 cas, ne l'a trouvé que 21 fois. Sur 113 observations, nous le voyons signalé 82 fois. Pour MM. Bard et Pic, il serait constant quand le cancer occupe la tête du pancréas. Cette règle, vraie dans l'immense majorité des cas, est susceptible d'exception, et l'absence possible d'ictère s'explique par la position variable du cholédoque par rapport à la tête du pancréas. Oscar Wyss (13) a montré que, sur 22 cas, 15 fois le canal cholédoque passe simplement le long de la tête du pancréas; 7 fois seulement il la traverse; et alors il peut se comporter de deux façons : tantôt il est en rapport d'un côté seulement avec une simple languette de tissu glandulaire, tantôt il est environné de tout côté par une portion notable de ce tissu. C'est ainsi que M. Ramey (14) dit expressément que, dans son cas, « le canal cholédoque ne passe pas dans la tête même du pancréas, d'où absence d'ictère ». Quoi qu'il en soit, l'ictère a une grosse valeur symptomatique. C'est un ictère par rétention dont la cause première, permanente, entraîne la fixité du symptôme qui attire de suite l'attention. Continu, progressif, d'une intensité extrême, il acquiert une importance de premier ordre pour l'établissement du diagnostic. D'après Boldt (15) jamais l'ictère ne se produit dans l'hypertrophie simple du pancréas ou dans l'inflammation chronique, il est assez fréquent dans le kyste et se montre au moins dans un tiers des cas de tumeur pancréatique.

L'ictère peut s'accompagner de ses conséquences ordinaires : selles décolorées, argileuses, couleur mastic; bruit de souffle cardiaque; démangeaisons incessantes, intolérables; prurigo; xanthelasma; xanthopsie. Ces derniers symptômes manquent souvent. On trouve des observations où, pendant une assez longue période, le malade promène son ictère sans en être autrement incommodé. A lui seul, ce signe occupe toute la symptomatologie. L'appétit est conservé, parfois même augmenté ; la force musculaire est intacte et rien ne semble indiquer la gravité extrême de la maladie (Vernay, Mirallié).

La rétention biliaire n'est pas sans retentir sur le volume du

(1) Frerichs. *Maladies du foie*, Paris 1877.
(2) Dreyfus. *Bull. de la Soc. anat.*, 1876.
(3) Arnozan. In Th. Bonamy, 1879.
(4) Labbé. *Bull. de la Soc. anat.*, 1865.
(5) Boucaud. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1865, nº 52.
(6) Madre. Loc. cit.
(7) Cane. Loc. cit.
(8) Rotch. *Boston med. Journ.*, 19 fév. 1884.
(9) Seebohm. *Deuts. med. Wochens.*, 1888, p. 777.
(10) Cimbali. *Sperimentale*, sept. 1889.
(11) Macaigne. *Bull. de la Soc. anat.*, 1892, p. 43.
(12) Bard et Pic. *Rev. de méd.*, 1888.
(13) O. Wyss. Zur Ætiologie der Stauungsicherus, *Virchow's Archiv*, 1866.
(14) Ramey. *Soc. anat. de Bordeaux*, 1883, p. 24.
(15) Boldt. In Courvoisier. *Pathol. und Therapie der Gellenwege*, Leipzig 1890.

foie. Pour Bard et Pic « le foie est ordinairement dur, petit, ou tout au moins peu augmenté de volume. Jamais on n'a trouvé le foie hypertrophié, dur et mamelonné : le foie cancéreux pancréatique, qui est la règle dans le cancer du pancréas, se distingue précisément des foies cancéreux primitifs et digestifs par son petit volume. » Cette opinion semble cliniquement un peu exagérée. Dans la première observation de leur mémoire, ces auteurs disent, en effet, que « la matité hépatique est augmentée en hauteur aussi bien que transversalement et que le bord inférieur dépasse les fausses côtes d'au moins 8 centimètres ». Dans l'observation III, le foie « descend au moins à quatre travers de doigt des fausses côtes » et il ne semble pas que, comme pour l'observation II, il s'agisse d'un abaissement de l'organe.

Dans les observations que nous avons pu recueillir, 17 fois nous voyons signalée l'augmentation de volume du foie. Même M. Moutard-Martin a montré à la Société anatomique (1887) un foie dont le bord inférieur dépassait l'ombilic. De même dans l'Obs. IV du mémoire de Choupin et Molle (1). L'état du volume du foie peut d'ailleurs varier avec l'époque plus ou moins éloignée du début de la maladie. Nous avons dit que l'ictère était un ictère par rétention : rien de plus naturel, qu'au début la bile s'accumulant dans le foie entraîne une augmentation de volume de cet organe; puis, secondairement, se développe une péri-angiocholite biliaire avec atrophie du foie. MM. Ramos et Cochez (2) ont apporté à l'appui de cette opinion l'examen d'une pièce anatomo-pathologique. La clinique semble d'accord avec cette façon de voir. M. Caron, dans sa thèse, donne l'observation d'un malade dont le foie, d'abord assez volumineux et débordant de un travers de doigt les fausses côtes, fut trouvé diminué de volume à l'autopsie. Dans le cas que nous avons observé, nous voyons, au début, le foie très hypertrophié; son bord inférieur net et tranchant descend jusqu'au niveau de l'ombilic. On ne sent ni saillie, ni nodosité. Deux mois et demi après, le foie déborde encore de trois travers de doigt les fausses côtes, la vésicule biliaire forme une tumeur piriforme que l'on saisit facilement à travers les parois abdominales; deux mois plus tard, c'est-à-dire cinq mois environ après le premier examen, le foie déborde à peine les fausses côtes et il est difficile au palper de sentir son bord inférieur. Il semble donc qu'il y ait, dans l'état du volume du foie, deux phases successives : une première d'augmentation, une seconde de retrait. Nous reviendrons plus tard sur ce point.

Aussi importante est la dilatation de la vésicule biliaire. Depuis longtemps ce symptôme avait été signalé. Battersby (3), dans son mémoire, y insiste et en rapporte plusieurs observations. Mais ce sont surtout Bard et Pic qui attirèrent l'attention sur ce phénomène; toujours ils l'ont rencontré. On l'observe, en effet, presque toujours, mais assez souvent il faut le rechercher, et alors que, pendant la vie, ce symptôme n'a pas été noté faute d'examen suffisant, on le trouve signalé dans la relation d'autopsie. Cette dilatation est souvent considérable. En palpant l'abdomen, on sent, au-dessous du bord inferieur du foie, une tuméfaction lisse, rénitente, assez rarement fluctuante, dont les limites sont faciles à délimiter à la percussion et au palper. Chez notre malade, on pouvait, pour ainsi dire, prendre le fond de la vésicule dans la main. Si les auteurs ne signalent pas plus souvent cette dilatation, c'est qu'ils ne l'ont pas recherchée; depuis la publication du mémoire de Bard et Pic, on la trouve relatée dans la plupart des observations. Cependant, dans un de leurs cas, MM. Choupin et Molle signalent expressément l'absence de dilatation. Ce

(1) Choupin et Molle. *Loire méd.*, 15 mars 1893 (inachevé).

(2) Ramos et Cochez, *Rev. de méd.*, 1887.

(3) Battersby. *Arch. gén. de méd.*, 1844.

symptôme aurait une importance de premier ordre. M. Courvoisier (1), qui y insiste longuement, dit : « La dilatation de la vésicule biliaire est rare dans les cas d'obstruction du cholédoque par calcul; beaucoup plus souvent, dans ce cas, la vésicule est atrophiée, ratatinée. Dans l'obstruction due à toute autre cause, l'ectasie est, au contraire, la règle. Si cette observation est confirmée à nouveau, il y a là un point très important pour le diagnostic. » M. le professeur Terrier, dans des discussions récentes à la Société de chirurgie (2), a soutenu et confirmé cette manière de voir qu'ont aussi approuvée M. le professeur Tillaux, MM. Rouquier, Prengrueber. Il s'agit donc ici d'un signe de grande valeur et dont on doit tenir le plus grand compte. Signalons encore que, dans plusieurs cas (Choupin et Molle, Mirallié), on a observé au début de l'affection, pendant la période d'hypertrophie du foie, une hypertrophie correspondante de la rate, qui a disparu en même temps que le foie devenait atrophié (Mirallié).

Les douleurs constituent aussi un des éléments principaux du tableau clinique. Fréquemment, c'est par elles que débute la maladie, et, pendant assez longtemps, elles en constituent le seul symptôme; parfois, elles apparaissent en même temps ou après l'ictère. Connue depuis les premiers observateurs, cette douleur tient à la péritonite de voisinage (Caron), ou plutôt à l'envahissement par la tumeur des filets nerveux intra et extra-pancréatiques émanés du plexus cæliaque [Friedreich (3)]. Elle a été bien étudiée récemment par M. Lucron (4). D'abord passagère et éclatant sous forme de crise, la névralgie cæliaque devient bientôt continue, mais avec paroxysmes. Son acuité est extrême et souvent elle résiste à tous les calmants. Elle occupe toute la région épigastrique profonde, térébrante, déchirante, avec maximum au niveau de la dernière vertèbre dorsale et des premières lombaires; de là, elle irradie aux hypocondres, à tout l'abdomen, aux membres inférieurs, rarement aux épaules. Dès le début, elle se montre intense et tenace. Parfois provoquée par l'ingestion des aliments et accompagnée de vomissements, elle apparaît d'ordinaire spontanément, de préférence la nuit, enlevant tout sommeil au malade. Exagérée par le mouvement, la station verticale, elle est calmée par la flexion du corps en avant : c'est là un caractère auquel les anciens accordaient une grande valeur. Hors du lit, le malade se tient courbé en deux, les poings enfoncés dans la région épigastrique; couché, il replie les jambes sur le bassin et le thorax sur l'abdomen, se ramassant en quelque sorte sur lui-même. Cette position est très analogue à celle du saturnin qui souffre d'une colique.

La douleur est continue, mais entrecoupée de paroxysmes qui durent de cinq à dix minutes ; ces accès se répètent fréquemment, parfois à heure fixe, le plus souvent d'une façon irrégulière.

Une forme spéciale de douleurs, déjà signalée par Mondière, est constituée par les accès cardialgiques, à forme d'angor, pseudo-angine de poitrine d'origine réflexe, reconnaissable à la concomitance de vomissements alimentaires et le plus souvent bilieux.

Ces douleurs sont fréquentes. On les rencontre dans la plupart des observations. Sur les 113 cas recueillis par nous, nous la voyons signalée comme très intense 56 fois. Dans la plupart des autres observations, le malade accusait une sensation permanente de gêne, de tension à l'épigastre.

Parfois la tumeur pancréatique va comprimer un des nombreux vaisseaux de la région : de là des troubles vascu-

(1) Courvoisier. Loc. cit., p. 58.

(2) *Bull. de la Soc. de chir.*, déc. 1892.

(3) Friedreich. Die Krankheiten des Pankreas, *Ziemmssen's Handbuch der speciel. path. und therap.*, t. XIII.

(4) Lucron. Th. de doctorat, Paris 1893.

laires variables suivant le vaisseau atteint. L'ascite ne présente pas de caractères spéciaux, sauf que, comme l'ictère, elle est irrévocablement progressive; ponctionnée, elle se reproduit rapidement; elle ressemble donc à l'ascite qui accompagne les cirrhoses et les pylé-phlébites [Arnozan (1)]. Ordinairement, c'est une ascite séreuse dont nous avons pu relever 13 cas [Mondière (2), Strumpell (3), Rabère (4), Masing (5), Wesener (6), Kernig (7), Ackeren (8), Klemperer (9), Bard et Pic (Obs. VII), Aldibert (10), Saguet-Lucron (11), Oulmont (12), Murchison (13)]. Flavio Santi (14) a publié deux observations d'ascite chyleuse. Dans un autre cas, l'ascite était le seul symptôme présenté par la malade [Ziclewicz (15)]. En opposition avec ces faits, nous signalerons l'observation de M. Ramey où le ventre était rétracté en bateau (16).

Après la compression de la veine-porte, vient loin derrière comme fréquence la compression de la veine-cave inférieure avec l'œdème des membres inférieurs [Méry (17), Ackeren (18)].

Plus intéressante est la compression de l'aorte abdominale. Soulevée par les battements artériels, la tumeur du pancréas est souvent prise pour un anévrysme et la confusion est d'autant plus facile que souvent, à ce niveau, on entend un bruit de souffle. Cependant il n'y a pas véritablement un mouvement d'expansion en tous sens, du centre à la périphérie, mais un simple soulèvement isochrone aux battements du pouls. Cette pulsation dans le carcinome pancréatique a été signalée par Andral (19), Battersby (20), Charlton Bastian (21), Teissier (22), Labadie-Lagrave (23).

M. Salles (24) signale encore la compression de l'artère et de la veine splénique [Sandwith (25)], et de la veine mésentérique supérieure [Williams (26)].

La compression peut porter sur un organe voisin. Le pylore est, le plus souvent, rétréci et la dilatation de l'estomac en est la conséquence [Bruzelius et Key (27), Drozda (28), Teissier]. La dilatation de l'estomac peut même être la seule manifestation de la maladie [Pilliet (29)]. Le duodénum était diminué de calibre dans le cas de Gouguenheim; et chez un malade de Battersby, la compression portait sur le côlon transverse. Enfin, d'après Salles, Récamier aurait vu un cancer de la queue du pancréas comprimer l'uretère gauche et donner lieu à une hydronéphrose.

(1) Arnozan. *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. Pancréas, p. 166.
(2) Mondière. Loc. cit.
(3) Strumpell. *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, 1878, p. 222.
(4) Rabère, In Th. Bonamy, Paris 1879.
(5) Masing. *St-Petersb. med. Wochens*, 1879, p. 260.
(6) Wesener. *Virchow's Arch. f. Anat. u. Phys.*, Bd. 93, p. 377.
(7) Kernig. *St-Pétersb. Med. Wochens.*, 1881, p. 30.
(8) Ackeren. *Berlin. klin. Wochens.*, 1889, nº 14, p. 293.
(9) Klemperer. *Idem*, juillet 1889, p. 624.
(10) Aldibert. *Bull. de la Soc. anat.*, 1892, p. 35.
(11) Saguet-Lucron. *Idem*, 1892, p. 533.
(12) Oulmont. In Th. de doctorat Lucron, Paris 1893.
(13) Murchison. *Maladies du foie*, trad. Cyr, 2e édit., 1878, p. 389.
(14) Flavio Santi. *Gaz. delli ospit.*, Milan 8 fév. 1891.
(15) Ziclewicz. *Berlin. klin. Wochens.*, 1888, p. 75.
(16) Ramey. Loc. cit.
(17) Méry. *Bull. de la Soc. anat.*, 1887, p. 743.
(18) Ackeren. Loc. cit.
(19) Andral. *Lancette française*, t. V, nº 18.
(20) Battersby. *Arch. gén. de méd.*, 1844.
(21) Ch. Bastian. *Med. Times*, 1883.
(22) Teissier. *Journ. de méd. de Lyon*, 1847, t. XIII, p. 801.
(23) Labadie-Lagrave. In Th. de doctorat Salles, Paris 1880.
(24) Salles. Th. de doctorat, Paris 1880.
(25) Sandwith, cité in Salles.
(26) Williams. *Med. Times and Gaz.*, 7 août 1852, p. 131.
(27) Bruzelius et Key, cité in Th. Caron, p. 41.
(28) Drozda. *Wien. Med. Presse*, 1880, nº 35, p. 1112.
(29) Pilliet. *Bull. de la Soc. anat.*, 1888, p. 728.

La perception par le palper de la tumeur pancréatique est rare, environ le quart ou le cinquième des cas. Et encore ce chiffre semble très exagéré. C'est surtout dans les observations anciennes que l'on trouve noté ce symptôme, et dans quelques faits, il est évident qu'il s'agissait, non pas de la tumeur pancréatique, mais bien de la vésicule biliaire dilatée [Obs. de Boucaud (1)]. Dans les observations plus récentes, la perception de la tumeur du pancréas manque plus souvent. Cependant, malgré sa situation profonde, caché par le lobe gauche du foie et l'estomac, le cancer peut être senti. La main reconnaît alors une masse placée profondément, allongée transversalement, dure, arrondie, régulière, parfois bosselée, difficile à circonscrire, et presque complètement immobile ou, du moins, peu mobile. Elle occupe les régions épigastrique et ombilicale et la confusion est, par suite, facile avec le cancer de l'estomac. La percussion donne de la matité, parfois voilée par la sonorité stomacale. Cette absence de matité alors que l'on perçoit au palper une tumeur, doit faire songer à la localisation au pancréas. M. Arnozan a « recueilli 9 faits de tumeur située entre le foie et l'ombilic, à l'emplacement même de la vésicule » : il pourrait bien s'agir, dans la plupart de ces cas, à notre avis, de la distension de la vésicule. Cependant, dans un de ceux-ci, Bonnamy (Obs. XXV) a noté une zone de sonorité entre le foie et la tumeur, ce qui forcerait bien à admettre que la vésicule ne saurait être ici mise en cause. Enfin, il est possible d'observer la coexistence de deux tumeurs, « l'une piriforme, à 2 pouces et demi à droite de la ligne blanche, lisse, élastique, mobile par la respiration, sensible à la pression, dépassant le bord du foie de près de 7 centimètres, et formée par la vésicule biliaire, l'autre située en haut et en dedans, plus profonde que la précédente et représentant la tête du pancréas cancéreuse » [Frerichs (2)]. L'examen de ces tumeurs épigastriques est encore rendu plus difficile par les douleurs qu'il provoque.

Nous signalerons encore quelques symptômes beaucoup plus rares : hémorragies multiples, purpura, melæna; un cas d'atrophie du ventricule droit du cœur, présenté par M. Le Gendre à la Société anatomique (3). Enfin, comme dans les cancers de l'estomac, la phlegmatia alba dolens peut se montrer et même être le premier et, pendant longtemps, le seul signe de la maladie (Cane).

Tels sont les divers symptômes dépendant de la situation même du cancer à la région épigastrique et de son action sur les viscères voisins. Voyons maintenant quels signes permettent de soupçonner la localisation au pancréas.

La perte d'appétit est signalée dans un certain nombre d'observations; mais il s'en faut quelle le soit dans tous les cas, comme nous le verrons bientôt. Le plus souvent, l'anorexie n'est pas absolue; le malade mange avec appétit mais digère mal. En tout cas cette anorexie est beaucoup moins prononcée que dans les carcinomes de l'estomac.

La constipation est de règle. Parfois l'on observe de la diarrhée. L'absence de suc pancréatique dans l'intestin se manifeste surtout par la non-modification des graisses. Les matières vomies par quelques malades contiennent de la graisse visible à l'œil nu ou seulement au microscope par la présence de cristaux d'acides gras. C'est là un phénomène rare qui a surtout été relevé et étudié par M. Gouguenheim (4). Parfois le rejet des matières grasses n'est provoqué que par l'ingestion des corps gras, parfois il y a une véritable sélection parmi les aliments, et les éléments graisseux qui entrent dans leur composition sont seuls élimi-

(1) Boucaud. *Gaz. hebd.*, 1865, nº 52.
(2) Frerichs. *Traité pratique des maladies du foie*, trad. de Duménil et Pellagrot, 3e édit., 1877, p. 147.
(3) Le Gendre. *Bull. de la Soc. anat.*, 1881, p. 187.
(4) Gouguenheim. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1878.

nés. Ces vomissements graisseux sont importants pour l'établissement du diagnostic. A côté nous signalerons des vomissements alimentaires, bilieux, plus rarement sanguins, que l'on trouve notés dans le plus grand nombre des observations et qui tiennent à la compression du pylore, ou à l'extension du néoplasme à l'estomac. Leur valeur diagnostique est à peu près nulle.

Beaucoup plus fréquemment c'est dans les selles que passe la graisse. Ces selles graisseuses ont été signalées d'abord dans les affections pancréatiques par Kuntzmann, Bright, Unchell; Cl. Bernard découvrit l'action du suc pancréatique sur l'émulsion et la digestion des graisses, et Moyse (1) son élève insiste longuement sur ce symptôme dans sa thèse inaugurale. Cette stéarrhée apparaît soit après l'ingestion des corps gras, soit même quand toute ingestion de graisse est supprimée (Ancelet, Friedreich). La matière graisseuse des selles se montre sous des aspects différents. Parfois ce sont des gouttelettes, grosses comme des pois, onctueuses, blanchâtres, solubles dans l'éther; d'autres fois, la graisse se rassemble à la surface des matières fécales, formant une couche butyreuse qui peut encore s'étaler sur les parois du vase. Souvent elle est mélangée aux fèces et il faut se livrer à des manipulations assez complexes pour la déceler. Bonnamy recommande le procédé suivant : « Prenant avec une cuillère toute la partie supérieure des matières fécales, on la mélange à de l'éther, on agite un instant et on filtre. On obtient ainsi un liquide jaune qui n'est autre que l'éther renfermant la matière grasse. Si l'on prend alors un morceau de papier, et qu'on le trempe dans le liquide de l'expérience, après avoir laissé évaporer l'éther, le papier reste transparent comme s'il eût été trempé dans de l'huile. En laissant de même à l'air le flacon qui contient le liquide filtré, on trouvera également au fond du flacon, lorsque l'éther sera évaporé, une matière grasse, fluide, d'une coloration jaune ambrée, brûlant avec une flamme bleuâtre si l'on y met le feu, et qui n'est autre que de la graisse (2). » Cette stéarrhée n'est pas un symptôme très fréquent : nous ne l'avons relevée que 9 fois [Besson (3), Garnier (4), Marston (5), Musmeci (6), Rocques (7), Luithlers (8), Labadie-Lagrave (9), Pott (10), Mirallié]. Il faut avouer d'ailleurs que, dans un grand nombre de cas, les observations sont muettes sur l'examen de selles, 7 fois seulement on trouve nettement indiquée l'absence de stéarrhée, et une fois (Gouguenheim) malgré l'ingestion de graisse. La plupart des auteurs attribuent à ce signe une grande valeur au point de vue de la localisation pancréatique de l'affection (Musmeci, Marston, Luithlers); et c'est sur sa présence que Chauffard (11) s'est basé pour poser dans un cas le diagnostic de cancer du pancréas. Cependant, nous devons ajouter que Fried. Muller (12) lui refuse toute importance pour le diagnostic des lésions pancréatiques et affirme qu'on le rencontre dans les cas d'ictère, et encore dans beaucoup de maladies de l'intestin.

A côté de la stéarrhée nous citerons la présence dans les selles de fibres musculaires striées. C'est un symptôme exceptionnellement rare. A côté du cas du Fles, cité par Friedreich, nous n'en avons trouvé qu'un seul exemple (Ackeren).

Les anciens auteurs attribuaient une grande importance à la salivation abondante. MM. Mondière, Salles insistent sur cette sialorrhée pancréatique constituée par une matière blanche, filante, abondante, dont ils ont observé quelques cas. M. Vernay signale « une sensation de sable dans l'arrière-gorge, une soif vive, tandis que l'examen ne montre cependant pas de sécheresse anormale, ni granulations du pharynx ».

M. Jaccoud (1) décrit une pigmentation cutanée anormale, partielle, occupant la région sous-ombilicale et la partie supérieure des cuisses, d'une coloration brun foncé et dont la teinte et la disposition sont tout à fait comparables à celles de la maladie d'Addison.

Une question plus intéressante est celle de la présence des signes diabétiques.

Assez souvent le malade conserve de l'appétit jusqu'à la période terminale de l'affection. La boulimie a même été observée. Caron insiste sur l'appétit et la soif vive présentés par un de ses malades; de même Frerichs (2). Notre malade ne pouvait satisfaire sa faim avec les quatre portions alimentaires qu'on lui accordait. Dans un cas de MM. Choupin et Molle, l'appétit était aussi conservé. MM. Marston, Dutil, Moutard-Martin, Kappeler, Ackeren, Bard et Pic (Obs. II) ont constaté de la polyurie. M. Roux (3) étudie le cancer pancréatique débutant par les symptômes du diabète maigre « par polydipsie et polyphagie très accentuée, ne se produisant d'abord que pendant le jour, mais ne tardant pas à apparaître également la nuit et entraînant alors par leur exagération des troubles digestifs plus ou moins sérieux; 5 à 7 litres d'urine par vingt-quatre heures, 300 à 400 grammes de sucre; émaciation, impuissance, chute des dents et des cheveux, marche rapide et durée courte ». M. Parisot (4), à propos d'un malade de M. Lancereaux chez qui les phénomènes diabétiques étaient aussi très accentués, fait remarquer que, contrairement à ce qui a lieu dans le diabète maigre, les symptômes polyphagie et polyurie ont augmenté peu à peu sans que le malade puisse indiquer exactement le jour, la semaine où ils sont apparus pour la première fois.

Quoi qu'il en soit, il faut tenir compte de ces accidents de diabète maigre dans le début du cancer pancréatique. Il est certain que, actuellement, l'attention étant attirée de ce côté, le nombre des cas se révélera de plus en plus fréquent.

L'examen des urines mérite aussi une grande attention.

La quantité d'urines émise en vingt-quatre heures est assez souvent exagérée, au début du moins; à la période terminale il y aurait plutôt de la dysurie et diminution de la quantité des urines émises.

Parfois les urines contiennent de la graisse et nous avons pu relever deux cas de cette lipurie [Clarke (5), Bowditch (6)]. L'albumine est plus souvent notée. Pour Bard et Pic, elle serait presque constante (4 fois sur 7 cas). Caron s'élève contre cette opinion : il ne connaît pas d'autres cas d'albuminurie que ceux signalés par ces auteurs. Dans 46 de nos observations l'albumine a été recherchée, 9 fois seulement elle a été rencontrée (7).

---

(1) Moyse. Th. de doctorat, Paris 1852.
(2) Bonnamy. Th. de doctorat, Paris 1879, p. 34.
(3) Besson. Th. de doctorat, Paris 1861.
(4) Garnier. *Progr. méd.*, 1886, p. 1037.
(5) Marston. *Amer. Journ. of Med. Sc.*, juillet 1851, t. II, p. 212.
(6) Musmeci *Gaz. de Ospit.*, 15 oct. 1890.
(7) Rocques. *Soc. méd. d'observ.*, 1857, p. 247. — Soc. anat., 1857.
(8) Luithlers. *Memorabilien*, helft 7.
(9) Labadie-Lagrave. Loc. cit.
(10) Pott. *Deuts. Zeit. f. prakt. Med.*, nº 16, 1878.
(11) Chauffard. Cas de Garnier, loc. cit.
(12) F. Muller. Untersuchungen über den icterus, *Zeits. f. Klin. Med.*, Bd XII, h. 1 et 2.

(1) Jaccoud. *Clinique de la Pitié*, 1886, p. 161.
(2) Frerichs. Loc. cit., p. 147.
(3) Roux. Th. de doctorat, Paris 1891-92.
(4) Parisot. Th. de doctorat, Paris 1891-1892.
(5) Clarke. *The Lancet*, 1851.
(6) Bowditch. *Amer. Journ. of Med. Sc.*, 1852, t. XXIII.
(7) Dreyfus. Soc. anat., 1876. — Klemperer. Loc. cit. — Rotch. *Boston Med. Journ.*, 19 fév. 1885. — Musmeci. — Bard et Pic (4 observations). — Choupin et Molle. Loc. cit., Obs. III.

Les auteurs sont loin d'être d'accord sur la question de la glycosurie dans le cancer pancréatique. Pour la plupart, le cancer serait l'affection du pancréas qui entraînerait le moins souvent la glycosurie; et ce symptôme serait exceptionnel. Bard et Pic qui ne l'ont jamais observée vont même jusqu'à dire « qu'on ne l'a signalée dans le cancer du pancréas que par suite des confusions si souvent faites entre toutes les maladies de cet organe ». Cette rareté de la glycosurie est acceptée par MM. Salles, Parisot, Bonnamy, Caron. D'autres auteurs soutiennent une opinion absolument opposée. Litten dit qu'aucun signe ne mérite une importance plus grande que la glycosurie. Lachmann (1) lui attribue aussi une valeur de premier ordre. Devant des opinions aussi contradictoires nous avons examiné, à ce point de vue, toutes les observations que nous avons pu recueillir : 50 fois le sucre a été recherché dans l'urine; 13 fois (2) la glycosurie existait; 37 fois elle manquait, cependant, dans deux de ces derniers cas [Parisot, Dutil (3)], il y avait glycosurie alimentaire. Il semble donc, tout d'abord, que la glycosurie soit un phénomène rare; mais ce n'est plutôt là qu'une apparence.

En effet, si on examine avec soin les cas où la glycosurie se trouve signalée, on est frappé de ce fait que c'est dans ces cas que la maladie a eu la plus longue évolution, une année et plus : c'est dans les cas où les malades ont été suivis pendant longtemps et dès le début des accidents que la glycosurie est signalée. De plus, la glycosurie présente une marche assez spéciale sur laquelle on a encore peu insisté. M. Parisot seul la signale à deux reprises dans sa thèse. page 6 : « Enfin, fait capital, la glycosurie disparaît dans les derniers moments, alors que l'effondrement, la lésion de la glande est à son apogée; » et, plus bas : « Dans la forme de diabète maigre, la glycosurie d'ailleurs peu abondante disparaît avant la terminaison fatale. » C'est là, il nous semble, un fait qui domine toute l'histoire de la maladie et sur lequel nous désirons attirer l'attention. Cinq de nos observations, où l'analyse de l'urine a été faite fréquemment, montrent que la glycosurie, après avoir persisté un certain temps, finit par disparaître totalement de l'urine. Marston (4) constate la présence du sucre et ajoute : « Ce symptôme était transitoire; il était plus marqué quand le malade usait de matières amylacées; de plus, ce symptôme a cessé complètement longtemps avant la mort. » Frerichs (5) trouve 100 grammes de sucre par jour chez son malade pendant les quinze premiers jours, puis le sucre diminue progressivement et disparaît complètement dans les trois jours qui précèdent la mort. Collier (6) insiste sur ce fait qu'après avoir trouvé d'abord une quantité considérable de sucre dans les urines, celui-ci disparaît au bout de six semaines pour ne plus reparaître. Dans le cas de Macaigne (7), pendant les sept premiers mois l'urine de la malade renferme du sucre, alors que, pendant les onze mois qui suivent avant d'arriver à la mort, il est impossible d'en trouver trace. Chez notre malade, au moment de l'entrée au service en février, nous trouvons 58 grammes de sucre par jour, en juin le sucre disparaît définitivement et la mort arrive au milieu d'août. Ces cinq faits, malgré leur petit nombre, nous semblent cependant gros de conséquences (1). Ils montrent que la glycosurie n'existe pas pendant toute la durée de la maladie, et, qu'après sa disparition, le malade continue à vivre pendant un temps assez long, deux mois et demi dans notre cas, onze mois dans le cas de Macaigne. Très certainement si ces deux malades avaient été examinés dans ces dernières périodes, on aurait signalé l'absence de sucre, et rien ne pouvait faire soupçonner qu'il avait existé dans les mois précédents. Donc, le moment précis de la maladie où a été faite la recherche du sucre, et surtout le temps qui s'est écoulé jusqu'à la mort, ont donc, dans l'espèce, une grande importance. Or, dans les observations où les auteurs signalent l'absence de sucre, nous voyons que l'examen des urines a été fait toujours à l'approche de la mort Sur les 35 cas où la glycosurie manquait, 15 fois l'analyse n'avait été faite que dans les quinze jours qui précédèrent la mort; 5 fois dans le mois, 12 fois dans les trois mois; une fois trois mois et demi avant la mort, c'est-à-dire que, sur ces 35 cas, 31 fois on ne l'avait recherchée que pendant une période ante mortem égale ou inférieure en durée à la période terminale non glycosurique de notre malade. Pour les quatre autres cas, on avait pratiqué l'examen des urines quatre mois [Bret (2)], six mois [Tisné (3)], neuf mois [Teissier (4)], dix-sept mois [Kappeler (5)] avant la mort. De ces quatre cas, un seul présente une période non glycosurique supérieure en durée à celle correspondante de Macaigne. Aussi, à notre avis, l'époque tardive à laquelle l'examen de l'urine a été pratiqué, nous semble diminuer singulièrement la valeur de l'absence de la glycosurie, et nous serions plutôt tenté d'admettre que la glycosurie doit se rencontrer dans le cancer comme dans les autres affections pancréatiques, à condition que l'on observe assez longtemps avant la mort. En d'autres termes, il y aurait pour nous, au début, une phase glycosurique suivie d'une phase non glycosurique, celle-ci pouvant avoir une durée fort longue, jusqu'à onze mois.

L'examen des urines donne encore un autre renseignement très important. Chaque fois que l'on a fait un dosage de l'urée, toujours son taux a été trouvé abaissé. Quatorze observations nous ont donné des renseignements sur ce point. Toutes montrent une diminution considérable de la quantité d'urée excrétée : M. Arnozan 12 grammes par jour, M. Lancereaux 12 à 20 grammes par jour pour 5 litres d'urine; M. Dreyfus 13 grammes par jour, MM. Bard et Pic (Obs. IV) 17, puis 6 grammes seulement par jour, M. Moutard-Martin 7 à 15 grammes par jour, M. Terrier (6) 14 à 18 grammes, M. Saguet-Lucron 7, 15 et 14 grammes, M. Le Gendre (7) 6 à 8 grammes, M. Bret 14 grammes, Musmeci 2 à 15 grammes, Klemperer 9 à 10 grammes, M. Caron 2 à 20 grammes, M. Mirallié 4 grammes par jour. M. Oulmont dit seulement que la quantité d'urée était diminué.

Sahli (8) a, d'après von Wencki, montré une autre action du suc pancréatique. Le salol, à l'état normal, est dédoublé dans l'intestin en ses deux principes constituants, l'acide salicylique et l'acide phénique, qui, rapidement résorbés,

(1) Lachmann. *Dissert. inaug.*, Greifswald 1889.

(2) Bouchard. *Maladies par ralentissement de la nutrition*, p. 172. — Frerichs. — Suckling. *The Lancet*, janv. 1889, p. 127. — Servaes. *Berl. Klin. Wochens.*, 2 déc. 1878. — Collier. *Brit. Med. Journ.*, 4 oct. 1890. — Marston. Loc. cit. — Fl. Santi. — Musmeci. — Macaigne, in Th. de doctorat Thiroloix, 1892, p. 147. — Lancereaux, in Th. Thiroloix, 1892, p. 144. — Ackeren. — Mirallié. — Choupin et Molle. Loc. cit., Obs. IV.

(3) Dutil. *Gaz. méd. de Paris*, 1888, p. 447.

(4) Marston. Loc. cit.

(5) Frerichs. *Maladies du foie*, Obs. VII, 3e édit., 1877, p. 147.

(6) Collier. Loc. cit.

(7) Macaigne, in Th. Thiroloix, loc. cit.

(1) Pour les 7 autres cas où la glycosurie est signalée, les auteurs ne donnent qu'une seule analyse; la recherche du sucre n'a pas été faite régulièrement; on n'a, par suite, dans ces cas, aucun renseignement sur la marche de la glycosurie. De plus, on ne dit pas combien de temps avant la mort l'analyse a été pratiquée.

(2) Bret. *Prov. méd.*, 1891, p. 222.

(3) Tisné, in Th. Lucron.

(4) Tessier. Loc. cit.

(5) Kappeler. *Corresp. Bl. f. Sch. Ærtze*, 1er sept. 1887, p. 13, et 15 fév. 1889, p. 97.

(6) Terrier, in Th. Delagenière, 1890.

(7) Le Gendre. Soc. anat., 1881.

(8) Sahli. *Semaine méd.*, 1886.

se retrouvent dans les urines, et cette décomposition se ferait par l'action du suc pancréatique. Dans les cancers de la glande, le dédoublement n'aurait plus lieu. Nous ne connaissons que deux cas où la réaction de Sahli ait été recherchée. Dans le cas de Lucron, le dédoublement du salol se produisait comme à l'état normal; au contraire, dans le fait de Hue (1), le dédoublement n'aurait pas lieu.

La cachexie est rapide et très prononcée. L'amaigrissement est extrême; en quelques semaines, le malade est réduit à l'état de squelette. Pour MM. Bard et Pic, il ne faudrait pas voir ici la seule action de la diathèse cancéreuse, il s'agirait aussi d'une cachexie spéciale, cachexie pancréatique, « le suc pancréatique étant un liquide digestif très actif, sa pénétration constante dans l'économie est d'autant plus nocive ». Cependant, dans notre observation, notre malade a conservé un état général satisfaisant pendant toute la phase glycosurique de son affection. Il en est de même pour les malades de Frerichs, Caron, Macaigne. Mais, dès que l'amaigrissement et la perte des forces apparaissent, ils s'accentuent très rapidement et arrivent à un degré d'intensité extraordinaire. M. Arnozan (2) se demande si « cet effondrement de l'organisme n'est pas dû à un diabète maigre méconnu. Il ne semble pas qu'il en soit ainsi. Dans plusieurs observations où l'amaigrissement est indiqué, il est également noté que la glycosurie a fait défaut. » Nous nous sommes expliqué ci-dessus sur la glycosurie. M. Parisot (3) admet de même qu'il y a simple similitude de symptômes et non identité absolue.

MM. Bard et Pic ont bien montré la marche de la température dans cette affection. « La température est toujours normale ou hyponormale à moins de complication. » Dans tout les cas où la température a été prise avec soin, cette règle a'été vérifiée.

IV

Telle est l'énumération un peu longue de tous les symptômes signalés dans le cancer primitif du pancréas. Comment se groupent-ils en clinique, et sur quoi peut-on se baser pour établir le diagnostic?

Ancelet décrit dans la maladie quatre périodes : la période de début est caractérisée par des douleurs vagues et rémittentes, des troubles digestifs, nausées, vomissements de mucosités et d'aliments, diarrhée séreuse ou constipation. A la période de progrès, la douleur tend à augmenter, à se concentrer, à devenir continue; les autres accidents augmentent d'intensité. A l'apogée de la maladie, la tumeur apparaît ainsi que l'ictère et les différentes hydropisies; les vomissements et les selles changent de caractère et deviennent sanguinolents ou noirs. A la période de terminaison surviennent la diarrhée colliquative, la fièvre, des sueurs et enfin la mort.

MM. Bard et Pic comprennent tout autrement l'entité « cancer primitif du pancréas ». La maladie est caractérisée « par un ictère chronique toujours progressif, avec dilatation énorme de la vésicule biliaire, avec amaigrissement et cachexie rapides, mais sans augmentation notable du volume du foie ».

M. Parisot, à cette conception unique, substitue quatre formes cliniques : 1° une forme latente avec pâleur terreuse des téguments, peau sèche, perte des forces; puis troubles digestifs, nausées, vomissements, anorexie, douleurs; 2° forme sténose pylorique; 3° forme type : ictère, signes gastro-intestinaux, état normal ou atrophie du foie, hypothermie, ralentissement du pouls; 4° forme de diabète maigre avec glycosurie peu abondante disparaissant avant la terminaison fatale.

M. Lucron augmente encore le nombre de ces formes. Frappé de la divergence symptomatique des observations « au point que chaque sujet semble se créer une individualité clinique spéciale », il propose de reconnaître plusieurs formes, les unes typiques, les autres frustes. Les formes typiques sont au nombre de deux : 1° forme douloureuse; 2° troubles de la nutrition, diabète maigre, forme glycosurique. Les formes frustes sont encore plus nombreuses et comprennent deux grands groupes : dans le premier se rangent les faits de compression et suivant les cas on a : compression des voies biliaires et ictère chronique; compression de la veine porte et ascite; compression de l'aorte et forme anévrysmale; le second groupe contient les cas où une propagation du cancer domine et masque la lésion primitive, et l'on croit alors avoir affaire à un cancer de l'estomac ou du foie.

Cette division est sans doute plus compréhensive que celle de MM. Bard et Pic, malheureusement elle est trop complexe. On pourrait, suivant ce procédé, créer une forme clinique spéciale pour chaque symptôme prédominant et alors il serait bien difficile de s'y retrouver au milieu de tant d'aspects disparates et sans liens apparents, revêtus par une même maladie.

La conception de MM. Bard et Pic nous semble de beaucoup supérieure. Des derniers travaux publiés sur ce sujet un fait se dégage, c'est l'importance de la glycosurie, et la reconnaissance d'une forme glycosurique. Au lieu de baser exclusivement la description de la maladie sur les symptômes extrinsèques, nous croyons qu'il vaudrait mieux donner plus d'importance aux signes propres de la localisation pancréatique, et nous proposerons de distinguer dans la maladie deux périodes :

Une première, période glycosurique, avec phénomènes de diabète maigre et stéarrhée, état général encore peu atteint, début de l'ictère, foie un peu volumineux et dépassant les fausses côtes, dilatation de la vésicule biliaire et douleurs. L'ictère et la douleur peuvent apparaître plus ou moins rapidement, suivant un ordre indéterminé. Ce qui domine à cette période ce sont les phénomènes pancréatiques accompagnés de douleur ou d'ictère suivant le sens où se développe la tumeur.

Après cette période plus ou moins longue arrive alors la deuxième période, terminale, non glycosurique, caractérisée par la disparition du sucre et des phénomènes diabétiques, l'accroissement continu de l'ictère, l'atrophie du foie et la dilatation énorme de la vésicule biliaire et la cachexie rapide très prononcée. Cette dernière période est, en somme, la reproduction à peu près exacte de la description de MM. Bard et Pic.

En résumé, nous croyons que MM. Bard et Pic n'ont décrit que la seconde période, terminale, non glycosurique de la maladie, laquelle serait précédée pendant une période plus ou moins longue d'une première période glycosurique à forme de diabète maigre, dont nous avons esquissé les caractères. Il n'y aurait qu'une seule forme clinique à deux périodes (glycosurique puis non glycosurique), avec phénomènes de compression variables suivant le sens où se dirige surtout la tumeur, variables, par suite, dans leur ordre d'apparition, leur intensité et leur prédominance apparente dans l'aspect extérieur de la maladie.

V

La marche de la maladie est continue et progressive; une fois commencée, elle ne s'arrête ni ne rétrocède.

Sa durée est plus longue que l'indiquent la plupart des auteurs. MM. Vernay, Bard et Pic admettent une durée moyenne de quatre à cinq mois, regardant comme excep-

(1) Hue. *Normandie méd.*, 1er avril 1893.
(2) Arnozan. Loc. cit., p. 167.
(3) Parisot. Loc. cit., p. 6.

tionnels les cas à évolution plus longue. Tous les auteurs partagent cette opinion. Dans nos observations, la moyenne a été de six à sept mois. Ces chiffres moyens n'ont, d'ailleurs, pas grande valeur. Ce qui est plus intéressant à savoir, c'est que, dans beaucoup de cas, la durée a dépassé ce chiffre et que ce sont précisément dans les cas où la glycosurie a été rencontrée et surtout ceux où les deux périodes successives, glycosurique et non glycosurique, ont été les plus nettes, que l'affection a présenté son maximum de durée : Lancereaux, huit mois; Mirallié, Choupin et Molle (Obs. III), dix mois; Frerichs, quinze mois; Macaigne, vingt-trois mois. Rappelons aussi le malade de Kappeler, suivi pendant dix-sept mois, sans qu'on ait trouvé trace de sucre.

La mort est la terminaison fatale. Ordinairement, le malade s'éteint dans le marasme; cependant, dans certains cas, la mort peut être plus rapide, subite même. Elle reconnaît alors pour cause une hématémèse [Litten (1)], une hémorragie intestinale, ou encore la perforation d'un vaisseau important, veine-cave, veine-porte, artère splénique, coronaire stomachique (Ancelet). La mort peut encore survenir par pylé-phlébite ou par occlusion intestinale. Huber (2) a observé un cas de mort subite, qu'il attribue à l'altération des filets du pneumogastrique contenus dans le plexus cæliaque et agissant par action réflexe sur le cœur. Enfin la mort peut être due à une complication : gangrène des extrémités (Ancelet), maladie intercurrente.

VI

La difficulté du diagnostic est appréciée très diversement par les auteurs. MM. Bard et Pic le regardent comme facile et sûr, MM. Jaccoud et Teissier sont d'avis qu'il existe des signes de présomption mais pas de signes de certitude; Lachmann croit le diagnostic le plus souvent impossible.

Aucun signe, en effet, n'a de valeur absolument pathognomonique. L'affection revêt d'ordinaire le masque d'un ictère par rétention et la présence de symptômes pancréatiques : glycosurie, stéarrhée permettent seuls de rapporter l'obstacle à sa véritable cause. Si la valeur de la stéarrhée est admise par le plus grand nombre des auteurs, nous avons vu que F. Muller lui refuse toute importance. De même pour la glycosurie; sa valeur, pour être considérable, n'est pas absolue. L'observation publiée par M. le professeur Jaccoud dans ses cliniques de la Pitié a trait à un cancer de l'estomac avec lésion du plexus cæliaque et sans altération du pancréas ayant donné lieu à de la glycosurie. On sait d'ailleurs qu'actuellement on tend à faire jouer un rôle prépondérant aux filets nerveux intra et extra-glandulaires dans la production du diabète pancréatique.

Le diagnostic ne pourra donc être établi que par un ensemble symptomatique. Nous n'essaierons pas de passer en revue toutes les maladies qui pourraient donner à confondre avec le cancer du pancréas et d'exposer, pour chaque affection, les points de repère du diagnostic. Cette façon de faire nous obligerait à des redites continuelles et fastidieuses. Nous indiquerons plutôt en présence de quels cas on pourra penser à un cancer du pancréas et comment on pourra reconnaître la lésion.

A la première période, le malade n'accuse que des troubles gastriques vagues, si encore ils existent, des douleurs épigastriques et lombaires; l'ictère commence à apparaître sans entraîner de troubles de l'état général. Le traitement est sans action sur lui; il va sans cesse en augmentant et sans présenter de rémission. La douleur ne présente pas les points classiques de la colique hépatique. Le foie est légèrement hypertrophié, mais sous son bord inférieur, on perçoit le fond de la vésicule biliaire. La cirrhose hypertrophique biliaire ne saurait être mise en cause; la marche de l'affection indique un ictère par rétention. La lithiase biliaire s'éliminera par l'absence de points douloureux, par la persistance et l'aggravation progressive de l'ictère, la dilatation de la vésicule biliaire. L'idée d'une compression des voies biliaires s'imposera à l'esprit. La constatation du sucre dans l'urine, la présence des selles graisseuses indiqueront le point de départ pancréatique de la lésion. Le diagnostic serait encore facilité si l'on retrouvait chez le malade les autres symptômes du diabète maigre, polyphagie, polydipsie.

A la période non glycosurique, le diagnostic de rétention biliaire s'impose. Reste à en retrouver la cause. L'absence de colique hépatique, la dilatation de la vésicule biliaire feront rejeter l'idée d'une lithiase biliaire. La cachexie rapide entraînera l'esprit du côté du pancréas et si on constate des selles graisseuses, le diagnostic sera facile à établir; parfois, à cette période, le diagnostic pourra être aidé par la sensation d'une tumeur épigastrique. C'est surtout à cette période que le syndrome décrit par MM. Bard et Pic reprend toute sa valeur.

Il est cependant un cas, d'ailleurs exceptionnel, où l'erreur de diagnostic est des plus faciles et presque fatale. M. Pilliet (1) a observé un cas de cancer primitif de l'ampoule de Vater donnant lieu à tous les signes du cancer du pancréas : ictère intense et continu, dilatation de la vésicule biliaire, anorexie, selles graisseuses. La glycosurie n'a pas été recherchée. Le siège même de la lésion explique facilement la concordance symptomatologique parfaite des deux affections et on comprend que le diagnostic différentiel soit presque impossible à établir. Il faut reconnaître d'ailleurs qu'il s'agit là d'un cas exceptionnel.

En somme, en présence de douleurs épigastriques avec ictère par rétention intense et continu, et dilatation de la vésicule biliaire, il faudra songer à la possibilité d'une lésion pancréatique. L'examen des urines et des selles permettra seul de résoudre le problème.

Ce qui constitue surtout la grande difficulté du diagnostic, c'est que, par eux-mêmes, les signes pancréatiques n'attirent pas l'attention; seuls les signes de compression amènent le malade à consulter et dirigent l'examen du médecin; si ces signes viennent à manquer, l'affection passe inaperçue et peut être complètement méconnue. Comme le dit Lucron, « le syndrome clinique n'est jamais si extérieur, si suggestif, que quand la symptomatologie est une symptomatologie d'emprunt ».

VII

Le cancer primitif peut affecter les différentes portions de l'organe, mais c'est la tête qui est son siège de prédilection. Le cancer secondaire, au contraire, se montrerait de préférence à la queue de l'organe (Vernay). Cependant la queue peut être le siège d'un cancer primitif, comme le prouve un cas publié par M. Laënnec (2).

Rarement, le carcinome s'étend à tout l'organe, le plus souvent, il reste localisé.

La tête forme une masse irrégulière, mais cependant plus ou moins globuleuse. Son volume est d'ordinaire augmenté et atteint celui d'une mandarine, d'un poing et plus. Sa couleur est d'un gris jaunâtre, tranchant sur la teinte rosée des parties voisines (Vernay). A la coupe, la tumeur est d'ordinaire dure et résistante. La surface de section est blanchâtre, lardacée, plus ou moins riche en

(1) Litten. *Charité Annalen*, 1880, p. 187.
(2) Huber. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1875, Bd XV, p. 455.

(1) Pilliet. *Bull. de la Soc. anat.*, 1889, p. 589.
(2) Laennec, *Gaz. méd. de Nantes*, 1892.

suc cancéreux. Enfin on peut voir sur la coupe des cavités kystiques : épithélioma kystique.

Le canal de Wirsung est, au niveau de la tumeur, oblitéré par compression ou envahissement; le cholédoque est aussi intéressé au même niveau, comprimé ou détruit. En amont, les deux canaux sont dilatés.

La partie du pancréas non envahie par la tumeur est normale, plus souvent fibreuse et cirrhotique, parfois atrophiée.

Du côté des organes voisins, on peut observer la dilatation de l'estomac par compression du duodénum, la compression du cardia, de l'uretère, du côlon, des divers vaisseaux de la région. Le plus souvent, la tumeur en se développant entraîne l'inflammation du péritoine et la formation de brides fibreuses. Des adhérences la rattachent au péritoine, à l'épiploon, au diaphragme, au rein, au foie, à la rate, à la capsule surrénale, au rachis, à l'estomac, à l'intestin (Ancelet).

La tumeur en se développant a peu de tendance à envahir les organes voisins. Le duodénum est ordinairement respecté, sa muqueuse saine recouvre le carcinome qui fait saillie dans la cavité de l'intestin. Les ganglions voisins, et en particulier ceux du hile du foie, sont envahis, mais dans des limites très restreintes. La tumeur se propage presque toujours par contiguïté et ne se généralise presque jamais (Vernay). C'est surtout le foie qui est envahi. La présence de noyaux secondaires dans cet organe est, pour ainsi dire, de règle, et ils présentent des caractères spéciaux bien décrits par MM. Bard et Pic. « Au lieu de ces tumeurs secondaires si volumineuses, blanchâtres ou blanc jaunâtre des foies gastriques, le foie pancréatique n'est pas augmenté de volume; il ne présente guère que de petits nodules, très nombreux, mais peu volumineux, de quelques millimètres ou tout au plus de 1 centimètre de diamètre, d'une coloration d'un blanc mat tout spécial, qui rend ces nodules assez semblables à des taches de bougie. Aussi ces petits nodules passent-ils facilement inaperçus et faut-il savoir les rechercher. » Beaucoup plus rares sont les localisations secondaires dans d'autres organes, poumon, rein, colonne vertébrale, rate, côlon.

Dans sa marche progressive, le cancer tend à l'ulcération, mais cependant c'est là un fait exceptionnel, car le malade est emporté avant que celle-ci ait eu le temps de se produire. On a vu l'ulcération se faire à la surface interne du duodénum, de l'estomac, perforer la veine-cave ou le diaphragme.

Le squirrhe est la forme la plus fréquente; on y rencontre aussi le carcinome, l'épithélioma cylindrique, le carcinome cylindrique, l'encéphaloïde. En somme, le cancer est toujours d'origine épithéliale et MM. Bard et Pic distinguent deux variétés suivant l'épithélium qui lui a donné naissance : l'une répondant à l'épithélium glandulaire, type glandulaire, l'autre répondant à l'épithélium des canaux excréteurs, type excrétoire. Le type glandulaire est le plus fréquent. Il est constitué par des cellules réparties dans un stroma conjonctif plus ou moins alvéolaire. Les cellules sont volumineuses, arrondies et disposées en amas. Cubiques à la périphérie de l'amas, à limites peu nettes, elles contiennent un protoplasma très abondant, granuleux, coloré en jaune par l'acide picrique; leur noyau est volumineux, orange, ovalaire, à contours peu nets, sans nucléole bien évident. Bientôt ces cellules présentent dans leur intérieur des globes hyalins, homogènes, qui disparaissent à un stade plus avancé. Le stroma est formé par un tissu conjonctif adulte, peu riche en cellules et très dense. Le type excrétoire est représenté par l'épithélioma cylindrique. La tumeur a une apparence lobulée; le stroma est très peu caractérisé; les cellules sont plus ou moins hautes, cubiques ou cylindriques, cette dernière forme caractérisant leur étape ultime.

Les noyaux secondaires du foie représentent les deux mêmes variétés. Les noyaux du type glandulaire sont entourés d'une zone conjonctive d'enkystement qui les sépare du tissu hépatique normal. Les cellules qui les composent sont grosses, de coloration jaunâtre et à protoplasma granuleux, rondes au centre, cubiques à la périphérie, rappelant complètement les cellules pancréatiques. Ces amas sont toujours situés dans les espaces de Kiernan et semblent avoir pour siège le tronc même des branches de la veine-porte. Les noyaux secondaires du type excrétoire présentent un stroma alvéolaire, cloisonnant le noyau dont il forme le substratum. Ces travées conjonctives forment des tubes tapissés par un épithélium cylindrique et isolés les uns des autres ou enchevêtrés entre eux. Enfin on trouve dans le foie toutes les lésions classiques de la rétention biliaire prolongée.

VIII

Le traitement du cancer primitif du pancréas est purement symptomatique. Cependant Fles, et nous-même, avons obtenu une amélioration en alimentant le malade avec des pancréas de porc. Sous l'influence de ce traitement, les douleurs diminuèrent et l'ictère sembla diminuer rapidement d'intensité. Cependant il n'y a là qu'un moyen palliatif.

Contre l'ictère, on a essayé d'agir chirurgicalement par la cholécystentérostomie. M. Delagenière (1) en a rassemblé trois cas dans sa thèse (Terrier, Kappeler, Monastyrki). D'après M. Terrier, la survie n'aurait guère dépassé la durée de la maladie abandonnée à elle-même. Les faits plus récents confirment cette opinion : Dans « la statistique des opérations pratiquées à l'hôpital Bichat, par M. Terrier (2) », nous relevons les lignes suivantes : « 2 cholécystentérostomies pour ictère chronique par cancer du pancréas : 2 morts rapides, une avec généralisation du cancer, l'autre avec un phlegmon de la paroi abdominale antérieure; 1 épithélioma kystique du pancréas : ablation, mort de choc. »

Bibliographie. — Liste des 113 observations que nous avons pu nous procurer : Andral. *Lancette franç.*, t. V, n° 16. — Ackeren. *Berl. Klin. Wochens.*, 1889, n° 14, p. 293. — Aigre. *Bull. de la Soc. anat.*, 1889, p. 253. — Aldibert. *Idem*, 1892, p. 35. — Arnozan. In Th. Bonamy, 1879; 2 observ. — Auvray. *Bull. de la Soc. anat.*, 23 juin 1893. — Barbillon. *Bull. de la Soc. anat.*, 1884, p. 86. — Bard et Pic. *Revue de méd.*, 1888; 7 observ. — Barth. *Gaz. des hôpit.*, 1848, p. 600. — Battersby. *Arch. gén. de méd.*, 1844; 2 cas. — Besson. Th. de doct., Paris 1864. — Bettelheim. *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, 1889. — Bouchard. *Maladies par ralentissement de la nutrition*, p. 172. — Boucaud. *Gaz. hebd.*, 1865, n° 52. — Bret. *Prov. méd.*, 1891, p. 222; 3 cas. — Bruen. *Boston Med. and Surg. Journ.*, 1883, p. 110. — Bruzelius et Key. *Deuts. Zeits. f. prakt. Med.*, n° 32, in Th. Caron, p. 41. — Cane. *Brit. Med. Journ.*, 1883, p. 354. — Caron. Th. de doct., Paris 1889; 2 observ. — Charlton Bastian. *Med. Times*, 1883. — Choupin et Molle. *Loire méd.*, 15 mars 1893; 4 observ. (public. inachevée). — Cimbali. *Sperimentale*, sept. 1889. — Collier. *Brit. Med. Journ.*, 4 oct. 1890. — Dixon. *New-York Med. Journ.*, 22 mars 1884, t. XXXIX, p. 333. — Dreyfus. Soc. anat., 1876. — Durante. Soc. anat., 19 mai 1893. — Dutil. *Gaz. méd. de Paris*, 1888, p. 447. — Drozda. *Wien. Med. Presse*, 1880, n° 35, p. 1112. — Frerichs. *Maladies du foie*, trad. Duménil et Pellagrot, p. 143 et 147; 2 cas. — Gaucher. In Th. de doct. Madre, Paris 1887. — Garnier. *Prog. méd.*, 1886, p. 1037. — Gille Bréchemin. *Bull. de la Soc. anat.*, 1879, p. 417. — Gouguenheim. Soc. méd. des hôpit., 1878. — Gross. *Philad. Med. Times*, déc. 1871, p. 86. — Hanot et Gilbert. *Maladies du foie*,

(1) Delagenière. Th. de Paris, 1890.
(2) Terrier. *Progr. méd.*, 13 mai 1893.

p. 214.— Heringham. *Brit. Med. Jourd.*, 1889, t. I, p. 594.— Huber. *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, 1875, t. XV, p. 455. — Isch Wall. *Prog. med.*, 2 juin 1888, et *Bull. de la Soc. anat.*, 1889, p. 330. — Kappeler. *Corresp. f. Schw.*, 1er sept. 1887, p. 153, et 15 fév. 1889, p. 97. — Kernig. *St-Petersb. Med. Wochens.*, 1881, p. 30. — Klemperer. *Berl. Klin. Wochens.*, juillet 1889, p. 624. — Kofler. *Riv. clin. e therap.*, déc. 1888, p. 620. — Krieger. *Deuts. Med. Wochens.*, 27 sept. 1888. — Kuhn. *Berl. Klin. Wochens.*, 4 juillet 1887. — Labadie-Lagrave. In Th. de doct. Salles, 1880, p. 49. — Labbé. Soc. anat., 1865. — Lachmann. *Dissert. inaug.*, Greifswald 1889. — Laennec. *Gaz. méd. de Nantes*, 1892, p. 84. — Lancereaux. In Th. Thiroloix, Paris 1892, p. 144. — Le Gendre. Soc. anat., 1881. — Litten. *Charité Annalen*, 1880, p. 187. — Macaigne. In Th. Thiroloix, Paris 1892, p. 147, et *Bull. de la Soc. anat.*, 1892, p. 43. — Marston. *Amer. Journ. of Med. Sc.*, juillet 1854, t. II, p. 212. — Masing. *St-Pétersb. Med. Wochens.*, 1879, p. 260. — Meigs. *The Med. and Surg. Rep.*, 1861. — Méry. *Bull. de la Soc. anat.*, 1885, p. 743. — Mirallié. Observ. inédite. — Molander et Blix. *Hygiea*, 1876. — Monastyrki. Th. Delagenière, Paris 1890. — Mondière. *Arch. gén. de méd.*, 1836, t. XI; 2 observ. — Moritz. *St-Pétersb. Med. Wochens.*, 1889, p. 116. — Moutard-Martin. *Bull. de la Soc. anat.*, 1887, p. 342. — Murchison. *Maladies du foie*, trad. Cyr, 2e édit., 1878, Obs. CXXV et CXXVI. — Musmeci. *Gaz. d. ospit.*, 15 oct. 1890. — Oulmont. In Th. Lucron, Paris 1893. — Parisot. Th. de doct., Paris 1891-92. — Pilliet. *Bull. de la Soc. anat.*, 1888, p. 728. — Pott. *Deuts. Zeits. f. prakt. Med.*, 1878, n° 16. — Rabère. In Th. Bonamy, 1879. — Ramey. *Soc. anat. de Bordeaux*, 1883, p. 24. — Ramas et Cochez. *Rev. de méd.*, 1887; 2 cas. — Rocques. *Soc. méd. d'observ.*, 1857, p. 247, et Soc. anat., 1857. — Rotch. *Boston Med. Journ.*, 19 fév. 1885. — Santi. *Gaz. d. ospit.*, 8 fév. 1891. — Seebohm. *Deuts. Med. Wochens.*, 1888, p. 777; 2 cas. — Servaes. *Berl. Klin. Wochens.*, 2 déc. 1878 — Simon. *Dissert. inaug.*, Greifswald 1889. — Saguet. — Lucron. Th. de doct. Lucron, Paris 1892. — Strumpell. *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, 1878, p. 222.— Suckling. *The Lancet*, janv. 1889, p. 127. — Teissier. *Journ. de méd. de Lyon*, 1847, t. XIII, p. 801. — Terrier. Th. de doct. Delagenière, Paris 1890, et *Rev. de chir.*, 1892. — Thompson. *New-York Med. Journ.*, 1889, t. XLIX, p. 407. — Tisné. In Th. Lucron, 1893; 2 observ. — Vernay. Th. de doct., Lyon 1884; 2 observ. — Webb. *Philad. Med. Times*, 15 juin 1872, p. 354. — Williams. *Med. Times and Gaz.*, 7 août 1852, p. 131. — Wesener. *Virchow's Arch. f. Anat. und Phys.*, Bd XCIII, p. 377. — Wethered. Path. Soc. London, 4 fév. 1890. — Ziclewicz. *Berl. Klin. Wochens.*, 1888, p. 75.

Observations de cancer primitif sur lesquelles nous n'avons pu recueillir aucun détail : Antrum. *Assoc. Med. Journ.*, 1855. — Da Costa. *North Amer. Med. Chir. Rev.*, 1858. — Von Hauff. *Wurt. Corresp. Blatt.*, 1876, n° 46. — Ogle. *St-George Hosp. Rep.* — O'Hava. — Sauter. *Dissert. inaug.*, Berlin 1874. — Soyka. *Prag. Med. Wochens.*, cités in Boldt. *Dissert. inaug.*, Berlin 1882. — Albers. *Med. Corresp. Bl. rhein. u. westphal.*, 1843, n° 8. — Bowditch. *Amer. Journ. of Med. Sc.*, 1852, t. XXIII. — Davidsohn. *Dissert. inaug.*, Berlin 1872. — Haldane. *Assoc Med. Journ.*, mai 1854. — Luithlen. *Memorabilien a. d. Ærtl. Praxis*, t. XVII, 1872. — Muhry. Cas pers., *Wochens.*, 1825, n° 70.— Roberts. *Brit. Med. Journ.*, sept. 1865.— Wagner. *Arch. der Heilk.*, Bd. II, 1861, p. 285, cités in Friedreich. *Ziemmssen's Handb. f. sp. Path.*, t. VIII.

A consulter : *Dict. Jaccoud* et *Dechambre*. — Jaccoud. *Cliniques de la Pitié*. — Segré. *Ann. univ. di med. e chir.*, Milan 1888. — Reinhardt. *Dissert. inaug.*, Wurtburg 1878. — Wedekind. *Idem*, Wurtburg 1863. — Weyer. *Idem*, Greifswald 1831. — Fahndrich. *Idem*, Freiburg 1891. — Choupin et Molle. *Loire méd.*, 1893.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

356. M. Choisnet. Pathogénie et traitement des abcès péri-uréthraux de la région périnéale. — 357. M. Martial. Pathogénie et traitement du tétanos. — 358. M. Faurichon. Contribution à l'étude de l'hydronéphrose intermittent. — 359. M. Poulaine. De la hernie inguinale avec ectopie testiculaire chez l'enfant. — 360. M. Delaunay. Contribution à l'étude de l'intoxication par le sublimé. — 361. M. Bruneau. De la nature des complications broncho-pleuro-pulmonaires de la fièvre typhoïde. — 362. M. Faure-Miller. De la valeur thérapeutique des bains froids dans les formes typhoïdes des maladies infectieuses. — 363. M. Loche. Essai sur le traitement des affections de l'estomac et du duodénum. — 364. M. Dagavarian. Étude sur l'étiologie et la pathogénie des calculs urinaires. — 365. M. Essad. Essai sur la séméiologie de l'exophtalmie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Une de nos plus grandes illustrations médicales vient de disparaître. Le professeur Charcot est mort subitement, avant-hier, sans que rien ait pu faire prévoir une fin aussi brusque. Nous nous proposons de revenir, dans l'un de nos prochains articles, sur la place importante que Charcot a occupée dans la science médicale.

— Par décision ministérielle en date du 12 août 1893, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins aides-majors de première classe Blum et Lespinasse, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Cousin et Dalphin, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; Cuvillier et Barré, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; Dodieau, pour le 24e d'infanterie.

— Par arrêté ministériel, en date du 17 août 1893, une médaille d'honneur en argent (première classe) a été décernée à M. le docteur Nolé, directeur de l'asile d'aliénés de Sainte-Catherine à Yzeure.

— *Hospices civils de Marseille.* — Le lundi 20 novembre 1893, à trois heures, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu pour une place de chirurgien-adjoint des hôpitaux.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Commission administrative, huit jours au moins avant l'ouverture du concours.

— M. le docteur Charles Debierre, professeur à la Faculté de médecine de Lille, est chargé d'une mission scientifique en Italie, à l'effet de visiter les collections anatomiques et anthropologiques de ce pays, et d'y poursuivre ses recherches de craniologie et de craniométrie.

— M. le docteur Mangenot (de Paris) est chargé d'une mission, en Italie, à l'effet de visiter les écoles de Rome au point de vue de l'hygiène scolaire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Blanche (de Paris).

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Excursion au château et dans la forêt de Fontainebleau (dimanche 27 août 1893).* — Train spécial d'excursion à marche rapide et à prix réduits. Aller et retour dans la même journée : Départ de Paris, 8 h. 25 matin; arrivée à Fontainebleau, 9 h. 25 matin; départ de Fontainebleau, 10 h. 50 soir; arrivée à Paris, 11 h. 52 soir.

D'accord avec la Compagnie P.-L.-M., la Société des voyages économiques fait émettre jusqu'au 25 août 1893 inclusivement des billets d'excursion combinés donnant droit : 1° au transport en chemin de fer de Paris à Fontainebleau et retour; 2° au transport en voiture de la gare de Fontainebleau au château et réciproquement, au retour, des hôtels de Fontainebleau à la gare; 3° à une promenade également en voiture, comprenant dans son itinéraire les sites les plus intéressants de la forêt; 4° à un déjeuner à la fourchette et à un dîner à table d'hôte servis dans les principaux hôtels de Fontainebleau.

Prix de l'excursion complète : 1re classe 18 fr., 2e classe 16 fr., 3e classe 15 fr. Le nombre des places est limité.

Les billets (coupons de chemins de fer, de voiture, de repas)

sont délivrés, à première demande, dans les bureaux de la Société des voyages économiques, 17, faubourg Montmartre et, 10, rue Auber.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés : à la gare de Paris-Lyon, 20, boulevard Diderot et dans les bureaux-succursales de Paris ci-après désignés : rue Saint-Lazare, 88 ; rue des Petites-Écuries, 11 ; rue de Rambuteau, 6 ; rue du Louvre, 44 ; rue de Rennes, 45 ; rue Saint-Martin, 252 ; place de la République, 8 ; rue Sainte-Anne, 6, et rue Molière, 7 ; rue Étienne-Marcel, 18 ; au bureau général des billets de chemins de fer de l'hôtel Terminus de la gare de Paris-Saint-Lazare (General Ticket Office).

Traité de médecine, publié sous la direction de MM. Charcot, Bouchard et Brissaud. Tome V, 1 vol. gr. in-8° avec figures. — Prix : 20 francs. — Ce volume contient : *Maladies du cœur*, par André Petit ; *Maladies des vaisseaux sanguins*, par W. Œttinger ; *Rhumatisme articulaire aigu*, par W. Œttinger ; *Malaies du rein et des capsules surrénales*, par A. Brault. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

90

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre...............	1.33
Silicate acide / Arséniate » / Phosphate » / Sulfate » — sesqui-oxyde de fer; de chaux.......; Chlorure de sodium.........; Matières organiques........	0.44

Cette eau est arsenicale ; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

47

INSOMNIES

Cachets de 0,20cg
Perles de 0,10cg

CHLORALOSE PUR
de BAIN & FOURNIER

Hypnotique nouveau, supérieur à tous les hypnotiques connus.

JAMAIS DE TROUBLES DIGESTIFS, LE SEUL SANS DANGER POUR LES MALADIES DU CŒUR

B. Bain et Fournier, 43, rue d'Amsterdam et Ph^ie, 56, rue d'Anjou,

seuls préparateurs et seuls possesseurs des véritables formules.

64

Dans les **congestions** *et les* **troubles fonctionnels du foie**, *la* **dyspepsie atonique**, *les* **fièvres intermittentes**, *les* **cachexies** *d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds*, on prescrit dans les hôpitaux, A PARIS ET A VICHY, de 50 à 100 gouttes par jour de **BOLDO-VERNE** ou 4 cuillerées à café d'**ELIXIR de BOLDO-VERNE**. — Dépt : VERNE, profr à l'Ec. de méd., Grenoble (France), et phies de France et Etranger.

55

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PAR LE

CARBONATE DE GAÏACOL VIGIER

EN CAPSULES DE 0gr10 CENTIGR.

DOSE : *de 2 à 6 capsules par jour.*

Le **CARBONATE DE GAÏACOL** jouit des **vertus curatives** du gaïacol sans en avoir les *effets irritants*. Traversant **l'estomac** sans se décomposer, il agit dans **l'intestin**. Ne troublant pas les **fonctions digestives**, il remplace avantageusement le **gaïacol** et la **créosote**.

Phie VIGIER, 12, boulev. Bonne-Nouvelle, Paris.

10

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

80

DYSPEPSIES — GASTRALGIES

PEPSINE BOUDAULT

« *En prescrivant simplement : Pepsine, le pharmacien est obligé de ne donner que celle du Codex. Cette pepsine ne doit peptoniser que 20 fois son poids de fibrine, tandis que la* **Pepsine Boudault** *peptonise* **50 fois** *son poids.*

« Le *Vin* et l'*Elixir* de pepsine du Codex ne doivent peptoniser que la moitié de leur poids de fibrine, tandis que le **Vin** et l'**Elixir** de **Pepsine Boudault** peptonisent **deux fois** leur poids de fibrine, soit **quatre fois plus.** »

79

LE CHARBON DE BELLOC

soit en poudre, soit en pastilles, est un des remèdes qui rendent le plus de services dans la *dyspepsie* et la *gastralgie*. L'Académie de médecine de Paris, après de nombreuses expériences faites par une commission nommée à cet effet, a approuvé et recommandé l'emploi du Charbon de Belloc pour le traitement de ces maladies qui, dit-elle, « font trop souvent le désespoir des malades et des médecins ».

Le plus souvent, le bien-être se fait sentir dès les premières doses.

La Poudre se prend à la dose de 2 à 6 cuillères à soupe par jour, soit avant, soit après le repas, avec un peu d'eau. Les Pastilles se prennent après les repas à la dose de 4 à 12 par jour. Prix du flacon de poudre : 2 francs ; de la boîte de Pastilles, 2 fr. 50. — Exiger la signature et le cachet du Dr Belloc. — Fabrication : Maison L. FRERE, A. CHAMPIGNY et Cie, successeurs, 19, rue Jacob, Paris.

36

CÉRÉBRINE

(*Coca-Théine analgésique Pausodun*)

Migraines, Névralgies, Vertige stomacal, Zona, Courbature, Grippe, Coliques menstruelles. — C. BROMEE et C. IODEE : **Névroses, Névralgies** rebelles ou diathésiques, Etats congestifs du cerveau.

EUG. FOURNIER, pharmacien de 1re classe, ex interne des hôpitaux, *114, rue de Provence (Pharmacie du Printemps), Paris*, et toutes phles.

29

ELIXIR, VIN, *SACCHARURE*, EUPEPTIQUE

KOLA-MONAVON

Médicament, cardio-vasculaire, Anti-neurasthénique, Tonique reconstituant, Aliment d'épargne
contre *Atonie générale, Convalescence, Débilité, Neurasthénie, Affections cardiaques.*

Elixir dosé à 1gr20 noix de kola pr cuillerée à bouche.



Saccharure dosé à 1gr20 noix de kola pr cuillerée à café.

Phie MONAVON, Lyon, 10, r. de Trion, et tles phles.

53

ANÉMIE, HERPÉTISME, DIABÈTE, FIÈVRE

GRANULES DE FOWLER
du Dr LEGROS

1 milligramme d'arsénite de potasse par granule.
Phie Française, 1 et 3, pl. de la République, Paris

22

HAMAMELINE-ROYA

Principe actif de l'HAMAMELIS-VIRG :

HÉMORRAGIES, PHLÉBITES, HÉMORROÏDES, VARICES, MÉTRITES, ETC. — *3 cuillerées à soupe par jour.*

Phie LACHARTRE, 19, rue des Mathurins, Paris.

44

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1o Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM ;

2o Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure* ;

3o Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

99

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE

Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

PRIX du flacon : **4** francs.
DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

12

LIQUIDES ORGANIQUES
d'après les **PROCÉDÉS** de
BROWN-SEQUARD



ADMIS DANS LES HOPITAUX

MÉDAILLE D'OR
Marseille 1893

La boîte de 12 ampoules de 3 c. c., **20 fr.**
contre mandat accompagné de la carte du médecin traitant.

LABORATOIRE DE PRODUITS PHYSIOLOGIQUES
CHAIX et RÉMY
Rue de l'Orne, 10, Paris.

99

STÉRÉSOL

VERNIS ANTISEPTIQUE

Adhérent aux MUQUEUSES et à la PEAU

Diphtérie, Angines, Ulcérations muqueuses et cutanées.

Dépôt : MEUNIER, phien à Grenoble (Isère

11

CHLORÉTHYLE BENGUÉ

3f50



Médecins, 2f75

ANESTHÉSIE LOCALE — NÉVRALGIES

Dr BENGUÉ, phien, 34, rue La Bruyère, Paris.

46

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Viande crue, Alcool, Écorces d'oranges amères, **Phtisie, Anémie, Convalescence.**
Paris, 20, place des Vosges.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE......	3 mois : 8 fr. 50.	— 6 mois : 16 fr.	— 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE.	3 mois : 10 fr. »	— 6 mois : 18 fr.	— 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 21 août 1893.

CHARCOT

La mort vient d'enlever le professeur Charcot d'une façon brusque et inattendue : c'est une très grande perte pour la médecine française.

Grâce à un labeur constant, opiniâtre et méthodique, grâce à la parfaite lucidité et à l'ampleur de son intelligence, il laisse derrière lui une œuvre considérable dont la plus grande partie survivra comme ont survécu les travaux de Laënnec sur l'auscultation et sur l'anatomie pathologique du poumon.

Malgré la place élevée qu'il occupait officiellement dans la science, on peut dire que l'homme ici était supérieur encore à sa situation : il la dominait, il n'était pas dominé par elle.

Il fut à la fois clinicien, anatomo-pathologiste, érudit, artiste, philosophe, et, avec cela, merveilleux professeur.

Clinicien, il a su observer, décrire et schématiser les maladies du système nerveux mieux que tout autre; anatomo-pathologiste, il a su en localiser les lésions. Il a su, avant tout, établir un rapport étroit, indestructible, parce qu'il était physiologiquement vrai, entre le symptôme et la lésion.

Ce principe du groupement méthodique, il l'a, en sa qualité de professeur d'anatomie pathologique, appliqué à l'étude des lésions et de la pathologie générale du foie, du rein et des poumons.

Philosophe, il a montré qu'il l'était dans ses leçons sur l'aphasie, l'hystérie, la neurasthénie, la suggestion; il peut, à ce point de vue aussi, passer pour un des maîtres de l'école moderne.

Avec tout cela le modèle des professeurs. S'il n'avait pas la facilité d'élocution émue et verbeuse qui éblouit les auditeurs, il avait quelque chose de mieux : la clarté et la couleur. La clarté était sa qualité maîtresse. Son exposition était à la fois familière et originale, très personnelle dans la forme. Il savait par des images et des formules vives et imprévues, parfois un peu cherchées, fixer vite et bien, dans l'esprit de l'auditeur, ce qu'il importait avant tout de retenir. Ses leçons étaient en apparence sans prétention, improvisées; elles étaient toujours longuement et mûrement préparées, même les plus simples. Même pour ses conférences du mardi, Charcot ne laissait rien à l'imprévu, son laisser aller n'était qu'apparent, et c'était là un des secrets de sa force et de son autorité.

Dans ces dernières années, il s'était surtout consacré à l'étude des névroses. Il avait essayé de schématiser l'hystérie, l'hypnotisme, la neurasthénie, etc. Ces schémas sont contestés par des écoles rivales. Quoi qu'il doive en advenir, il aura eu, en tout cas, le mérite de déterminer des types bien définis dans leur expression symptomatique et leur évolution, et il aura eu le courage d'aborder scientifiquement l'étude de faits abandonnés jusque-là aux mystiques et aux industriels. Il avait franchi un seuil que d'autres n'avaient vu qu'avec terreur, devant lequel avaient reculé des hommes de la plus haute valeur, Lasègue entre autres.

En tout cas, il a montré la valeur clinique des stigmates dans l'hystérie et la neurasthénie, il a décrit les formes principales de l'hystérie convulsive, il a fait connaître les paralysies hystériques : cela seul suffirait à assurer l'immortalité à son nom et à son œuvre.

Le maître de la Salpêtrière ne savait pas seulement travailler lui-même, il savait inspirer les autres et les diriger. Il a été le chef d'une grande école ; il a beaucoup fait pour ses élèves et ses élèves, en revanche, ont fait beaucoup à leur tour pour la propagation et le triomphe de ses idées : tous l'aimaient sincèrement.

Et cependant il était un maître autoritaire, et cela allait bien à son masque de César. Il supportait mal les velléités dindépendance ; c'était là le défaut de ses qualités éminentes de volonté et de persévérance.

On n'arrive pas à prendre et à garder la très haute situation qu'il avait, sans déplaire à beaucoup de personnes. Il a eu des ennemis, on l'a vivement attaqué, on en a médit et on l'a calomnié.

On lui a reproché son ambition, l'arrangement théatral de ses leçons, sa partialité pour ses élèves dans les concours. Nous trouvons pour notre part que cette ambition était légitime, puisqu'elle a produit ou contribué à produire les résultats que l'on sait. La mise en scène de ses leçons frappait plus vivement l'esprit de ses auditeurs; quant à sa partialité pour ses élèves, n'ayant pas eu l'honneur de l'avoir pour maître, il nous sera permis de dire que

nous trouvions naturelle sa préférence active pour ses collaborateurs de chaque jour. Et puis, y a-t-il rien d'humain qui soit parfait?

Par contre, à l'étranger, son autorité n'était pas discutée; il était, sans contestation, estimé comme un des maîtres de la médecine. Les étrangers avaient plus que nous la reculée voulue pour juger ce grand homme; son ombre ne les gênait pas comme quelques-uns de ses compatriotes.

Nous pensons que la postérité confirmera ce jugement et il restera dans la série des âges l'un des plus grands parmi les médecins.

A. M.

CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE HUMAINE ET ANIMALE

Troisième session, à Paris, du 27 juillet au 2 août 1893 (1).

QUESTIONS DIVERSES

Sur la tuberculose anale. — M. HARTMANN, laissant de côté les gommes tuberculeuses de la marge de l'anus, qui présentent les mêmes caractères que partout ailleurs, traite des suppurations en rapport immédiat avec le canal anal.

Une première question se pose : quel est le rapport qui existe entre la fistule anale et la tuberculose pulmonaire? Pour y répondre, il faut, d'une part, noter le nombre des phtisiques fistuleux; d'autre part, le nombre des fistuleux tuberculeux.

Sur 533 phtisiques, l'auteur a relevé 26 fistules, soit une moyenne de 4,8 p. 100. Il y a entre l'homme et la femme une notable différence. Sur 385 phtisiques appartenant au sexe masculin, il y avait 23 fistules, soit 5,9 p. 100, tandis que sur 148 femmes, seulement 3 fistules, soit 2 p. 100.

La statistique d'Allingham répond au deuxième point. Sur 1632 fistuleux, il trouve 234 tuberculeux, soit 14 p. 100. Sur 48 malades, M. Hartmann a trouvé 23 fois des signes indéniables de tuberculose, 2 fois les antécédents la faisaient craindre, 21 fois seulement, on ne trouvait rien qui pût la faire soupçonner. Le rapport entre la tuberculose pulmonaire et la fistule à l'anus paraît donc bien établi. Par contre, il n'y a pas de lien direct entre la fistule et la tuberculose de l'intestin. Au contraire, la proportion des fistules (1 sur 57) a paru moindre chez les tuberculeux diarrhéiques que chez les autres; sur 48 fistuleux anaux, 1 malade avait une diarrhée qui pouvait faire soupçonner l'existence d'ulcérations tuberculeuses de l'intestin.

Une deuxième question est de savoir quelle est la nature de la fistule anale chez les tuberculeux. L'ulcération tuberculeuse rectale, admise par beaucoup d'auteurs, à l'étranger surtout, est une cause exceptionnelle. La fistule anale des tuberculeux est le résultat d'une tuberculose locale. Sur 10 suppurations péri-anales, indépendantes de toute lésion primitive du rectum, M. Lieffring a constaté 6 fois la présence des bacilles tuberculeux, 1 fois associés à des staphylocoques dorés et à des streptocoques, 5 fois à des colibacilles. Quelques-unes de ces observations sont d'autant plus intéressantes que rien ne faisait prévoir la tuberculose. Il s'agissait là de manifestations bacillaires primitives, dont le diagnostic était d'autant plus difficile que ces abcès s'étaient échauffés par suite de l'infection secondaire dont ils étaient le siège. L'abcès tuberculeux de l'anus, et par suite la fistule, nous semble être le résultat d'une inoculation locale de bacilles apportés avec les fèces.

Faut-il opérer la fistule anale chez les tuberculeux? 154 opérations faites dans le service de M. Terrier, n'ont été suivies d'aucun accident de généralisation; avec de la persévérance, en poursuivant au besoin à plusieurs reprises les diverticules qui se creusent, on arrive le plus souvent, pour ne pas dire toujours, à la cicatrisation complète. Puis, quand bien même on ne l'obtiendrait pas, en simplifiant le foyer on supprime les accidents septiques surajoutés, et l'on améliore considérablement l'état général du malade. Ce qui doit guider le chirurgien dans la détermination de l'indication opératoire, c'est, ici comme pour les autres tuberculoses locales, la prédominance de la part de l'état local dans la genèse des accidents éprouvés par le malade.

Les lésions cutanées de la région anale se présentent sous deux formes : l'une, dite *lupus* par les dermatologistes, est extrêmement rare dans cette région; l'autre, dite *tuberculose cutanée*, se rencontre, soit sous la forme verruqueuse qui est exceptionnelle, soit sous la forme ulcéreuse, beaucoup plus fréquente. Ces ulcérations se rencontrent, pour ainsi dire, exclusivement chez des tuberculeux pulmonaires, généralement diarrhéiques; elles présentent un aspect tout à fait caractéristique, et leur nature tuberculeuse peut facilement être démontrée par les examens histologiques et bactériologiques.

Ces lésions comportent un seul mode de traitement, l'ablation de l'ulcération et le grattage de la partie profonde : c'est ce qu'ont fait M. Duplay et l'auteur lui-même, chez plusieurs malades, avec un résultat satisfaisant.

Tuberculose à forme papillomateuse de la région anale. — M. ROUTIER, sur un homme âgé de cinquante-cinq ans, a observé près de la marge de l'anus, sur la fesse droite, un placard sanieux induré, formé de mamelons croûteux, séparés par des sillons érodés. Ce placard a fait penser tout d'abord à un cancroïde au début; cependant, il n'y avait pas de ganglions.

Après l'opération, M. Toupet fit l'examen histologique de la pièce et vit qu'on avait affaire à un papillome sans délimitation précise des prolongements épidermiques dans le derme et sans globes épidermiques. Parmi les cellules du papillome, on trouvait en traînées des cellules embryonnaires et des cellules géantes, ce qui fit penser alors à la nature tuberculeuse du placard. Cette hypothèse se trouva confirmée par l'examen bactériologique.

La question est de savoir si le papillome a été infecté consécutivement par les bacilles de Koch ou s'il est dû à l'irritation produite par ceux-ci.

Des abcès tuberculeux expérimentaux du foie. — M. GILBERT (de Paris) résume des expériences faites sur des cobayes avec la tuberculose aviaire. Le foie présentait, dans certains cas, des granulations fibreuses disséminées, ou bien, associée aux lésions tuberculeuses, une véritable sclérose, conduisant soit à l'atrophie granuleuse, soit à un état comparable à l'aspect ficelé de certains foies syphilitiques ; d'autres fois des abcès, soit multiples, dans lesquels les bacilles étaient extrêmement rares, soit uniques, et dans ce cas représentant la seule lésion du foie; dans un abcès unique, les bacilles étaient tellement disséminés qu'ils auraient pu facilement passer inaperçus. Ces faits expérimentaux viennent à l'appui des descriptions d'abcès tuberculeux du foie, qui restaient sujets à contestation, en l'absence d'examen bactériologique.

Le foie lobulé tuberculeux. — M. HANOT (de Paris) a rencontré, en pratiquant les autopsies dans son service, six cas de foie lobulé, auxquels est venu se joindre un septième cas observé par M. Brissaud.

Le foie lobulé est une rareté chez l'homme, et on le considère généralement comme une lésion congénitale. Ce qu'il y a de particulier, c'est que ces sept cas ont été observés chez des tuberculeux; il semble donc qu'il y ait un rapport entre cette lésion et la tuberculose.

Dans quatre cas, ces foies ont montré cet aspect capitonné tout particulier dû à la sclérose des grands espaces. Cette cirrhose me paraît être le résultat d'altérations déterminées par les toxines qui existent dans le sang des tuberculeux.

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 869 et 881.

Dans le cas de M. Brissaud, on avait tout d'abord pensé à un foie syphilitique ; mais le malade était mort phtisique. Il s'agit donc d'une forme pathologique tout à fait spéciale aux tuberleux.

Sur un cas de tuberculose musculaire primitive propagée aux synoviales tendineuses. — M. LEJARS (de Paris) a étudié une variété spéciale de synovite tuberculeuse à laquelle on peut donner le nom de synovite tuberculeuse d'origine musculaire.

Il s'agissait d'une femme de quarante-huit ans, tuberculeuse à un degré très avancé, et atteinte d'une tumeur blanche du genou, qui nécessita une résection, suivie d'une amputation de cuisse. Elle présentait, en outre, sur la face externe de l'avant-bras gauche, une tumeur molle, fluctuante, recouverte d'une peau normale et ressemblant à un abcès froid. On dut faire une incision très profonde, pour donner issue à une collection purulente développée dans un vaste décollement intramusculaire ; la cavité fut grattée soigneusement et bourrée de gaze iodoformée. Trois ou quatre semaines plus tard, on constata un empâtement sur la face dorsale du poignet gauche, et l'on vit se former une tumeur oblongue, attenant aux tendons extenseurs et mobile avec eux, présentant en un mot tous les caractères d'une synovite fongueuse. Une incision fit écouler un peu de pus. La malade ne tarda pas à succomber, et dans la partie intermédiaire entre la synovite fongueuse péritendineuse de la face dorsale du poignet et les lésions tuberculeuses des muscles de la face postérieure et de la face externe de l'avant-bras, on voyait toute une série de nodules tuberculeux situés dans l'épaisseur des tendons et reliant ainsi l'une à l'autre la tuberculose musculaire et la tuberculose synoviale, dont l'origine musculaire se trouvait dès lors nettement démontrée.

Étude sur le pronostic de la tuberculose. — M. ARTHAUD montre l'importance du pronostic à la fois pour la pratique et pour le classement des méthodes de traitement. Ce pronostic résulte surtout de deux facteurs principaux : 1° la dénutrition organique ; 2° l'étendue de poumon lésé.

Le moyen de graduer la dénutrition est la balance, mais il faut tenir compte des normales correspondantes. Un homme adulte pèse en général autant de kilos qu'il a de centimètres en plus du mètre dans sa taille et à tous les âges on obtient une formule plus complexe qui permet néanmoins d'évaluer le poids normal.

Chez le malade, l'expérience démontre les deux lois suivantes : 1° tout tuberculeux qui perd le tiers de son poids est en imminence de mort ; 2° tout malade qui a perdu le quart de son poids est en danger de récidive et le poids doit être relevé le plus vite possible en tenant compte des difficultés accessoires (dyspepsie, vomissements, etc.). A cette zone limite il y a danger. Le régime alimentaire convenable se traduit par la simple ration normale : un kilo de pain et 400 grammes de viande.

L'appréciaton de l'étendue des lésions pulmonaires est difficile, mais non impossible. On peut y arriver, tout d'abord par l'auscultation en reportant sur un schéma de Lasègue les lésions trouvées. Pour cela, il faut cependant tenir compte des trois zones que l'on rencontre dans un poumon tuberculeux : la zone de râles, la zone de rudesse et la zone d'obscurité ; les deux premières dont la valeur est connue ; la troisième dont l'interprétation peut être discutée. Il correspond, selon l'auteur, à des scléroses anciennes. En examinant l'ensemble des lésions, on trouve la loi suivante : Un malade ne peut guérir s'il présente une perte supérieure à un poumon.

Il y a un procédé plus simple de calculer l'étendue des parties détruites au moyen de la tachycardie des tuberculeux ; fait constant d'après l'auteur, et qu'il interprète comme un moyen de régulation en vertu de la loi de Marey et du besoin de conserver le rapport de la respiration et du pouls.

Sauf troubles nerveux, on peut dire que le tableau suivant est exact ; bien entendu à l'état apyrétique :

1/3	de poumon perdu	donne	90	pulsations.
1/2	—	—	100	—
3/4	—	—	110	—
1	—	—	120	—

Par conséquent un malade qui présente la tachycardie à 120 pulsations est à la limite qui sépare les malades pouvant être sauvés de ceux pour lesquels le pronostic est grave.

Enfin, en dehors des dangers inhérents à leur lésion étendue, les tuberculeux avancés peuvent succomber à une dilatation brusque du cœur, quand on les laisse vaquer à des occupations pénibles.

Infections secondaires dans la tuberculose pulmonaire. — MM. MORAU et LAUNOIS (de Paris) ont cherché à établir le rôle pathogène des divers micro-organismes qu'on rencontre dans les infections secondaires observées au cours de la tuberculose pulmonaire. Dans une première série d'expériences, des bouillons, où ont été ensemencées quatorze espèces de microbes trouvées dans des cavernes pulmonaires, ont été abandonnés à eux-mêmes, puis filtrés et injectés par gouttes à des lapins. Parmi les altérations viscérales observées, la plus intéressante est notée du côté du foie, où l'on trouve une infiltration embryonnaire autour des veines sus-hépatiques et autour des branches terminales de la veine-porte. Dans une deuxième série, les injections pratiquées à l'aide de cultures pures, anciennes et filtrées de streptocoque pyogène, ont déterminé de l'hyperhémie, de la dyspnée, de l'exorbitisme et une dilatation considérable des vaisseaux, phénomènes qui rappellent ceux que M. Bouchard attribue à l'ectasine. Dans les viscères des animaux sacrifiés après une série d'injections, on observe des lésions plus ou moins étendues et, comme précédemment, c'est le foie qui présente les plus intéressantes. L'infiltration embryonnaire péri-vasculaire est plus marquée, il y a une accumulation de leucocytes à l'intérieur et à la périphérie des vaisseaux ; les cellules hépatiques perdent leurs contours, leur protoplasma semble devenu homogène, transparent, comme vitreux.

Désinfection des wagons de chemins de fer et autres voitures publiques. — Cette question, déjà étudiée dans différents pays, n'a pas encore reçu de solution définitive. Il semble *a priori* que les tuberculeux se rendant dans les stations où ils vont faire leur cure, et crachant dans les wagons sans se gêner, les infectent largement ; d'autres voyageurs non tuberculeux viennent ensuite respirer les poussières soulevées par les trépidations des wagons et s'infectent à leur tour. Mais pour en arriver à obliger les compagnies de chemins de fer à désinfecter leur matériel, il faut pouvoir s'appuyer sur des faits incontestables. Des expériences sont en train de se faire à cet égard, mais on ne peut encore rien affirmer. Quoi qu'en dise M. Bernheim, un seul séjour en chemin de fer, de temps en temps, ne suffit pas pour produire une infection durable ; il faut vivre assez longtemps dans une atmosphère contaminée : un mois, a dit M. Arthaud. La question est donc à revoir, et a été mise à l'ordre de jour du prochain Congrès.

VISITES SCIENTIFIQUES

Ce sont ces séances qui ont été le plus assidûment suivies par les membres du Congrès. Elles avaient d'ailleurs trait à des points d'actualité de l'étude de la tuberculose ; elles avaient été préparées de longue main et le Comité d'organisation du Congrès avait rencontré partout le plus bienveillant accueil auprès des personnes qui devaient les guider dans ces visites.

La première conduisit, le samedi matin 29 juillet, les membres du Congrès aux étuves municipales de la Ville de Paris, pour la désinfection des locaux contaminés, 6 bis, rue des Récollets. M. le docteur A.-J. Martin, directeur de l'hygiène de l'habitation de la Ville, délégué par M. le préfet de la Seine, montra comment fonctionnait ce service.

Le poste de désinfection est divisé en deux par des murs n'ayant pour orifices que les portes des étuves et une porte de vestibule

que les employés ne peuvent traverser qu'après s'être déshabillés quand ils entrent et désinfectés entièrement quand ils sortent.

D'un côté, les locaux admettent les objets contaminés, qui sont mis dans les étuves, désinfectés, et sortent par une autre porte des étuves, de l'autre côté du mur. Là une voiture *aseptique* les prend pour les reporter dans le logement d'où ils viennent et qui, pendant ce temps, a été désinfecté. Les précautions pour éviter l'infection des employés sont si bien prises, que les accidents sont rares et peu graves.

Nous avons dit plus haut toute l'importance, de jour en jour plus grande, que prenait ce service.

Ensuite M. Martin a fait visiter aux congressistes un asile de nuit voisin et dont le mobilier est facilement désinfecté tant par sa composition, aussi sommaire que possible, que par sa proximité du poste de la rue des Récollets. La propreté la plus parfaite règne dans cet asile, mais les visiteurs n'ont pas été peu étonnés d'y trouver, pour servir à la boisson des malheureux qui viennent s'y réfugier, un simple baquet, largement ouvert à la poussière, pouvant contenir environ 200 litres d'eau, dans lequel ils puisent ce liquide avec une écuelle de fer blanc attachée au bout d'une chaîne. Ceci, par exemple, jure un peu avec le reste et tout le monde a prié M. Martin d'attirer l'attention de l'Administration sur ce contre-sens hygiénique dans un établissement où presque rien ne laisse à désirer au point de vue de l'hygiène.

De là les congressistes se rendirent à l'hôpital Saint-Louis, où M. le docteur Feulard avait réuni par groupes toutes les pièces relatives à la tuberculose qui ont été rassemblées dans le splendide musée de cet hôpital. M. Feulard, en présentant ces pièces, en fit l'histoire et attira l'attention sur leur importance, leur rareté et la perfection avec laquelle elles reproduisent les lésions au naturel.

Les conférences de MM. Martin et Feulard ont été des plus brillantes, en même temps des plus instructives; aussi les auditeurs ont-ils couvert d'applaudissements les éloges que M. Verneuil a décernés à ces deux jeunes chefs de service, qui connaissent si admirablement leur sujet.

Le lendemain dimanche, *visite à l'hôpital Trousseau.*

Les organisateurs du Congrès ont pensé, avec raison, qu'il serait intéressant pour les membres de revoir les malades qui leur avaient été présentés il y a deux ans, au Congrès de 1891, par M. le professeur Lannelongue et qui avaient été traités d'affections tuberculeuses articulaires par la méthode sclérogène. En l'absence du chef de service, M. le docteur Mauclaire a bien voulu recevoir les membres du Congrès, leur présenter les malades intéressants, anciens et nouveaux, leur exposer les principaux points de la méthode et opérer devant eux une jeune fille atteinte de tumeur blanche du genou.

Un des anciens malades était particulièrement remarquable. Il s'agissait d'une tuberculose articulaire non suppurée du genou, traitée en mai 1891, au début de l'application de la méthode sclérogène. Le moule en plâtre montre que les lésions étaient très étendues et très considérables. L'enfant a guéri rapidement, il a complété sa cure par un séjour à Berck et depuis longtemps la marche est facile et normale. C'est à peine si le genou qui a été malade est plus gros que celui du côté opposé.

Dans un autre cas plus récent, il a été possible aux membres du Congrès de constater l'induration de tous les points injectés il y a quelque temps.

A propos d'une tumeur blanche du coude pour laquelle l'amputation avait d'abord été jugée nécessaire et qui a été traitée par la méthode sclérogène combinée à l'arthrectomie répétée, M. Verneuil a fait remarquer que cette méthode conservatrice a donné des résultats bien meilleurs que toute espèce de résection intra-épiphysaire. L'enfant était en effet guéri dans une très bonne position.

Les membres du Congrès ont ensuite examiné plusieurs cas de luxation congénitale de la hanche traités par la méthode sclérogène. Ici, par des injections de chlorure de zinc, on a entouré la néo-cavité cotyloïde par des néoformations périostiques qui forment ainsi une nouvelle cavité limitant l'excès de mobilité de la tête fémorale. Les résultats sont des plus encourageants.

Le lundi matin, le Congrès a visité le marché aux bestiaux sous la conduite du directeur, M. Redon, et les abattoirs de la Villette sous la conduite du chef de service, M. Villain. Dans le premier, on a examiné plusieurs bovidés douteux au point de vue de la tuberculose, et trouvé dans le lot destiné à être vendu le jour même deux animaux atteints d'actinomycose, l'un de la langue, l'autre de la mâchoire. Des pièces provenant d'animaux abattus ont montré différents spécimens de cette maladie, encore rare heureusement en France.

La visite des abattoirs présentait un point particulièrement intéressant. M. le professeur Nocard avait trouvé à la ferme de l'École de Grignon une vache superbe, bien en graisse, qu'il pensait tuberculeuse, malgré sa belle apparence. Il lui injecta sous la peau 25 centimètres cubes de tuberculine, qui éleva la température de 2°5. M. Nocard affirma alors que la bête était tuberculeuse et la fit conduire aux abattoirs, où elle fut sacrifiée et ouverte sous les yeux du Congrès. A la grande surprise des assistants, on trouva dans les deux poumons d'énormes masses de tubercules ramollis, mais non ouverts dans les bronches; les ganglions du médiastin, la plèvre, le foie, etc., en contenaient également. L'importance du diagnostic par la tuberculine était donc pleinement démontrée.

Lundi après-midi, MM. Ch. Richet et Héricourt ont présenté, au Congrès, plusieurs chiens et singes chez lesquels ils ont fait leurs expériences, continuées pendant plusieurs années, sur l'atténuation du virus tuberculeux, la vaccination contre la tuberculose, et la différence d'action de la tuberculose humaine et aviaire chez ces deux espèces d'animaux, M. Richet, dans un remarquable discours, a résumé les nombreuses communications qu'il a faites à ce sujet à l'Académie des sciences et à la Société de biologie, et dont la *Gazette des hôpitaux*, a rendu compte en leur temps à ses lecteurs.

La dernière visite a eu lieu mardi matin 1er août à neuf heures au crématoire du cimetière du Père-Lachaise, pour assister à l'incinération des cadavres, sous la direction de M. le docteur A.-J. Martin. L'opération est trop connue pour avoir besoin d'être détaillée ici. En deux heures les cadavres étaient réduits en poussière, les os seuls persistaient fragiles s'effritant sous le doigt.

De là on s'est rendu au columbarium, où les cendres recueillies dans de petites auges semblables à des cercueils, en terre cuite, sont rangées le long du mur dans de petites cases closes par une plaque funéraire sur laquelle est inscrit le nom du mort. Ce mode d'inhumation est, paraît-il, le principal obstacle à la propagation de l'emploi du procédé.

Les parents n'aiment pas, nous a-t-on dit, qu'on différencie de la sorte leurs morts incinérés de ceux simplement enterrés. Ils aiment à pouvoir s'agenouiller sur une tombe et là y prier ou y rêver suivant leurs croyances religieuses. Le contact des nombreuses urnes très rapprochées les unes des autres empêche absolument la prière ou la pensée isolée d'aller vers l'un des morts qui reposent dans le columbarium.

Le mur de ce dernier ressemble, en effet, à un grand damier dont chaque case aurait environ 20 centimètres sur 20. Il faudra donc modifier à bref délai ce mode d'inhumation, si l'on ne veut pas que la crémation reste toujours à l'état d'exception.

Rien n'empêche d'ailleurs d'enfermer les restes des morts incinérés dans des tombes comme sont les autres morts.

En résumé, les idées qui ont prévalu dans le Congrès et au sujet desquelles le doute ne semble plus permis, sont les suivantes :

La contagion et l'hérédité ont une importance certaine, mais inégale, dans la propagation de la tuberculose, l'avantage restant à la contagion.

L'influence de l'hérédité peut se traduire de plusieurs manières : par la constatation de lésions tuberculeuses chez le nouveau-né

(hérédité directe); par celle d'un état général particulièrement apte à contracter la tuberculose (hérédité indirecte); par l'apparition de lésions tuberculeuses chez l'adulte, le plus souvent externes, sous l'influence d'une cause banale, indiquant que des germes tuberculeux existaient à l'état latent (microbisme latent).

Les intoxications : alcoolisme, syphilis, malaria, etc., les maladies infectieuses communes : rougeole, variole, scarlatine, coqueluche, grippe, etc., ont une influence évidente sur la prédisposition à contracter la tuberculose et sur le réveil des tuberculoses latentes.

L'ulcération des foyers tuberculeux ouvre la porte à d'autres microbes pathogènes qui surajoutent leur action à celle des premiers. C'est à ces associations microbiennes qu'est due principalement la suppuration des foyers tuberculeux, par suite, leur extension; l'invasion de diverses maladies infectieuses : fièvre typhoïde, hépato-entérite, etc.

En l'absence de vaccination et de tout traitement spécifique de la tuberculose, il faut de toute nécessité s'efforcer de prévenir son extension par divers moyens prophylactiques. La contagion pouvant s'effectuer par la poussière des crachats, du pus, peut-être des cadavres, des tuberculeux; par l'habitation dans des logements où ont vécu ou sont morts des tuberculeux; par l'usage du lait et de la viande des animaux; par l'inoculation directe, etc., il faudra éviter la dispersion des crachats, pratiquer la désinfection de ceux-ci, ainsi que des logements contaminés; séparer les individus exposés, en particulier les convalescents des maladies infectieuses, et, en général, tous les débilités, de ceux qui pourraient les infecter; stériliser les cadavres humains avant de les enterrer; assurer le service d'inspection des boucheries et des laiteries; détruire par le feu ou la chaux les cadavres des animaux ou stériliser leurs produits avant de les faire servir à l'alimentation; cautériser les plaies infectées, etc.

On pourra remédier à la tuberculose héréditaire en donnant aux enfants des nourrices saines et robustes, en les faisant élever à la campagne ou au bord de la mer, en évitant toute contagion nouvelle.

Le traitement le plus efficace de la tuberculose avérée, paraît être le séjour au grand air, sans fatigue, une alimentation abondante et choisie, peu de médicaments, du moins par le canal digestif, sous la direction continue d'un médecin.

En conséquence, il faut astreindre les tuberculeux au régime des sanatoria, en évitant le bord de la mer pour les hémoptysiques; surveiller avec un soin pieux leur estomac (suivant l'expression du professeur Peter) qui doit, avant tout, servir aux aliments, et réserver pour les médicaments la voie sous-cutanée ou la voie respiratoire (inhalations) :

La marche normale de la tuberculose montrant que, dans beaucoup de cas, il se produit un arrêt de la maladie, des trêves plus ou moins longues pouvant faire croire à une guérison durable, il faut, au moyen du traitement sus-énoncé, s'efforcer d'obtenir ces arrêts du mal, la production de trêves, et de prévenir le retour des récidives ou la dénonciation de ces trêves.

Pour la tuberculose humaine, les phénomènes stéthoscopiques et l'état général du malade ne suffisant pas toujours à indiquer exactement si la maladie est en état de trêve ou en imminence de récidive, il faudrait rechercher, par l'examen des humeurs, s'il existe en elles des modifications capables de renseigner le médecin à cet égard.

Pour les bovidés, l'injection de tuberculine, qui, dans aucun cas, ne doit plus être, du moins actuellement, appliquée chez l'homme, peut rendre de très grands services en décelant des lésions même minimes chez les animaux de la plus belle apparence; on doit alors séparer les malades des animaux sains, pour éviter la contagion, désinfecter les étables, soigner les animaux malades, qui peuvent encore servir à l'alimentation mais non à la reproduction.

Dans le traitement des tuberculoses locales, les injections d'éther iodoformé, de chlorure de zinc, le surchauffage, associés à l'ablation des parties nécrosées, sont les méthodes de choix, dont on variera les procédés suivant les cas.

Le prochain Congrès aura lieu, en 1896, sous la présidence de M. le professeur Nocard; M. Hérard sera vice-président; M. L.-H. Petit reste secrétaire général.

MM. Nocard et L.-H. Petit ont été délégués par le Congrès pour les représenter au prochain Congrès international des sciences médicales de Rome, qui devait avoir lieu en septembre, et dont la date est remise à une époque encore indéterminée.

UN CAS DE PURPURA RHUMATOIDE INFECTIEUX MORTEL

Par le docteur S. Szczypiorski (de Longwy).

Les arthropathies plus ou moins généralisées et les éruptions cutanées érythémateuses, polymorphes et souvent purpuriques, se rencontrent dans certains cas de façon à donner au processus infectieux, dont elles sont la manifestation extérieure, un aspect clinique assez particulier.

Qu'il s'agisse d'une infection en cas semblable, le fait est certain; quelle est la nature de cette infection, on l'ignore le plus souvent. Peut-être, dans le cas que nous allons rapporter, s'agissait-il d'une fièvre typhoïde à début anormal. Il est regrettable que l'autopsie n'ait pas pu trancher la question. Malgré cette grave lacune, l'observation ne nous paraît pas moins digne d'être publiée : c'est un exemple intéressant de cet ordre de faits que l'on a qualifiés de purpura infectieux rhumatoïde exanthématique (1), c'est-à-dire, en d'autres termes : infection indéterminée se traduisant à l'observation, en outre des phénomènes fébriles généraux, par des arthropathies rhumatoïdes et un exanthème hémorragique.

Observation. — R..., âgé de quarante-six ans, contremaître, d'un tempérament bilieux, ne compte, dans ses antécédents personnels, qu'une attaque d'influenza, en octobre 1891, accompagnée de broncho-pneumonie et d'un état muqueux.

La maladie actuelle débute le 14 janvier 1893 par du gonflement et des douleurs articulaires.

Le 17 janvier, on constate la phlegmasie des articulations tibio-tarsiennes, des genoux et des petites articulations des doigts. Apparition d'un érythème polymorphe : purpura discret à la partie antéro-externe des jambes, de la dimension d'une tête d'épingle à celui d'une petite lentille; papulo-macules noueuses aux doigts, aux mains et aux bras, douloureuses au toucher, de couleur vineuse, pâlissant à la pression et ressemblant par places à l'urticaire; rougeur prononcée des paupières. Mouvement fébrile, abattement, langue saburrale, constipation.

Rien au cœur.

Le 20 janvier, sous l'influence du salicylate de soude, les douleurs et le gonflement articulaires s'amendent; l'érythème pâlit et reste indolent à la pression; le cercle rouge autour des yeux disparaît. Toujours faiblesse et état saburral et fébrile.

Les jours suivants, même situation, sauf que le purpura aux jambes avait disparu; mais aux bras, les maculo-papules se sont transformées en papules rouges-vineuses *pétéchiales*, ne se décolorant pas à la pression et entourées d'une collerette épidermique desquamative. L'épiderme des mains desquame partiellement avec une certaine abondance au niveau des maculo-papules disparues.

Jusqu'alors, toujours constipation.

Le 3 février, recrudescence de la température, qui, du reste, n'était jamais arrivée au taux normal. Apparition du muguet buccal et pharyngé. Grande prostration. Diarrhée (pour la première fois). Les pétéchies persistent aux bras.

(1) *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. Purpura.

Le 6 février, le muguet disparaît sous l'action d'un collutoire alcalin; mais l'abattement s'accentue. Râles disséminés à la base droite (lieu de la broncho-pneumonie en 1891). Langue saburrale. Diarrhée.

Le 8 février, délire nocturne. Râles disséminés. Apparition des *taches rosées lenticulaires sur le ventre*. Température, 39 degrés.

Depuis délire diurne et nocturne, calme.

Le 10 février, matin, température 39°4; pouls petit, précipité, dépressible. Délire sans interruption. Râles de congestion pulmonaire.

Le 11 février, matin, température 38°8; pouls irrégulier. Respiration râleuse.

Mort à six heures du soir.

Ainsi, dans ce cas, la maladie a débuté franchement par des symptômes de rhumatisme articulaire aigu très intense, avec envahissement des petites articulations et apparition d'une éruption multiforme, présentant, suivant les régions, les caractères du purpura, de l'érythème noueux et de l'urticaire. Au bout de quelques jours, le rhumatisme s'éteint, mais il persiste un état général caractérisé par les phénomènes suivants : prostration, langue saburrale, constipation, anorexie, mouvement fébrile vespéral.

Le vingt et unième jour de la maladie, la fièvre s'élève avec une certaine intensité; le même jour, apparaissent le muguet, la congestion pulmonaire. Depuis, l'état typhoïde s'accentue de plus en plus; des taches rosées se dessinent bien nettement sur le ventre, la diarrhée jaune-ocre remplace la constipation opiniâtre, surviennent la stupeur et le délire.

Il est à noter que l'érythème pétéchial aux bras a persisté jusqu'à la mort.

Quelle étiquette mettre sous ce tableau ? Fièvre typhoïde à début articulaire, accompagnée d'un érythème polymorphe?

Était-ce réellement une fièvre typhoïde? La chose n'est pas impossible; mais il s'agirait alors d'une forme rare tout à fait anormale. Il faut dire qu'on a vu quelquefois des manifestations rhumatoïdes se montrer au début de la dothiénentérie et entraîner, pendant quelques jours, le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu. La série habituelle des accidents typhiques se substitue, au bout de quelque temps, au processus rhumatoïde.

L'association des manifestations exanthématiques, de l'érythème polymorphe ou du purpura, qui n'est le plus souvent qu'un cas particulier d'érythème polymorphe, n'a rien qui doive étonner. Ce sont des symptômes d'états infectieux divers qui peuvent évoluer isolément, mais qui se réunissent parfois pour donner naissance, comme nous l'avons dit, aux types cliniques que l'on a qualifiés de purpura infectieux rhumatoïde exanthématique.

Dans le cas présent, il n'est pas impossible qu'il se soit agi de l'infection dothiénentérique, ainsi que tendraient à le démontrer l'apparition des taches rosées lenticulaires et la succession d'une diarrhée jaune-ocre à la constipation du début.

Il est bien regrettable, à ce point de vue, que l'autopsie n'ait pu être faite et qu'on n'ait pas pu rechercher la présence, dans la rate surtout, du bacille d'Eberth. La constatation irréfutable d'une infection dothiénentérique n'aurait pas démontré, du reste, absolument que les manifestations cutanées et articulaires étaient de nature typhique; il pouvait y avoir, en effet, association microbienne.

Si notre observation ne tranche pas la question, elle la pose de nouveau. Une fois de plus, elle indique l'intérêt qu'il y aurait, en pareil cas, à déterminer nettement la nature de l'agent ou des agents de l'infection générale.

Disons, en terminant, que si l'idée a pu nous venir un instant d'un cas de typhus exanthématique, nous n'avons pas cru devoir nous y arrêter. Il eût été, en effet, tout à fait anormal, et d'un autre côté, il n'y avait eu aucune occasion appréciable de contagion.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

Liste, par ordre alphabétique, des candidats admis à subir la première partie des épreuves orales du concours d'admission à l'école du service de santé militaire de Lyon.

MM. Angué, Ardoin, Arnoul, Audouin, Ayroles, Baills, Baron, Bas, Batailler, Belgrand, Beranger, Bernard, Bertelé, Besse, Biérer, Blan, Bodin, Bonhomme, Boudriot, Bouissou, Boullier, Bourcier, Briais, Brisard, Brun (B.-J.-E.-C.), Brun (H.-F.-L.-G.), Cahen, Caillon, Calais, Caminade, Camus, Canceill, Canel, Canonne, Capgras, Capmas, Cassan, Cassé-Barthe, Ceccaldi, Cêtre, Chalmette, Chardin, Charpentier, Clerc, Coche, Conte, Costa, Coste, Coutin, Couvelaire, Dambrin, Damotte, Danis, David de Drézigué, Degris, Dehay, Dejouany, Delfour, Desbertrand, Devauchelle, Dickson, Dopter, Dru, Duboz, Duffau, Duméry, Dumont, Espérandieu, Fadeuilhe, Faideau, Feuillade, Feurtet, Finck, Fischer, Folly, Fougères, Fournier, Froment, Gabrielle, Gauthier (E.-M.), Gauthier (G.-J.-G.), George, Girma, Gojon, Grall, Grammont, Grysez, Guignot, Heusch, Hochwelker, Houdart, Jacquemin, Jeulain, Job, Julia, Kaler, Laferrère, Lambroschini, Langlois, Lasserre, Latron, Le Bihan, Le Fort, Le Roux, Magerand, Maître, Marais, Martin, Masson, Massoulard, Mazière, Mendy, Méreau, Montier, Navas, Nicollet, Nouveau, Parillard, Pascal, Pélegrin, Pélissié, Perichon, Pernot, Perrin, Petitjean, Philippe, Picon, Pinet, Poitevin de Fontguyon, Pons, Pradines, Prémont, Rabuson, Raymond, Remoussenard, Reniac, Renon, Révérend du Mesnil, Ribéraud, Robardet, Roger, Rouffiandis, Sacquépée, Scheffler, Séguinaud, Tartavez, Taste, Tessier, Théaulon, Thollon, Trille, Trutié de Vaucresson, Vandenbossche, Verhaeghe, Vignal, Vignes, Wagon.

Les candidats auront à se rendre, à la date fixée pour les épreuves orales, dans la ville qu'ils ont choisie au moment de leur inscription.

MINISTÈRE DE LA MARINE

Liste, par ordre alphabétique, des candidats à l'école principale de médecine navale de Bordeaux reconnus admissibles aux épreuves orales à la suite des examens écrits.

1° *Médecine.* — MM. Abadie-Bayro, Allard, Amans, André, Andrieux, Aquarone, Astier, Bertray, Bireaud, Bouet, Brouilliard, Brunet, Cadet, Caillet, Canceill, Chagnoleau, Charézieux, Chartres, Chauvin, Chaze, Couderc, Cras, Dardenne, Dupuy, Fargier, Féraud, Ferray, Ferris, Fraissinet, Gauducheau, Germain, Gibert, Guilliod, Guillon, Guyot, Isambard, Jeanbrau, Jouvenceau, Laffay, Lartigue, Le Cœur, Leconte, Le Corre, Le Dantec, Le Forestier, Lesmadec, Lenadam, Le Strat, Louarn, Lowitz, Maille, Marmey, Martin (G.), Mathis, Mayer, Michel (A.), Michel (Y.), Mul, Paucot, Pichez, Pichou, Porte, Prouvost, Quesseveur, Rapin, Regnault, Régnier, Renault, Roubaud, Roux, Sacaze-Badie, Sauzeau de Puyberneau.

2° *Pharmacie.* — MM. Escoffre, Serph, Vénassier.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

366. M. Vialet. Les centres cérébraux de la vision. — 367. M. Decès. Essai sur la périnéorraphie. — 368. M. Delaunay. Des opérations conservatrices de l'ovaire. Ignipuncture. Résection partielle. — 369. M. Daude-Lagrave. Contribution à l'étude du traitement chirurgical du strabisme. — 370. M. Castets. De quelques causes de la mort inattendue du fœtus pendant le travail. — 371. M. Sallé. Contribution à l'étude des déchirures du vagin se produisant pendant le travail de l'accouchement. — 372. M. Junot. Déformations consécutives aux fractures de Dupuytren vicieusement consolidées (en particulier le valgus); traitement par l'ostéotomie. — 373. M. Richard. Indications du traitement des fractures de la clavicule par la suture osseuse. — 374. M. Audigier. Étude sur le tannate de mercure dans le traitement de la syphilis. — 375. M. Gestat. Considérations sur une forme de stomatite pseudo-membraneuse survenant dans le cours de la scarlatine. — 376. M. Marois. De l'emploi en thérapeutique des solutions salines, dites sérums artificiels; en particulier des injections sous-cutanées de sérum artificiel, dans le traitement des diarrhées et de l'athrepsie infantiles. — 377. M. Virey. Étude clinique sur quelques formes nerveuses de la grippe. — 378. M. Carlotti. Étude sur la contagion de la pneumonie fibrineuse aiguë. — 379. M. Charpentier. De l'uréthrite blennorragique aiguë au point de vue bactériologique. — 380. M. Terriou. Considérations sur l'étiologie du goître.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'ouverture du concours de l'internat en médecine, qui avait été fixée au jeudi 12 octobre, à midi, est reculée au samedi 28 octobre, à la même heure.

En conséquence, la clôture du registre d'inscription des candidats est prorogée jusqu'au lundi 13 octobre.

Un avis ultérieur indiquera également le lieu où les candidats devront se réunir pour subir la première épreuve.

— M. le docteur Gabriel Maurange (de Paris) est chargé d'une mission scientifique, en Allemagne, à l'effet d'y étudier les progrès de la chirurgie et de poursuivre des recherches sur les tuberculoses chirurgicales.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Nº 96. — JEUDI 24 AOUT 1893. 66e ANNÉE. JEUDI 24 AOUT 1893. — Nº 96.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie, voulant honorer la mémoire de M. Charcot et s'associer au deuil qui frappe le corps médical, si brusquement privé d'un de ses représentants les plus illustres, a, sur la proposition de M. Larrey, levé la séance en signe de deuil, hommage que l'Académie réserve habituellement à la mémoire de ses anciens présidents.

REVUE CRITIQUE DE MÉDECINE MENTALE

La paralysie générale juvénile.

Par M. le docteur Édouard TOULOUSE,
Médecin-adjoint de l'asile Saint-Yon.

La paralysie générale est une maladie de l'adulte arrivé à sa pleine maturité. C'est, en effet, entre trente et quarante-cinq ans qu'elle fait le plus de ravages. Rare après cinquante ans, peu commune avant trente ans, elle est tout à fait exceptionnelle avant l'âge de vingt ans. Cependant, quelques observations publiées prouvent que la jeunesse n'est pas à l'abri de la méningo-encéphalite diffuse. Soit qu'elle devienne de mieux en mieux connue, soit que, réellement, elle tende à sortir des limites que les premiers observateurs lui avaient assignées, la paralysie générale paraît élargir sans cesse son champ d'opération. Il n'y a pas très longtemps qu'elle était considérée comme épargnant la femme; et, aujourd'hui, chacun sait que le sexe n'est qu'une digue bien peu résistante à son envahissement. Il y a encore moins longtemps qu'on supposait qu'elle respectait l'adolescence. Mais c'est là une illusion, qu'ont détruite, dans ces derniers temps, des observations irrécusables.

Un des premiers auteurs, sinon le premier, qui ait publié la relation circonstanciée d'un cas de paralysie générale très précoce (seize ans) est Clouston (1); qui publia deux autres cas analogues dans son traité sur les névroses de développement (1). Mais déjà d'autres médecins, Turnbull (2), Wiglesworth (3), en Angleterre, M. Régis (4), MM. Rey et Manière (5), M. Vrain (6), M. Ballet (7) et MM. Charcot et Dutil (8) citaient des faits du même genre. Enfin, tout récemment, Wiglesworth (9) apportait cinq nouvelles observations, dont deux très détaillées, ce qui porte à environ une quinzaine, les cas publiés de paralysie générale survenue avant l'âge de vingt ans. Certes le nombre est restreint; encore faudrait-il le diminuer en rejetant certains documents d'une authenticité douteuse ou trop sommairement rapportés. Mais ces observations, bien que rares, ont un air de famille, et l'on s'est demandé si cette forme de paralysie générale très précoce ne méritait pas une description spéciale. On a groupé tous ces faits sous une appellation commune. Les uns ont ajouté à la paralysie générale l'épithète de précoce, les autres de prématurée. Wiglesworth a décrit les faits qui nous intéressent sous le titre de paralysie générale de la puberté, ce qui laisse supposer que ces cas surviennent toujours au moment de la crise sexuelle de l'adolescent et sont en corrélation étiologique étroite avec elle, ce qui, bien que probable, n'est pas encore démontré, du moins pour toutes les observations. Enfin, Charcot (10) a, dans une leçon très claire sur ce sujet, donné une formule qui ne préjuge en rien la pathogénie des faits et qui, par cela même, est préférable. Il a décrit ces cas sous le terme générique de *paralysie générale juvénile :* c'est la dénomination qui me paraît la meilleure, parce qu'elle est la plus réservée. C'est d'elle que je me servirai au cours de mon article qui repose sur les seize cas publiés, dont cha-

(1) CLOUSTON. A case of gener. paral. at the age of sixteen, *Journ. of ment. Sc.*, oct. 1877, p. 419.

(1) CLOUSTON. *The neuroses of development*, 1891, p. 74 et suiv.
(2) TURNBULL. Notes of a case of gener. paral. at the age of twelwe, *Journ. of ment. Sc.*, oct. 1881, p. 391.
(3) WIGLESWORTH. Case of gener. paral. in a young woman, commenc. at the age fifteen, *Journ. of ment. Sc.*, juillet 1883, p. 241.
(4) RÉGIS. Note sur la paralysie générale prématurée, *l'Encéphale*, 1883, p. 433. — Un cas de paralysie générale à l'âge de dix-sept ans, *l'Encéphale*, 1885, p. 578.
(5) REY et MANIÈRE. Paralysie générale héréditaire, *Ann. méd.-psychol.*, 1883.
(6) VRAIN. *Contribution à l'étude de la paralysie générale précoce*, Th. de Paris 1887, Obs. 1, p. 32.
(7) BALLET. Cité par Charcot et Dutil. — Je n'ai pu lire cette observation; peut-être aussi n'a-t-elle pas été publiée?
(8) CHARCOT et DUTIL. Sur un cas de paralysie générale progressive à début très précoce, *Arch. de neurol.*, mars 1892, nº 68, p. 145.
(9) WIGLESWORTH. General paral. about the period of puberty, *Journ. of ment. Sc.*, juillet 1893, p. 355.
(10) CHARCOT. Paralysie générale juvénile, *Mercredi méd.*, 1892, nº 6.

cun, bien que pas toujours complet, fournira quelque élément à la description que je vais tenter de cette forme morbide particulière.

I

Étiologie. — *Fréquence.* — La paralysie générale est exceptionnelle au-dessous de vingt ans. Étant donné la rareté des documents, on ne peut, par des chiffres, établir sa fréquence relativement à celle observée chez l'adulte. On voit, d'ailleurs, d'après les statistiques publiées, que les cas vont en diminuant à mesure qu'on se rapproche des termes extrêmes de la vie, et, notamment, de l'adolescence. Bayle écrivait (1) au commencement du siècle qu'il n'en avait pas rencontré avant l'âge de vingt-cinq ans. M. Calmeil (2) disait aussi qu'elle ne survenait pas avant vingt-deux ans. M. Régis (3) déclarait, en 1883, n'avoir observé, sur 317 paralytiques généraux, que 2 seulement de vingt-cinq ans et au-dessous. Cette maladie est donc très rare chez l'adolescent.

Si l'on compare maintenant le nombre des jeunes paralytiques à celui des autres jeunes aliénés, on voit une différence considérable au profit de ces derniers. Ainsi, sur 1706 admissions (non compris les troubles congénitaux du cerveau) à l'asile royal d'Edimbourg (4), 230 étaient âgés de quatorze à vingt-cinq ans, c'est-à-dire formaient le 13,4 p. 100 de toutes les entrées. Sur ce nombre de 230, les malades de quinze à vingt ans, bien que moins nombreux que ceux de vingt à vingt-cinq ans, comptaient pour un tiers, et ceux-là pour les deux autres tiers. Si donc la paralysie générale juvénile est rare relativement à celle de l'adulte, elle est aussi tout aussi rare proportionnellement aux autres folies de l'adolescence, qui, on le voit, s'observent encore assez fréquemment.

Age de début. — Les plus jeunes paralytiques observés étaient âgés de onze à douze ans environ (Turnbull, Wiglesworth). Le plus âgé des paralytiques juvéniles avait dix-neuf ans. Cette limite supérieure est, d'ailleurs, tout à fait arbitraire. J'ai choisi cet âge parce qu'il est le terme ultime de la période de la puberté. L'âge moyen serait, d'après Wiglesworth, de quatorze ans. D'après mon relevé statistique, portant sur 12 cas utilisables, il atteindrait quinze ans; en outre, il semblerait s'élever jusqu'à seize ans et demi pour les garçons et s'abaisser jusqu'à quatorze ans pour les filles. Ce fait, s'il était contrôlé, serait en rapport avec la différence dans le moment d'apparition de la puberté, plus précoce chez la femme que chez l'homme.

Sexe. — Wiglesworth avait cru remarquer que la paralysie générale était, contrairement à ce qui se passe chez les adultes, plus fréquente chez les filles que chez les garçons, dans la proportion de 5 à 8. Ma statistique plus étendue donne des chiffres absolument différents. Je trouve, en effet, sur 12 cas, 4 filles et 8 garçons, ce qui est encore quelque peu différent de ce qui a lieu dans un âge plus avancé, où les paralytiques généraux hommes seraient deux fois et demi [d'après M. Garnier (5) et la statistique d'ensemble faite sur tous les services des aliénés de France, en 1874 (1)], quatre fois [Mickle (2)] et même sept fois [Schüle (3)] plus nombreux que les femmes.

Milieu social. — On a dit que la paralysie générale frappait, par ordre de préférence, les hommes appartenant à la haute classe, puis ceux des classes inférieures, les femmes de basse condition et enfin celles appartenant à un milieu plus élevé. Les prédispositions différentes — si toutefois celles-ci existent réellement — seraient attribuables au surmenage intellectuel des hommes des classes libérales et au surmenage physique et aux excès de divers genres des femmes vivant dans les milieux populaires. Il serait intéressant de savoir, pour contrôler ces faits, de quelle condition sociale sont les enfants atteints de paralysie générale. Or, la plupart de ceux dont l'histoire est connue étaient issus de familles d'ouvriers. Quelques-uns avaient été plus ou moins abandonnés par leurs parents et avaient eu à souffrir du manque de soins matériels et même de la privation d'aliments. Le surmenage intellectuel ne peut être invoqué pour aucun, bien que certains aient été à l'école des élèves studieux et appliqués. On n'a pas noté l'évolution de la paralysie générale chez des jeunes gens se préparant à des concours ou des examens difficiles. Mais il faut remarquer que les sujets de cette catégorie auraient peu de chances de tomber sous l'observation d'un médecin d'asile, à cause de l'évolution, en général paisible, de la démence paralytique chez l'adolescent, qui permet aux familles quelque peu aisées de conserver leurs malades à la maison.

Hérédité. — Toutes les tares héréditaires ont été signalées dans l'étiologie de la paralysie générale; et Mickle (4) accorde en bloc à l'hérédité le tiers des cas. Mais c'est surtout l'hérédité de nature congestive [Doutrebente (5)], qui paraîtrait avoir une action étiologique importante sur la production de cette maladie. Les paralytiques compteraient ainsi, parmi leurs ascendants, plus d'hémiplégiques, d'aphasiques et autres organiques, que de vésaniques. Chez les paralytiques juvéniles, cette hérédité congestive a été notée, mais pas plus fréquemment que d'autres tares biologiques. J'ai d'ailleurs pu relever les antécédents familiaux dans 14 cas, où ils étaient consignés, et j'ai établi le tableau suivant :

Syphilis	*des parents.*	4 cas, dont 1 douteux.
Alcoolisme.	*Id.*	4 —
Paralysie générale . .	*Id.*	2 —
Vésanie	*Id.*	2 —
Alcoolisme et vésanie.	*Id.*	1 —
Alc. et accid. congest.	*Id.*	1 —
Total. . . .		14 cas.

On voit, tout d'abord, que les tares héréditaires sont parfois associées. Ainsi, l'alcoolisme est uni aux accidents vésaniques et aux accidents congestifs. Il faut encore noter que tous les cas circonstanciés entrent dans cette statistique étiologique, ce qui ferait une proportion de 100

(1) Christian et Ritti. *Dict. encycl. des sc. méd.*, t. XXI, p. 13, art. Paralysie générale.
(2) Calmeil. *De la paralysie chez les aliénés.*
(3) Régis. Ouvr. cité, l'*Encéphale*, 1883, p. 444.
(4) Clouston. *Dict. of Psychol. Med.*, p. 362, art. Development.
(5) Garnier. *La folie à Paris*, p. 25.

(1) Christian et Ritti. Ouvr. cité, p. 12.
(2) Mickle. *Dict. of Psychol. Med.*, art. General Paralys., p. 534.
(3) Schule. *Traité clinique des maladies mentales*, trad. franç., p. 359.
(4) Mickle. Ouvr. cité, p. 534.
(5) Doutrebente. *Recherches sur la paralysie générale progressive*, Th. de Paris, 1870.

pour 100. La paralysie générale juvénile apparaîtrait donc sur un terrain essentiellement héréditaire, puisque toujours on a trouvé, dans les antécédents familiaux, des tares diverses. Quelquefois ces tares sont multiples et appartiennent à la même famille pathologique : l'hérédité est alors renforcée dans le même sens. Ainsi, le premier malade observé par M. Régis comptait dans sa famille une bisaïeule maternelle morte aliénée, un grand-oncle décédé à l'asile de Cadillac, probablement paralytique général, un oncle qui s'était suicidé, vers l'âge de cinquante ans et sans cause connue, enfin un autre oncle qui eut à un moment de son existence un accès de folie (?).

Si l'on veut maintenant faire la part numérique de chaque facteur étiologique dans les 14 cas cités plus haut, on peut grouper autrement les tares héréditaires, en les comptant autant de fois qu'on les a rencontrées, soit chez des malades différents, soit chez le même malade. On trouve alors que :

L'alcoolisme des parents a été constaté 6 fois, dont 1 cas douteux.

La syphilis, 4 fois.

Les accidents vésaniques, 3 fois.

Les maladies congestives, 1 fois.

La paralysie générale, 2 fois.

L'alcoolisme tient donc la corde dans les antécédents héréditaires. Ce n'est point là un fait qui puisse nous surprendre. L'intoxication alcoolique chronique est une des causes probables (1) de la paralysie générale, bien que son mode d'action soit encore obscur. Pouvant créer de toutes pièces cette maladie, ainsi que cela résulte de l'observation clinique et peut-être même de l'expérimentation — puisque MM. Combemale et Mairet (2) disent avoir provoqué la paralysie générale chez le chien par l'intoxication alcoolique chronique de cet animal — il est naturel que l'éthylisme des ascendants puisse provoquer chez leurs rejetons une tendance morbide à la lésion cérébrale, qu'elle est apte à réaliser directement.

Après l'alcoolisme, vient la syphilis comme facteur héréditaire ; c'est dire que nous sommes réellement dans l'étiologie de la paralysie générale, que se disputent ces deux agents morbides, l'alcool et la vérole. Des quatre cités, trois (Clouston et M. Ballet) sont certains, un est douteux (Wiglesworth). Les trois premiers avaient des signes de syphilis héréditaire et leurs parents des stigmates certains ; le troisième était issu d'une femme qui avait eu 13 grossesses, sur lesquelles on comptait 2 fausses couches à cinq mois, 2 enfants mort-nés et 6 autres morts avant l'âge de sept ans. Comme le dit l'auteur, c'est là une histoire assez suggestive de syphilis ; mais ce n'est là qu'une impression. Ce cas douteux pourrait être augmenté de trois autres cas, plus probables encore, d'après Wiglesworth. Ils seraient dus à Shuttleworth (3) qui les aurait considérés d'abord comme des faits d'idiotie, de cause hérédo-syphilitique, et qui, ensuite, aurait écrit à Wiglesworth (4), que ces petits malades pourraient bien être des paralytiques généraux. En laissant de côté ces cas suspects, il paraît probable que la syphilis héréditaire a une influence sur la production de la démence paralytique juvénile.

Les autres tares héréditaires notées sont des accidents congestifs et la paralysie générale elle-même, dont la valeur étiologique n'a pas besoin d'être expliquée. Deux fois le père mourut paralytique général comme son fils (cas de Turnbull et de Rey et Manière).

En résumé, les jeunes paralytiques généraux sont ordinairement des individus sur lesquels pèse une hérédité chargée, où l'alcoolisme et la syphilis paraissent tenir les premières places.

Autres facteurs étiologiques.— La *syphilis acquise* a été encore incriminée par M. Régis qui a publié un cas où une nourrice avait probablement contaminé l'enfant qu'elle allaitait. Mais ce diagnostic rétrospectif ne semble pas indiscutable et M. Régis lui-même ne l'affirme pas.

Les *traumatismes céphaliques* ont aussi été signalés. Mais dans les cas publiés (Wiglesworth), où il s'agit de chutes sur la tête, il est difficile de dire si l'accident a provoqué la maladie ou plutôt s'il n'était pas lui-même un des premiers symptômes de la démence paralytique qui se manifeste souvent par du vertige et la perte de l'équilibre. J'ai déjà signalé plus haut les *mauvais traitements* subis par l'enfant et la *privation d'aliments*, comme causes prédisposantes indiquées.

Pathogénie. — Peut-on expliquer l'apparition si précoce d'une maladie qui, ordinairement, demande un cerveau adulte pour évoluer ? C'est là une question difficile et que l'on ne tranchera probablement que lorsqu'on aura préalablement trouvé la raison pour laquelle la démence paralytique est l'apanage de l'adulte. Or ce fait est encore mystérieux. Ce n'est point que des explications n'aient pas été proposées. Ainsi M. Luys (1) part de ce principe que les éléments de la névroglie se multiplient à partir de la jeunesse confirmée. Ce travail de prolifération et de durcissement du tissu interstitiel va en s'étendant davantage en même temps que l'individu passe à l'âge adulte et atteint la vieillesse et constituerait ainsi « une sorte d'état préparatoire physiologique qui peut incidemment devenir un processus pathologique sous le coup d'une surexcitation nutritive incidente ». Or, on ne voit pas très bien pourquoi cette prédisposition anatomique n'appartiendrait pas aussi à la vieillesse, puisque, de l'avis de l'auteur, « à mesure que les progrès de l'âge s'accusent, le travail de durcissement et de prolifération du tissu interstitiel se prononce davantage, si bien que, vers l'époque de soixante ans, les méninges forment une coiffe qui, dans certaines circonstances, peut presque tout d'une pièce être enlevée ».

D'autres auteurs, notamment Schüle (2), font simplement remarquer que le moment d'élection pour la paralysie générale est précisément celui de la plus grande activité cérébrale. Pour Schüle, en outre, la démence paralytique est une involution cérébrale, le « senium precox » d'un encéphale anormalement constitué ou surmené. Dans certains cas, les lésions anatomiques « ne différeraient pas essentiellement des processus involutifs du cerveau sénile ». La

(1) Voir ma Revue générale sur les rapports de l'alcoolisme et de la paralysie générale, *Gaz. des hôpit.*, 26 juillet 1892.

(2) Combemale et Mairet. Nouveaux documents fournis par l'expérimentation à l'appui de la valeur de l'alcoolisme comme cause de paralysie générale, Communic. faite au Congr. des aliénistes, Lyon 1891.

(3) Shuttleworth. Idiocy and imbecil. due to inherited syphilis, *Amer. Journ. of Insan.*, janv. 1888.

(4) Wiglesworth. Ouvr. cité, p. 356.

(1) Luys. *Traité clinique et pratique des maladies mentales*, 1881, p. 548 et suiv.

(2) Schule. Ouvr. cité, p. 357.

paralysie générale serait une démence précoce, la mort prématurée d'un cerveau encore jeune. Tout cela n'explique pas d'ailleurs pourquoi la paralysie générale ne surviendrait pas à un âge plus avancé et pourquoi elle apparaît si rarement avant la maturité.

Cependant on peut concevoir, il me semble, comment la puberté — car on a vu que la démence paralytique juvénile apparaît généralement au moment de cette crise sexuelle — serait, en quelque sorte, une seconde époque d'élection pour la méningo-encéphalite diffuse. Cette période de la vie est, en effet, un peu comme la vieillesse, un moment biologique favorable aux démences, c'est-à-dire à ces involutions cérébrales dont parle Schüle. Il n'est pas rare de rencontrer des adolescents qui, soudainement ou après un accès vésanique, maniaque ou mélancolique, tombent dans un état de démence incurable, qu'il ne faut pas confondre avec la démence aiguë à forme de confusion mentale qui peut guérir. Il semble qu'à ce moment le cerveau, prêt d'atteindre son plein développement, faut à son évolution par faiblesse le plus souvent congénitale, ce dernier effort étant trop épuisant pour un organe invalide.

La paralysie générale juvénile, considérée comme une rétrogradation des éléments nerveux de l'encéphale, serait donc un défaut de l'évolution biologique, vice qu'actionneraient les autres causes énumérées ci-dessus et auxquelles il faudrait peut-être ajouter les troubles de la nutrition apportés par les modifications profondes que la puberté imprime à l'organisme.

II

Symptomatologie. — Bien que le nombre d'observations publiées soit fort peu considérable, on a voulu voir quelques différences symptomatiques entre la paralysie générale juvénile et celle de l'adulte. Examinons séparément chaque groupe de symptômes.

Symptômes physiques. — On sait que les signes cardinaux de la paralysie générale sont, dans le domaine physique :

1° Une faiblesse et une incoordination musculaire qui se traduisent par des tremblements des mains, de la langue et des lèvres, un embarras particulier de la parole, une démarche hésitante et titubante et, plus tard, par l'incapacité de marcher et des contractures fréquentes;

2° Des attaques apoplectiformes et épileptiformes, laissant parfois, après elles, des paralysies ordinairement éphémères;

3° Des troubles du côté de la vision (signe d'Argyl Robertson, inégalité pupillaire).

Ce sont là les symptômes physiques les plus importants et les plus nécessaires au diagnostic de l'affection. Or tous ces symptômes ont été signalés chez l'adolescent. Mais ils se caractérisent par leur intensité et la brusquerie de leur apparition — phénomènes qui sont beaucoup plus rares chez l'adulte. M. Vrain, dont l'excellente thèse est très instructive à cet égard, avait remarqué que plus les malades étaient jeunes, plus les phénomènes physiques étaient marqués. Le même fait a été signalé par les autres auteurs et notamment par MM. Charcot et Dutil et Wiglesworth. C'est là un caractère qui paraît être particulier à la paralysie générale juvénile et qu'il est bon de retenir.

Les jeunes malades sont donc tout de suite — et la brusquerie du début est aussi un signe à noter — frappés de déchéance physique. Ils titubent, comme l'adolescent de M. Charcot, avec cette démarche caractéristique du matelot. Les douleurs de tête sont intenses, les attaques convulsives ou comateuses fréquentes, laissant des parésies plus ou moins durables ; des contractures tenaces et des paralysies ont été quelquefois signalées (Wiglesworth).

Une grande émaciation amaigrit en peu de temps, et d'une façon considérable, ces corps d'adolescents qui ressemblent rapidement à des enfants, témoin cette malade de Wiglesworth qui, avant sa mort, étant alors âgée de dix-neuf ans, en paraissait environ neuf à dix. Cette régression des systèmes osseux et musculaire est encore caractéristique, car elle ne se montre pas avec cette intensité chez l'adulte. Mais outre cette émaciation extrême, les jeunes paralytiques présentent encore un symptôme spécial, l'arrêt du développement sexuel. Les sexes restent indécis, si les signes de la puberté se sont déjà manifestés, et ne se différencient pas, si cette transformation n'a pas encore commencé. Chez la jeune fille, les mamelles demeurent à l'état rudimentaire et la menstruation n'apparaît pas ou se supprime; chez le garçon, la barbe ne pousse pas. Cet arrêt de la sexualité physique est d'ailleurs un phénomène presque constant dans toutes les maladies mentales de l'adolescence; et c'est même un signe de guérison, dans les formes vésaniques, que l'apparition ou le développement d'une virilité ou d'une féminité qui s'affirme nettement.

Symptômes psychiques. — Deux groupes de phénomènes psychiques dominent la symptomatologie de la paralysie générale : ce sont l'affaiblissement intellectuel d'une part et des troubles vésaniques (état maniaque, délire mélancolique ou idées incohérentes de grandeur) diversement associés. Cela se passe ainsi chez l'adulte, chez l'homme surtout, où il est assez rare de rencontrer des paralytiques ne présentant pas, au cours de leur maladie, une phase d'excitation maniaque, un délire hypocondriaque ou des conceptions ambitieuses extravagantes.

Or, chez l'adolescent, l'affaiblissement intellectuel est, en général, le seul trouble psychique qui se manifeste. Les délires n'existent pour ainsi dire pas dans la forme juvénile de la méningo-encéphalite diffuse. Les jeunes paralytiques sont frappés de démence; leur mémoire est perdue; ils sont incapables de continuer le métier qu'ils apprenaient ou qu'ils exerçaient. A l'asile, ils dénotent, par leur réponse, une inconscience profonde de leur situation et de ce qui se passe autour d'eux. Ils parlent peu en général et restent dans cet état d'abrutissement jusqu'à leur mort. Exceptionnellement, on a noté des idées de grandeur (Clouston) et de l'excitation maniaque.

En cela, les juvéniles se rapprochent des femmes qui, lorsqu'elles deviennent paralytiques, manifestent rarement le délire si riche, bien qu'absolument incohérent, des hommes. On sait, d'ailleurs, que les états vésaniques sont assez peu fréquents chez les adolescents, même non paralytiques. Quand ils sont malades, ils présentent ordinairement de l'excitation maniaque, quelquefois des idées mélancoliques. Il semble qu'ils n'ont pas encore dans leur cerveau les matériaux nécessaires à la construction d'un délire quelque peu pittoresque. Les adolescents présentent donc, en général, de la démence paralytique simple.

Évolution. — La marche de la paralysie générale juvénile serait progressive, sans arrêt, comme on en voit quelquefois chez l'adulte (Vrain).

L'explication de ce fait est probablement que les symptômes physiques étant très graves, des rémissions ont peu de chance de survenir dans de jeunes organismes, tout de suite profondément débilités. Il est curieux de rapporter aussi que la marche de la méningo-encéphalite diffuse chez les adolescents semble être, d'après certains auteurs (Wiglesworth), plus lente que chez l'adulte. Ainsi ce médecin donne comme moyenne quatre ans et demi. Ma statistique indique une moyenne analogue. Sur 13 observations offrant quelques détails sur ce point, dans 4 les malades vivaient encore au moment où on a relaté leur histoire. Des 9 autres, 3 ont vécu deux ans, 1 trois ans, 1 cinq ans, 2 six ans, 1 sept ans et 1 huit ans. Il est difficile de tirer de ces quelques chiffres une conclusion tant soit peu solide. D'autant qu'il faudrait, en outre, comparer la moyenne obtenue de celle que les auteurs accordent à la durée de la paralysie générale de l'adulte; et ces derniers ont donné des chiffres assez différents entre eux. Ainsi cette durée a été fixée à un an (Calmeil), un an et demi (Bayle), deux ans (Parchappe), trois ans (Aug. Voisin, Krafft-Ebing), de trois à quatre ans (Marcé), de trois à cinq ans [Christian et Ritti (1)].

III

Anatomie pathologique. — Sur 15 cas, 10 ont été suivis d'autopsie et celle-ci donna la confirmation du diagnostic. Les lésions relevées ne différaient pas de celles que l'on rencontre d'ordinaire chez l'adulte et consistaient en épaississement des méninges et leur adhérence au cerveau, la dilatation des ventricules, etc. Dans les 2 cas (Ballet, Clouston), où il s'agissait d'hérédo-syphilis, on a trouvé aussi les lésions banales de la méningo-encéphalite diffuse. Mais un phénomène qui a frappé les observateurs c'est l'extrême atrophie du cerveau. On sait que cette dernière est la règle dans la paralysie générale; mais, chez l'adolescent, il semble que l'atrophie de l'encéphale, comme de toutes les parties [du corps, soit encore plus considérable que chez l'adulte. La moyenne du poids du cerveau serait de 950 grammes environ pour 5 adolescents de seize à vingt ans, morts de paralysie générale juvénile. Or, d'après Clapham (2), le poids du cerveau de l'homme et de la femme au-dessous de vingt ans sont respectivement de 1313,4 et 1179 grammes, moyenne notoirement supérieure à celle obtenue chez les adolescents paralytiques. Toutefois les documents ne sont pas encore assez nombreux pour tirer de ces chiffres une déduction.

IV

Diagnostic. — On ne doit pas songer à formuler sur cette question encore à l'étude des règles diagnostiques importantes. Cependant, il est bon d'attirer l'attention sur les symptômes qui peuvent indiquer, au début, l'évolution de la paralysie générale juvénile et sur les symptômes qui, plus tard, sont caractéristiques de cette affection. Souvent les jeunes malades ont été des enfants assez intelligents, appliqués, studieux, quand on s'aperçoit qu'ils deviennent paresseux, qu'ils oublient ce qu'on leur commande de faire, qu'ils sont indifférents à ce qu'on leur dit. Leur tristesse, leur air assoupi et endormi, caractères qui frappent d'autant plus qu'ils apparaissent à un âge en général bruyant et gai, peuvent faire soupçonner l'affection qui est en train de se développer. Parfois des maux de tête tenaces, des vertiges et même des chutes ont éveillé l'attention de l'entourage. Dans ces cas, on pourrait attribuer à l'épilepsie, surtout lorsqu'il y a des crises convulsives, la cause des symptômes observés. Mais ce dernier syndrome est ordinairement symptomatique de quelque lésion localisée de l'encéphale, qui se manifeste alors par d'autres signes localisés, par des troubles du mouvement permanent, par exemple, ou paraît ne ressortir à aucune lésion (épilepsie dite essentielle). Mais dans tous ces cas, l'état d'abrutissement qui suit parfois les accès n'est pas continu et progressif comme dans la paralysie générale.

Enfin, la maladie est déclarée. L'adolescent est frappé de démence. Il ne parle presque pas, faisant des réponses niaises, et ne paraît pas se rendre compte de ce qu'on lui veut, ni où il est. Il gâte d'une façon d'abord intermittente puis continue.

On ne peut songer alors qu'à deux choses, à l'idiotie ou à la démence. L'idée de la première affection est éliminée *a priori* puisqu'elle est congénitale ou frappe les enfants avant tout développement intellectuel. De quelle démence peut-il bien s'agir? La démence post-vésanique n'est pas en cause, puisque les malades n'ont pas eu, en général, d'accès délirant antérieur. La véritable affection sera décelée par les signes caractéristiques de la paralysie générale, l'embarras particulier de la parole, les troubles pupillaires, le tremblement des muscles de la face et des mains, la titubation. Il n'y a guère qu'une maladie qui pourrait donner le change, c'est la démence non paralytique qui survient quelquefois brusquement au moment de la puberté chez certains héréditaires. Mais dans ces cas, il semble, d'après les quelques observations publiées, que l'état physique est moins grave, et que la démence est aussi moins complète que dans la paralysie générale. Enfin, parfois les jeunes malades pourraient être atteints de stupidité curable, rappelant plus ou moins la démence. Mais, outre que cette forme mentale est souvent précédée ou traversée de quelque épisode délirant, l'aspect psychique du malade n'est pas tout à fait le même. Il n'y a là que le masque de la démence, qui, soulevé, laisse apercevoir des facultés intellectuelles très troublées, très affaiblies, mais où sommeillent quelques états de conscience, voisins du rêve, et indicateurs de processus psychiques qui ne sont pas complètement annihilés.

V

Traitement. — Le traitement syphilitique a été dirigé contre les paralysies générales juvéniles, où la vérole héréditaire était suspecte.

Il n'est pas besoin de dire qu'il a échoué chez l'adolescent comme chez l'adulte paralytique et syphilitique. Cela ne prouve d'ailleurs pas que la vérole ne soit pas en cause. Lorsque celle-ci met en branle certaines maladies nerveuses, le tabes, la paralysie générale, il semble que ces dernières évoluent pour leur propre compte, sans n'avoir plus rien de spécifique dans leur évolution.

Le traitement, en dehors des soins hygiéniques que l'on accorde à tous les paralytiques généraux et de quelques médications inoffensives, telles que la révulsion, les purgatifs légers, etc., le traitement ne peut guère être que pro-

(1) Christian et Ritti. Ouvr. cité, t. XX, p. 763. — Tous les chiffres donnés plus haut sont rapportés d'après cet ouvrage.

(2) Clapham. *Dict. of Psychol. Med.*, art. Weight of Brain.

phylactique. Les enfants d'êtres tarés, d'alcooliques et de syphilitiques surtout, seront mis à l'abri autant que possible de toutes les causes de fatigue physique et morale. Le surmenage, sous quelque forme qu'il s'exerce, doit leur être interdit. Mais c'est là une précaution qui s'exerce à l'aveugle; car les enfants, qui se trouvent de par leur hérédité susceptibles de devenir paralytiques, sont très nombreux; et, cependant, bien peu d'entre eux sont frappés. Toutefois on peut dire que ces soins, s'ils risquent d'être superflus dans leur jeunesse, seront certainement des mesures prophylactiques très sages pour leur maturité, encore plus fortement menacée.

En résumé, la paralysie générale existe chez l'adolescent; les cas publiés, bien que peu nombreux, le prouvent d'une façon irrécusable. La puberté ne paraît pas étrangère à son développement; elle est probablement l'occasion de cette régression cérébrale qui survient chez quelques enfants fortement prédisposés par une lourde hérédité, chargée surtout d'alcool et de vérole, ces deux grands facteurs de la méningo-encéphalite de l'adulte. Cette maladie n'évolue-t-elle pas dans l'adolescence comme dans la maturité? Il est peut-être téméraire de décrire une symptomatologie différente, qui peut-être, lorsque les observations seront plus nombreuses, ne représentera plus, dans tous ses détails, l'aspect clinique. Toutefois, il semble naturel que l'état physique et mental de l'adolescence impose son cachet particulier à la paralysie générale. Et, en effet, en examinant de près les cas publiés, on retrouve certains traits qui sont certainement dus à l'âge du malade et dont deux doivent surtout être mis en lumière : d'abord, la prédominance des désordres physiques plus marqués dans un organisme incomplètement développé, et qui arrêtent l'essor sexuel; en second lieu, l'affaiblissement intellectuel simple des jeunes malades, qui, là comme ailleurs, manifestent leurs tendances assez naturelles à la démence et leur manque de disposition à construire des conceptions délirantes quelque peu variées.

Dire davantage serait s'exposer à affirmer ce qui sera peut-être détruit par de prochaines enquêtes. Cette prudence ne saurait pourtant interdire des généralisations provisoires — comme cette étude — car il est bon de mettre en ordre les faits, à mesure qu'ils se produisent. Cette revue n'a pas d'autres prétentions.

LE DOCTEUR BLANCHE

La France vient de faire le même jour deux pertes bien cruelles : le docteur Blanche et le docteur Charcot sont morts le 15 août 1893. C'est intentionnellement que nous parlons ici de la France et que nous ne disons pas la science française, car lorsque deux hommes de cette valeur sont arrivés à ce degré de célébrité, que leur nom attire chaque année, dans leur pays d'origine, un grand nombre d'étrangers venant les interroger et les consulter, on peut dire sans exagération qu'ils étaient, ces deux hommes, des éléments de richesse pour leur patrie. Le docteur Blanche, en France, en Europe, en Amérique, était absolument consacré, vénéré et ce nom était devenu indispensable dans toutes les consultations pour les malades atteints d'aliénation mentale.

M. le docteur Blanche (Antoine-Émile) était né à Paris le 1er octobre 1820; il naissait dans cette maison de santé si réputée de Montmartre, fondée par son digne père le docteur Esprit-Sylvestre Blanche qui a laissé tant d'amitiés dans le monde littéraire de l'époque. Sa mère était la collaboratrice du docteur Esprit Blanche; leur bienveillance et leur charité ont été chantées en vers remarquables par un poète bien connu, Antony Deschamps.

Le docteur Antoine-Émile Blanche ne tarda pas à s'unir à ses parents pour prodiguer ses soins aux malades de la Maison de santé; en même temps il poursuivait des études médicales des plus sérieuses : il fut reçu interne des hôpitaux, en 1845, et docteur en médecine, en 1848. La mort de son père lui laissa bientôt la direction de la Maison de santé qui, devenue de jour en jour plus importante, avait été de Montmartre transportée à Passy où elle existe encore, dans cette magnifique propriété qu'avaient habitée avant la révolution le duc de Lauzun, la princesse de Lamballe, etc.

C'est auprès des aliénés, auprès de ces malades, que le docteur Blanche aimait si profondément, qu'il fallait le voir pour juger la noblesse et la délicatesse de son cœur et la grandeur de sa science. Que de fois avons-nous entendu dire aux premiers médecins de notre époque, toute leur admiration quand il venait de faire devant eux l'interrogatoire d'un aliéné! Personne n'avait plus de tact, plus d'habileté pour inspirer confiance au pauvre malade, pour obtenir de lui les confidences utiles, et ensuite pour lui adresser des consolations et lui donner le courage de supporter ses souffrances. Pas un malade ne pouvait résister à ce regard bienveillamment scrutateur, à la douceur de sa parole et aux mots véritablement charitables qu'il savait toujours trouver.

Cette extrême bienveillance est d'ailleurs la caractéristique du docteur Blanche. Qui peut dire s'être adressé à lui sans avoir obtenu son appui, son aide, son secours? Sa bienfaisance était connue; que de malheureux ont été soutenus par lui, aussi sa fortune se trouve-t-elle aujourd'hui bien diminuée. Il laisse derrière lui des regrets sincères; cette bienfaisance s'exerçait sans bruit, sans publicité, avec une modestie sans égale. M. le professeur Guyon a parlé, dans son dernier adieu au docteur Blanche, de tout le bien que ce dernier avait fait dans l'Association des médecins de la Seine, et il a terminé son discours en disant : « C'était un grand homme de bien. »

M. le docteur Marmottan, maire et député du XVIe arrondissement de Paris, M. Davrillé des Essarts, conseiller municipal et président de la Société de secours mutuels du quartier, ont tenu également à donner un suprême hommage au célèbre défunt, au nom des pauvres.

La philanthropie du docteur Blanche était loin d'être sa seule qualité; son grand savoir scientifique est aussi incontestable. Nous nous souvenons de l'impression profonde que fit sur le professeur Lasègue et sur toute l'Académie de médecine la lecture du travail du docteur Blanche *sur les homicides commis par les aliénés*, 1878, travail qui lui ouvrit les portes de l'Académie. Plus tard, il traita avec toute sa sagacité, sa lucidité et son talent de premier ordre, des questions importantes *sur la mélancolie*, *sur le traitement moral de la folie*, *sur l'aliénation mentale comme cause de divorce*, *sur la réforme de la loi des aliénés*, etc.

Dans la question du divorce, il fut appelé devant les commissions du Sénat et de la Chambre et il fit triompher, avec l'aide des docteurs Charcot, Motet et Magnan, l'idée qu'on ne devait pas considérer comme une cause de divorce l'aliénation mentale. Il montra toute la cruauté qu'il y aurait à ne pas considérer l'aliénation comme une maladie ordinaire; il cita des faits dus à sa longue expérience et, dans cette circonstance, il fit triompher la cause de l'humanité.

Quand l'Académie de médecine fut consultée par le gouvernement sur les réformes à apporter à la loi du 30 juin 1838, ce fut lui, le médecin aliéniste, que l'Académie chargea du rapport, car on savait que nul plus que lui n'était soucieux de la liberté individuelle et ce rapport fut approuvé à l'unanimité par la savante assemblée.

La place qu'a occupée le docteur Blanche pendant plus de trente années auprès des tribunaux a été des plus considérables; pendant tout ce laps de temps, pas une affaire importante ne fut

jugée sans lui avoir été confiée et sans qu'il ne l'ait élucidée avec une supériorité incontestable. Il laisse un nombre considérable de rapports médico-légaux qu'il n'a pas eu le temps de publier, mais qui, nous l'espérons, ne seront pas perdus pour la science.

Le docteur Blanche avait été nommé chevalier de la Légion d'honneur dès 1854 ; en 1870, il fut fait officier. Ce ne sont pas les témoignages d'affection et d'estime qui lui ont manqué, car s'il consacrait la plus grande partie de son temps aux pauvres, il avait su s'attirer l'amitié d'illustres personnages et il tenait une grande et belle place dans la haute société de son pays et de l'étranger. C'est en somme une vie de labeur, de dévouement à l'humanité. Le docteur Blanche a voulu consacrer aux malades de la maison de santé de Passy ses dernières forces et il a lutté jusqu'au bout ; ce n'est que contraint et battu par la maladie qu'il s'est vu obligé de se reposer, et après douze jours de lit, il s'est éteint sans souffrances, avec le calme d'une belle âme et avec la conviction profonde qu'il n'avait fait que le bien toute sa vie. Ses collaborateurs, ses élèves, ses amis, ses protégés le pleurent et resteront inconsolables de sa mort.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

381. M. Piffault. De l'angiokératome. — 382. M. Gravies. De la conduite à tenir dans la présentation de la face. — 383. M. Sauvez. Des meilleurs moyens d'anesthésie à employer en art dentaire. — 384. M. Krouchkole. De la résection temporaire du crâne. — 385. M. Benoit. Tuberculose locale chronique de la région iléo-cæcale. — 386. M. Bellot. Étude clinique sur les dangers de la suralimentation chez les enfants. — 387. M. Delaroche. Traitement de la blennorragie par les lavages au siphon. — 388. M. Darquier. De certaines paralysies récidivantes de la troisième paire. (Migraine ophtalmoplégique de Charcot.) — 389. M. Yvinec. Contribution à l'étude du traitement du bubon. — 390. M. E. Fournier. Formation des annexes embryonnaires et du placenta. — 391. M. Rocas. De la mort rapide et subite dans les fractures du rachis. — 392. M. Spotharos. De l'élytrotomie. — 393. M. Leriche. Contribution à l'étude des oreillons. De la dacryo-adénite ourlienne. — 394. M. Bartoli. Des végétations adénoïdes du pharynx nasal. — 395. M. Tourette. Contribution à l'étude de l'arthrotomie. Arthrotomie transosseuse. — 396. M. Renault. De l'arthrodèse tibio-tarsienne dans les pieds-bots paralytiques.

— M. le docteur Ricard, agrégé, est chargé du cours de pathologie chirurgicale, pendant l'année scolaire 1893-1894, en remplacement de M. le professeur Lannelongue, en congé.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 97. — SAMEDI 26 AOUT 1893. 66e ANNÉE. SAMEDI 26 AOUT 1893. — N° 97.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Cure radicale de la hernie ombilicale chez l'adulte.

Par le docteur Henri BRODIER,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,

I

HISTORIQUE

Depuis 1875, jusqu'à l'époque actuelle, tous les chirurgiens tendent à traiter la plaie résultant de la cure des hernies ombilicales *comme une plaie de laparotomie*.

En 1875, M. le professeur Le Dentu le premier, dans une discussion à la Société de chirurgie (séance du 21 avril), insiste sur la *nécessité de la suture de l'anneau ombilical* après kélotomie pour hernie ombilicale étranglée. Le but de cette suture était d'éviter la chute des matières septiques dans la cavité péritonéale (1).

Cette communication de la cavité péritonéale avec l'air extérieur paraît constituer alors un des grands dangers compromettant le succès opératoire, aussi voyons-nous dans la séance du 12 mai, de la même année, à la Société de chirurgie, M. Le Dentu donner lecture d'une lettre de Rufz de Lavison sur le débridement sous-cutané dans la hernie ombilicale étranglée.

Cependant Boinet, après avoir cité un cas de kélotomie pour hernie ombilicale faite par Sanson, suivi de mort, deux cas d'opérations faites par lui, en 1871, rapporte une nouvelle observation d'une femme présentant des lésions ovariennes en même temps qu'elle était affligée d'une hernie ombilicale. Il pratiqua l'ovariotomie, fit l'incision complète de l'anneau ombilical; le succès opératoire fut aussi satisfaisant que possible, il en conclut que ce n'est pas la plaie péritonéale qui détermine les accidents de l'opération.

(1) *Bull. de la Soc. de chir.*, 1875, p. 350 : « La principale cause de mortalité après la kélotomie, c'est la suppuration du sac et la diffusion du pus dans le péritoine... Il s'ensuit que la suture est d'une grande importance puisqu'elle peut prévenir l'épanchement des liquides dans l'abdomen. » (Le Dentu.)

C'est en 1875, également, que l'idée *de la suture en masse de la paroi abdominale* fut émise, pour la première fois, par M. le docteur Just Championnière dans son *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* à propos de la kélotomie. Nous reproduirons ici ses propres paroles en raison de leur importance. « Il y a lieu d'appliquer, après cette opération, une suture analogue à celle que l'on préconise pour toutes les plaies de l'abdomen et surtout pour l'ovariotomie. Je comprends dans une première suture les tissus profonds au niveau du point débridé, puis je fais une suture superficielle au-devant du sac; on a ainsi l'avantage de fermer hermétiquement l'abdomen. J'indique ce procédé non pas seulement à cause des succès qu'il m'a donnés, mais parce qu'il s'agit de traiter les *plaies des hernies comme les plaies de l'abdomen.* »

En 1876, paraît un travail de M. Affre(1) combattant la kélotomie sans ouverture du sac, dont l'idée, attribuée à tort à Lucke et à Jordan, revient à Cooper.

En 1877, M. le docteur Nicaise communique, à la Société de chirurgie, une observation de hernie ombilicale étranglée, pour laquelle il pratiqua la suture de l'anneau ombilical après avoir fait la kélotomie.

La même année, en Angleterre, Lister fait aussi la suture de l'anneau dans le cas de hernie ombilicale.

M. Tillaux recommande de traiter la plaie résultant de la cure radicale *comme une plaie de laparotomie* et préconise la *suture en masse des parois* et une suture superficielle, si c'est nécessaire.

Kœberlé pratique, dans les cas de hernie ombilicale, une *suture en masse des tissus fibreux de la paroi*, sans faire une suture spéciale du péritoine, dont les bords, dit-il, s'affrontent tout naturellement (2).

En 1879, nouvelle observation de M. Nicaise où la suture de l'anneau est faite avec succès. Cette année (3), Tilanus (d'Amsterdam) conseille, dans la cure radicale des hernies ombilicales, l'extirpation du sac, suivie *de la suture profonde de la paroi abdominale*.

En 1880, paraît la thèse de Loupie qui, rappelant les succès opératoires de MM. Perrin, Hutin, Guérin, Nicaise, conclut à la kélotomie avec ouverture du sac, *suivie de sutures profondes et superficielles*, comme la seule opération

(1) AFFRE. *Du débridement de l'anneau sans découvrir le sac*, Th. de Paris, 1876.
(2) KŒBERLÉ. *Gaz. de Strasbourg*, 1877.
(3) TILANUS. Congr. d'Amsterdam, 1879.

permettant de lutter contre une des causes d'insuccès, à savoir « cette particularité spéciale à la région ombilicale consistant en un sac infundibuliforme aboutissant à une ouverture fibreuse, large, béante et déversant dans l'abdomen les liquides sécrétés à sa surface ».

Dans la séance du 3 janvier 1881, M. Terrier émet à la Société de chirurgie quelques considérations cliniques sur la hernie ombilicale étranglée, basées sur trois observations personnelles; il recommande la kélotomie hâtive et la *suture de l'anneau*, suture que l'on doit faire également dans la *hernie non étranglée*.

A la suite de cette communication s'élève une discussion à laquelle prennent part MM. les docteurs Polaillon, Verneuil, Trélat, Desprès, Duplay.

M. le docteur Polaillon est du même avis que M. le docteur Terrier. M. le professeur Verneuil se déclare partisan de l'opération pour les petites hernies ombilicales, non pour les grosses; Trélat distinguait, au point de vue de l'intervention chirurgicale, trois variétés de hernies :

1° Les hernies récentes présentant les symptômes ordinaires de l'étranglement, pour lesquelles on doit faire une kélotomie hâtive;

2° Les hernies volumineuses anciennes, non réductibles, où l'inflammation se joint à l'étranglement; dans celles-là il faut s'abstenir;

3° Les hernies anciennes irréductibles dans lesquelles s'étrangle une anse d'intestin et qu'il faut opérer.

M. Desprès pense que l'inflammation joue un grand rôle dans les phénomènes d'étranglement des hernies de l'ombilic; aussi recommande-t-il les moyens médicaux mis en usage en pareil cas; il est partisan de l'opération à ciel ouvert pour les petites hernies.

Il résulte de toute cette discussion que :

1° Pour les petites hernies ombilicales tous préconisent la kélotomie avec ouverture du sac.

2° Pour les grosses hernies,

Sont pour l'opération : MM. Terrier et Polaillon;

Sont pour le traitement médical : MM. Verneuil et Desprès.

Trélat fait la kélotomie s'il survient des phénomènes d'étranglement.

En 1881, paraît la thèse de Mestral préconisant le procédé de Socin (1).

En 1883, M. le docteur Segond s'exprime de la sorte : « Dans la hernie ombilicale, la *suture de l'orifice* devient une indication aussi positive, aussi nécessaire que dans le cas de kélotomie pour hernie étranglée de cette région. » Il fait une suture au catgut à points séparés. Quant à l'avivement de l'anneau, il faut le faire si on a pu séparer le collet du sac de l'anneau; si cette dissection n'a pu se faire, il ne faut pas aviver (2).

Le 26 octobre 1883, Lawson Tait, à Birmingham (3), donnait lecture d'un travail sur la cure radicale de l'exomphale par la *section abdominale*. A la suite de cette lecture, Bennett May prend la parole pour approuver la méthode de Lawson Tait pour la cure des hernies ombilicales seulement. Barling est également partisan de l'opération de Tait.

En 1886, paraissent des observations de M. le docteur Nicaise et de M. le docteur Terrier *de cure radicale de hernie ombilicale* suivie de la *suture en masse des parois*. « Le mot de cure radicale est surtout exact pour les hernies ombilicales, dit M. le docteur Nicaise, car, dans cette région, on peut faire une *large incision*, *réséquer l'anneau fibreux* et *suturer les plans aponévrotiques comme après une laparotomie*. »

En juillet 1886, E. M. Vard, en Angleterre, publiait une note sur la cure des hernies et particulièrement de la hernie ombilicale, par le procédé de Tait, qui rend l'opération simple, aisée, précise et sûre (1).

En août 1887, à l'Association médicale britannique (2), Mitchell Banks (de Liverpool) publie des observations personnelles où il se sert du sac, pour obturer l'orifice ombilical.

En 1888, à la suite d'une étude sur la cure radicale des hernies, M. le docteur Berger conseille de faire une *suture profonde au fil d'argent* et de comprendre *toute l'épaisseur de la paroi abdominale*, comme celle qu'on emploie *dans l'ovariotomie*, suture à laquelle on ajoute plusieurs points superficiels intermédiaires au crin de Florence (3).

En 1888, paraît la thèse de M. le docteur Barrier, inspirée par M. le docteur Routier, sur la cure radicale de la hernie ombilicale (4).

C'est dans le courant de cette année, que Sänger publia, dans le *Centralblatt*, la méthode nouvelle de L. Tait qui est une modification de la première en ce qui concerne l'avivement de l'anneau ombilical.

En 1890, M. le docteur Duplouy (de Rochefort), après avoir présenté à l'Académie de médecine (5) deux observations de cure de hernie ombilicale étranglée, faite par la suture de l'anneau avivé, conclut ainsi : « Il faut compléter la kélotomie par la recherche de la cure radicale en *fermant hermétiquement le ventre, comme on le fait après toute laparotomie*. »

En 1890, paraît dans le *Centralblatt fur Gynækologie* (6) le travail de Sänger (de Leipzig) sur la *Cure radicale de la hernie ombilicale* non *étranglée*. L'assistant de Sänger, le docteur Lehmann, a relevé dans la littérature médicale, depuis 1789 jusqu'en 1890, 27 cas d'intervention pour hernie ombilicale non étranglée, il y eut une mort seulement.

Ces 27 cas se répartissent de la sorte :

Czerny	2 cas.
Schède-Baum.	2 —
Socin.	2 —
Billroth.	1 —
Burkhardt.	1 —
Maas.	1 —
Hahn.	1 —
Bergmann.	3 —
Meinert.	1 —
Lauenstein	1 —
Küster	1 —
Reverdin	1 —
Terrier	3 —
Veirt-Mitchell et Banks, Barker .	3 —

(1) Mestral (de Bâle). *De l'opération radicale de la hernie ombilicale*, Lausanne 1881.
(2) P. Segond. *Cure radicale des hernies*, 1883.
(3) L. Tait. « Radical cure of Exomph. », Birmingham and Midland counties branch pathological and clinical section, 1883.

(1) Ward. *Brit. Med. Journ.*, juillet 1886.
(2) LVe session tenue à Dublin du 2 au 5 août 1887 (section de chirurgie).
(3) Berger. *Revue de Hayem*, 1888.
(4) Barrier. *De la cure radicale des hernies ombilicales*, Th. de Paris, 1888.
(5) Duplouy. Acad. de méd., séance du 24 juin 1890.
(6) Sanger. *Centralbl. f. Gyn.*, 1890, p. 470.

Sänger ajoute à cette liste 3 observations personnelles, il rappelle les travaux de Hoffa (1) [clinique de Maas], de Lauenstein (2), cite le traité de König où il est dit que L. Tait, depuis quelques années déjà, faisait la cure radicale des hernies ombilicales et adombilicales chez l'adulte, rapporte le cas de Burkhardt, où la libération du contenu du sac herniaire ne demanda pas moins de quatre heures.

Il s'étonne que Chrobak ne parle pas de la cure des hernies ombilicales, lui qui faisait la cure radicale des éventrations consécutives aux laparotomies par la résection du sac et de la peau, suivie de la suture du péritoine, de la suture des muscles droits et de leurs gaines aponévrotiques respectives (3).

Sans doute, dit Sänger, le nombre des récidives après la cure chirurgicale n'est pas négligeable, puisque sur les 27 cas cités, il y en eut 7 (1 fois la récidive survint après dix-huit mois), mais pour quelques-unes d'entre elles doivent être incriminés le défaut de méthode et l'absence de soins consécutifs; pour les autres, il reste l'*insuffisance des procédés employés jusqu'alors, même les meilleurs*. Aussi recommande-t-il un procédé dont l'idée revient à L. Tait et qu'il a appliqué trois fois avec succès.

En juillet 1891, au Congrès annuel de l'Association médicale britannique (section de chirurgie), tenu à Bournemouth, s'élève une grande discussion au sujet du traitement de la hernie par la section abdominale médiane. Lawson Tait fait une longue communication à laquelle prennent part les docteurs Keetley (de Londres), Jordan Lloyd (de Birmingham), Barling, J. Greig Smith (de Bristol), Bennett May, W. Maunsell, Collaghan (de Carlow), Stanley Boyd, H. Manley (de Harlem), John Ward Cousins (de Portsmouth) qui se rallièrent en majorité à la pratique de L. Tait.

Dans l'exposition de sa méthode (4), L. Tait soumet à la critique des chirurgiens les principes suivants :

I. Toutes nos méthodes actuelles pour le débridement des hernies étranglées qui ne sont pas justiciables du taxis (et il y en a beaucoup) sont radicalement défectueuses.

II. Toutes nos méthodes actuelles, pour tenter la cure radicale des hernies réductibles, sont insuffisantes ou trop compliquées.

III. Toutes les hernies de toute sorte et de toute variété, sauf chez les enfants, sont justiciables d'une *cure radicale simple et facile*.

IV. Dans le cas de hernie étranglée, après avoir levé l'étranglement, il faut toujours faire la cure radicale.

L. Tait insiste sur la nécessité d'ouvrir le sac herniaire.

Si nous voulons, dit-il, que nos opérations de hernie soient vraiment curatives, trois conditions sont nécessaires :

1° L'étranglement doit être supprimé *sans aucun agrandissement de l'orifice tendineux* à travers lequel la hernie s'est produite.

2° Il faut simplifier le plus possible la méthode opératoire.

3° Les lèvres de l'incision péritonéale ne doivent pas seules être suturées, il faut encore faire la *réunion des tissus fibreux* pour que l'occlusion abdominale soit effective.

(1) Hoffa. *Munch. Med. Wochens.*, 1887.
(2) Lauenstein. *Stamb. Festschrift*, 1889.
(3) *Internation. Clin. Rundschau*, 1887.
(4) L. Tait. *Brit. Med. Journ.*, 1891, t. II, p. 685.

En 1892 paraissent :

Le travail de M. Condamin dans les *Archives provinciales de chirurgie* (1);

La thèse de M. Casteret (2) et celle de M. Gaston (3) sur l'omphalectomie suivie de la suture à étages;

La thèse de M. Bacri (4) qui est un simple exposé de la méthode de M. Just Championnière.

Enfin, tout récemment, ont été publiées deux nouvelles observations de M. Condamin (5).

De cet historique, il ressort clairement qu'il faut non seulement faire la cure radicale de la hernie ombilicale étranglée, mais tenter la cure radicale de la hernie ombilicale non étranglée chez l'adulte.

Différents moyens ont été proposés qui peuvent être classés en deux groupes :

Le premier groupe constitue la *méthode sclérogène* employée par les médecins;

Le deuxième groupe, le seul important, comprend les procédés chirurgicaux employés actuellement, *méthode chirurgicale*.

C'est avec intention que nous ne parlons pas des bandages qui, chez l'adulte, loin de constituer un mode de traitement curatif, sont le plus souvent inutiles et dangereux.

II

CURE MÉDICALE DE LA HERNIE OMBILICALE CHEZ L'ADULTE

La méthode des injections péri-herniaires est due à M. le docteur Luton [de Reims (1875)]. Le but de cette méthode était de déterminer une irritation modérée dans les tissus avoisinant le sac herniaire; cette irritation devait entraîner une néoformation fibreuse avec rétraction graduelle des couches celluleuses lâches que traverse la hernie de façon à supprimer les *couches de glissement* qui facilitent la locomotion du péritoine, à déterminer un travail de rétraction et de condensation artificiel. C'était donc une *méthode sclérogène*.

Différentes substances ont été employées dans le but de déterminer cette sclérose cicatricielle, cette rétraction des tissus péri-herniaires, d'où divers procédés.

I. Procédé de Luton. — *Injections d'eau salée.* — Pour les hernies ombilicales, Luton injectait de l'eau salée dans les tissus, aux quatre points cardinaux de la tumeur herniaire; deux hernies ombilicales furent, paraît-il, guéries par ce procédé.

II. Procédé de C. Schwalbe. — *Injections d'alcool.* — Schwalbe employait l'alcool sous forme de solution alcoolique à 20, 50, 70 p. 100 injectée tous les jours, avec de temps en temps quelques interruptions dans le traitement. Pour les hernies ombilicales, la durée moyenne du traitement était de deux à trois mois. Ce procédé fut employé à Stockholm, jusqu'en 1883. Sur 10 cas de hernies tant abdo-

(1) Condamin. De l'omphalectomie et de la suture à trois étages dans la cure radicale des hernies ombilicales, *Arch. prov. de chir.*, sept. 1892.
(2) Casteret. *De la cure radicale des hernies ombilicales de l'adulte, et en particulier de l'omphalectomie avec sutures à étages*. 1892.
(3) Th. Gaston (25 nov. 1892). Elle expose le procédé de M. Larabrie (de Nantes).
(4) Bacri. *Cure radicale de la hernie ombilicale*, Th. 26 déc. 1891.
(5) Condamin. *Omphalectomie totale et hernies ombilicales*, 1893.

minales qu'inguinales, Schwalbe, en 1888, prétendait avoir obtenu 6 succès (1).

Ce procédé est le seul qui ait encore une légère survie. Pendant ces trois dernières années, Edward Steffen (2) [de Zurich] a traité 306 cas de hernies réductibles par des injections d'alcool, suivant le procédé de Schwalbe ; il a publié les résultats obtenus dans le *Correspondenzblatt für Schweiner Aertze*. Le nombre des injections faites a varié, pour chaque cas, de 6 à 168 ; le traitement ayant comporté 168 injections a duré deux ans et demi. Une hernie, de volume moyen, chez l'adulte, réclame de 80 à 100 grammes d'alcool. Edward Steffen employait de l'alcool à 70 degrés, à la dose de 1 à 4 grammes, y substituant parfois de l'extrait de l'écorce de chêne. Tout dernièrement, il a trouvé plus avantageux d'ajouter à l'alcool 1/200 d'acide phosphorique. Le traitement le plus long a duré quatre ans, le plus court un an.

Parmi les 306 cas de hernies publiés, on relève 19 hernies ombilicales, dont 17 guérisons, 2 résultats inconnus et pas de récidive ; on relève également 4 hernies de la ligne blanche, il y eut 3 guérisons et 1 amélioration.

Steffen termine en concluant que, plus le malade est jeune et la hernie récente, et plus le résultat dû au traitement par les injections d'alcool est favorable.

III. Procédé de Heaton et Warren. — *Une seule injection sous-cutanée.* — Tandis que, dans les procédés ci-dessus, il faut un *nombre très considérable* d'injections, dans le procédé actuel, une seule injection suffit, aussi la substance employée est-elle beaucoup plus active que l'eau salée ou l'alcool. Heaton et Warren employaient l'*extrait sirupeux d'écorce de chêne*, mélangé à de petites quantités d'alcool et d'éther et additionné d'un peu de morphine pour rendre l'injection moins douloureuse (3).

Les injections péri-herniaires ont surtout été employées chez de jeunes sujets atteints de hernies de l'ombilic ; mais chez l'adulte, elles n'ont donné presque aucun résultat.

Nous pouvons dire de ce procédé ce que M. le docteur Berger en disait déjà en 1888 : « Son efficacité est restreinte à des cas simples, pour lesquels *tous les procédés* et *même les bandages* sont presque *également applicables* (4). » Et en effet, c'est surtout chez les enfants que ce procédé a paru donner quelques succès.

Le procédé des injections péri-herniaires chez l'adulte *doit être complètement abandonné*, malgré les quelques résultats qu'il semble avoir donnés récemment entre les mains de Steffen.

III

CURE CHIRURGICALE DE LA HERNIE OMBILICALE CHEZ L'ADULTE

I. Premier procédé de Lawson Tait. — Le premier procédé employé par L. Tait a été lu par lui à la séance de la Société clinique et pathologique tenue à Birmingham le 26 octobre 1883 (5). Cette courte note sur la cure radicale de la hernie ombilicale fut ensuite publiée dans le *British Medical Journal* deux mois après (1).

Après avoir combattu le procédé de J. Wood, L. Tait expose le sien, qu'il a primitivement imaginé pour la cure des hernies ombilicales étranglées. Il n'a jamais fait d'opération *extra-péritonéale ;* le procédé qui consiste à ouvrir largement le sac herniaire est de beaucoup le plus sûr.

Dans 11 cas, il a ouvert le sac, détruit les adhérences, enlevé l'épiploon hernié et irréductible, *avivé les bords* de l'anneau et suturé *ces bords* : 11 succès ont suivi ces 11 opérations.

Voici les différents points du procédé de Tait :

1° Ouverture large du sac de la hernie ;
2° Réduction de l'intestin hernié ;
3° Ligature et résection de l'épiploon ;
4° Avivement des bords de l'anneau ;
5° Suture des bords de l'anneau par un surjet à la soie.

Préoccupé de la bonne suture des tissus fibreux, Lawson Tait perfectionna sa méthode et afin que les tissus fibreux puissent mieux s'unir, il chercha à les aviver sur la plus grande étendue possible ; de là lui vint l'idée du *dédoublement des tissus aponévrotiques* qui forment le pourtour de l'anneau, dédoublement qui fut ensuite hautement préconisé par Sänger.

II. Deuxième procédé de L. Tait ou procédé Tait-Sanger. — Sänger publia (2) un écrit de Lawson Tait sur la cure des hernies de l'ombilic et appliqua les règles fondamentales de la méthode de Tait dans trois opérations pour hernies ombilicales. En 1890, il décrivait sa technique opératoire dans le *Centralblatt für Gynækologie* (3).

Le procédé Tait-Sänger consiste dans le *dédoublement de l'anneau ombilical* et, d'une façon plus générale, de l'*anneau herniaire.* On pratique un clivage chirurgical de l'anneau fibreux, clivage qui le divise en deux plans :

1° Un plan *fibro-péritonéal ;*
2° Un plan *fibro-cutané.*

Ces deux plans sont ensuite réunis respectivement l'un à l'autre par une suture à la soie. Sänger ne veut pas employer de fils résorbables.

Résection de l'ombilic cutané jusqu'au niveau de la peau normale, suture à la soie pour la plaie cutanée.

Repos au lit prolongé.

Cette méthode offre trois avantages principaux :

a. L'avivement présente une surface de 1 centimètre environ pour chaque lambeau ;

b. La suture du plan fibro-péritonéal détermine dans la cavité péritonéale la production d'une crête médiane de la paroi qui divise l'effort des viscères abdominaux contre la paroi en deux courants latéraux, par rapport à l'ombilic.

c. Les insertions musculaires au pourtour de l'anneau et les insertions ligamenteuses qui se font à sa face profonde sont conservées.

III. Méthode de Just Championnière. — M. J. Championnière applique, pour les hernies ombilicales, les

(1) Schwalbe. Die radicale Heilung der Unterleisbrüche, *Berlin. klin. Wochens.*, 8 sept. 1884.
(2) E. Steffen. Herniæ reducible, the treatment of by the injection of alcool, *The Lancet*, 19 mars 1892, p. 656-657.
(3) Warren. *A practica treatise on hernia*, London 1882.
(4) Berger. Cure radicale des hernies, *Rev. des sc. méd.*, 1888.
(5) L. Tait. Loc. cit.

(1) L. Tait. On the radical cure of Exomphalos, *Brit. Med. Journ.*, déc. 1883.
(2) Sanger. *Centralbl. f. Gyn.*, 1888, p. 768.
(3) Sanger. Zur Radikaloperation grosser nicht ein geklemmter Nabelbrüche (Vortr. in der Sitzung der Gesellschaft für Gebortshille zu Leipsig, oct. 1889), *Centralbl. f. Gyn.*, 1890, n° 27, p. 743.

règles générales qu'il a posées pour la cure radicale des hernies. Pour le cas particulier de la hernie ombilicale, voici comment il procède (1) :

1° *Incision des téguments*. — L'incision *courbe* est préférable, elle doit être étendue ; en général, toute incision qui permet de découvrir largement le pédicule de la hernie, c'est-à-dire l'orifice ombilical, est bonne.

2° *Ouverture du sac*. — Cette ouverture est faite avec beaucoup de précaution, en raison des adhérences possibles et fréquentes de l'intestin à la paroi.

3° *Résection de l'épiploon*. — Quand l'épiploon est adhérent, M. J. Championnière emploie l'artifice suivant, qui est de *fendre largement* l'orifice ombilical pour arriver sur l'épiploon intra-abdominal libre, que l'on attire au dehors ; on détache ainsi l'épiploon de la partie libre vers la partie adhérente. L'épiploon disséqué, les autres temps de l'opération sont les suivants :

a. *Étaler* l'épiploon sur des compresses antiseptiques ;

b. *Séparer* l'épiploon en segments distincts et placer à l'aide d'une aiguille mousse à chas mobile autant de fils doubles de catgut qu'il y a d'ouvertures, ramener deux à deux les chefs libres de chacun des fils, s'assurer que ceux de chaque groupe sont entrecroisés entre eux et n'ont aucune connexion avec ceux du groupe voisin.

c. *Faire une ligature en chaîne*. — Les fils seront toujours placés par groupes, deux à deux et toujours repris avec soin l'un dans l'autre, comme les maillons d'une chaîne. Ces anneaux se maintiennent deux à deux, font corps avec les tissus, de façon à éviter les chances d'échappement.

4° *Dissection du sac*. — M. J. Championnière condamne le décollement du sac fait avec les doigts comme défectueux et ne permettant qu'une dissection très incomplète. Il faut :

a. Disséquer toujours de *bas en haut*, en attirant énergiquement le sac en bas, pendant qu'on poursuit la dissection vers le collet de la hernie ;

b. Réduire le sac à sa *partie la plus mince* et, pour le séparer des connexions périphériques, employer exclusivement l'instrument tranchant, le bistouri ou plutôt « de petits ciseaux mousses ».

c. Tout en disséquant avec les ciseaux, faire *subir des tractions légères* comme au sac de la hernie inguinale, de façon à remonter dans l'abdomen, à tirer au dehors la partie du péritoine intra-abdominal qui avoisine l'anneau ombilical et à effacer ainsi tout infundibulum.

5° *Ligature et extirpation du sac*. — Suivant les dispositions du sac herniaire, le sac sera fermé de différentes façons :

Sac de dimensions moyennes, pédicule petit : *ligature double* par transfixion (2). Entrecroisement des deux fils ; puis les fils noués, ligature circulaire totale faite avec l'extrémité des fils de l'une ou des deux ligatures partielles ;

Sac plus volumineux : *trois fils associés* en chaîne (3) ;

Sac déchiré ou aminci ; multiplier les groupes de ligatures doubles de catgut en chaîne ; ligature absolument analogue à celle de l'épiploon (4).

Il faut bien s'assurer qu'il n'existe plus d'adhérences du pédicule du sac à la partie interne de la circonférence de l'anneau ombilical, afin que le sac fermé soit mobilisable.

6° *Suture de l'orifice ombilical*. — Cette suture se fait soit avec du catgut, soit avec des fils de soie. Elle porte : exclusivement sur les tissus fibreux de la ligne blanche, si l'incision est médiane ; sur des tissus fibreux et musculaires, si l'incision est latérale (et dans ce cas, il faut prendre dans la suture le feuillet antérieur de la gaine aponévrotique, le muscle et le feuillet postérieur). Cette suture est une suture à *points séparés*.

Mais avant d'oblitérer l'orifice ombilical, il est souvent utile de passer à travers toute l'épaisseur de la paroi abdominale trois ou quatre crins de Florence sortant à 5 centimètres environ des bords de l'incision. Ces points de suture en masse permettent l'affrontement plus exact des lèvres de la plaie et augmentent la solidité de la cicatrice (1).

7° *Suture de la paroi abdominale*. — Suture spéciale, analogue à celle des plaies d'ovariotomie.

a. *Sutures musculaires* à points séparés, en nombre variable et destinées à donner plus de solidité à la paroi.

b. *Suture cutanée* faite au crin de Florence. Les points superficiels, aussi nombreux que les points profonds, alterneront les uns avec les autres.

8° *Drainage*. — On peut, à la rigueur, se passer du drainage, mais il vaut mieux le faire, étant donné que l'on opère généralement des personnes obèses. Or il peut exsuder une certaine quantité de liquide séreux ou séro-sanguinolent, consécutivement au travail de l'opérateur sur une couche adipeuse considérable ; et sans le drainage, cette exsudation constitue, pour la cicatrice, une cause de tension qui contribue à l'affaiblir.

Le drain doit être placé en avant du plan des sutures de l'anneau ombilical ; il est *court* et de *calibre moyen*.

L'opération de la cure radicale des hernies ombilicales, telle que la pratique M. J. Championnière, peut se résumer essentiellement en deux points :

1. *Dissection du sac aminci jusqu'au delà de l'orifice ombilical ;*

2. *Suture de la paroi à trois étages* (deux principaux : le profond pour l'anneau, le superficiel pour la peau), absolument analogue à celle qu'il pratique pour les plaies de l'abdomen.

L'anneau ombilical est resserré et oblitéré. quant à l'ombilic cutané, il n'est réséqué que dans les conditions particulières de hernies ombilicales.

Nous venons de *décrire le type de la méthode*, voyons les procédés qui se rapprochent d'elle ou peuvent prendre rang à côté d'elle.

A. *Procédé de Socin*. — Ce procédé a été bien décrit dans la thèse de Mestral [de Bâle (2)]. Voici en résumé les divers temps du manuel opératoire :

1. Dissection, isolement et extirpation *totale* du sac ;

---

(1) J. Championnière. *Cure radicale de la hernie*, p. 43, 65, 119, 322.
(2) J. Championnière. Loc. cit., fig. 39, p. 324.
(3) J. Championnière. Loc. cit., fig. 40, p. 326.
(4) J. Championnière. Loc. cit., fig. 41, p. 327.

(1) Nous pensons que l'emploi de ces points séparés profonds au crin de Florence devient une nécessité dans les cas où l'on peut prévoir une distension excessive ultérieure de l'abdomen ou de violents efforts de toux et de vomissements.

C'est pourquoi nous en conseillons l'usage dans tous les cas, puisqu'ils n'ont que des avantages sans inconvénient aucun. (Th. Bacri, 1892, p. 41.)

(2) Mestral. Loc. cit.

2. Résection de la masse épiploïque, préalablement divisée en plusieurs segments liés avec des fils de soie;

3. Avivement de l'anneau ombilical;

4. Suture de la plaie : trois étages.

a. Suture péritonéale.

b. Suture de l'anneau fibreux.

c. Suture cutanée.

B. *Procédé de Berger.* — M. Berger recommande la *dissection minutieuse* du sac du bord interne de l'anneau ombilical; cette dissection attentive et fine permet seule une extirpation totale du sac et la *disparition de l'infundibulum péritonéal* (1).

Dans certaines hernies ombilicales, il est nécessaire d'*aviver* les bords de l'anneau herniaire et quelquefois de *le fendre* par en haut et par en bas, pour faciliter leur affrontement très exact par la suture.

C. *Procédé de Routier.* — Ce procédé est bien exposé dans la thèse de Barrier, inspirée par M. Routier (2).

Premier temps. — Incision au bistouri de la peau, des différentes couches sous-cutanées et ouverture du sac.

Deuxième temps. — On quitte le bistouri pour ne plus le reprendre et on réduit immédiatement l'intestin et l'épiploon, s'il n'y a pas d'adhérences. S'il y en a, on les déchire avec le doigt, en ménageant soigneusement l'intestin s'il est adhérent (si on ne peut rompre les adhérences avec le doigt, on coupe dans le vif de l'épiploon et on laisse attachées à l'intestin les parties où siègent les adhérences).

Troisième temps. — Une fois l'épiploon bien pédiculisé, on le lie en masse, si le pédicule est petit, avec un fil de catgut; si le pédicule est trop gros, on le traverse avec l'aiguille mousse de Lucas-Championnière, armée d'un fil double et l'on fait une ligature en chaîne. Puis, avec les ciseaux, on résèque l'épiploon en deçà de la ligature et l'on réduit le pédicule, après constatation d'hémostase.

Quatrième temps. — On saisit les bords du sac avec des pinces à forcipressure et on le *dissèque avec soin, jusqu'au delà de son collet* si on le peut; on le lie ensuite au-dessus du collet, de la même façon que l'épiploon, puis on réduit son pédicule.

Cinquième temps. — On fait un seul plan de suture embrassant toute l'épaisseur de la paroi abdominale, y compris le péritoine.

Pour M. Routier, il est presque toujours avantageux de réséquer une portion de la peau recouvrant la tumeur herniaire.

Quant au bandage, il n'est point nécessaire; dans certains cas où M. Routier l'avait employé, il a vu le drain littéralement comprimé par les sutures; un bon affrontement fait disparaître toute cavité.

Point n'est besoin de bandage; il suffit, comme dans les laparotomies, de faire porter aux opérés une large ceinture qui maintienne bien également les parois de l'abdomen.

Nous ferons remarquer que si M. Routier n'avive pas ordinairement les bords de l'anneau ombilical, il reconnaît qu'il existe des cas où, le pourtour fibreux de l'ombilic étant très épais et très résistant, l'avivement non seulement peut mais doit être pratiqué. Il fait observer qu'on peut ne point lier le sac, puisqu'on le comprend ensuite dans la suture pariétale de l'abdomen et qu'on assure ainsi son oblitération.

D. *Procédé de Terrier.* — M. Terrier a coutume de *fendre crucialement* l'anneau ombilical; l'épiploon et le sac herniaire réséqués, il régularise les parties flottantes des lambeaux, puis fait la suture *des bords avivés.*

Omphalectomie. — L'omphalectomie, en tant que résection de l'anneau ombilical, n'est pas un procédé nouveau. Hutin l'a peut-être pratiquée en 1845. Certains chirurgiens l'ont faite au cours de laparotomies pour affections ovariennes (Spencer Wells, Lucas-Championnière). En tant que méthode générale pour la cure radicale de la hernie ombilicale, elle est de date moderne. Nous décrirons la pratique suivie par M. Hartmann, le procédé que propose M. Condamin et, enfin, le procédé de M. le professeur Le Dentu.

Procédé de Hartmann. — M. Hartmann, depuis plus d'un an déjà, fait l'omphalectomie et la suture à trois étages. Il a été amené à ce procédé chirurgical à la suite d'un incident opératoire, légère hémorragie due à de fortes adhérences épiploïques au collet du sac. Depuis lors, sauf des cas exceptionnels, il a pour règle dans la cure radicale de la hernie ombilicale de commencer par faire une incision latérale sur la paroi fibro-musculaire de l'abdomen; de cette façon, on peut poursuivre l'épiploon de la cavité abdominale vers le sac herniaire, on peut le réséquer aussi haut que possible vers sa portion adhérente; on achève ensuite l'excision de l'anneau et on fait une suture à trois plans. Nous avons revu il y a quelques jours une des malades opérée par ce procédé, il y a huit mois qu'elle a subi la cure radicale, et le résultat est aussi parfait que possible. La cicatrice est *très solide.* Cette femme, forte, grande, obèse, dont le poids est de 215 livres, peut maintenant vaquer à ses travaux habituels sans ressentir aucune gêne et, fait intéressant, elle n'a jamais porté de bandage après son opération, une simple ceinture de flanelle soutient son ventre proéminent.

Procédé proposé par Condamin (de Lyon). — Ce procédé se résume en deux termes : *Omphalectomie. Suture à trois étages.* Si l'on ne tient pas compte des complications diverses qui peuvent survenir dans le cours de toute hernie, voici quels sont les différents temps de la cure radicale, tels que M. Condamin les a exposés récemment dans les *Archives provinciales de chirurgie* (1).

Premier temps. — Incision péri-ombilicale double entourant la totalité du pédicule herniaire, remontant et descendant à 3 ou 4 centimètres au-dessus et au-dessous de l'ombilic. Après l'incision de la peau, empiéter latéralement sur le dédoublement de l'aponévrose des droits jusqu'à ce que les bords de ceux-ci soient visibles et continuer la dissection pour enlever le péritoine qui forme le sac et tapisse la face profonde de l'anneau.

Deuxième temps. — L'ombilic étant enlevé, s'il s'agit d'une hernie simple, ou bien étant libéré de l'épiploon et des adhérences intestinales, s'il s'agit d'une hernie étranglée, on régularise les surfaces de section et l'on passe deux gros fils métalliques aux deux extrémités de l'incision.

---

(1) Il faut remarquer que si cette dissection (du sac) est faite d'une façon trop sommaire, on est arrêté par l'adhérence du collet du sac aux anneaux herniaires. (P. Berger. Loc. cit.)

(2) Barrier. Loc. cit.

(1) Condamin. Omphalectomie, *Arch. prov. de chir.*, sept. 1892.

Troisième temps. — Un aide tirant sur ces deux fils, on commence la suture du péritoine si l'écartement transversal n'est pas trop considérable, sinon on la fait précéder du passage des fils profonds qui serviront à rapprocher les surfaces cruentées.

a. Suture du péritoine en surjet à points passés du docteur Doyen [de Reims (1)]. Arrêt du fil de soie à l'extrémité inférieure de la plaie par le procédé de Condamin (2).

b. Suture du second plan, intéressant, si c'est possible, les deux aponévroses antérieure et postérieure des droits, mais surtout le feuillet profond qui constitue les tendons transversaux des muscles de la paroi abdominale. Même procédé de suture que pour le péritoine.

c. Suture de la peau à points entrecoupés avec fil métallique; si cette couche est très épaisse, faire alternativement un point profond et un point superficiel.

Application d'abord d'un pansement, puis d'un bandage compressif.

Ce procédé est décrit dans la thèse du docteur J. Casteret sous le nom d'*omphalectomie avec ouverture des gaines*, par opposition à l'*omphalectomie proprement dite*, omphalectomie sans ouverture des gaines (3).

Dans ses deux expériences cadavériques, M. Condamin a employé l'aiguille de Reverdin pour le passage des fils profonds destinés à soutenir la paroi et à permettre de faire plus facilement les sutures péritonéales et aponévrotiques. M. le docteur Casteret recommande l'*aiguille de Kroft* comme préférable à celle de Reverdin pour transfixer la paroi, puis on rapproche et on fixe par des crampons ou des tubes de Galli les parois qui viennent se mettre peu à peu en contact. C'est dans les hernies ombilicales très volumineuses que cet artifice rend de très grands services; grâce à lui les deux lèvres de la plaie abdominale peuvent être rapprochées et attirées en avant.

D'après M. Condamin, dans la majorité des cas, les deux fils suspenseurs de la paroi situés aux deux extrémités de la plaie sont suffisants (4) pour pratiquer commodément la suture à étages; ce n'est que dans les cas de hernies ombilicales très volumineuses et d'épaisseur considérable de la paroi de l'abdomen, que les fils profonds plus nombreux et intéressant toute la paroi seront préférables.

Deux points sont particulièrement importants dans l'application de ce procédé.

1° La résection large de l'ombilic fibreux, c'est-à-dire l'ouverture simultanée des gaines des muscles droits de l'abdomen;

2° La suture musculo-aponévrotique, particulièrement l'affrontement de la couche aponévrotique profonde (5).

Pour résumer l'ensemble du manuel opératoire ou plutôt l'idée prédominante, nous citerons les termes mêmes de M. Condamin :

« On *n'aura pas à se préoccuper de la hernie ombilicale elle-même.* On se contentera d'examiner son collet et de pratiquer latéralement, de chaque côté, deux incisions courbes se réunissant à 3 ou 4 centimètres au-dessus et au-dessous de lui; on incisera toutes les couches jusqu'à ce que l'on soit arrivé sur le péritoine pariétal et on *enlèvera ainsi, comme s'il s'agissait d'une tumeur, toutes les enveloppes de la hernie.*

... Lorsque le collet du sac est enlevé d'abord, *puis ouvert ensuite* il sera beaucoup plus simple de procéder à la libération du paquet hernié (1). »

Le traitement consécutif de l'opération consiste dans le port d'une simple *ceinture* abdominale comme après toute laparotomie.

Préoccupé surtout de la *cure radicale*, M. Condamin fait d'abord la *laparotomie*, accessoirement ou plutôt secondairement, il pratique la *herniotomie.* L'omphalectomie fibreuse constituant le premier temps de l'opération, fait à elle seule l'originalité du procédé employé par le professeur de Lyon. De même que M. J. Championnière, dans la cure de la hernie inguinale, va directement sur la paroi fibreuse du canal et la fend dans toute son étendue avant de songer à traiter le sac herniaire et son contenu; ainsi, dans la cure radicale de la hernie ombilicale, M. Condamin découvre largement l'anneau fibreux et le résèque immédiatement.

L'étude du procédé de M. Condamin est presque exclusivement théorique. Née de la pratique suivie par Daniel Mollière dans la cure de la hernie ombilicale étranglée, cette modification chirurgicale repose sur la supériorité reconnue des sutures à étages multiples dans la réunion des plaies de l'abdomen. Cette suture, dans le cas présent, n'est possible que si on fait l'omphalectomie.

M. Condamin étend son procédé de cure opératoire aux hernies de la ligne blanche, aux hernies sus et sous-ombilicales, aux hernies lombaires, bref à toutes celles consécutives à un traumatisme quelconque des parois de l'abdomen.

Procédé de Le Dentu. — 1° *Incision des téguments.* — L'incision doit être longitudinale, médiane par rapport à la tumeur herniaire et s'étendre franchement d'un point circonférentiel voisin de la base de la tumeur au point diamétralement opposé. Il faut pratiquer ce premier temps opératoire avec beaucoup de prudence surtout sur le point saillant de la tumeur où la peau est souvent peu épaisse.

L'incision du tissu cellulaire sous-cutané se fait couche par couche jusqu'à ce que le bistouri effleure la paroi du sac.

2° *Ouverture du sac.* — La paroi du sac est attirée légèrement à l'aide d'une pince et l'ouverture est faite au bistouri en dédolant. L'orifice pratiqué, le sac est ensuite fendu sur toute sa longueur par une incision parallèle et sous-jacente à l'incision des tissus, si l'on est en présence d'un sac unique (2); si le sac principal est flanqué de sacs surajoutés, de diverticules (3), ces sacs accessoires doivent être aussi largement ouverts que le sac principal.

3° *Résection de l'épiploon.* — L'intestin réduit s'il est hernié, il faut réséquer la masse épiploïque. En attirant au dehors les parties reconnaissables, profondes de l'épiploon, il est plus facile de distinguer la masse épiploïque dans les cas difficiles où l'aspect s'est trouvé modifié par l'âge de la hernie et par la multiplicité des adhérences ou la doublure graisseuse des parois du sac.

(1) Doyen. *Arch. prov. de chir.*, 1er juillet 1892, p. 73.

(2) Condamin. Extrait des *Arch. prov. de chir.*, 1892, p. 22, fig. 7.

(3) Casteret. Loc. cit., p. 35.

(4) Voir Condamin. Loc. cit, p. 17, fig. 3, et Casteret. Loc. cit., p. 46, fig. 11.

(5) Des schémas de la suture se trouvent dans le travail de M. Condamin (p. 18, fig. 4 et 5) et dans la thèse de M. Casteret (p. 45, fig. 1, et p. 62, fig. 3).

(1) Condamin. Loc. cit., p. 19.

(2) Opérée le 3 février 1893 par M. Le Dentu (hôpit. Necker).

(3) Opérée le 16 déc. 1892 par M. Le Dentu (hôpit. Necker).

M. le professeur Le Dentu recommande pour la ligature la technique suivante :

1. *Étaler* le tablier épiploïque.

2. Pratiquer au voisinage de l'orifice ombilical des *ouvertures* dans l'épaisseur de l'épiploon et dans l'interstice des vaisseaux. Ces ouvertures sont faites soit avec les doigts, soit à l'aide des mors d'une pince à forcipressure. Leur nombre est variable suivant l'étendue et l'épaisseur de l'épiploon hernié.

3. Lier *isolément* chacun des tronçons d'épiploon, soit avec du catgut, soit avec de la soie.

4. Faire une *ligature étagée*, c'est-à-dire faire en sorte que chaque pont épiploïque soit étranglé à des hauteurs différentes.

La ligature finie, l'épiploon est réséqué et chaque lambeau est réduit *successivement* dans la cavité abdominale à travers l'anneau ombilical.

4° *Omphalectomie.* — Pour faire la résection de l'anneau ombilical, il est nécessaire de découvrir le pourtour fibreux de l'anneau. Il faut donc commencer par la dissection du sac, dissection souvent laborieuse à cause des adhérences du sac et de la peau. Le sac étant bien isolé la paroi fibro-musculaire est mise à nu dans la région sus et sous-ombilicale surtout. Alors voici comment M. Le Dentu pratique la résection de l'ombilic.

Introduisant l'index gauche dans l'anneau ombilical, il soulève cet anneau et refoule en même temps l'intestin, pendant qu'avec des écarteurs les aides mettent bien en lumière le champ de la paroi abdominale. Ayant comme guide l'index gauche, dirigé en bas sur une des parties latérales de l'anneau, il attaque de la main droite, à l'aide de ciseaux, le pourtour fibreux de l'ombilic et résèque un triangle pariétal à bords curvilignes, à base aboutissant à l'ombilic et à sommet sous-ombilical. La résection d'un triangle supérieur pratiquée de la même façon mais en sens inverse (sommet sus-ombilical, base aboutissant à l'ombilic), complète l'omphalectomie.

Dans son ensemble, la plaie faite à la paroi a l'aspect d'un losange allongé ou plutôt d'une ellipse. La portion réséquée comprend non seulement le pourtour fibreux de l'anneau, mais encore une portion de la paroi sus et sous-ombilicale. C'est donc une plaie de *laparotomie*. La suture de l'anneau n'est plus en question. Il s'agit d'une suture abdominale ordinaire.

5° *Suture de la paroi.* — Elle constitue un des termes ordinairement pénibles de l'opération en raison de l'épaisseur fréquente du tissu cellulaire sous-cutané.

a. *Suture péritonéo-musculaire.* — Cette suture est une suture en surjet faite avec un catgut résistant assez volumineux. M. le professeur Le Dentu emploie habituellement le catgut n° 4, et il se sert, pour pratiquer la suture, de l'aiguille de Hagedorn la plus grosse. Ce surjet est fait minutieusement.

Une des conditions les plus importantes est l'adossement intime et assez étendu des lèvres de la plaie péritonéo-musculaire; cet adossement n'est possible et vraiment utile que si les fils de catgut sont passés, à une certaine distance des bords de l'ouverture pariétale. M. Le Dentu estime à 1 centimètre et demi la distance minima des lèvres de la plaie et nous l'avons vu passer ses fils à 2 centimètres des bords (1). Ce surjet est *aponévro-musculo-péritonéal.*

(1) Opérée le 3 février 1893 (hôpit. Necker).

b. *Suture cutanée.* — L'abdomen étant fermé par le surjet ci-dessus, on résèque un lambeau cutané semi-ellipsoïde allongé de chaque côté des lèvres de la plaie superficielle. Cette résection superficielle supprime cette peau mince que l'on observe au devant de la tumeur herniaire et régularise l'incision rendue irrégulière par la présence de l'ombilic. Les deux lèvres cellulo-cutanées avivées sont réunies par une suture à points séparés faite aux crins de Florence.

M. Le Dentu fait donc une suture de la paroi à deux étages :

1. Un étage profond : *suture profonde péritonéo-fibro-musculaire;*

2. Un étage superficiel : *suture superficielle, suture cutanée.*

Cette règle comporte évidemment des modifications, suivant les circonstances, et c'est ainsi que chez une femme, dont les parois étaient surchargées de graisse, nous avons vu notre maître placer neuf sutures profondes au fil d'argent destinées à empêcher la tendance à l'éversion qu'offraient les lèvres de la plaie, par suite de leur épaisseur (1). Cette suture est une suture d'appui ou de protection pour la suture vraie de la paroi, à savoir la suture en surjet.

6° *Drainage.* — Le drainage doit rester la règle après la cure radicale de la hernie ombilicale, mais parfois le contact des parties affrontées est si intime, que l'on peut s'en passer et c'est ainsi que dans l'opération où neuf sutures profondes au fil d'argent avaient été faites, on ne mit pas de drain et l'état de la malade, au point de vue local et au point de vue général, fut aussi satisfaisant que possible (2).

Bref, M. Le Dentu fait une *omphalectomie totale* suivie d'une *suture à deux étages*; l'anneau ombilical et l'ombilic cutané ont disparu : c'est une *laparotomie.*

Ce que nous venons d'exposer s'applique également aux hernies adombilicales; il faut pratiquer la résection totale de l'anneau herniaire et faire un surjet profond.

A côté de ce type d'opération pour cure de hernie ombilicale, peuvent être placés les procédés suivis par les chirurgiens dont les noms sont ci-dessous :

A. *Procédé de Casteret.* — M. le docteur J. Casteret, dont la thèse fut inspirée par M. Condamin, propose un manuel opératoire comprenant les cinq temps suivants (3) :

I. *Incision de la peau et du tissu cellulaire*, c'est la résection de l'ombilic cutané par l'ellipse Mollière-Condamin circonscrivant le nombril.

II. *Ouverture du sac.*

III. *Réduction des viscères.* — Ligature de l'épiploon, suivant la méthode de M. J. Championnière.

IV. *Avivement.* — C'est l'omphalectomie avec ouverture des gaines de Störer, Keen, Gouilloud, Condamin, Jeannel, autrement dit la résection large de l'orifice fibreux.

V. *Fermeture de la paroi.* — Suture à trois étages.

B. *Procédé de Chandelux.* — Ce procédé est décrit dans la thèse de M. le docteur Casteret sous le titre : *Omphalectomie proprement dite* (4). Seul l'anneau fibreux est réséqué; la gaine des muscles droits n'est pas intéressée; après la suture de la paroi, chacun des droits de l'abdomen est renfermé dans sa loge aponévrotique.

(1) Clin. de l'hôpit. Necker. Opér. de hernie le 16 déc. 1893.
(2) Leçon faite à l'hôpit. Necker le 20 déc. 1893.
(3) Casteret. Loc. cit., p. 57, chap. V.
(4) Casteret. Loc. cit., p. 35.

Cette résection fibreuse, qui respecterait les gaines musculaires, est beaucoup plus théorique que pratique; en effet, dans l'observation rapportée par M. Chandelux, la gaine du muscle droit antérieur gauche fut ouverte. L'opération fut donc, à peu de chose près, une omphalectomie avec ouverture des gaines. Cette omphalectomie, M. Chandelux ne la pratique qu'après dissection complète du sac.

1. Dissection du sac à sa partie externe, c'est-à-dire libération des adhérences fibreuses qui le rattachent soit à la peau, soit au tissu cellulaire sous-cutané, soit à la paroi fibreuse de l'abdomen qui doit être mise en lumière sur tout le pourtour fibreux de l'anneau.

2. Dissection du sac à sa face interne, c'est-à-dire libération des adhérences, soit intestinales, soit épiploïques, réduction du contenu du sac herniaire, intestin et moignon d'épiploon.

En réalité, Chandelux traite d'abord la hernie et fait ensuite une plaie de laparotomie.

C. *Procédé de Gouilloud.* — M. Gouilloud recommande, après avoir examiné la hernie, son contenu et après avoir disséqué le sac, d'agir comme pour une éventration ordinaire de la paroi abdominale; il ouvre largement les gaines des muscles droits.

D. *Procédé de Jeannel.* — M. Jeannel, dans un cas de hernie ombilicale étranglée, fit l'omphalectomie comme il suit : le débridement fait sur la partie inférieure de l'anneau ombilical, au niveau de la ligne blanche, fut en réalité une courte laparotomie, car il avait 3 centimètres de long. Après dissection des adhérences et résection de l'épiploon et du sac, l'anneau ombilical fut largement réséqué, c'est-à-dire que les gaines des muscles droits furent ouvertes. La paroi fut fermée par une suture à étages.

E. *Procédé suivi par Keen* (1). — Keen incisa d'abord le sac, réduisit le contenu dans la cavité abdominale, puis ayant réséqué l'anneau ombilical, il ferma l'abdomen par quatre rangées de suture.

Comme on peut en juger par cet exposé, les procédés employés par MM. les docteurs Keen, Jeannel, Gouilloud, Chandelux, Casteret diffèrent peu du procédé de M. Le Dentu.

IV

CONCLUSION

En parcourant l'exposé de ces divers procédés que nous avons classés en quatre groupes, ce qui frappe immédiatement, c'est l'unanimité des chirurgiens à faire une *suture à étages* des différents plans de la paroi et, particulièrement, à faire une *suture* minutieuse *des tissus fibro-musculaires.* L'accord règne sur ce point; là où la conduite diffère, c'est dans l'exécution des premiers temps opératoires et dans la façon de se comporter vis-à-vis de l'anneau ombilical.

I. *Anneau ombilical suturé.* — Méthode de Championnière et première méthode de L. Tait.

II. *Anneau ombilical dédoublé et suturé.* — Procédé Tait-Sänger.

III. *Anneau ombilical réséqué avant libération* herniaire ou omphalectomie immédiate : *laparo-herniotomie.*

IV. *Anneau ombilical réséqué après traitement du sac et de son contenu.* Omphalectomie consécutive : *hernio-laparotomie* (1).

(1) Keen. *New Medical*, p. 35.

Ces différentes méthodes se ramènent fondamentalement à deux principales :

I. La méthode de M. Championnière : *Suture de l'anneau ombilical avivé.*

II. La *résection complète de l'anneau ombilical.* L'omphalectomie, méthode de Le Dentu, Hartmann, Condamin.

Qu'est-ce, en effet, que le dédoublement de l'anneau, sinon un simple avivement, mais un avivement plus étendu que celui que l'on obtient par la dissection du sac adhérent à l'anneau ? Le procédé de Tait, celui de Tait-Sänger, la méthode de M. Championnière, peuvent, par conséquent, être ramenés à une seule grande méthode.

Quant à faire l'omphalectomie d'emblée ou consécutivement à la libération du contenu herniaire et du sac, c'est là une question qui peut avoir son importance dans les cas particuliers et pour la commodité de l'opération elle-même; mais le résultat final est absolument le même. L'ombilic fibreux est excisé complètement, c'est-à-dire que, par le fait, la *gaine des muscles droits est ouverte.* Ce point nous semble important à signaler, car l'excision du pourtour fibreux dans une étendue de 2 ou 3 millimètres constitue simplement une *variété dans le mode d'avivement* de l'anneau.

En réalité, il n'y a donc que deux principales méthodes en présence.

(1) Nous avons employé ces deux mots parce qu'ils nous semblent indiquer suffisamment la différence qui existe entre le procédé proposé par M. Condamin et le procédé de M. Le Dentu :

Le premier faisant d'abord une plaie de laparotomie et s'occupant en second lieu de la hernie;

Le second traitant d'abord la hernie et transformant ensuite l'orifice herniaire en une plaie simple de laparotomie.

DE L'ALIMENTATION DES NOUVEAU-NÉS A PARIS

Nous extrayons des *Études d'hygiène publique* les principaux passages d'un travail de M. le docteur Ollivier. Ce n'est pas à Paris seulement qu'on constate cette alimentation défectueuse du nouveau-né et la mortalité terrible qui en est la conséquence. Aussi nous associons-nous complètement au plaidoyer du médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

L'alimentation des nouveau-nés, malgré les progrès accomplis dans l'hygiène de l'enfance, laisse encore beaucoup à désirer. Sans doute, les falsifications du lait mieux surveillées sont moins fréquentes; sans doute, l'emploi du lait stérilisé rend d'immenses services et sauve de nombreuses existences : c'est merveille, en effet, de voir des diarrhées, même vertes, s'arrêter sans aucune médication, par la simple substitution de ce lait au lait ordinaire. Mais cela ne suffit pas, il est d'autres causes qu'il importe de faire disparaître.

Les mamans et les nourrices semblent ignorer tout à fait qu'il est nécessaire de mettre un intervalle de deux heures au moins entre chaque prise de lait. « Comment résister, disent-elles, aux cris d'un enfant affamé? C'est de la barbarie... » Et pourtant le triste état où se trouve le pauvre petit être devrait leur ouvrir les yeux! Mais si quelques-unes finissent par se rendre à l'évidence, nous remercient et promettent de suivre nos conseils, d'autres, et ce sont les plus nombreuses, s'en retournent encore incrédules, malgré tous nos efforts pour les convaincre. Je dois dire que plusieurs mères ou nourrices m'ont déclaré que c'était même d'après le conseil des sages-femmes qu'elles alimentaient leur

nourrisson toutes les fois qu'il semblait le désirer. J'insiste sur cette ignorance des sages-femmes qui a de si désastreuses conséquences. Il y a là une lacune dans leur enseignement que je tiens à signaler.

D'autre part, on m'a présenté, dans un certain nombre de cas, des nouveau-nés qui ne quittaient pour ainsi dire pas le sein et rejetaient fréquemment le lait par suite du trop plein stomacal, ou bien à des enfants élevés au biberon, on faisait prendre de suite une trop grande quantité de lait ; on les gavait outre mesure. Dans l'un et l'autre cas, on provoquait une série d'indigestions et il survenait même parfois des mouvements convulsifs des globes oculaires qui effrayaient beaucoup les parents, sans toutefois les corriger de leurs détestables pratiques.

Mais sans conteste, la pratique la plus mauvaise, celle qui produit le plus rapidement de fâcheux effets sur la nutrition des nourrissons, c'est l'alimentation prématurée. Il semble que, dans le milieu nosocomial où j'observe, les parents ont hâte de voir leurs enfants manger comme eux. Excités par les voisins ou les amis, ils associent au lait, dès les premiers mois de l'existence, des bouillies, des panades, etc., et bientôt des aliments solides alors même que les instruments nécessaires pour les broyer, les dents, ne sont pas encore sorties. Il faut entendre leur récit pour y croire. Je ne rapporterai que deux faits, vraiment inouïs, qui montrent jusqu'à quel point on peut aller dans cette voie.

Au mois de janvier dernier, un Alsacien m'amène à la consultation un enfant de trois semaines, dont la mère venait de mourir. A cette question : « Comment le nourrissez-vous? » il me répond sans hésiter : « Comme moi, c'est-à-dire avec du pain, des pommes de terre, des haricots, de la viande, etc. » J'eus toutes les peines du monde à faire comprendre à ce brave homme qu'agir ainsi, c'était le meilleur moyen de tuer son enfant.

Le fait suivant est encore plus incroyable. Il m'a été communiqué par M. le docteur Delporte, aide-major au 1er régiment du génie à Versailles. Un gendarme trouvant que son enfant, âgé de quatre mois, ne prenait pas volontiers le lait de son biberon, substitua au lait de l'eau panée additionnée d'un certain nombre de gouttes d'absinthe. Ici encore, il ne fut pas aisé de faire revenir de son erreur ce père, grand partisan lui-même, très probablement, de la liqueur absinthique.

En présence d'une telle ignorance, comment être surpris de l'effrayante mortalité qui frappe les nouveau-nés à Paris, surtout dans la classe peu éclairée de la population ?

Après avoir insisté sur les différentes modifications qui surviennent dans l'organisme de l'enfant dont la nutrition est si profondément troublée, M. Ollivier arrive aux mesures prophylactiques :

En présence des déplorables effets de l'alimentation vicieuse des nouveau-nés, en présence de la grande mortalité qu'elle détermine, un devoir impérieux s'impose aux hygiénistes : tenter tout ce qui est possible pour sauver ces petits êtres qui meurent victimes de l'ignorance ou de l'incurie de leurs parents. On se plaint de la diminution de la natalité en France, mais au moins faisons en sorte de mettre les enfants qui naissent à l'abri des dangers que nous pouvons écarter par une sage prévoyance. Il faut donc, à tout prix, éclairer la population parisienne, surtout celle des quartiers où les notions les plus simples de l'hygiène n'ont pas encore pénétré ; il faut multiplier les instructions relatives à l'alimentation des nouveau-nés ; il faut répandre dans les masses les règles de cette alimentation, par l'enseignement populaire, par des conférences faites aux mères et jeunes filles d'âge à se marier dans un avenir prochain. Il ne manque pas de jeunes médecins, nouvellement installés, qui seraient heureux de prêter leur concours à une œuvre aussi philanthropique. Que le Conseil municipal, qui a déjà tant fait pour l'hygiène de notre grande cité, veuille bien organiser cet enseignement! Il en sera amplement récompensé, en sauvant la vie d'un grand nombre d'enfants!

On ne saurait trop multiplier les moyens d'éclairer les intéressés. Ne serait-il pas possible de remettre aux conjoints, dans les mairies, après la cérémonie du mariage, un livret analogue à celui qu'on donne aux nourrices, où seraient indiquées les règles de l'alimentation rationnelle des nouveau-nés et les conséquences que l'on peut redouter toutes les fois qu'on s'en écarte?

PAIN ÉCONOMIQUE, SAVOUREUX, NOURRISSANT

FABRIQUÉ AVEC DE LA FARINE PÉTRIE DANS DU BOUILLON DE SON

C'est sous ce titre, fort alléchant, que M. le docteur Gallavardin publie, dans le *Lyon médical*, une fort intéressante étude sur la panification.

Un boulanger de Lyon prépare ainsi son pain :

Il fait bouillir, pendant une demi-heure, 500 grammes de son dans 2 kilogrammes ou 2 litres d'eau. Puis il passe ce bouillon très chaud à travers un tamis métallique très fin et quand l'eau est devenue tiède, il s'en sert pour pétrir la farine blutée à 70.

Le pain, ainsi fabriqué, a une belle croûte dorée, la mie légèrement colorée comme celle d'une brioche, la saveur rappelle aussi la saveur de la brioche. Il trempe fort bien pour faire la soupe. Toutes ces qualités le font préférer par bien des clients de cette boulangerie, qui, après en avoir goûté, n'en veulent plus d'autre.

« Je viens proposer ici de généraliser ce procédé pour la fabrication du pain dans les villes et les campagnes, et cela afin de le rendre plus nourrissant sous un même volume et dès lors aussi plus économique. Sous ces deux rapports, il serait préférable au pain de munition de nos soldats et il serait, en outre, plus appétissant que celui-ci. Et comme il trempe fort bien à la soupe, il dispenserait nos soldats de se procurer du pain blanc pour cet usage, auquel est impropre le pain de munition ordinaire. Dans nos manutentions militaires, où le pain est fabriqué en très grande quantité, il serait plus facile d'installer des appareils économiques pour préparer le bouillon de son et pétrir la farine avec ce bouillon. Ce serait une seconde économie ajoutée à la première économie, constituée par la qualité de ce nouveau pain plus nourrissant, sous un même volume, que les autres variétés de pain. On blute à 70 p. 100 la farine destinée à faire le pain bis ou pain de ménage, et à 80 p. 100 celle destinée au pain de munition. Il n'y aurait plus besoin d'ajouter 10 p. 100 de son au pain de nos soldats, puisqu'on enlèverait au son ses parties nutritives pour rendre ce pain plus nourrissant. Pour le fabriquer, on pourrait, dès lors, employer de la farine blutée à 70 et pareille à celle du pain de ménage. »

Malheureusement il manque, pour confirmer les assertions de notre confrère lyonnais, deux choses : l'analyse chimique du pain ainsi fabriqué et, ce qui serait fort simple et fort démonstratif, l'expérimentation sur les animaux.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

397. M. Cajepis. Étude analytique et critique des différentes méthodes de traitement de l'hydrocèle vaginale. — 398. M. Aumont. Étude sur le chancre induré des paupières. — 399. M. Levinçon. Étude clinique, bactériologique et critique sur les maladies des voies lacrymales.— 400. M. Cheboldaeff. Symptômes orbitaires des fractures de la base du crâne. — 401. M. Maire-Améro. Œdème de la glotte considéré comme symptôme primitif du mal de Bright chez l'adulte. — 402. M. Mougeot. De la chloroformisation pour le diagnostic de la cystite calculeuse. — 403. M. Michel. Formes rares des tumeurs bénignes du larynx. — 404. M. Grilhault des Fontaines. Du traitement de la métrite du col. — 405. M. Keller. Essai sur les propriétés thérapeutiques de l'aristol. — 406.

M. ROUTIER. Terminaison spontanée de l'accouchement dans la présentation de l'épaule. — 407. M. LEMAIRE. Contribution à l'étude de l'érysipèle des nouveau-nés. — 408. M. VASSAL. Contribution à l'étude de la mammite des adolescents. — 409. M. GAUTHIER. Sur la rupture de la grossesse et l'avortement tubaire. — 410. M. JOHN O'CONNOR. Quelques considérations cliniques sur l'aura de l'accès épileptique. — 411. M. TRASTOUR. De la forme cérébrale de la grippe. — 412. M. BUTIN. Étude sur la communication accidentelle des deux oreillettes du cœur. — 413. M. DUDEFOY. Étude sur les phlegmons infectieux pharyngo-laryngés. — 414. M. BERTY. Contribution à l'étude clinique de l'urémie sénile. De la dyspnée toxique chez le vieillard. — 415. M. ZÈGRE. Sur la néphrite dothiénentérique. — 416. M. WEIL. Le syndrome de Gubler-Millard. — 417. M. JOAO DE MELLO VIANNA. Recherches cliniques sur les paralysies des muscles de l'œil. — 418. M. DAYOT. Nouveau procédé d'extraction des corps étrangers. — 419. M. COUETTE. Essai historique sur la lithotritie. — 420. M[lle] KRIMER. De l'intervention chirurgicale dans les kystes de l'ovaire compliqués de grossesse. — 421. M. GUÉRINEAU. Étude sur les kystes hydatiques du cerveau. — 422. M. BARON. Mécanisme de la mort dans la pendaison (étude historique et expérimentale). — 423. M. DUNOYER. Traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants par l'antisepsie intestinale et le sulfate de quinine. — 424. M. THOMAS. De la pendaison. Etude des lésions du cou, leur valeur diagnostique. — 425. M. ESTAY. Contribution à l'étude de l'europhène et des applications au traitement du chancre mou. — 426. M. KASIMIR. Contribution à l'étude des myélites syphilitiques. — 427. M. KAUFMAN. Contribution à l'étude clinique des pleurésies métapneumoniques de nature séro-fibrineuse. — 428. M. MARBOT. Du bleu de méthylène en thérapeutique. — 429. M. BOUTEIL. Du curetage de l'utérus sans abaissement forcé à la vulve et d'une méthode de drainage utérin au moyen du crin de Florence. — 430. M. JONES. Des crimes commis par les aliénés après leur sortie de l'asile. — 431. M. GILBIN. Contribution à l'étude des ruptures des piliers de la valvule mitrale.

— Des nouvelles parvenues de Gallicie annoncent que l'épidémie cholérique continue à s'accroître. Un grand nombre de cas sont suivis de mort.

— Le suicide règne en ce moment, en Angleterre, à l'état épidémique. Les journaux en publient tous les jours une longue liste.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en leur recommandant le Lait stérilisé et en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : D[r] E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 98. — MARDI 29 AOUT 1893. 66e ANNÉE. MARDI 29 AOUT 1893. — N° 98.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Jaccoud.

Le diagnostic de la méningite tuberculeuse chez l'adulte.

Le 8 juin dernier entrait à la salle Jenner un jeune marinier de dix-sept ans, tombé malade, disait-il, depuis sept jours seulement. L'affection à marche aiguë dont il était atteint ne répondait à aucun type classique et défini. C'est seulement huit jours après l'entrée qu'il nous fut possible, non sans hésitations, ni sans examens réitérés, de préciser enfin le diagnostic.

Le malade, le soir de l'entrée, offrait une fièvre intense. Sa température était de 39°6. Le lendemain, elle était, le matin, de 38°6 et le soir de 39°6. Il n'avait ni prostration, ni congestion de la face, ni congestion des yeux, mais il répondait, d'une façon incohérente, aux questions qu'on lui posait ou même les écoutait sans répondre. Il s'agitait dans son lit. Il présentait une contracture marquée du côté des muscles de la nuque, moins marquée du côté des fléchisseurs de l'avant-bras. Dans la nuit du neuvième jour, l'agitation et le délire furent si violents, qu'on songea à mettre la camisole de force. Mais un grand bain froid à 22 degrés amena une accalmie suffisante pour qu'on pût se dispenser de ce moyen.

Quels diagnostics pouvait-on discuter? La maladie datant de sept jours déjà, toute idée de fièvre éruptive était impossible. L'examen des différents viscères ne montrait qu'un peu d'albumine dans l'urine, quelques râles de bronchite et était pour tout le reste absolument négatif. Il n'y avait, en particulier, pas trace ni de pneumonie, ni d'endocardite. Comme maladies générales, dernière hypothèse à discuter, on pouvait penser à la fièvre typhoïde, au typhus exanthématique, en raison de la constitution épidémique actuelle, enfin à l'affection dont il faut toujours se souvenir dans les cas difficiles, anormaux, bizarres, à la méningite tuberculeuse.

Relativement à la fièvre typhoïde, l'absence de tout symptôme abdominal n'était pas un motif d'exclusion suffisant. Au septième jour, ces symptômes peuvent, en effet, manquer. Mais un délire aussi violent, des contractures aussi marquées ne pouvaient s'expliquer qu'avec la forme ataxique d'emblée de la fièvre typhoïde. Or, dans cette forme ataxique, l'hyperthermie est excessive, tandis que, chez notre malade, la température vespérale ne dépassait pas 39°6. Le diagnostic de fièvre typhoïde fut donc écarté.

L'idée de typhus exanthématique semblait très vraisemblable, en raison de l'épidémie actuelle d'une part, de la fièvre, du délire, des contractures sans phénomènes abdominaux d'autre part. Le neuvième jour apparaissaient sur la peau quelques taches rosées et, de plus, sur le dos vers les crêtes iliaques quelques taches plus petites, purpuriques, ne s'effaçant pas à la pression. Le malade avait été isolé dès le début, mais l'idée de typhus devenait si vraisemblable que je pris toutes les mesures pour le faire, si la maladie devenait encore plus certaine, transporter dans le service spécial de l'Hôtel-Dieu. Mais le lendemain, sans amélioration du délire ni des contractures, la température baissait. Sans doute, dans le typhus, la défervescence, au lieu de se produire régulièrement au quatorzième jour, peut être plus précoce. Mais alors, en même temps que la fièvre, tout malaise disparaît.

On ne pouvait donc plus songer qu'à la méningite tuberculeuse. Dès 1871, j'ai signalé la possibilité de l'existence des taches rosées dans cette maladie, comme d'ailleurs dans la granulie.

Plus que le délire, plus que les contractures, l'irrégularité de la température, la défervescence sans amélioration motivaient ce diagnostic. Le tracé thermique a été, vous le voyez, notre véritable guide. C'est l'absence d'hyperthermie qui a permis d'éliminer la fièvre typhoïde, c'est la défervescence sans amélioration qui a permis d'éliminer le typhus.

Chez les sujets un peu plus âgés encore que notre malade, la méningite tuberculeuse est le type des maladies irrégulières et extraordinaires. Elle est loin, quoi qu'en aient dit Rilliet et Barthez, Grisolle, Valleix, de ressembler à la méningite tuberculeuse aux allures relativement classiques de l'enfant. La durée est plus longue, le ralentissement du pouls, les alternatives de rougeur et de pâleur de la face font défaut, les symptômes oculo-pupillaires sont très rares. Si l'existence de la tuberculose pulmonaire n'offrait pas souvent un jalon des plus précieux, le diagnostic resterait impossible. Il est difficile de résumer l'histoire clinique de cette affection capricieuse par excellence. Voici pourtant les cinq types principaux de début.

Dans un premier type, le début est brusque, par du délire

ressemblant complètement à du délire alcoolique. La mort survient en quelques jours dans le coma, après que le malade a ou non présenté des rémissions. Dans cette méningite à début brusque par le délire, il est un symptôme constant et fort utile : l'apyrexie complète.

Le deuxième type a tout à fait les allures de la fièvre rémittente. Un tuberculeux qui supporte assez vaillamment ses lésions pulmonaires se plaint soudain de fièvre, de malaise, d'anorexie, de mal de tête. Il souffre ainsi quelques jours, puis il va mieux. Ce mieux dure deux ou trois jours et est interrompu par une rechute. Puis, après une ou plusieurs de ces alternatives de mieux et de plus mal, la somnolence apparaît; elle fait vite place au coma et à la mort.

Dans un troisième type, le début est brusque; il s'annonce par quelque grand accident, une attaque épileptiforme, une aphasie survenant sans prodromes. La mort est généralement très rapide.

Le quatrième type, la forme latente de Wunderlich, serait presque impossible à diagnostiquer, si elle ne survenait presque toujours chez des tuberculeux avérés et déjà avancés. Le premier accident dans cette forme est le coma.

Enfin le cinquième type est extrêmement singulier. Il est impossible de ne pas croire à un catarrhe gastrique fébrile. L'amélioration qu'on obtient par un vomitif, un purgatif, confirme pleinement cette idée rassurante. Puis l'embarras gastrique revient. Ce n'est parfois qu'au bout de vingt jours qu'apparaissent les accidents nerveux. Le malade succombe presque toujours dans les quarante-huit heures qui suivent leur apparition.

Chez notre malade, âgé seulement de dix-sept ans, l'évolution s'est un peu plus rapprochée de ce qu'elle est dans l'enfance. Mais hier, cette évolution offrait une nouvelle singularité, fort importante au point de vue des écueils du diagnostic et du pronostic. Le malade allait mieux, il avait la figure calme, causait tranquillement, le délire et les contractures avaient cessé. Plusieurs d'entre vous l'ont cru guéri. Certes il offrait encore, avec une grande facilité, la raie méningitique, le nœud musculaire du biceps, les contractions fibrillaires des muscles, mais ces indices étaient insuffisants. Pour la troisième fois, l'intervention du thermomètre fut décisive. La fièvre persistait et même était plus forte qu'elle ne l'avait jamais été, atteignant 40°2. Le pouls, à 112 seulement, n'était pas en rapport avec la température. Là encore, l'irrégularité thermique, la disproportion de la température et des symptômes restait le meilleur signe de la méningite tuberculeuse.

HOPITAL MILITAIRE DE LILLE

Abcès du foie. — Étiologie palustre à éléments combinés. Opération; guérison.

Par H.-E. Collin,

Médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Lille.

Une relation d'abcès du foie, opéré et guéri par la méthode de Little plus ou moins modifiée, ne saurait offrir, après tant d'autres du même genre, un bien grand intérêt. Toutefois, comme une observation, quelle qu'elle soit, n'est jamais identique à l'une ou à l'autre de celles qui l'ont précédée, et qu'elle peut même en différer plus ou moins par quelque côté, il ne m'a pas semblé inopportun d'écrire celle qui va suivre, ne fût-ce que pour apporter une pierre de plus à l'édifice pathogénique de cette manifestation morbide encore controversée quant à son origine.

Observation. — B..., vingt-quatre ans, soldat au 13e régiment d'artillerie; tempérament moyen; constitution primitivement vigoureuse, actuellement sensiblement affaiblie.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Pas de maladies antérieures à l'incorporation, pas d'alcoolisme, pas de syphilis.

Entré au service en novembre 1889. En mars 1890, il part pour l'Algérie et passe le reste de cette année en parfaite santé. En janvier 1891, il est atteint, à Sétif, d'une fièvre typhoïde qui lui vaut un congé de convalescence de trois mois à passer dans ses foyers à Lille, et rejoint son corps le 15 juin pour être, deux mois à peine après son retour, pris de dysenterie à Constantine, pour laquelle, après deux mois de traitement, il est de nouveau envoyé en convalescence dans sa famille, d'où il rentre à Sétif en janvier 1892. Enfin, en mai de la même année, il ressent, pour la première fois, les atteintes d'une fièvre intermittente tierce, pour laquelle, après un mois de traitement, il obtient un troisième congé de convalescence qui le ramène à Lille.

A peine arrivé dans sa famille, il se plaint de courbature et de douleurs, occupant la région sous-axillaire droite ainsi que la portion latérale du thorax du même côté. Un médecin de la ville, consulté par lui, prescrit des badigeonnages iodés. Devant le manque absolu de soulagement obtenu par cette médication, il engage le malade à demander à être admis à l'hôpital militaire, où il entre dans mon service à la date du 4 juillet, dans l'après-midi.

Examiné le 5, à la visite du matin, B... se présente à nous dans un état de cachexie profonde; l'amaigrissement est des plus prononcés, la teinte générale du corps légèrement subictérique. Le foie dépasse de 2 centimètres et demi le rebord des fausses côtes, formant une voussure marquée dans toute la moitié droite du thorax. La rate est augmentée de volume dans sa largeur, qui mesure près de 20 centimètres, et dans sa hauteur, qui en mesure près de 15. Il accuse, dans la ligne axillaire droite et dans la portion latérale de la région hépatique, une douleur qu'exaspèrent la percussion, les mouvements et la respiration, et qui irradie dans l'épaule, le bras, l'avant-bras et le poignet du même côté. Selles régulières et normales d'ailleurs, pas d'ascite, traces d'albumine dans les urines. Temp., 38 degrés.

Je fais appliquer douze ventouses scarifiées sur la région douloureuse et j'institue le régime lacté.

Le lendemain et les jours suivants, peu de changement. Les ventouses font place à un large vésicatoire; la température, qui, le 6 au soir, avait atteint 39 degrés, descend à 38 degrés et 37°5.

9 juillet. Sous l'influence du vésicatoire, la douleur primitive a disparu; mais elle s'est portée en avant et de plus en plus vers le centre de la face convexe du foie.

Pr. : Ventouses scarifiées *loco dolenti*; calomel, 1 gramme.

Une série de vésicatoires volants est appliquée, poursuivant, par étapes successives, la douleur, quelque peu ambulante encore, mais ayant cependant une tendance, ainsi que je le dis plus haut, à élire domicile à la région convexe du foie. Cette douleur, et j'insiste sur ce fait, disparaît à chaque application d'un nouveau vésicatoire. Pendant toute cette période, qui comprend le reste du mois de juillet, la température oscille, avec une irrégularité remarquable, entre 37 degrés, 38°6 et 38°8 au maximum.

Dans ces conditions, il n'est point encore permis, aucun autre caractère ne se manifestant d'ailleurs, de se prononcer sur la présence d'un ou plusieurs noyaux de suppuration. Ce sont surtout, pour le moment, des phénomènes de congestion, et s'il doit, ainsi qu'*à priori* on est dès maintenant en droit de le présumer, se développer ultérieurement un abcès, nous n'en sommes en tout cas encore qu'à la phase présuppurative d'une hépatite congestive, phase dans laquelle on peut encore tenter d'enrayer le mal. Aussi est-ce dans ce but qu'outre le régime lacté, institué dès le principe, sont continués, ainsi que je viens de le dire, les révul-

sifs locaux, de même qu'est administré, par intervalles, le calomel, à la dose de 0,80 à 1 gramme.

Dans les premiers jours du mois d'août, d'ambulante qu'elle était, la douleur devient fixe et se localise, enfin, en un point situé un peu en dedans de la ligne axillaire, au niveau du huitième espace intercostal. La température, qui le 1er août au soir était retombée à 37°6, remonte progressivement et atteint, le 4 au soir, 39 degrés.

Le 5, léger frisson, qui se renouvelle le 6 et le 7. La paroi thoracique, au niveau du point indiqué et tout autour de lui, est manifestement œdématiée ; il n'y a pas de fluctuation bien évidente, mais on éprouve la sensation d'un liquide profondément situé, comme aussi, en appuyant avec le doigt, on exaspère sensiblement la douleur. Les septième et huitième espaces intercostaux sont écartés, comme sous l'influence d'une pression de dedans en dehors.

Devant ces caractères désormais manifestes, je porte le diagnostic d' « hépatite suppurée, avec localisation presque certaine d'un abcès de la partie convexe du lobe droit du foie au niveau et autour du huitième espace intercostal. »

Chose curieuse, et qui n'est cependant pas sans avoir été observée déjà, la température qui, ainsi que nous venons de le dire, avait atteint 39 degrés le 4 au soir, était descendue peu à peu jusqu'à n'être plus, le 7 au matin, que de 37°4, et de 38 degrés le soir du même jour.

Le doute, donc, n'étant plus permis désormais, une intervention chirurgicale est décidée pour le lendemain. C'est au procédé de Little qu'on s'arrête, au procédé de Little modifié par Ramonet, et qui offre, entre autres avantages, celui de permettre d'opérer lentement, partant, dans des conditions de sécurité absolue.

Opération (8 août, neuf heures du matin). — Le malade, qui a été purgé la veille afin de maintenir pendant les premiers jours la vacuité de l'intestin, est chloroformé; le champ opératoire, ainsi que les mains de l'opérateur et des aides, sont antisepsiés par les procédés ordinaires.

Premier temps. — Ponction exploratrice sans aspiration, avec un trocart Potain de gros calibre, au point signalé plus haut : un peu en dedans de la ligne axillaire, au huitième espace intercostal.

Deuxième temps. — Incision transversale, couche par couche, ayant le trocart comme centre, de 8 centimètres de longueur, l'hémostase étant exactement faite au fur et à mesure de la section des tissus.

Troisième temps. — Ponction avec le bistouri, perpendiculairement au plan opératoire.

Quatrième temps. — Écartement, au moyen d'une pince à pansements, des lèvres de la plaie, qui est légèrement débridée à droite et à gauche. Par cette brèche, il s'écoule environ 900 grammes d'un pus sans odeur, légèrement teinté de brun, assez fluide (aspect de la crème demi-fondue d'une glace panachée vanille et chocolat. Aucune compression n'est exercée sur l'abdomen : une légère déclivité sur le côté droit suffit à assurer l'écoulement par la plaie maintenue d'ailleurs béante. La cavité est alors lavée par siphonage, sans pression toutefois, avec 5 ou 6 litres d'eau distillée tiède, à laquelle on fait succéder 1 litre de solution de sublimé au 1000e, suivie elle-même d'un nouveau lavage à l'eau distillée. Deux gros drains en caoutchouc rouge sont placés en canons de fusil, dans la poche, et sont fixés chacun par un fil de soie à la plaie, qu'ils débordent légèrement et qu'ils obturent exactement. Cette dernière, légèrement saupoudrée d'iodoforme, est enfin pansée selon toutes les règles de l'art.

Pr. : Mélange vin de canelle et caféine. Potion de Rivière au cas où surviendraient des vomissements.

8 août, soir. Température, 36°8. Pouls, 76, ferme et bien rythmé. Le facies est abattu. Le pansement, traversé, est renouvelé au complet.

9 août, matin. Nuit calme, avec sommeil. Grande faiblesse, mais aucune douleur dans la région de la plaie. Température, 36°8. Pouls, 76, plus relevé encore que la veille. Soif vive, due à l'abondance de la suppuration. Urines normales; ni selles ni vomissements, ni efforts de vomissements. Le pansement est de nouveau souillé à sa partie déclive, mais l'écoulement est moins abondant toutefois. Lavage de la cavité par les drains, avec la solution de sublimé au 1000e et l'eau distillée tiède. Même pansement, sauf que la ouate de tourbe remplace le coton hydrophile.

Pr. : Trois potages additionnés de deux tablettes Thomas. Vin, 15 centilitres; vin de quinquina, 200 grammes.

Idem, soir. Température, 36°6. Pouls, 75. Malgré l'hypothermie, l'opéré ne perçoit aucune sensation de froid; il a pris son potage avec plaisir. Aucune douleur dans l'abdomen. Urines normales. Pas de selles. Le pansement n'est pas renouvelé.

10 août, matin. Nuit bonne. Pas de douleurs. Température, 36°6. Pouls, 76. Le pansement est refait; les deux drains enlevés, nettoyés et antisepsiés, sont replacés et traversés par une épingle anglaise, qui assure leur maintien hors de la cavité. Même régime.

Idem, soir. Température, 37 degrés. Pouls, 78. Même état satisfaisant.

10 août, matin. Température, 36°8. Pouls, 76. Même état; lavage moins étendu, diminution de la longueur des drains. Même pansement; un lavement.

Pr. : Trois potages, trois tablettes. Viande crue, 100 grammes. Vin de quinquina, 200 grammes.

Idem, soir. Selle abondante de très bonne nature. Température, 37°5. Pouls, 78. A partir de ce jour, la température se maintient dans la normale et la suppuration diminue progressivement. L'état général est satisfaisant. Le malade dort et mange avec appétit; on augmente peu à peu son régime.

Vers la fin du mois, un des drains est enlevé définitivement et celui qui reste diminué de longueur et de calibre, au fur et à mesure que la suppuration se fait plus rare.

Bref, dans les premiers jours de septembre, toute suppuration était tarie, et la cicatrice, bien nette, ne présentait qu'une rétraction pour ainsi dire insensible.

Le malade, appartenant à une famille pauvre, est conservé à l'hôpital un peu plus d'un mois encore; il en sort (est-il besoin de l'ajouter?) absolument guéri et sans avoir présenté, pendant tout son séjour, aucune manifestation de l'impaludisme, dont il semblait que ce volumineux abcès eût été l'ultime et caractéristique effort.

De quelle façon convient-il, dans le cas spécial, de résoudre la question pathogénique ?

Nous nous trouvons ici, et c'est un des côtés intéressants de cette observation, en présence d'une véritable trilogie, dont il n'est pas douteux que chacune des unités qui la composent, ne porte en elle-même le caractère paludéen, en raison du milieu dans lequel elles ont successivement évolué.

Dans les conclusions qui résument, en quelques propositions, la pathogénie des abcès du foie, MM. Kelsch et Kiener, dans leur *Traité des maladies des pays chauds* (p. 293), écrivent : « La dysenterie est la cause spécifique des abcès du foie », se basant sur ce que l'hépatite se présente exclusivement, ajoutent-ils, dans les foyers endémiques et épidémiques de la dysenterie, et que, dans la majorité des cas, les lésions intestinales sont concomitantes de la lésion du foie.

Ils admettent, cependant, que certaines causes d'ordre inférieur favorisent le développement de l'hépatite chez les dysentériques. Il est évident (et l'étude étiologique, œuvre de science et de patience, à laquelle se sont livrés ces auteurs, le démontre péremptoirement) que l'hépatite s'observe plus spécialement dans les foyers dysentériques. Mais s'ensuit-il nécessairement que les abcès du foie procèdent exclusivement de la dysenterie ou des foyers où elle

sévit plus ou moins à l'état endémique? Maintes observations témoignent qu'il n'en est pas toujours ainsi; et pour ne citer que quelques cas publiés, dans le cours de ces dernières années, dans les *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, nous trouvons : un cas de M. le médecin principal Driout, avec une fièvre intermittente comme étiologie; deux cas de M. le médecin-major Rozemont-Malbot, avec une fièvre intermittente; un cas de M. le médecin-major Bassompierre, avec... rien du tout, si ce n'est un séjour à Hong-Kong à bord d'un bâtiment. Or, dans ce dernier cas, ne pourrait-on pas invoquer le transport du miasme paludéen à distance (le navire ne pouvant être accusé de lui avoir donné naissance) et y voir un exemple de latence à localisation retardée du côté du foie?

Par contre, dans l'exemple qui nous est propre, nous n'avons que l'embarras du choix, notre malade ayant eu successivement, dans l'espace de seize à dix-sept mois, la fièvre typhoïde, la dysenterie et une fièvre intermittente.

C'est à dessein que je fais ici entrer en ligne de compte la fièvre typhoïde. Cette affection peut, en effet, participer, grâce à une constitution médicale de temps et de lieu, des manifestations du paludisme (formes proportionnées de Torti; formes combinées, fièvre typho-palustre d'aujourd'hui) et donner lieu, soit en se compliquant de dysenterie, ce qui n'est pas rare, soit à elle seule, ainsi que nous en avons eu récemment un exemple, à un abcès du foie, tout comme elle peut également engendrer un abcès de la rate (1).

Pour la fièvre paludéenne proprement dite (quel qu'en soit le type), cela n'a rien que de très naturel, le foie étant, comme chacun sait, la tête de turc, si je puis ainsi dire, du germe palustre, en dehors même d'un état cachectique avancé, privilège qu'il partage avec la rate, ce repaire des hématozoaires, comme dit M. Laveran, et le rein, et pouvant, par conséquent, sous l'influence d'assauts plus ou moins multiples, devenir le siège d'une hépatite congestive à répétition qui prépare, pour l'avenir, l'hépatite suppurée. En conséquence, étant donné ces possibilités, à chances sans doute inégales, mais réalisables toutes trois, d'un aboutissant unique, ne serait-il pas légitime, pour le cas qui nous occupe (opinion qui pourrait s'appliquer à ceux du même genre), de voir dans l'hépatite suppurée, non une conséquence *sine qua non* de la dysenterie dont notre malade s'est trouvé atteint, près d'un an auparavant, et qui n'avait pas été chez lui l'*ultima ratio* du paludisme, puisqu'elle a été suivie, au bout de neuf mois, d'une fièvre intermittente tierce, mais bien plutôt la résultante, la synthèse, pour mieux dire, de tous ces éléments paludiques surajoutés. Il sera loisible d'ailleurs de faire jouer, parmi ces éléments, à la dysenterie, un rôle prépondérant de prédisposition, à la condition, toutefois, de reconnaître aux deux autres, en tant que manifestation du paludisme, la coopération efficace qu'ils me paraissaient avoir apportée à la production définitive de l'abcès.

Cette manière de voir, que je n'avance, bien entendu, que sous toutes réserves, aurait du moins l'avantage de dégager l'hépatite suppurée de l'obligation que lui imposent certains auteurs, d'une dysenterie antérieure, dont ils font une telle nécessité qu'ils préfèrent supposer qu'elle a passé inaperçue, que de convenir qu'elle a pu n'avoir jamais eu lieu.

Au point de vue du diagnostic, on pourra se demander pourquoi une ou plusieurs ponctions exploratrices, jugées comme absolument inoffensives, n'ont point été faites, au moment où, sans pouvoir se prononcer encore sur la présence du pus, il était cependant permis de penser qu'il existait. A cela, je répondrai que, si juste que soit la recommandation d'opérer le plus tôt possible un abcès de cette nature, il ne me semble pas qu'on soit fondé à larder un foie à l'aveugle, et sans plus de certitude, de ponctions blanches qui peuvent n'être pas toujours anodines et avoir parfois l'inconvénient de contrarier, si je puis dire, des adhérences en voie de formation. Ces douleurs ambulantes, dont il a été question dans notre cas, qui disparaissaient sous l'influence d'un simple vésicatoire et qui eussent peut-être même cédé sans cela, qu'étaient-elles autre chose, sinon des localisations de péri-hépatite concomitante, desquelles on pouvait espérer les adhérences demandées?

Dans ces conditions, aucun symptôme particulièrement inquiétant ne nous préoccupant d'ailleurs à ce moment, il nous a paru plus prudent d'attendre, et le résultat n'a pas démenti notre conduite.

En ce qui a trait à la chloroformisation de l'opéré, je sais bien qu'elle est proscrite par Ramonet d'une façon formelle, et pour un motif absolument plausible. Mais, quels que puissent être les moyens locaux employés (à plus forte raison si on les dédaigne), est-il bien exact, qu'une incision de 8 à 9 centimètres de long, sur une profondeur variable suivant les sujets, soit aussi peu sensible qu'on le prétend, et ne détermine pas, chez l'opéré, des mouvements préjudiciables pour lui-même et gênants pour l'opérateur? D'autre part, n'est-il pas possible de prévenir quelque peu les vomissements redoutés, ainsi que nous l'avons fait? Enfin, ici, l'incision occupant le huitième espace, nous étions encore assez loin du bord du foie (abaissé) pour ne pas craindre, à moins d'un déplacement vraiment peu admissible, de voir faire à l'intestin la hernie redoutée.

Bref, comme bien d'autres d'ailleurs, nous avons chloroformé, et je crois pouvoir ajouter que le succès n'en a été que mieux assuré. Il va sans dire, toutefois, que la détermination à prendre à cet égard restera subordonnée à l'état de plus ou moins grande faiblesse, de plus ou moins de cachexie du malade.

Quant aux lavages de la cavité, certains auteurs disent, qu'il faut les borner à un, à deux au plus. Est-il bien possible d'en fixer ainsi le nombre à l'avance? Assurément non, et à la condition de les pratiquer avec prudence, de façon à ne déterminer aucune rupture des parois, parfois fort minces, il est vrai, de la poche de l'abcès, il est préférable d'antisepsier une cavité à communication désormais extérieure.

Le pus d'un abcès de ce genre est, nous le savons, un pus sans microbes, ce qui le rend moins dangereux pour le péritoine, s'il vient à s'en échapper quelque peu, pendant l'opération; mais à partir du moment où cette communication extérieure est effectuée, l'abcés hérite évidemment des chances d'infection qu'elle comporte. Il est donc préférable, à notre sens, de déterminer, en même temps qu'une évacuation plus rapide, une antisepsie plus complète de la poche purulente.

(1) Étude sur la fièvre typho-palustre de Gancel, *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, oct. 1892.

OCCLUSION INTESTINALE ET LAVAGE DE L'ESTOMAC

Nous avons publié l'observation de M. Duplaa de Garat (1), relatant la guérison d'un cas d'obstruction intestinale par de grands lavages recto-coliques. La « Bourgogne médicale » publie un nouveau cas dû au docteur Parisot (de Dijon), où la guérison de l'occlusion fut obtenue par le lavage de l'estomac. Voici le fait :

Mme C..., vingt-six ans. Pas d'antécédents héréditaires spéciaux. Vers l'âge de six ans, elle fut atteinte du carreau ; pendant très longtemps, dit-elle, le ventre fut volumineux ; elle avait l'air, toujours à son dire, d'une petite femme enceinte. Vers neuf à douze ans, elle eut certaines déviations rachitiques dans les jambes.

Depuis, jamais malade. Elle fut mariée une première fois, il y a six ans ; elle eut une petite fille sans accidents. Devenue veuve, elle s'est remariée il y a six mois ; quand je la vis à la fin de janvier, elle était enceinte de deux mois et demi.

Elle fut prise, le 26 janvier 1893, de douleurs violentes dans le ventre et dans les reins, au point qu'on put croire à une fausse couche. L'abdomen se développa outre mesure. Il n'y eut plus ni gaz, ni selles.

Le 27, même état avec vomissements bilieux.

Le 28, vomissements fécaloïdes. Le lendemain, même état.

Le 30, je me trouvai auprès de la malade, en consultation avec le docteur Brulet. Les vomissements spontanés avaient disparu, mais elle ne conservait aucun liquide ni solide. Le faciès était grippé ; le pouls très fréquent et misérable ; la peau froide. A la palpation, le ventre, très distendu, n'était douloureux en aucun point ; les anses intestinales se dessinaient surtout au-dessus de l'ombilic.

Nous lui fîmes, sans résultat, des injections gazeuses d'eau de Seltz. L'abdomen subit une série de massages. Nous prescrivîmes de l'eau-de-vie allemande sans succès.

Les siphons, continués le lendemain 31 et le 1er février, furent infructueux, de même que l'huile de croton (1 goutte).

Le 2 février, en présence de la persistance des symptômes d'étranglement, l'intervention chirurgicale fut décidée.

Le lendemain, 3 février, tout était préparé pour la laparotomie, je songeais à ouvrir la région sus-ombilicale où prédominait le ballonnement ; la jeune femme fut amenée sur la table d'opération.

Il me sembla alors qu'elle avait un faciès meilleur que la veille ; le pouls régulier, assez fort, ne dépassait pas 120. Le ventre était toujours très distendu. Il me parut qu'il existait une certaine amélioration. Je songeai que je n'avais pas encore utilisé tous les moyens thérapeutiques, et je déposai le couteau.

C'est alors que je pratiquai le lavage de l'estomac ; je lavai largement, avec cinq ou six brocs d'un litre chacun. Puis, avec mon confrère le docteur Brulet, nous recommençâmes les séances de massage. Je fis administrer 80 grammes d'huile de ricin que, grâce au lavage, sans doute, la malade put conserver. Le soir, lavement avec 40 grammes de sulfate de soude et 30 grammes de séné.

Enfin, à cinq heures du soir, l'occlusion était vaincue ; la malade rendait, par les selles, presque un seau à toilette de matières et le ventre revenait à l'état normal. Chose singulière : pendant six jours, à la suite de cette crise, la malade fut comme folle ; elle se brûla la chevelure, elle se promena dans les couloirs en chemise, eut le délire érotique. Je l'ai revue ces jours derniers. Tous ces symptômes ont disparu ; la grossesse, de cinq mois, suit son cours ; le fœtus est très vivant.

Nous ne négligeons jamais de publier ces cas de guérison de l'occlusion intestinale par les moyens médicaux, c'est qu'en effet, l'acte chirurgical, même encore actuellement, constitue une intervention grave. La laparotomie doit être réservée non seulement aux opérateurs rompus à ce genre d'opération, mais elle exige des aides, un personnel et un milieu qu'il est difficile de rencontrer en dehors de nos grands centres chirurgicaux. L'entérotomie crée, d'autre part, une infirmité bien répugnante, à laquelle il ne convient de recourir que dans les cas d'absolue nécessité.

Mais, si les grands lavages de l'intestin ou de l'estomac, si le lavement électrique, ont donné des succès, il faut bien avouer que ces succès n'ont été observés que lorsqu'il s'agit d'obstruction avec parésie intestinale, plutôt que dans l'étranglement véritable de l'intestin. Dans les cas d'occlusion intestinale, dont la lésion intime, étranglement ou obstruction, n'est pas connue, il convient de recourir de suite aux moyens médicaux, purgatif d'essai, à la rigueur, lavages, électrisation. Mais le médecin ne doit pas s'entêter. Persévérer sans résultat, c'est la mort certaine et prompte pour son malade. Il faudra avoir recours à l'acte chirurgical, qui, suivant les cas, suivant les circonstances, suivant le milieu, consistera en une laparotomie suivie ou non d'entérotomie ou en une entérotomie d'emblée. Le pronostic est certainement sérieux, mais c'est la seule chance de salut, et à la condition expresse que l'opération soit précoce.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 728.

THÉRAPEUTIQUE

L'absorption rectale comparée à l'absorption stomacale. — MM. Lemanski et Main ont comparé l'absorption de l'antipyrine, de l'iodure de potassium, du salol, du bleu de méthylène et de la térébenthine par la voie stomacale et par la voie rectale. L'« Union médicale » rend ainsi compte de leur communication à la Société de thérapeutique :

« Les chiffres qu'ils ont obtenus montrent que, pour certains médicaments, l'absorption se fait plus rapidement par le rectum. C'est ainsi que l'iodure de potassium administré par le rectum apparaît dans la salive au bout de dix minutes, tandis qu'il faut quinze minutes pour que l'élimination commence lorsqu'il est pris par la bouche. De même le salicylate de soude donné en lavement se montre dix minutes plus tôt dans les urines que lorsque le malade le prend dans une potion.

Au contraire, le bleu de méthylène apparaît une heure quinze après qu'il a été pris par la bouche et quatre heures après l'administration rectale. Le salol se décompose surtout sous l'influence du suc pancréatique ; ainsi, les produits de dédoublement se montrent trente minutes après qu'il a été absorbé par la bouche et quarante minutes après l'administration par le rectum. Il semble même que la térébenthine ne soit pas absorbée lorsqu'elle est donnée en lavements, car l'odeur de violette n'apparaît pas dans l'urine.

On peut conclure de ces recherches que les médicaments solubles sont plus rapidement absorbés lorsqu'on les administre en lavements. »

Naphtaline comme tænifuge. — D'après la « Revue médicale de Louvain », la naphtaline serait, d'après certaines observations, le meilleur moyen pour provoquer l'expulsion des tænias, par la sûreté de son action et l'absence de tout effet toxique.

On prescrit chez les enfants la formule suivante :

Naphtaline	30 à 50 centigrammes.
Huile de ricin	15 grammes.
Essence de bergamote . .	XI gouttes.

A prendre en une fois à jeun.

Les adultes prennent d'abord un cachet contenant 1 gramme de naphtaline et, immédiatement après, 30 grammes d'huile de ricin.

Une seule dose du remède suffirait pour expulser le tænia avec sa tête, même dans les cas où tous les autres tænifuges ont échoué.

Rappelons à ce propos le procédé d'administration du calomel et de l'extrait éthéré de fougère mâle que nous avons autrefois indiqué, d'après M. le docteur Créquy, et qui, d'après l'essai que nous avons fait, est tout à fait recommandable; quand le médicament n'est pas rejeté par les vomissements, il manque rarement le but :

R. Calomel . . . . 80 centigrammes.
Extrait éthéré de fougère mâle. 8 grammes.

Répartir le mélange en 16 cachets qui sont pris le matin successivement à cinq ou dix minutes d'intervalle.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Du lait stérilisé, son emploi dans l'alimentation du nouveau-né (1), par le docteur André Chavane.

Les recherches qui ont servi de base à cette thèse ont été faites à la Charité dans le service de M. Budin. Par une récente communication à l'Académie de médecine, MM. Budin et Chavane ont fait connaître, avec les excellents résultats obtenus, l'outillage fort simple, à la portée de tous dont ils se servent pour obtenir la stérilisation du lait. Cette stérilisation ne serait pas suffisante pour le commerce, et un lait de ce genre, retour des Indes, serait peu recommandable; elle est très suffisante lorsque le lait doit être consommé dans les vingt-quatre ou les quarante-huit heures.

Nous reproduisons les conclusions de M. Chavane; nous les recommandons à la méditation des praticiens.

L'alimentation au sein maternel est la seule qui soit naturelle. Le médecin doit faire tous ses efforts pour qu'elle soit employée de préférence à toutes les autres.

Dans le cas où la mère ne peut nourrir elle-même son enfant, il faut, quand cela est possible, recourir à une nourrice mercenaire.

Il est préférable, quand l'alimentation exclusive au sein est impossible, de recourir à l'alimentation mixte, c'est-à-dire d'ajouter une quantité variable d'un lait animal.

On ne soumettra le nouveau-né à une alimentation artificielle que dans le cas où ce sera absolument nécessaire. Quel que soit le peu de lait que l'enfant puise au sein maternel, il ne faut pas négliger cette quantité, si minime qu'elle soit au début. Il n'est pas rare que la sécrétion s'établisse plus abondante dans la suite.

Le lait d'ânesse est un excellent lait pour le nouveau-né. Pourtant il s'altère vite, son prix de revient est très élevé, il est difficile à se procurer. Mais c'est lui qui se rapproche le plus du lait de femme.

Le lait de vache cru a des inconvénients inhérents à la difficulté de sa digestion, aux germes dont il est chargé, soit primitivement, soit au sortir du pis de l'animal, soit consécutivement par les ensemencements qui ont lieu après la traite.

L'ébullition du lait remédie en partie à ces désavantages, mais le lait reste d'une digestion difficile. Il faut éviter qu'après cette opération le lait s'ensemence de nouveau : l'ébullition doit donc précéder immédiatement chaque tétée.

Le lait de vache stérilisé au bain-marie, c'est-à-dire à 100 degrés, est plus facilement digéré que les deux précédents.

Les nouveaux appareils qui permettent de faire la stérilisation du lait chez soi rendent son emploi plus étendu et plus sûr.

La stérilisation ne doit viser que la provision de la journée. Elle sera, comme le conseille Soxhlet, divisée en un nombre de petites bouteilles correspondant à celui des repas de l'enfant.

(1) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Le lait stérilisé doit être donné pur, sans coupage.

Il faut, avant de donner le lait à l'enfant, prendre les précautions suivantes :

1° Constater pour chaque bouteille que l'opération de la stérilisation a réussi et que le vide persiste.

(On ne comprendra bien cette recommandation que si nous rappelons que, dans le procédé de M. Budin, de petits flacons incomplètement remplis, fortement bouchés par un obturateur en caoutchouc, sont maintenus, pendant quarante minutes, dans l'eau bouillante. Par le refroidissement il se produit un vide qui rend l'obturateur plus adhérent encore.)

2° Ne faire sauter le mode de fermeture qu'au moment même du repas du nourrisson.

(Dans le système de M. Budin, on adapte à chaque flacon deux tubes en verre, l'un relativement large par lequel se fait la tétée, l'autre très mince par lequel pénètre l'air.)

3° Goûter le lait pour s'assurer de sa température et de sa qualité.

On ne doit jamais employer le lait d'une bouteille déjà entamée et qui est restée débouchée un certain temps; non plus que celui contenu dans une bouteille mal fermée.

Les enfants recevront, dès le premier jour de leur naissance, une quantité de lait proportionnelle à leur poids initial. On diminuera ainsi, autant que faire se peut, la perte de poids des premiers jours.

L'administration du lait stérilisé tire son avantage : 1° de sa facile digestion ; 2° de ce qu'on peut le faire passer directement de la bouteille stérilisée dans le tube digestif de l'enfant.

Il nous paraît impossible, si on n'a pas recours aux pesées, de diriger l'allaitement du nouveau-né et de décider s'il faut recourir à l'allaitement artificiel.

Les pesées de l'enfant doivent être journalières et avoir toujours lieu à la même heure.

Nous avons, dans un certain nombre de cas, donné du lait stérilisé pur aux enfants nés prématurément, ils l'ont très bien digéré.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

432. M. Janet. Contribution à l'étude des accidents mentaux chez les hystériques. — 433. M. Lamy. De la méningo-myélite syphilitique (étude clinique et anatomo-pathologique). — 434. M. Lavergne. Contribution à la pathogénie et au traitement de la stérilité chez la femme. Fécondation, stérilité, stomatoplastie. — 435. M. Laffaille. De la mensuration du fœtus. — 436. M. Trouillard. Contribution à l'étude du diabète et de la glycosurie physiologique dans l'état puerpéral. — 437. M. Leray. Étude sur la brièveté du cordon ombilical.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Une place d'interne en médecine est actuellement vacante à l'asile des aliénés de Lafond, La Rochelle (Charente-Inférieure).

Outre le logement, l'éclairage, le chauffage et la nourriture, les titulaires reçoivent une indemnité annuelle de 800 francs.

Les candidats doivent être munis de douze inscriptions avec certificats d'examen.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Raybaud (d'Ampus).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le méro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de pathologie externe, par POULET et BOUSQUET, professeurs agrégés au Val-de-Grâce. 2e édition entièrement remaniée et remise au courant de la science, par A. RICARD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et H. BOUSQUET, professeur de clinique à l'École de médecine de Clermont-Ferrand. 3 forts vol. in-8. Tome Ier : « Pathologie chirurgicale générale, maladies des tissus », avec 173 fig. dans le texte. — Tome II : « Pathologie des régions (tête, cou, poitrine et abdomen) », avec 231 fig. dans le texte. — Tome III : « Abdomen; Organes génito-urinaires ; Membres », avec 343 fig. dans le texte. — Prix de l'ouvrage : 50 francs. — Paris, O. Doin.

L'hérédité normale et pathologique, par André SANSON, professeur de zoologie et zootechnie à l'École nationale de Grignon et à l'Institut national agronomique. 1 beau vol. in-8°. — Prix : 8 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Manuel de pharmacie pratique, par L. DUFOUR, pharmacien de première classe, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 fort vol. in-12. — Prix : 5 francs. — Paris, Félix Alcan.

La pratique de l'analyse des urines et de la bactériologie urinaire, par le docteur G. DELEFOSSE, rédacteur en chef des « Annales des organes génito-urinaires ». 5e édit. 1 vol. in-18 cart. à l'angl. — Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Détermination pratique de la réfraction oculaire par la kératoscopie ou skiascopie. Application à l'examen des conscrits (*Petite encyclopédie médicale*), par le docteur BILLOT, médecin-major de première classe. 1 vol. in-18, cartonné à l'anglaise, fer spécial. — Prix : 3 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Hypnotisme et suggestion. Étude critique par W. WUNDT, professeur à l'Université de Leipzig, traduit de l'allemand, par A. KELLER. 1 vol. in-18. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Félix Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE E. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 99. — JEUDI 31 AOUT 1893. 66e ANNÉE. JEUDI 31 AOUT 1893. — N° 99.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.	3 mois : **10 fr.**	». — 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La salle de la rue des Saints-Pères est absolument déserte, et l'ordre du jour paraît peu chargé, bien que la dernière séance n'ait pas eu lieu. Pourquoi l'Académie ne se décide-t-elle pas à prendre des vacances, au lieu de forcer les orateurs à parler devant des bancs vides de public et d'académiciens?

A signaler une communication intéressante du professeur de Brun (de Beyrouth) sur le typhus exanthématique. Nous la reproduisons plus loin, avec détails.

Le docteur Babès (de Bucharest) est venu répondre à M. Proust, pour protester contre la suppression des quarantaines, suppression qui a produit en Roumanie un résultat manifestement désastreux. Quoi qu'en dise M. Proust, M. Babès n'est pas le seul à défendre les quarantaines, et il cite à l'appui de son opinion les noms de MM. Cornil, Roux et de bien d'autres. Il ne faut pas perdre de vue, dit l'orateur en terminant, que les quarantaines ne sauraient être remplacées par la désinfection des voyageurs. Cette désinfection est illusoire et le plus souvent impraticable.

La séance s'est terminée par une lecture de M. Beni-Barde sur le traitement de certaines affections cutanées par l'hydrothérapie.

HOPITAL SAINT-SAUVEUR DE LILLE. — M. G. Phocas.

Ostéopathies syphilitiques chez l'enfant.

Vous venez de voir un garçon âgé de dix ans, qui vient à la consultation depuis le mois d'octobre dernier pour une déformation de la jambe droite.

Cette déformation, que nous avons fait photographier, mérite d'attirer votre attention, car elle est caractéristique de la syphilis et, selon les idées reçues, de la syphilis héréditaire tardive.

Au premier abord on croirait avoir affaire à une courbure rachitique du tibia à convexité antérieure. Mais en examinant plus attentivement la jambe, on ne tarde pas à s'apercevoir que la diaphyse n'est pas tordue, et que la saillie antérieure est formée par une sorte d'hyperostose surajoutée au niveau de la crête du tibia. La crête antérieure de l'os a disparu, ou plutôt elle s'est élargie; et, au niveau de la face sous-cutanée du tibia, le doigt perçoit des inégalités.

Analysons plus complètement les symptômes ;

L'os est *tuméfié* et *déformé*.

La *tuméfaction* est exclusivement osseuse; les parties molles n'y participent en rien. Il s'agit d'une production osseuse sessile occupant la face interne de l'os sur une grande étendue, en un mot, d'une hyperostose.

L'hyperostose siège ici au niveau du tibia de «l'os révélateur de l'hérédo-syphilis », selon l'expression de M. Fournier. Sur cet os elle n'intéresse que la diaphyse et laisse les épiphyses indemnes. Les choses se passent en général de la sorte, le cas est ici typique.

Les épiphyses peuvent, cependant, dans certains cas, être envahies : et de cette localisation exceptionnelle résultent deux conséquences également exceptionnelles, à savoir : 1° la déviation des surfaces articulaires; 2° les troubles dans l'accroissement en longueur de l'os.

Un enfant âgé de onze ans, atteint d'une syphilis osseuse du tibia, boite en marchant sur le bord interne du pied. Chez lui le gonflement a envahi l'épiphyse et il a occasionné un pied bot valgus. Par le même mécanisme la main bote peut être réalisée, quand les lésions siègent au niveau de la diaphyse des os de l'avant-bras. Une observation de ce genre se trouve dans la thèse de Berne.

Le cartilage de conjugaison est l'organe principal de l'accroissement de longueur de l'os. Une irritation de ce cartilage peut expliquer les troubles dans l'accroissement de l'os. C'est ainsi que vous pouvez voir figurer dans le livre d'orthopédie de Hoffa un enfant atteint d'ostéopathie syphilitique et dont les tibias démesurément longs lui donnent un aspect très bizarre.

Déviations articulaires et troubles d'accroissement dans la longueur de l'os, sont donc des conséquences de la participation de l'épiphyse dans le processus pathologique et ce sont là des phénomènes aussi rares que la localisation de la syphilis osseuse héréditaire au niveau des épiphyses.

La *déformation du tibia* résulte d'une hyperostose antérieure. Si l'on examine attentivement les trois faces et les trois bords du tibia, on trouve que la face postérieure n'a subi aucune déviation, tandis que les faces latérales paraissent aplaties ; quant au bord antérieur, à l'état normal tran-

chant, il s'est transformé en face et s'est élargi tout en faisant une proéminence aiguë en avant. Les apparences de courbures de l'os et l'aplatissement latéral des faces, sont le résultat de l'épaississement énorme du bord antérieur.

Il s'est déposé là une masse de stalactites osseuses qui font bomber le tibia en avant et atteignent son diamètre antéro-postérieur.

La diaphyse du tibia, comme le dit Berne, n'étant pas plus déviée que ne le serait une tige de fer sur laquelle on aurait déposé une couche de plâtre sur l'une de ses faces, on ne saurait assimiler cette pseudo-courbure aux courbures rachitiques.

L'ensemble de la déformation avec son apparence de courbure antérieure et l'aplatissement latéral de la jambe est fort bien rendu par la pittoresque comparaison de M. Lannelongue du « tibia lame ou fourreau de sabre », expression qui a prévalu et qui a fait donner à ces sortes de tibias le nom de tibia en lame de sabre ou de tibia de Lannelongue. Sur une petite fille que nous venons d'observer tout récemment, la déformation caractéristique avait atteint non seulement le tibia, mais aussi le cubitus. Le cubitus formait chez cette malade une forte saillie en arrière, saillie qui partait de l'olécrâne et se prolongeait à trois travers de doigt au-dessus. L'avant-bras ainsi déformé ressemblait aussi à une lame de sabre.

C'est grâce aux travaux de Parrot (1873), à la communication de M. Lannelongue et au livre de M. Fournier, que la question est à l'heure actuelle bien connue, à tel point qu'il serait bien difficile d'en parler après les travaux de ces maîtres, si deux raisons d'importance inégale ne m'avaient déterminé à effleurer la question devant vous.

Il m'a semblé d'abord que, malgré les belles descriptions de M. Fournier et les démonstrations savantes de M. Lannelongue, le diagnostic du « tibia en lame de sabre » n'a pas encore pénétré assez avant dans la masse des praticiens, sans compter que des médecins instruits me paraissent avoir parfois méconnu la véritable nature des lésions, en proposant une opération, quand l'iodure et le mercure étaient suffisants pour calmer tous les troubles.

En second lieu il reste, peut-être, un point douteux dans l'étiologie de l'affection. Le tibia en lame de sabre est-il toujours fatalement l'indice d'une syphilis héréditaire, et la syphilis acquise dans l'enfance n'est-elle pas parfois capable de lui donner naissance? La question fut posée, par M. Verneuil, lors de la communication de M. Lannelongue, à la Société de chirurgie. Le cas que nous venons d'observer nous paraît de nature à élucider, jusqu'à un certain point, cette question. Nous allons donc exposer brièvement *le diagnostic* et dire quelques mots sur *l'étiologie.*

L'aspect de la déformation osseuse avec ses caractères particuliers, la localisation à la diaphyse du tibia, l'aplatissement de l'os et la forme en lame de sabre, sont déjà des indices qui mettent sur la voie du diagnostic. Ces indices seront corroborés par l'examen du reste du squelette, sur lequel on ne tardera pas à retrouver une localisation analogue, représentée par une exostose ou une hyperostose; les ostéopathies de cette nature ayant pour habitude d'être multiples, voire même parfois symétriques. Les dents de Hutchison ou les dents simplement crênelées, les vestiges d'une kératite interstitielle, compléteront le tableau clinique, qui, avec ces signes physiques, présentera les douleurs ostéocopes ou simplement nocturnes, révélatrices de la syphilis.

L'interrogatoire soigné et isolé des parents ne sera pas négligé. On y retrouvera des traces spécifiques ou des antécédents morbides suspects, tels qu'avortements répétés, la polyléthalité, des signes plus nets de la vérole.

Le diagnostic pourrait être, dans certains cas, posé par exclusion.

Le rachitisme, que Parrot a voulu identifier avec la syphilis, peut être mis facilement hors de cause. Dans le rachitisme, en effet, il s'agit de courbures véritables et la courbure à convexité antérieure du tibia est presque toujours accompagnée d'une courbure latérale plus ou moins prononcée. A l'inverse de la syphilis le rachitisme signale toujours sa présence par la tuméfaction des épiphyses, d'où résultent les nouures si caractéristiques, quand elles siègent aux poignets ou au thorax (chapelet rachitique). Les douleurs sont presque toujours absentes dans le rachitisme, surtout dans la période confirmée de la maladie et, dans la période initiale, les douleurs n'ont jamais l'acuité de celles de la syphilis. Les petits rachitiques, avec leur crâne volumineux, le thorax rétréci et le ventre développé, se reconnaissent à première vue. Souvent la colonne vertébrale est incurvée. Rien de semblable dans la syphilis où les lésions se cantonnent au niveau des os longs et surtout du tibia. Les antécédents eux-mêmes sont bien différents dans les deux affections : le petit rachitique mal nourri en bas âge a été souffreteux, il est issu de parents presque toujours sains, qui ont eu d'autres enfants vivants. Le syphilitique peut avoir été bien ou mal nourri, il est né de parents toujours malades et souvent les enfants venus après lui sont morts en bas âge. Si certaines exostoses rachitiques peuvent donner le change avec l'hyperostose syphilitique, l'habitus général du malade mettra rapidement sur la voie du diagnostic. Il en est de même des exostoses de croissance. Il s'agit de véritables ostéophytes siégeant près de l'épiphyse, absolument indolentes, ayant une évolution lente et apparaissant au moment de la puberté.

Nous ne voyons guère que l'ostéomyélite chronique d'emblée et la tuberculose osseuse qui pourraient être sérieusement confondues avec les ostéopathies syphilitiques. Pour admettre le diagnostic d'ostéomyélite chronique d'emblée, il faudrait que, nulle part ailleurs sur le squelette, on ne retrouvât rien de suspect, que les antécédents fussent négatifs et que surtout le traitement antisyphilitique eût été employé en vain.

Certaines lésions tuberculeuses peuvent en imposer et cela avec d'autant plus de raison que la syphilis osseuse pourrait à la rigueur arriver à produire des ulcérations. Mais on se rappellera que les lésions tuberculeuses aiment les épiphyses et les os spongieux, à l'inverse de la prédilection diaphysaire de la syphilis. Les lésions tuberculeuses ont une tendance destructive; la syphilis amoncelle au contraire du tissu éburné. Sur le reste du squelette on trouvera des traces de l'une ou de l'autre affection. Les ganglions, les scrofulides de la peau, le tempérament lymphatique, la plus grande fréquence de la tuberculose seront pris en considération. Le traitement spécifique lèvera tous les doutes, sans compter les antécédents héréditaires. Il est certain qu'on peut hésiter parfois, mais l'hésitation ne sera jamais de longue durée.

Le rhumatisme ne peut donner que rarement le change, car il est bien rare que cette dyscrasie donne lieu à de véritables hyperostoses chez l'enfant. Au point de vue exclusivement pratique seront déclarées d'origine syphilitique les

affections osseuses qui, atteignant le tibia, lui donneront l'aspect d'une lame de sabre, et qui étant, accompagnées de douleurs ostéocopes nocturnes, céderont ou iront en s'améliorant sous l'influence du traitement spécifique.

Si des doutes persistent, le plus sage est de recourir au traitement antisyphilitique pendant quelques jours (trois semaines environ, à l'aide de l'iodure et du mercure), quitte à proposer une opération sanglante en cas d'insuccès.

Le tibia en « lame de sabre » sera donc facilement diagnostiqué. Sa nature syphilitique pourra être facilement dépistée. Reste à savoir si cette déformation est toujours l'expression d'une hérédo-syphilis et si la syphilis acquise pendant la première enfance n'est pas capable de produire des déformations analogues? L'opinion classique, il faut bien l'avouer, considère le tibia en «lame de sabre» comme une lésion caractéristique de la syphilis héréditaire. C'est l'opinion de M. Lannelongue et de M. Fournier. Cependant cette opinion n'a pas toujours été admise. Déjà M. Verneuil émettait quelques doutes sur ce sujet. Une récente observation recueillie, dans mon service, par mon interne, M. le docteur Renard, tend à prouver le contraire. Voici en quelques mots cette observation, qui est publiée en détail dans la thèse de M. Renard.

Un enfant de onze ans présente les signes caractéristiques de l'ostéopathie syphilitique du tibia. Sa mère avait auparavant accouché de trois enfants bien portants. Quand elle eut son quatrième enfant, né bien portant, elle prit un nourrisson de Paris; bientôt après elle eut une ulcération au niveau du sein gauche et, dans la suite, elle présenta tous les signes de la syphilis. Depuis, le petit Parisien est mort, après avoir présenté des éruptions sur la peau, et la nourrice infectée eut deux enfants, tous deux morts en bas âge. A l'heure actuelle son enfant nourri en même temps que le petit Parisien, est atteint d'ostéopathie syphilitique. Ce sont là des renseignements puisés à bonne source et suffisants je crois, pour entraîner la conviction sur la provenance acquise de la syphilis chez notre malade.

M. Renard a rassemblé quatre autres observations analogues dont je ne fais qu'indiquer la bibliographie : 1° Roger, *Union méd.*, 1865, Obs. XIX; 2° thèse de Roussel, Obs. XL et XLI; 3° thèse de Berne, Obs. IX.

D'après ces observations, il semblerait que, dans certaines circonstances rares, la syphilis acquise en bas âge est capable, à l'instar de la syphilis héréditaire, de donner naissance à la déformation du tibia connue sous le nom de « tibia de Lannelongue ».

HYGIÈNE PUBLIQUE

Rapport sur l'état sanitaire de la Prison départementale de Bordeaux.

Par M. le docteur GELLIE,

Médecin en chef des Prisons de Bordeaux.

Nos lecteurs liront avec intérêt le rapport que M. le docteur Gellie vient de publier dans le « Journal de médecine de Bordeaux ». Les sages mesures prises par notre distingué confrère ont permis de traverser sans accidents l'été si exceptionnellement chaud de cette année. Nous reproduisons presque textuellement cet intéressant travail :

L'état hygiénique de la prison départementale est à ce point satisfaisant que, sur une population pénitentiaire dont le chiffre moyen est de 450 (exceptionnellement de 500), l'infirmerie des femmes est vide depuis plusieurs semaines et que celle des hommes ne compte qu'un malade atteint d'une phtisie chronique de nature incurable.

La fièvre typhoïde est inconnue au Fort-du-Hâ et, depuis plusieurs années, je ne l'ai pas constatée une seule fois.

Les cas de grippe (influenza) n'ont pas été très nombreux; tous ont eu une terminaison heureuse et rapide par le traitement systématique du sulfate de quinine, méthode que j'ai fait connaître, il y a trois ans, au corps médical et que mon active propagande a rendue classique. Grâce à l'isolement des détenus atteints de grippe, la maladie n'a pris à aucun moment un développement épidémique.

Cette situation, si exceptionnellement favorable, est due certainement aux mesures hygiéniques prescrites et à la surveillance rigoureuse dont elles sont chaque jour l'objet.

Chaque prisonnier entrant est soumis à mon examen médical le jour ou le lendemain de son arrivée : il est baigné ou douché aussitôt et les vêtements de ceux qui sont signalés sont désinfectés à l'acide sulfureux dans un local parfaitement approprié.

En dehors de ce premier bain, tous les détenus sont plus tard rebaignés par séries, particulièrement dans la saison chaude. Cette prescription a déjà reçu son exécution pendant la période de chaleur que nous venons de subir.

Une mesure, que je regarde comme très importante, est aussi en vigueur au Fort-du-Hâ. S'il est vrai que les maladies contagieuses, qui peuvent devenir rapidement épidémiques, se développent rarement dans l'intérieur des prisons où les règles hygiéniques sont rigoureusement appliquées, il n'en est pas de même de celles qui peuvent être apportées dans les établissements pénitentiaires par les détenus vagabonds qui arrivent des contrées où règnent des maladies contagieuses. Les faits récents de typhus exanthématique à Lille, à Paris, à Nanterre, à Amiens, etc., ne prouvent que trop le bien-fondé de cette observation. Or, les vagabonds, étrangers à notre département (1) et venant de tous les points de la France, représentent un chiffre relativement élevé de notre population pénitentiaire.

Aussi, attachons-nous une grande importance à signaler très exactement au personnel des gardes les zones contaminées, de façon à ce que tout détenu arrivant d'une localité suspecte soit immédiatement isolé et soumis à notre observation tout le temps jugé nécessaire. La désinfection complète de ses vêtements est aussi pratiquée sans retard.

C'est ainsi que nous avons procédé pendant toute la période cholérique de l'an dernier et que nous procédons encore depuis que le typhus exanthématique a été signalé. Les mêmes précautions sont appliquées en ce moment aux détenus arrivant des contrées où se sont produits des cas de choléra.

Il serait bien désirable que les mesures rigoureuses que je signale ici fussent rendues obligatoires dans les prisons, dépôts de mendicité et asiles de nuit, publics ou privés. Elles éviteraient certainement ces propagations d'épidémies qui ne sont pas meurtrières seulement pour les détenus, mais qui sont menaçantes et redoutables aussi pour le personnel administratif et pour la population des villes.

Pour se mettre en garde contre le danger, il faut, avant tout, savoir qu'il existe. Aussi est-il très désirable que l'Administration supérieure signale à l'avenir, sans retard, à qui de de droit, par la voie hiérarchique, l'existence des maladies contagieuses avec indication des contrées envahies.

D'un autre côté, l'obligation d'informer l'Administration des épidémies développées dans les prisons et des causes qui ont pu les produire devrait être imposée aux médecins des établissements pénitentiaires. Ces mesures, d'une application facile, constitueraient, sans frais, un progrès hygiénique incontestable.

(1) Le nombre des entrants au Fort-du-Hâ est annuellement de 3600 à 4000, dont 6 à 700 appartiennent à la catégorie des vagabonds, étrangers au département de la Gironde.

Vous savez avec quelle exactitude s'exerce la surveillance des denrées destinées à l'alimentation des détenus. Je dois dire ici que ces fournitures sont généralement de bonne qualité et conformes au cahier des charges, dont toutes les obligations sont rigoureusement exigées.

J'ai fait, il y a quinze jours environ, accompagné par le gardien-chef, une visite générale et minutieuse de tous les locaux de la prison. Le gardien-chef et les gardiens sous ses ordres s'emploient de leur mieux à maintenir les bonnes conditions hygiéniques que je viens de signaler.

Les détenus atteints annuellement de maladies contagieuses développées dans la prison (variole, rougeole, scarlatine, érysipèle, oreillons, etc.) sont en très petit nombre. Ils sont toujours immédiatement isolés et les locaux qu'ils ont occupés, ainsi que leurs effets, draps, linge et objets de literie, sont soumis à une désinfection rigoureuse. Les murs sont ensuite reblanchis à la chaux.

La municipalité de Bordeaux s'est mise, dans ces derniers temps, à notre disposition pour faciliter, au moyen de l'outillage perfectionné qu'elle possède, les diverses opérations de nettoyage et d'antisepsie que nous aurions à pratiquer. Une fois déjà, pour un cas de variole, nous avons réclamé et obtenu son concours.

Le désir exprimé par M. le Directeur général, dans la *Note de service*, d'une entente avec l'Administration municipale, au sujet d'une étuve mobile pour désinfection, se trouve ainsi réalisé.

Quelques cas de variole ayant été constatés au Fort-du-Hâ, il y a plusieurs mois, nous avons procédé, avec plein succès, à la revaccination générale de la population pénitentiaire et du personnel administratif sans exception. Cette mesure serait renouvelée si de nouveaux cas de petite vérole venaient à se reproduire.

THÉRAPEUTIQUE

Acide tartrique et sublimé. — D'après M. Carles, si les formules modernes, et spécialement celles plus récentes de l'Académie de médecine, préconisent l'addition d'acide tartrique au sublimé, c'est parce que, pour les lotions antiseptiques, le sublimé est employé à faible dose et dilué, non dans l'eau distillée, ce qui rendrait l'acide tartrique inutile, mais dans une grande quantité d'eau potable ordinaire.

Or, cette eau commune contient toujours des traces d'ammoniaque et surtout des proportions fort pondérables de carbonates de chaux et de magnésie, susceptibles de décomposer le sel mercuriel et de détruire une bonne part de son action. Pour en donner une idée, négligeons l'ammoniaque, mais notons que la plupart des bonnes eaux potables renferment 15 centigrammes par litre de carbonates terreux et que beaucoup d'autres en contiennent 50 centigrammes, susceptibles d'insolubiliser, dans tous les cas, un poids triple environ de sel mercuriel. Si nous considérons la proportion de sel mercuriel mise en œuvre dans les lotions hygiéniques ou antiseptiques, nous comprendrons combien leur efficacité serait vite, sinon annihilée, du moins diminuée, sans l'intervention d'un acide destiné à neutraliser ces carbonates terreux. Tout acide, autre que le tartrique, remplirait le même but. Si l'Académie a choisi celui-ci, c'est parce que nos muqueuses s'accommodent toujours mieux du contact des acides organiques, et parce que, parmi ces derniers, c'est le plus commun et le plus économique. On pourrait même dire qu'à cause de son origine, c'est l'acide le plus français, ce qui intéresse peu la thérapeutique.

Créosote soluble dans l'eau. — A signaler, dans le « Répertoire de pharmacie », un moyen fort ingénieux recommandé par M. Carles, pour rendre soluble la créosote.

« Parmi les diverses formes pharmaceutiques sous lesquelles on emploie la créosote, la dilution en lavements est celle qui paraît avoir momentanément la faveur d'un grand nombre de cliniciens. Pour l'administrer ainsi, le mode préféré est celui qui consiste à dissoudre d'abord la créosote dans une huile animale (de foie de morue ou de pied de bœuf), et à émulsionner le tout après, soit avec un mucilage gommeux, soit avec un jaune d'œuf. Mais, comme la fabrication de cette sorte de médicament réclame tous les jours l'intervention du pharmacien, que d'ailleurs sa conservation n'est pas durable et qu'enfin son absorption intestinale est retardée et limitée par le corps gras et l'agent émulsif, plusieurs praticiens girondins ont demandé s'il n'y aurait pas moyen de rendre la créosote soluble dans l'eau. Après de multiples essais infructueux, M. Carles est arrivé à la formule suivante, qui réalise ce désir :

Créosote de hêtre.	10 grammes.
Teinture de bois de Panama. . . .	80 —
Eau distillée.	60 —
Total	150 grammes.

Chaque cuillerée à soupe renferme 1 gramme de créosote. Cette dose, versée dans n'importe quelle quantité d'eau froide et mieux encore tiède, donne une solution parfaite.

Dans l'espèce, il ne s'agit pas d'émulsion. La créosote est dissoute et non divisée ; le lavement préparé est aussi limpide qu'un quart de litre d'eau contenant 8 grammes de teinture de Panama. L'agent de dissolution est bien effectivement la saponine, car, si nous remplaçons dans la formule ci-dessus la teinture de Panama par un égal poids d'alcool au même degré, la créosote se sépare rapidement de l'eau.

Comme nouvelle preuve de dissolution réelle, indiquons que, lorsqu'on dilue la créosote simplement alcoolique dans l'eau, le vase dans lequel on a fait la dilution conserve opiniâtrement, après lavage, l'odeur de créosote, tandis que toute odeur disparaît de celui qui a contenu la dilution de créosote panamisée.

La mixture préparée selon cette formule se conserve indéfiniment. Elle permet au malade de préparer lui-même son lavement créosoté. La clinique bordelaise a sanctionné sa commodité et aussi la tolérance et l'efficacité de la créosote administrée sous cette forme soluble. »

NOTES CHIRURGICALES

Traitement des deux bouts de l'intestin réséqué au cours d'une opération. — M. Thiriar a fait, sur ce sujet, une communication à la Société belge de chirurgie. Il la résume ainsi :

« Lorsque, dans une opération de longue durée, on est forcé de réséquer un intestin, l'établissement d'un anus contre nature est presque toujours préférable à l'entérorraphie immédiate avec rentrée de la partie suturée dans le ventre ;

Dans la plupart des cas d'anus contre nature, l'entérotomie avec anoplastie donne de meilleurs résultats que l'entérectomie. »

Kyste dermoïde du raphé périnéal et du scrotum. — M. Reclus publie, dans la « Gazette hebdomadaire », ce fait, peut-être unique dans les annales de la médecine, qu'il résume en cette courte phrase : « On peut rencontrer, au niveau du raphé qui s'étend de l'anus au prépuce, des kystes dermoïdes d'aspect canaliculaire et dus à l'enclavement de la peau au moment de la formation de la gouttière uréthrale. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 août 1893. — Présidence de M. Le Fort.

COMMUNICATIONS

Manifestations nerveuses du typhus exanthématique. — M. H. DE BRUN (de Beyrouth). Parmi les manifestations nerveuses des cas de typhus exanthématique que j'ai observés à Beyrouth à l'état épidémique au début de l'année il faut placer

d'abord la céphalalgie qui existe chez presque tous les malades, et qui, chez quelques-uns, persiste pendant tout le cours de l'affection avec une violence peu commune. Elle peut survivre à la défervescence, et, dans quelques cas, elle poursuivrait encore le patient plus de quinze jours après la chute de la température.

Le vertige est encore plus constant et, en quelque sorte, plus caractéristique. S'exagérant beaucoup quand le malade se lève, il le tourmente surtout au moment de la convalescence, l'empêchant de marcher et de travailler. Je l'ai vu persister quarante et un jours après le début de la maladie et vingt-cinq jours après la défervescence avec une intensité telle que le malheureux patient était dans l'impossibilité de se tenir debout sans risquer d'être projeté par terre.

L'insomnie, très fréquente, peut durer huit à douze jours sans que le malade puisse trouver un quart d'heure de repos, les narcotiques restant, en général, impuissants.

La rachialgie et la gastralgie ne sont pas rares, mais sont moins constantes et moins importantes que dans la variole.

L'hyperesthésie cutanée s'observe dans un grand nombre de cas; elle peut être généralisée ou localisée (en particulier à l'abdomen). Son intensité peut être très grande. Chez un malade plongé dans la prostration et en plein délire, l'hyperesthésie était telle qu'il suffisait de le toucher avec le doigt pour lui arracher des cris et faire contracter violemment son visage.

L'endolorissement général, les sensations de brisement, de courbature apparaissent dès le début et sont parfois très accusés. Ils coexistent avec les sensations de fatigue et d'anéantissement qui précèdent la prostration typhique dont ils sont en quelque sorte une manifestation atténuée.

La prostration est un symptôme capital. Dans les formes légères, un mouvement un peu étendu, l'absorption d'un potage, la déglutition d'un verre de boisson plongent parfois le patient dans un réel abattement. Ce qui donne à cette prostration, quelque légère qu'elle soit, un cachet particulier, c'est la difficulté qu'éprouvent les malades à parler. La langue paraît fixée au plancher de la bouche; elle est lourde, empâtée, se meut difficilement; aussi les paroles sont-elles lentes, souvent tremblées et s'échappent-elles parfois des lèvres à peine entr'ouvertes.

Dans les formes moyennes, dès le cinquième ou le sixième jour, les malades sont plongés dans une sorte de torpeur analogue à celle que présentent les dothiénentériques à la fin du second septénaire.

Dans les formes graves, l'abattement est précoce et débute en quelque sorte avec le frisson initial, pour s'accentuer avec une incroyable rapidité. On a quitté la veille un malade dont l'affection remonte à vingt-quatre ou trente-six heures, il était affaissé et sans énergie; le lendemain, on le trouve plongé dans une torpeur dont on a peine à le tirer; quelques heures plus tard, il sera dans une sorte de coma qui durera jusqu'après la défervescence ou jusqu'à la mort.

La prostration n'imprime pas toujours, comme dans la dothiénentérie, le masque dit typhique sur la physionomie des patients. Ceux-ci ont plutôt l'air soucieux et inquiet.

A côté des phénomènes de dépression que je viens de décrire, il faut signaler les phénomènes d'excitation.

Je n'insisterai pas sur l'agitation que l'on observe parfois pendant les quatre ou cinq premiers jours; par contre, j'attache une très grande importance au tremblement, qui est un symptôme presque constant. Parfois léger, il ne s'aperçoit que quand les malades veulent faire un mouvement; d'autres fois intense, il les met dans l'impossibilité de porter à leur bouche les aliments ou les boissons. Ce tremblement, le plus souvent très accusé au niveau des mains (où ses oscillations verticales, isochrones et d'égale amplitude, le font ressembler au tremblement alcoolique), est parfois beaucoup plus prononcé encore au niveau de la mâchoire, de la langue et des lèvres. La langue, projetée hors de la bouche quand on demande au malade de la montrer, est animée de mouvements vermiculaires incessants et s'agite sans pouvoir être maintenue dans une position fixe; les commissures des lèvres sont également tiraillées par les tressaillements de leurs élévateurs et la mâchoire elle-même peut présenter, dans sa totalité, des secousses tellement violentes qu'il m'a été impossible parfois de prendre la température buccale. Dans les formes moyennes et légères, les paroles sont tremblées d'une façon frappante, et ce symptôme peut persister assez longtemps après la défervescence pour m'avoir permis de faire un diagnostic rétrospectif un mois et demi après la guérison.

Les soubresauts de tendons sont plus constants et plus accusés que dans la fièvre typhoïde.

Les troubles intellectuels s'observent à des degrés divers chez tous les malades. Dans les formes atténuées, on constate une absence plus ou moins complète de raisonnement, l'incertitude et le défaut d'association des idées, la disparition des sentiments affectifs, l'impassibilité. L'intelligence s'émousse et disparaît en totalité ou en partie. Quelques sujets ont des hallucinations visuelles qui se rapprochent beaucoup des hallucinations alcooliques; d'autres sont poursuivis, pendant tout le cours de la maladie, par une idée dominante qui les obsède et autour de laquelle évolue leur délire et s'agitent toutes leurs pensées.

Mais ce qui domine dans l'histoire des troubles intellectuels du typhus, c'est certainement la perte de la mémoire. Et il ne s'agit pas ici d'un simple affaiblissement d'une faculté, fait banal dans un grand nombre de maladies infectieuses : c'est sa disparition complète, absolue, que l'on constate chez beaucoup de sujets, sinon pour tous les faits de leur existence de malade, au moins pour quelques-uns d'entre eux. Dix minutes après s'être entretenu pendant un quart d'heure avec l'un de ses amis, un de mes élèves, atteint d'un typhus d'une moyenne intensité, demandait pourquoi cet ami n'était jamais venu le voir, et ne voulut pas croire qu'il venait à l'instant de lui serrer la main. Une jeune femme que je soignais à partir du cinquième jour de sa maladie, et qui n'eut, pour ainsi dire, pas de délire, demandait chaque jour au confrère qui m'avait appelé auprès d'elle, si je n'allais pas enfin me décider à venir la voir; elle oubliait chaque matin ma visite de la veille.

Les différents troubles psychiques que je viens de mentionner concourent à des degrés divers à l'élaboration du délire qui peut affecter des caractères variables. C'est ainsi que certains sujets présentent un délire doux et tranquille, marmottant simplement, dans une demi-torpeur, quelques paroles incohérentes; d'autres, obéissant à une idée fixe, présentent un délire nettement systématique; d'autres encore, sous l'influence d'hallucinations terrifiantes, ont un délire de parole et d'action se rapprochant beaucoup du delirium tremens et pour lequel on est obligé parfois d'employer des moyens de coercition.

Le délire peut apparaître (rarement) dès le premier jour, plus fréquemment dès le troisième ou le quatrième. Il augmente pendant toute la maladie, diminue au moment de la défervescence, mais lui survit souvent. Je l'ai vu éclater très violent le jour même de l'apyrexie chez une femme qui en avait été indemne pendant tout le cours de la maladie.

Sur la défense de la Roumanie contre le choléra. — **M. BABÈS** (de Bucharest). La Roumanie, qui se trouvait absolument à l'abri du choléra, a été envahie aussitôt que la quarantaine a été abandonnée, et, quoique l'épidémie ait sévi avec fureur dans notre pays, la Bulgarie, sur la rive opposée du Danube, est restée indemne à la suite des mesures quarantenaires instituées par le gouvernement de ce pays contre les provenances roumaines.

Le choléra a fait éprouver à la Roumanie, pendant ces quelques jours, plus de dommages que n'en avait fait éprouver la quarantaine de l'année passée. Il a fait son apparition parmi les travailleurs du port de Braïla, sur le Danube. Ces malheureux ont été infectés, sans doute, par des personnes portant les germes du choléra et venant des contrées contaminées. Les premiers cas suspects datent du 21 juillet. Dans l'intervalle compris entre le 21 juillet et le 4 août, on a signalé 12 cas, dont 7 mortels. Le

premier examen, fait à l'Institut de bactériologie de Bucharest, montra, dans 3 de ces cas, après vingt-quatre heures de recherches, l'existence du bacille-virgule de Koch. Depuis, l'épidémie a progressé, et, le 15 août, on comptait à Braïla 147 cas avec 77 décès; à Sulina, 185 cas avec 90 décès; à Cernavoda-Fetesti, 32 cas avec 14 décès, et à Galatz, 21 cas avec 9 décès.

Le gouvernement, malgré tous ses efforts, se trouve jusqu'à présent dans l'impossibilité d'empêcher l'extension de l'épidémie qui menace la capitale par son apparition à Calarasi, à quelques heures de Bucharest.

C'est donc immédiatement après l'abandon des quarantaines que le choléra, qui attendait à nos frontières, est entré en Roumanie, frappant des centaines de malades, et compromettant de la manière la plus grave nos intérêts économiques, en arrêtant, d'une manière presque absolue, notre exportation.

L'orateur met en relief les deux faits suivants :

1° La Roumanie, bien que menacée de tous les côtés en 1892, s'est défendue contre le choléra, grâce à une quarantaine; elle n'a été envahie par l'épidémie qu'après la levée de la quarantaine;

2° Les pays européens les plus exposés au fléau, qui, en 1892, avaient fait des quarantaines, ont été absolument préservés du choléra, tandis que presque tous ceux qui avaient abandonné les quarantaines ont été envahis.

LECTURE

De l'hydrothérapie dans les dermato-neuroses. — **M. BENI-BARDE** a traité, par l'hydrothérapie, un certain nombre de malades atteints de dermatoses d'origine nerveuse et, en particulier, de lichen plan.

Il a employé la douche tiède, à la température de 35 degrés centigrades, qui possède une action particulièrement sédative. L'eau doit être projetée au moyen d'une grosse pomme d'arrosoir débitant un fort volume d'eau, de façon à mouiller, pour ainsi dire, tout le corps à la fois. La force de percussion de la douche doit être très atténuée, et sa durée doit être de trois à six minutes environ.

Après la douche, le malade ne doit pas être frictionné, mais simplement essuyé le plus légèrement possible.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Introduction à l'étude des lois générales de l'hypodermie (1), par J. Chéron.

M. Chéron a remarqué que toutes les injections hypodermiques, faites avec des substances non toxiques, donnent des résultats analogues, quelle que soit leur composition. Il en a conclu que l'élément actif c'était, non pas le médicament injecté, mais la transfusion. Aussi a-t-il cherché à remplacer toutes les formules données par une formule dans laquelle figureraient les sels du sérum sanguin. Grâce à cette solution, il obtiendrait toujours un relèvement de la tension artérielle et, en conséquence, une sensible amélioration, sinon la guérison dans les cas très nombreux où l'abaissement de cette tension joue un rôle dans la physiologie morbide. Sa solution renferme du sulfate de soude, du phosphate de soude en solution concentrée. Son livre est évidemment optimiste, mais plein d'intérêt. Nous reparlerons plus tard de l'hypodermie.

La coqueluche (2), par H. Richardière.

On trouvera dans ce volume une monographie fort bien faite de la coqueluche. Les formes cliniques et les complications y sont soigneusement étudiées, le traitement longuement exposé.

(1) In-8°. Prix : 10 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.
(2) In-16. Bibl. Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

La méthode de Brown-Séquard (1), par le docteur Ch. Eloy.

M. Ch. Éloy a rassemblé dans ce petit volume tous les renseignements relatifs à la méthode des injections hypodermiques de liquides organiques : médication orchitique, thyroïdienne, pancréatique, capsulaire et cérébrale. On y trouvera tout ce qui concerne la physiologie, les indications cliniques et thérapeutiques et la technique de cette méthode. Bien que peu partisan de la médication orchitique, bien que très sceptique vis-à-vis de la transfusion nerveuse, — sévèrement jugée, il faut le dire, par l'auteur — nous pouvons recommander la lecture de ce recueil aux médecins que la question intéresse (aux malades nous conseillons de consulter leur médecin), ils y trouveront réunis les principaux documents relatifs à la médication par extraits d'organes, une des choses les plus curieuses de notre époque, curieuse pour les uns au point de vue philosophique, pour les autres au point de vue de la thérapeutique.

Formulaire des médicaments nouveaux [4e édition] (2), par H. Bocquillon-Limousin.

La nouvelle édition de ce petit manuel renferme des additions assez nombreuses aux éditions antérieures. Les médecins sont toujours heureux de trouver réunies, dans une sorte de dictionnaire de poche, les indications sommaires relatives aux médicaments nouveaux ; le difficile, dans une énumération de ce genre, ce serait, non d'ajouter des substances nouvelles à une liste déjà trop longue, mais d'en retrancher les mort-nés, de constater leur décès.

De la leucoplasie buccale (3), par le docteur Clémenceau de la Loquerie.

Bonne étude, du reste couronnée par l'Académie, de cet état incertain encore dans sa nature, qu'on dénommait autrefois psoriasis buccal et qu'on appelle maintenant d'un mot à juste titre aussi vague dans sa signification que la maladie l'est elle-même dans sa nature : leucoplasie buccale. On sait que les plaques blanches de la langue aboutissent souvent à l'épithélioma. Ce sont des *noli me tangere*, qu'on conseille souvent de traiter par la douceur pour ne pas les exaspérer. M. Clémenceau conseille de les détruire radicalement par une cautérisation énergique par le nitrate acide de mercure ou l'acide chromique concentré.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 26 août 1893, a été nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer, M. le docteur Lorieux, médecin de deuxième classe des colonies, démissionnaire.

— Par décret, en date du 27 août 1893, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. le docteur Rivaud, ex-médecin-major de deuxième classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. le docteur Cot, ex-médecin aide-major de première classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. Laplanche, Heftler, Tardivel, Jasiewicz, Süss, Mercier, Rosaire, Morneau, Féolde, Vergez-Houta, Morel, Lwoff, Roger, Clerval, Jacquinot, Bezançon, Jacques, docteurs en médecine.

(1) In-8°. Bibl. méd. variée. Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) In-18. Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(3) In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, A. Maloine.

— Par décret, en date du 28 août 1893, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Salamoue-Ipin et Bousquet.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bauduin (de Quiévy), Fichot (de Corbigny), Henry (de Reccy-sur-Ource) et Moreau-Wolff (de Paris).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Atlas de cystoscopie, par le docteur Émile BURCKHARDT, privat-docent de chirurgie et ancien chef de clinique de la clinique chirurgicale de Bâle (Préface du professeur A. SOCIN). 1 vol. gr. in-8° avec 24 planches en couleurs. — Prix : 15 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Des phénomènes de synopsie (audition colorée), photismes, schèmes visuels, personnifications, par Th. FLOURNOY, professeur extraordinaire de psychologie expérimentale à l'Université de Genève. 1 vol. in-8° avec 82 figures dans le texte. — Prix : 6 francs. — Paris, Félix Alcan.

Thérapeutique des maladies de l'estomac et de l'intestin (*Bibliothèque de thérapeutique médicale et chirurgicale*, publiée sous la direction de MM. Dujardin-Beaumetz et Terrillon), par le docteur Albert MATHIEU, médecin des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-18 jésus de 400 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Influence du travail intellectuel sur les variations de quelques éléments de l'urine à l'état physiologique, par le docteur Henry THORION, ancien chef des travaux chimiques à la Faculté de médecine de Nancy. 1 vol. gr. in-8° de 120 pages avec 7 planches. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

De la valeur et des effets du lait bouilli et du lait cru dans l'allaitement artificiel, par le docteur H. DROUET. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Hygiène et traitement du diabète (3e édition), par le docteur E. MONIN. 1 vol. in-12. — Prix 3 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 100. — SAMEDI 2 SEPTEMBRE 1893. 66e ANNÉE. SAMEDI 2 SEPTEMBRE 1893. — N° 100.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De la consanguinité au point de vue médical.

MALADIES DONT ON L'A ACCUSÉE D'ÊTRE CAUSE. — CONSANGUINITÉ EN ZOOTECHNIE. — POURQUOI ELLE EST ÉVITÉE EN BIOLOGIE. — LA CONSANGUINITÉ EXALTE L'HÉRÉDITÉ ET L'INFLUENCE DU MILIEU. — — NÉCESSITÉ DE TENIR COMPTE DE CE DERNIER FACTEUR.

Par le docteur Félix Regnault,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

Historique. — Il faut remonter presque à l'antiquité pour trouver le premier auteur qui se soit occupé de la consanguinité. Saint Augustin, en effet, aurait reconnu, par expérience, que les mariages consanguins « sobolem non posse succrescere » (1).

Puis nous passons aux capitulaires des rois francs où se trouvait écrit que : « Ex his nuptiis procreari solent cæci et claudi, gibbi et lippi sive aliis turpibus maculis adspersi. »

A une époque plus rapprochée de nous, Robert Burton (2), en 1621, montre les mauvais effets de la consanguinité et approuve les prescriptions de l'Église.

En 1671, Dugard (3) soutient la même thèse et, en 1813, Fodéré (4).

Mais il faut arriver à Ménière, en 1856, pour trouver la question traitée à un point de vue scientifique.

Le rôle de la consanguinité en pathogénie fut alors examiné d'abord au point de vue de la surdi-mutité, puis dans toutes les maladies, par MM. Rilliet, Devay, Chazarain, Chipault, Brochi, Sicard, Boudin, Hocquard, Liebreich, Mitchell, Bemiss, Howe, Allen, Mantegazza.

Les méfaits que lui imputaient ces divers auteurs étaient réfutés par MM. Bourgeois, Périer, Séguin, Voisin, Thiébault, Dally, Huth, Georges Darwin.

La question de la consanguinité chez l'homme semblait devoir s'éclaircir par comparaison avec la reproduction chez les animaux domestiques. Mais les travaux des zootechnistes se contredisaient également sur ce sujet. Aubé, Huzard père, Low, Sinclair, Knight, Sebright, Hartmann, Rhode, Settegast étaient anti-consanguinistes; Huzard fils, Gayot, Samson, Beaudouin, Gourdon, Flourens, de Charnacé, Bakewell, Baumeister étaient, au contraire, consanguinistes.

On porta de 1856 à 1866 des faits nombreux et contradictoires, des discussions passionnées éclatèrent, car on allait jusqu'à mettre en doute la bonne foi scientifique de ses adversaires; puis cette époque de lutte se termina sans que la question en fût éclaircie.

Depuis, les idées de Darwin se sont répandues, les principes sur la sélection et l'hérédité sont généralement admis et, bien que la question de la consanguinité n'ait pas été directement reprise, on tend aujourd'hui à la considérer comme un mode de l'hérédité.

Il nous a paru intéressant de faire la révision des faits et des statistiques, en les éclairant des nouveaux principes biologiques qui semblent expliquer tout ce qu'il y avait autrefois d'apparentes contradictions sur ce sujet.

II

Maladies qui seraient provoquées par la consanguinité. — Les médecins ont rendu la consanguinité responsable d'une foule de maladies : surdi-mutité, rétinite pigmentaire, rachitisme, phtisie, hydrocéphalie, scrofule, icthyose et jusqu'à la lèpre!

M. Devay (1) va même jusqu'à admettre, chez les consanguins, une flétrissure dans la beauté; « les traits s'épatent et se vulgarisent; on rencontre aussi des individus ayant des cheveux rouges et des rousseurs à la peau. »

M. Rilliet [de Genève (2)], bien que plus modéré, n'a pas moins relevé de nombreux reproches imputables aux mariages consanguins. Il les a classés de la façon suivante :

1° Absence de conception;
2° Retard de conception;
3° Conception imparfaite (fausses couches);

(1) Thorpe. *Ancient laws and institutes of England*, London 1840, p. 337.
(2) R. Burton. *Anatomy of melancholy*, Oxford 1621, p. 85.
(3) S. Dugard. *The marriages of cousin german*, Oxford 1763, p. 36.
(4) Fodéré. *Médecine légale*, 1813.

(1) Devay. *Du danger des mariages consanguins sous le rapport sanitaire*, 2e édit., Paris 1862.
(2) Rilliet. *Monit. des hôpit.*, 5 juin 1856, p. 532.

4° Produits incomplets, monstruosités;

5° Produits dont la constitution physique et morale est imparfaite;

6° Produits plus spécialement exposés aux maladies du système nerveux : épilepsie, imbécillité ou idiotie, surdi-mutité, paralysie, maladies cérébrales diverses;

7° Produits lymphatiques et prédisposés aux maladies qui relèvent de la diathèse scrofulo-tuberculeuse;

8° Produits qui meurent en bas âge et dans une proportion plus forte que les enfants nés sous d'autres conditions;

9° Produits qui, s'ils franchissent la première enfance, sont moins aptes à résister à la maladie et à la mort.

Nous allons examiner successivement ces différents points de vue, commençant par les maladies spéciales et sur lesquelles on a fait de nombreuses recherches statistiques.

Stérilité. — Elle aurait été observée chez l'homme à la suite des mariages consanguins. On en distingue deux degrés : absolue, c'est-à-dire aucun enfant, et relative, ou seulement un enfant ou un nombre moindre que celui que donnent les mariages ordinaires; mais la stérilité relative paraît bien plutôt relever de la volonté des parents que de toute autre cause.

M. Devay, sur 13 mariages consanguins, en a trouvé 8 stériles et, dans une statistique ultérieure, 14 sur 82.

Cadiot trouve 14 mariages stériles sur 54 contractés entre parents au troisième ou au quatrième degré. Cette proportion est très forte, car pour Spencer Wells, Simpson et Duncan, la proportion de mariages stériles n'est que de 10 à 15 p. 100.

M. Lancry (1) a relevé le fait suivant : Dans la commune de Fort-Mardyck (Nord), les mariages consanguins sont stériles dans 16 cas sur 100 et dans 7,95 sur 100 ne donnent qu'un enfant. Au contraire, les mariages non consanguins donnent seulement 7,3 cas de stérilité p. 100 et 3,5 cas p. 100 ont un enfant.

Mais à côté de ces exemples, d'autres nombreux prouvent qu'il est loin d'en être toujours ainsi. Mitchell (2) cite deux villages d'Écosse où, sur 82 mariages consanguins au quatrième et sixième degré, la proportion d'enfants dépassait 4,1 enfants par mariage, et un autre village où, sur 27 alliances consanguines, 3 ou 11,1 p. 100 étaient stériles, les autres ayant 4,4 enfants par famille.

A Saint-Kilda, 5 mariages consanguins donnent 10,8 rejetons par famille contre 9 pour les non-consanguins.

A la Noria, au Mexique, observe M. Poncet (3), la famille Nicolas O... a eu 12 enfants, 102 petits-enfants et 276 arrière-petits-enfants. Parmi les mariages contractés, 28 furent consanguins, dont 6 furent stériles et les autres donnèrent 5,1 enfants par couple.

M. Séguin l'aîné (4) marque que, dans sa famille, 10 mariages entre cousins au troisième et quatrième degré eurent 61 enfants.

Bemiss (5) trouve 3 942 enfants chez 833 familles consanguines, soit 4,7 enfants par mariage.

(1) Lancry. *La commune de Fort-Mardick*, Th. de Paris, 1890.
(2) Mitchell. *Soc. anthropol. de Londres*, 1865-66, p. 402 et suiv., et *Edinb. Med. Journ.*, 1862, p. 872.
(3) Poncet. *Rec. des mém. de méd. et de pharm. milit.*, sept. 1865.
(4) Séguin. *C. R. de l'Acad. des sc. de Paris*, 1863, p. 253.
(5) Bemiss. *Journ. of psychol. med. and ment. pathol.*, 1857, p. 370, et *Transact. of the Amer. Med. Assoc.*, Philadelphie 1858, p. 420.

La famille de Bourgeois (1) a eu 16 mariages entre proches, qui ont fourni 4,5 enfants par mariage. On a attribué à la consanguinité la stérilité qui se produit rapidement dans les familles nobles (Moheau, de Châteauneuf). Or le fait qu'avant de s'éteindre, elles donnent des avortons (on disait en Espagne, rapporte Moheau, que lorsqu'on annonçait un grand de la Nation, on devait s'attendre à voir entrer une espèce d'avorton), prouve ici que la stérilité n'arrive pas d'emblée, mais est due à la faiblesse et à l'incapacité des rejetons.

En résumé, s'il y a des exemples de mariages consanguins stériles, il en est d'autres qui prouvent leur fécondité.

En quels cas peuvent-ils donc être stériles?

La zootechnie nous fournit un utile enseignement. M. Cornevin (2) nous apprend que, quand on allie des porcs consanguins, on obtient des produits qui, dès leur naissance, sont de véritables boules de graisse et sont stériles. A l'autopsie, on trouve la dégénérescence graisseuse des ovaires. La consanguinité n'a donc, ici, amené la stérilité qu'indirectement.

De même le directeur des volières du Jardin d'acclimatation me disait que, par consanguinité continuée jusqu'à la troisième ou quatrième génération, les oiseaux deviennent stériles; on trouve beaucoup d'œufs clairs; les rares produits obtenus sont débiles, les petits s'élèvent mal. Ici encore, la stérilité n'arrive donc qu'au bout de plusieurs générations; elle paraît due à la chétivité des parents.

Mais en zootechnie, on n'observe pas que la consanguinité amène d'emblée la stérilité.

Il faudra donc rechercher, quand un mariage consanguin est stérile, si les mariés n'étaient pas eux-mêmes issus de consanguins et s'ils ne sont pas obèses, faibles et débiles, mais on ne repoussera pas, de parti pris, un mariage entre parents, sous prétexte qu'il devra être forcément stérile.

Surdi-mutité congénitale. — Ménière, le premier, à l'Académie de médecine, le 29 avril 1856, signala la fréquence de la surdi-mutité congénitale chez les enfants de consanguins.

M. Boudin (3), plus tard, porta d'intéressantes statistiques aux diverses sociétés savantes et provoqua des discussions passionnées. Il avait trouvé à l'institution des sourds-muets de Paris 19 consanguins sur 67 sourds-muets de naissance, ce qui donnait une proportion de 28,35 p. 100.

M. Dally (4) critiqua violemment ces chiffres. Il lui reprocha de n'avoir pas tenu compte de tous les sourds-muets. Il n'avait pris, en effet, que les sourds-muets de naissance, écartant, avec raison, les surdi-mutités qui paraissaient acquises.

M. Falret, d'ailleurs, dans une revue critique (5) admet comme justes les chiffres de M. Boudin.

Cette statistique devait, du reste, être suivie d'autres nombreuses :

De Balley, à Rome, sur 13 sourds-muets de naissance en trouvait 3 consanguins, soit 23 p. 100.

Chazarain, à Bordeaux, sur 89 en trouvait 27.

Landes (6), à Bordeaux, sur 55 en trouvait 24.

(1) A. Bourgeois. Th. de doct., Paris 1859.
(2) Cornevin. *Traité de zootechnie.*
(3) Boudin. *Ann. d'hyg. publ.*, 2e série, 1862, t. XVIII.
(4) Dally. *Bull. de la Soc. d'anthrop.*, 1862, et *Rev. d'anthrop.*, mai 1864, p. 78.
(5) Falret. *Arch. gén. de méd.*, 1862.
(6) Voir Th. de doctorat de Chipault, 1863.

Piroux, à Nancy, en comptait 21, puis 25 p. 100; Perrin, à Lyon, 25 p. 100. Brochard, sur 55 sourds-muets à Nogent-sur-Marne, trouvait 16 issus de consanguins.

Toutes proportions énormes, si on songe qu'il n'y a que 2 à 3 p. 100 de mariages consanguins en France.

M. Boudin, du reste, ne se bornait pas aux statistiques des Instituts de sourds-muets; il prenait la question sous toutes ses faces : A Berlin, sur 10000 protestants, on trouve 6 sourds-muets, dit-il, et sur 10000 juifs, on en trouve 27.

Liebreich compta, à Berlin, 42 juifs sur 341 sourds-muets, ce qui donne la proportion d'un huitième. Or, on sait que la proportion des mariages consanguins est plus forte chez ces derniers.

Enfin, dit M. Boudin, la proportion des sourds-muets augmente souvent d'une manière très sensible dans les localités où existent des obstacles naturels aux mariages croisés. Ainsi la proportion des sourds-muets qui est, pour l'ensemble de la France, de 6 sur 10000 habitants et de 2 seulement pour le département de la Seine, s'élève en Corse à 14 sur 10000 habitants; dans les Hautes-Alpes à 23, dans le canton de Berne à 28.

Dans le territoire de l'Iowa (États-Unis), en 1840, on trouvait 2,3 sourds-muets sur 10000 blancs et on en avait 212 sur 10000 esclaves (Bemiss). Or ces derniers s'unissent sans souci de la consanguinité.

Devay faisait remarquer « qu'en Chine, où le mariage est interdit non seulement entre individus parents à un degré quelconque, mais encore entre ceux qui, sans être parents, portent le même nom », la surdi-mutité est inconnue.

Mitchell, en Écosse, trouve la proportion d'un cas de surdi-mutité sur 16 consanguins, soit une fréquence cinq fois plus grande que chez les non-consanguins.

Dans le recensement de sourds-muets qu'on fit en Irlande (1), en 1861, sur 5000 cas, on releva 8 p. 100 d'issus de mariages consanguins.

Lent, sur 370 sourds-muets, trouve 13 cas de consanguinité.

Avec Loubrieu, on a 43 sourds-muets issus de consanguins sur 500 cas (2), soit 8,6 p. 100.

Mantegazza (3), faisant le relevé des statistiques italiennes, ne trouve plus que 12 cas sur 306, soit 3,9 p. 100.

A Hildesheim [Hollande (4)], on n'en a que 2 cas sur 257, soit la proportion infime de 0,77.

Ladreit de La Charrière, à l'Institut de Paris, sur la demande de Lacassagne, pour son article CONSANGUINITÉ du *Dictionnaire encyclopédique*, fit une nouvelle statistique. Il y avait sur 107 cas de surdi-mutité de naissance 17 issus de consanguins. Mais il fit observer que bien des cas réputés de naissance peuvent être survenus quelques mois après. Sur les 17 cas, dans 14 il y a doute, 3 restent incontestables.

Lacassagne table là-dessus pour établir la proportion 3 p. 107 (5), mais il faudrait rechercher également si sur les 107, il n'y a pas des cas douteux et les enlever pour établir une juste proportion, c'est ce qu'on n'a pas fait.

(1) W. STIEDER. *Ann. de dermogr. internat.*, 1879.
(2) LOUBRIEU. *Étude sur les causes de la surdi-mutité*, 1868.
(3) MANTEGAZZA. *Études sur les mariages consanguins*, Milan 1868.
(4) *Organ der blinden und Taubstummen anstalten in Deutschland*, 1857, p. 201, et Van der Stofh Huwelighen Tusschen Bloedverwanten.
(5) LACASSAGNE. *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. CONSANGUINITÉ.

Georges Darwin (1), le fils du grand naturaliste, a critiqué les chiffres des anti-consanguinistes. Il soumet les statistiques de Paris, Bordeaux et Nogent-le-Rotrou à un examen critique et élimine tout cas suspect : il admet néanmoins que sur 290 cas, il y en a 67 où la consanguinité est incontestable. Mais par un questionnaire envoyé à vingt instituts d'Angleterre, il ne trouva que 8 cas sur 362, ou 2,20 p. 100, proportion analogue à celle qu'il admet pour le nombre des mariages entre cousins germains en Angleterre.

Ces statistiques par correspondances, qu'emploient beaucoup les Anglais, ont peu de valeur, les observateurs étant différents et apportant un zèle variable dans leurs recherches.

Darwin le père s'en est servi avec succès pour des recherches d'histoire naturelle, mais il faisait des questions sur des faits et n'imposait pas de recherches statistiques à ses collaborateurs. Des statistiques faites directement par les auteurs seront toujours préférables.

La même critique peut s'adresser aux recherches de Van La Perre de Roo (2), qui a procédé par questionnaires et marque qu'à Anvers, sur 20 sourds-muets, il n'y a pas de consanguins; à Liège, sur 49, il y en a 5; à Berlin, 1 sur 92; à Munich, 0 sur 80; à Milan, 1 sur 56; à Rouen, 2 sur 80; à Lyon, 4 sur 86; à Bordeaux, 6 sur 173; à Paris, aucun cas de consanguinité n'aurait pu être trouvé par Charvin.

Pour nous résumer, si on admet qu'il existe, en France, une proportion de 2 à 5 p. 100 de mariages consanguins et que cette proportion diffère peu dans les autres pays, MM. Chazarain, Brochard, Balley, Bemiss trouvent une proportion de 15 à 30 p. 100 de sourds-muets consanguins. Loubrieu, Mantegazza, Lacassagne, les statistiques hollandaises d'Hildesheim de 10 à 0,77.

Nous ne pensons pas qu'il faille partir avec une opinion toute faite et rejeter comme fausse toute statistique qui la contredit. Elles ont été établies par des auteurs sérieux et compétents. Aussi doit-on admettre que la consanguinité peut jouer un rôle dans la production de la surdi-mutité, mais que ce rôle n'est pas constant et qu'il est des pays où elle paraît n'avoir pas d'action.

Nous verrons que ces conclusions s'accordent bien avec nos recherches ultérieures. Mais nous devons, dès à présent, protester contre l'opinion de Ménière qui pense que la surdi-mutité peut être créée de toutes pièces par la consanguinité. Cette opinion est opposée aux lois de l'hérédité qu'actuellement on est parvenu à bien établir. Il est vrai que souvent les sourds-muets engendrent des enfants qui entendent; mais M. Ribot (3) fait remarquer, avec raison, qu'on a vu quelques cas de surdi-mutité héréditaire.

On pourrait d'ailleurs se trouver en face de cas d'hérédité transformée : des durs d'oreille donneraient naissance à des sourds-muets. La question devrait être examinée à ce point de vue. Les parents consanguins qui engendrent des sourds-muets ne seraient-ils pas pourvus simplement d'otite scléreuse? On sait (4), d'après les auristes, qu'il n'y a pas d'affection à la fois plus fréquente et plus transmis-

(1) DARWIN. Mariages consanguins, *Journ. of the statist. Soc.*, juin 1875.
(2) VAN LA PERRE DE ROO. *La consanguinité et les effets de l'hérédité*, Paris 1881.
(3) RIBOT. *Hérédité psychologique.*
(4) HERMET. *Maladies de l'oreille*, 1892.

sible que celle-là. Malheureusement les recherches restent à faire à ce point de vue.

Rétinite pigmentaire congénitale. — Liebreich (1), le premier, a relevé la consanguinité comme cause de cette maladie. Il a fait ses recherches dans les institutions de sourds-muets. Sur 7 cas de rétinite à l'Institut de Paris, il en a trouvé 3 chez des consanguins, 1 non consanguin et 3 sans renseignement.

A Berlin, sur 35 cas, 14 consanguins, 12 non et 9 sans renseignement.

D'autres auteurs se sont livrés aux mêmes recherches et les statistiques sont souvent favorables :

Hering l'a trouvée 1 fois sur 6 cas ;

M. Hocquard (2) 3 fois sur 5 ;

Fieuzal (3), à la consultation de l'hospice des Quinze-Vingts, 8 fois sur 21 ;

M. Gillet de Grandmont (4) 8 fois sur 10 ;

A l'étranger, Maes en Hollande (5), 1 fois sur 7 cas où il a pu obtenir des renseignements ;

Nettleship, en Angleterre (6), 1 cas sur 4.

Monoyer, Galezowski, Maurice Perrin nient au contraire l'influence de la consanguinité. M. Abbadie m'a affirmé ne l'avoir jamais rencontrée. M. Hocquard pense que l'on retrouve plus souvent l'influence de la consanguinité dans un établissement de sourds-muets que dans une clinique ; d'où les divergences d'opinion à cet égard.

La rétinite pigmentaire est, du reste, une maladie essentiellement héréditaire et il serait bien nécessaire de rechercher, dans le cas où la consanguinité est mise en cause, si les parents n'avaient pas cette maladie, fût-ce à un degré minime.

Idiotie. — Moreau (de Tours) et Trousseau (7) ont, les premiers, cité des exemples de mariages consanguins ayant produit des idiots.

Legrand du Saulle cite 4 enfants provenant d'inceste : 2 étaient idiots, 1 épileptique et 1 hydrocéphale.

Mais cette statistique est sans valeur, car il faut bien penser que quand les rejetons incestueux sont bons, on ne les présente pas aux aliénistes.

Celle-ci est meilleure quand elle donne le pourcentage d'issus de consanguins dans un asile d'idiots. Nous en avons un grand nombre, et là encore, des résultats très différents.

Bemiss, dans deux statistiques différentes, en trouve 7 et 15 p. 100.

Mitchell en obtient 18,8 p. 100, puis 23,2 p. 100.

Une commission se réunit dans le Connecticut, en 1856, pour procéder à cette recherche : la proportion fut 12,5.

Down (8), sur 852 idiots, n'en trouve plus que 7 p. 100.

Avec Howe (9), qui a examiné 359 idiots, la proportion s'abaisse à 4,7 p. 100.

(1) LIEBREICH. *Arch. gén. de méd.*, 1862.

(2) HOCQUARD. *Rétinite pigmentaire*, Th. de doct., Paris 1875.

(3) FIEUZAL. *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. CONSANGUINITÉ.

(4) GILLET DE GRANDMONT. *Bull. de la Soc. d'anthrop.*, 1883.

(5) MAES. *Huweligken tusschen Bloedverwanten door van der Stock Gravenhage*, 1888.

(6) NETTLESHIP. *Ophthalmol. hosp. Rep.*, vol. IX, déc. 1877.

(7) TROUSSEAU. *Clinique médicale*, vol. II.

(8) J. L. H. DOWN. *Clinical lectures and reports by the medical and surgical Staff of the London hospital*, 1866, vol. III, p. 226.

(9) HOWE. On the cause of idiocy, *Journ. of psychol. med and. ment. pathol.*, 1858, p. 365.

M. Voisin, enfin, qui a fait des recherches à Bicêtre et à la Salpêtrière, sur 1557 malades, dit n'avoir jamais constaté la consanguinité.

Darwin, le fils, a procédé ici comme pour la surdi-mutité. Son enquête a donné 170 consanguins sur 4822 aliénés, soit 3,5 p. 100, un peu plus que la proportion de mariages entre cousins germains, qui serait 2 à 3 p. 100. Du reste, cette enquête, il le reconnaît lui-même, n'a pas la valeur des recherches faites directement ; en effet, on a posé les questions aux malades eux-mêmes, sur leurs parents, et ces malades étaient fous !

D'autres maladies nerveuses ont été attribuées à la consanguinité, à savoir : la chorée, l'épilepsie, l'hystérie. Enfin de nombreux auteurs ont pensé que le crétinisme pouvait être, en partie, causé par les mariages consanguins, nombreux dans les vallées des montagnes, où les communications sont difficiles. En réalité, cette étiologie n'est plus guère actuellement soutenue pour ces maladies. Elle n'a, du reste, jamais fait l'objet de statistiques sérieuses et si la consanguinité a une influence, elle ne peut que rentrer dans l'hérédité.

Malformations. — Il n'en est pas de même des malformations congénitales. Le docteur A. Polton a rapporté la curieuse observation d'une véritable endémie de sexdigitisme, dans un petit village nommé Izeaux, du département de l'Isère. Les communications étant très difficiles, les habitants de ce village n'avaient que des rapports éloignés avec les communes voisines et se mariaient constamment entre eux. A la fin du siècle dernier, hommes et femmes étaient porteurs d'un sixième doigt aux pieds et aux mains et cette monstruosité était encore générale il y a quarante ans. Depuis, la facilité plus grande des communications et les mariages croisés tendent à la faire disparaître. On sait d'ailleurs que la polydactylie est à un haut degré héréditaire.

Par contre, les statistiques du docteur Mitchell qui portent sur 146 issus de consanguins, ne donnent que 2 p. 100 atteints de malformations et celle de Bemiss, sur 3942 enfants issus de 833 mariages consanguins, donne 2,4 p. 100 de malformations.

Plusieurs auteurs ont cité le rachitisme, les convulsions de l'enfance, l'hydrocéphalie, la phtisie, la scrofule, l'icthyose, le pied-bot même (pour Lannelongue), comme fréquents dans les mariages consanguins, mais comme ils se bornent à la simple constatation de faits sans pourcentage, nous n'insisterons pas.

Il convient de parler de l'albinisme, qui, pour Aubé, résulterait de la consanguinité. S'il est très rare chez l'homme, il n'en est pas de même chez nos animaux domestiques et ici l'influence de la consanguinité est nettement établie.

M. Cornevin, par de très intéressantes expériences faites chez le lapin, a montré que s'il y avait, chez les ascendants consanguins, la moindre petite tache, celle-ci s'agrandissait chez les rejetons et on arrivait très rapidement à l'albinisme absolu.

Statistiques générales. — Tandis que les auteurs précédents ne s'occupaient que de l'action de la consanguinité sur une seule maladie, plusieurs ont remarqué que dans une famille issue de consanguins, tous ne sont pas frappés et ceux

frappés ne le sont pas tous de la même manière. « Ainsi ils ne sont pas tous épileptiques, tous sourds-muets, tous paralysés, mais ils sont diversement influencés, soit pour la forme, soit pour le fond, soit pour le degré. »

Une observation de M. le docteur A. Mathieu (1) est typique à ce point de vue. Il s'agit d'une famille B... ayant présenté 43 rejetons sur lesquels 10 sont bizarres, 3 fous et idiots, 3 sourds-muets et 1 suicidé.

Or il y a eu, dans cette famille tarée, deux mariages entre cousins; voici les résultats qu'ils ont donnés :

L'un de ces mariages s'est fait entre cousins germains : la femme avait une mère dont deux frères étaient fous et dont le père appartenait à la famille B...; le mari sain appartenait à la même famille B... Or ils ont eu 7 enfants considérés comme fort intelligents et ayant les plus grandes facilités.

Un autre mariage consanguin a donné des résultats bien différents : c'est entre une fille d'un caractère sombre qui s'est mariée avec le cousin germain de sa mère, dont le frère est idiot. Sur 5 enfants, 3 sont sourds-muets spontanément, sans cause connue, un autre enfant est bizarre.

Il en est de la consanguinité comme de l'hérédité; on peut observer des faits de *transformation*. Les auteurs ont voulu établir, par des statistiques en bloc, si les issus de consanguins étaient plus fréquemment tarés que les autres.

Howe (2) donne une statistique prise dans la province du Massachussets (États-Unis) : 17 mariages consanguins donnèrent 95 enfants, 44 étaient idiots, 12 scrofuleux, 1 sourd et 1 nain.

Mitchell cite 37 mariages consanguins qui donnèrent 146 enfants, dont 8 idiots, 5 niais, 2 épileptiques, 2 paralysés, 2 sourds, 3 monstres, 1 rachitique et 22 scrofuleux.

M. Cadiot a noté que 54 mariages ont fourni 33,4 p. 100 de scrofuleux, rachitiques, idiots et sourds.

Dans une autre statistique d'Ancelon, la proportion des mêmes maladies s'élèverait à 47,33 p. 100.

Le docteur Bemiss a observé 34 mariages consanguins ayant procréé 192 enfants, 58 sont morts en bas âge, 134 sont parvenus à l'âge adulte, dont 46 en bonne santé, 47 infirmes, 23 scrofuleux, 4 épileptiques, 2 aliénés, 2 muets, 4 idiots, 2 difformes, 5 albinos, 6 ont une vision défectueuse, 1 chorée et 32 ont la santé altérée sans indication.

Morris (3) a examiné 883 unions consanguines ayant donné 4 013 enfants, 61 p. 100 étaient mal constitués.

M. le docteur Rodet (4), sur 56 observations d'issus de consanguins, a trouvé 18 enfants sains, 9 cas pathologiques explicables par hérédité et 7 cas non explicables par cette cause.

M. Poncet, à la Noria, au Mexique, sur 27 unions consanguines, a vu 17 résultats défavorables aux enfants.

Mantegazza a relevé une statistique de 500 mariages consanguins, 398 ont eu un mauvais résultat, 102 bons.

III

La consanguinité exalte les tares héréditaires, mais ne les crée pas. — Si on joint ces statistiques générales à celles faites pour des maladies particulières, il semble que presque toujours la consanguinité donne de mauvais résultats. C'est ce qu'ont voulu soutenir les adversaires de ces mariages. Quelques-uns ont même été plus loin, prétendant que le fait seul de se marier entre parents amenait de mauvais produits, même si les parents étaient exempts de toute tare. « Comment, s'écriait M. Boudin, voilà des parents consanguins, pleins de force et de santé, exempts de toute infirmité appréciable, incapables de donner à leurs enfants ce qu'ils ont et leur donnant, au contraire, ce qu'ils n'ont pas, ce qu'ils n'ont jamais eu et c'est en présence de tels faits, que l'on ose prononcer le mot hérédité ! »

Il est presque inutile de dire que cette opinion de Boudin est absolument abandonnée. Certes, et les statistiques précédentes en font foi, la consanguinité peut donner de mauvais résultats. Mais il est contraire à tout ce qu'on observe en biologie de penser qu'elle puisse créer ces maladies. A enfants tarés, parents tarés. Si certains exemples ont induit le médecin en erreur, c'est qu'il ne pensait pas à l'hérédité par transformation. Nous avons vu, dans l'observation de M. Mathieu, des maniaques engendrer des sourds-muets. D'autres fois, comme M. Déjerine l'a montré dans sa thèse (1), des hystériques peuvent engendrer des fous, des migraineux, des épileptiques, etc., etc. Aussi ne saurait-on porter trop d'attention à l'avenir quand on soulèvera ces questions de consanguinité sur l'état des parents. D'autant qu'ici, étant consanguins, ils ont grande chance d'avoir les mêmes tares : de la sorte, ces tares sont exaltées chez le descendant, qui les reçoit de ses deux ascendants. Aussi trouva-t-on des observations où des parents consanguins, en apparence sains, ne présentant que des tares pathologiques minimes, ont des enfants doués d'une mauvaise constitution, débiles de corps ou d'esprit. C'est ce qui a pu donner lieu à l'erreur de Boudin.

La preuve que la consanguinité ne suffit pas *ipso facto* à donner de mauvais produits est facile à faire. Elle l'a été par tous les auteurs qui ont apporté des observations de consanguins parfaitement constitués, sains de corps et d'esprit. Sans quoi l'auteur de ces quelques lignes, issu lui-même de cousins germains, en même temps que cinq frères et sœurs vigoureusement constitués, ne les écrirait pas. Nombreuses sont du reste les observations analogues. Citons quelques-unes parmi les plus connues.

Devay a réuni 612 observations d'issus de consanguins sans résultat fâcheux et 131 mariages consanguins, il n'a trouvé que 35 enfants malades.

M. Bourgeois cite l'exemple de sa famille où il y a eu 8 mariages consanguins, sans autre mauvais résultat qu'un scrofuleux. Sur 25 familles, dans une statistique plus étendue, il n'a rencontré que de bons résultats.

M. Séguin a, de même, présenté dans sa famille 10 observations d'alliances consanguines avec 6,8 enfants par mariage, tous bien portants.

M. Perier (2), sur 26 observations d'alliances consanguines, n'a également trouvé que de bons résultats.

Les anti-consanguinistes eux-mêmes ne soutiennent plus que le seul fait d'être parents suffise pour engendrer des enfants tarés. Si les statistiques citées plus haut ne convainquaient pas, on n'aurait qu'à rappeler des exemples

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 1260.
(2) Howe. *Report made to the legislature of Massachussets*, Boston 1848.
(3) Morris. *North Amer. Med. and Chir. Review*, janvier 1857, p. 97.
(4) Rodet. Congr. méd. de Lyon, 1861.

(1) Déjerine. *Hérédité dans les maladies du système nerveux.*
(2) Perier. *Mém. de la Soc. d'anthrop.*, Paris 1863, p. 236.

célèbres : des races domestiques présentant de brillantes qualités ont été créées par le « breeding in and in », comme disent les Anglais, ou accouplements répétés par voie consanguine.

Ainsi la race de bœufs de Durham, ou courtes cornes, fut créée par Favourite, taureau qui, pendant seize ans, féconda ses filles et ses petites-filles. Il est vrai que pendant les dix-sept ans qui suivirent, l'éleveur Bates fut obligé d'introduire trois fois du sang nouveau dans son troupeau pour en relever la fécondité qui s'amoindrissait.

De même les plus fameux chevaux qui obtinrent des prix et firent souche de coursiers célèbres étaient issus de consanguins.

La race de moutons mérinos soyeuse ou de Mauchamp provient d'un jeune bélier qui offrait cette particularité et féconda sa mère, sa fille et d'autres brebis. Tant que l'accouplement se fit avec des brebis quelconques du troupeau, on n'obtint que très peu de sujets à toison soyeuse; au contraire, avec les femelles de sa propre descendance, il y eut toujours production de toison soyeuse. Du reste, les moutons redoutent très peu la consanguinité et les mérinos de Rambouillet se reproduisent entre eux, quoique, depuis 1858 seulement, on évite la consanguinité trop rapprochée.

John Martin, par l'accouplement de volailles consanguines, obtint des poules Dorking, d'une beauté exceptionnelle, et qui furent primées au concours.

La consanguinité en zootechnie n'a donc, dans tous ces exemples, pas donné d'effets fâcheux, mais bien plus, elle a réussi à fixer des caractères qui, sans cela, eussent été fugitifs et a permis ainsi de créer des races. Ces faits s'ajoutent aux précédents pour démontrer que la consanguinité exalte les caractères des parents, bien mieux que ne pourraient le faire les croisements. Mais souvent ces caractères peuvent être mauvais. Aussi si les éleveurs se risquent quelquefois à faire de la consanguinité pour arriver à fixer une qualité, généralement ils l'évitent. Il est défendu, dans les remontes de chevaux, de faire saillir des juments consanguines. Nos paysans craignent souvent la consanguinité pour leurs bestiaux. Des expériences scientifiquement conduites ont prouvé, nous l'avons déjà dit, que les tares des parents s'exaltaient, en cas de consanguinité, chez les descendants.

Si les lapins qui se reproduisent entre eux ont la moindre tache blanche, celle-ci grandit de plus en plus et on aboutit à l'albinisme. Les poules de Crèvecœur et surtout celles de Houdan, par la consanguinité, arrivent infailliblement à l'albinisme à la troisième génération.

On ne peut nier, qu'en ce cas, la tare n'augmente chez les enfants. Or comme il est difficile, dans l'élevage ordinaire, d'avoir des animaux qui n'aient absolument aucun défaut, on comprend qu'on évite, en général, la consanguinité et que celle-ci ne soit pratiquée que par des éleveurs possédant des animaux de race supérieure et recherchant surtout la beauté des produits. Même alors ils l'emploient avec prudence et recourent de préférence à la sélection, croisant deux animaux non parents, mais qui réunissent un grand nombre de qualités semblables.

IV

Si la consanguinité est évitée dans la nature, ce n'est pas a cause des mauvais résultats qu'elle peut donner. — Un raisonnement sur lequel il convient de mettre ici en garde est celui qu'emploient les anti-consanguinistes : en biologie, on observe la constance des croisements, disent-ils ; c'est donc que la consanguinité donne des résultats inférieurs, puisque la nature l'évite.

Il est vrai que la nature recherche toujours le croisement pour perpétuer les races. Nous ne ferons que résumer la question, malgré son intérêt, parce qu'elle ne se lie qu'indirectement avec le point de vue médical.

En botanique, on observe pour éviter l'auto-fécondation une ingéniosité et une variété de moyens admirables. Le vent ou les insectes transportent le pollen d'une fleur à l'autre.

Chez les animaux le même fait s'observe. La lutte entre les mâles pour la possession de la femelle favorise le croisement (1).

Chez l'homme, les lois restrictives de la consanguinité sont générales, au moins chez les peuples tant soit peu civilisés. Ces lois varient de l'un à l'autre, mais ses prescriptions n'en subsistent pas moins. On ne trouve l'endogamie absolue, la consanguinité sans atténuation que chez quelques races habitant un territoire très restreint ou de petites îles; ce sont généralement des races inférieures.

Mais les anti-consanguinistes se trompent quand ils pensent que la consanguinité est évitée, parce qu'elle donne des produits mal constitués et inférieurs. Darwin a prouvé qu'au contraire, en quelques cas, la consanguinité donnait des résultats supérieurs à ceux obtenus par le croisement. Ainsi les graines auto-fécondées des plantes « ipomea purpurea mimulus luteus et nicotiana » lui fournirent des types exceptionnellement beaux.

De plus, nous l'avons déjà dit, nos belles races de chevaux de course et d'animaux domestiques (taureaux de Durham, mouton de Mauchamp) ont été obtenues par une consanguinité rigoureusement pratiquée.

A ne s'en tenir qu'à ces faits et à ces expériences, l'auto-fécondation et la consanguinité auraient été avantageuses dans la nature puisqu'elles favoriseraient la sélection. Elles permettraient ainsi la formation d'espèces supérieurement organisées qui, par la concurrence vitale, feraient disparaître les autres. En réalité, le but que recherche la nature est tout autre, et si la consanguinité a été évitée, c'est pour que *l'aire géographique des espèces reste suffisamment étendue.*

Si deux individus habitent par eux-mêmes et par leurs ancêtres le même milieu, ils seront identiques. Leurs descendants seront adaptés à ce milieu restreint et ne pourront vivre dans un autre. Or, toute espèce qui n'occupe qu'une aire restreinte, lutte avec les autres dans des conditions désavantageuses et est exposée à périr.

Le croisement permet, au contraire, à l'organisme de s'adapter à des milieux différents et l'espèce occupant une aire étendue lutte avec plus de succès pour sa conservation.

Ces explications, bien qu'elles s'éloignent du point de vue médical, étaient néanmoins nécessaires pour faire comprendre les profondes différences, au point de vue biologique et médical.

En biologie, la consanguinité est toujours évitée parce qu'elle est défavorable à la conservation de l'espèce. Le médecin, lui, n'a pas à se préoccuper des lois générales de la nature, il ne doit déconseiller le mariage entre parents que s'il est défavorable à son client.

(1) Voir, pour plus de détails, « Les effets de la consanguinité », par M. F. Regnault (*Rev. scient.*, 25 fév. et 4 mars 1893).

V

Conduite du médecin. — Dans un mariage consanguin, comme dans tout mariage où il sera appelé à donner son avis, le médecin n'aura qu'à pratiquer l'examen des conjoints, les questionner sur les maladies qu'ils ont eues, rechercher surtout leurs antécédents héréditaires.

Mais cette dernière recherche devra surtout être en ce cas rigoureuse. Car il devra penser que la moindre tare se répercutera d'une façon terrible sur les enfants. Les futurs conjoints seront-ils neurasthéniques, hystériques, débiles, scrofuleux, suspects de rachitisme, ce sont des raisons pleinement suffisantes pour s'opposer au mariage; tandis que, si les conjoints n'étaient point parents, elles n'arrêteraient pas. Bien plus, la plus légère tare du côté des organes des sens ou des bizarreries de caractère, feront redouter la surdi-mutité, la rétinite pigmentaire ou la folie chez les enfants.

Le médecin aura toujours présente à l'esprit, chez les descendants, l'expérience si concluante des lapins qui, ayant une petite tache blanche, donnent des albinos par la reproduction en consanguinité.

Une objection se présente naturellement : en ce cas, il sera plus sûr, pour un médecin, de repousser toujours les mariages consanguins, car existe-t-il un sujet sans tare aucune? Si le médecin ne la découvre pas, il s'expose à encourir une grave responsabilité, dans le cas où, contrairement à son pronostic, les enfants seraient défectueux.

Sans aller jusque-là, nous pensons que l'examen minutieux des conjoints ne suffit pas. S'ils paraissent absolument sains, il faudra de plus, pour permettre le mariage sans crainte aucune, ni arrière-pensée, s'assurer qu'ils n'ont pas vécu dans le même milieu.

VI

Influence du milieu ou les parents ont vécu sur les résultats des mariages consanguins. — En effet, tout être a deux sortes de qualités, celles qu'il apporte en naissant et celles qu'il acquiert. C'est parce que les qualités acquises se transmettent aux descendants que les races varient. Il est presque superflu de démontrer que les propriétés acquises se transmettent par hérédité. Un des exemples les plus démonstratifs est celui, que citait M. Fournier, de parents syphilisés donnant d'abord un enfant syphilitique, puis prenant le traitement et ayant un enfant sain, l'abandonnant et en ayant un syphilitique, etc., c'est un fait connu de tous temps que l'enfant engendré par un homme ivre au moment de la conception est ordinairement idiot.

Appliquons cette idée de dissociation de l'hérédité au cas particulier de la consanguinité : soit deux parents. On craint, dans leur mariage, qu'ayant des propriétés semblables, s'ils ont des tares, ces tares ne s'exaltent chez le produit. Ces deux parents ont des propriétés héréditaires A qui ont grande chance d'être semblables, mais s'ils n'ont pas vécu dans le même milieu, leurs propriétés acquises a et b seront différentes et nous aurons, au moment du mariage, deux reproducteurs avec des propriétés l'un $(A+a)$, l'autre $(A+b)$. Ils seront donc différents. La consanguinité sera ainsi singulièrement atténuée. Si, au contraire, les deux parents consanguins ont habité, depuis leur enfance, le même milieu, ils seront plus semblables; si ce milieu est mauvais et donne des tares, celles-ci seront affirmées dans les descendants.

De nombreuses expériences ont vérifié cette loi biologique.

Darwin a auto-fécondé des plants de « mimulus luteus », pendant huit générations. Il croisa ensuite les produits obtenus avec des plantes entrecroisées, pendant le même nombre de générations, mais qui avaient été, autant que possible, conservées dans les mêmes conditions. Les semis issus de ce croisement vécurent en compétition avec d'autres provenant de la même plante auto-fécondée qu'on croisa avec un rameau nouveau.

Ces derniers furent aux premiers en hauteur comme 100 est à 52, et en fécondité comme 100 est à 4.

Même expérience et résultat similaire pour les dianthus.

Pour la même raison, les agriculteurs ont l'habitude de semer leur champ avec une autre graine que celle qu'ils ont récoltée.

Il en est de même en zoologie. Au Paraguay, nous apprend Darwin, les habitants croient à la nécessité de l'introduction occasionnelle d'animaux provenant d'une autre localité pour empêcher la dégénérescence et une diminution dans la fécondité.

Mais l'expérience faite à la ferme école de Lyon et rapportée par Cornevin est absolument probante. Quand les animaux de cette ferme ne reproduisent pas on les envoie à Givors, à 20 kilomètres de là, où on a établi dans ce but une autre ferme, et à leur retour ils couvrent. Le changement de milieu modifie les qualités des procréateurs et agit vis-à-vis du rejeton, comme le ferait la fécondation croisée : il fait disparaître les dangers de la reproduction en consanguinité.

Chez l'homme, bien qu'on ait souvent cité les résultats d'alliances « inter se » dans un même village, le problème a été rarement envisagé à ce point de vue.

Néanmoins, Rambosson (1), sans cependant s'appuyer sur des exemples, a pensé à l'influence du milieu : « Dans une famille, dit-il, on respire le même air, on fait usage de la même nourriture, on prend les mêmes habitudes... et souvent la maladie n'est que la conséquence de ces conditions journalières qui donnent, aux individus qui y sont soumis, un air de famille, quelque chose de commun, soit au physique, soit au moral. Il s'ensuit qu'il est bien rare que les membres d'une même famille et des plus proches parents ne soient pas portés à avoir des affections communes. Or, il a été reconnu que les tendances même deviennent des réalités dans les produits des consanguins. »

Un exemple important d'hérédité, atténuée par le changement de milieu, est celui d'une femme goîtreuse qui, si elle demeure dans son pays, engendre des crétins, si elle change de contrée et habite un endroit sain, bien qu'ayant toujours son goître, a des enfants sains.

L'exemple qu'a fourni M. Reclus est probant; car ici on voit nettement l'influence nocive de la consanguinité atténuée par le changement de milieu. A Orthez (Basses-Pyrénées) les protestants se mariaient entre eux. Or, les bourgeois protestants étaient généralement malingres, chétifs. Ils avaient surtout un grand nombre d'épileptiques, à tel point que, dans les maisons de protestants, existe une chambre spéciale à eux réservée. L'épilepsie trouve, en

(1) Rambosson. Le problème des alliances consanguines (Mém. lu à l'Acad. des sc. mor. et polit., 16 août 1884).

effet, un terrain favorable chez ces bourgeois qui, de père en fils, s'adonnent à des occupations ne mettant en jeu que le cerveau. Or, tout ceci diminue, depuis les chemins de fer, car les protestants vont souvent, aujourd'hui, prendre femme hors de leur ville, bien que dans les familles protestantes (1).

Si, dans un village, existent quelques facteurs d'affaiblissement pour la race qui l'habite amenant, par exemple, des fièvres intermittentes, la scrofule, le rachitisme, et que les habitants se marient toujours entre eux, ils s'abâtardiront rapidement. Si, au contraire, ils pratiquent l'exogamie topographique, c'est-à-dire vont chercher femme au dehors, l'apport d'un sang nouveau peut suffire à maintenir la population.

Le travail de M. le docteur Cullere (2) en est une preuve. Observant à l'asile d'aliénés de La Roche-sur-Yon, il remarqua que les aliénés et les dégénérés venaient surtout du Bocage. Or, ce pays, avec son sol imperméable et ses eaux stagnantes, est très insalubre. L'hygiène n'y est pas observée : il y a peu d'ouvertures aux habitations, les fumiers sont près des maisons et la nourriture est exclusivement végétale. De plus, le paysan circule peu, vit, engendre et meurt à l'ombre de son clocher. Il n'y a pas de mariages croisés. Les aliénés venant de la même commune portent très souvent le même nom. L'auteur conclut que le milieu défavorable crée la prédisposition psychopathique et que celle-ci est aggravée par la consanguinité, l'habitude des unions rapprochées et le défaut de croisement de la population.

D'autres exemples tendent aux mêmes conclusions, bien que les auteurs ne les aient pas pris dans le but spécial de montrer l'influence respective de la consanguinité et du milieu.

Ainsi, M. Poncet dit, qu'à la Noria, village du Mexique, habite une famille venant d'un nommé Nicolas Ossuna. A la troisième génération il y avait 390 individus. Or, dans ces mariages successifs, il y en avait eu 29 de consanguins qui avaient donné 113 enfants. Or, presque tous moururent en bas âge, les autres furent scrofuleux ou rachitiques, fait d'autant plus frappant que les Indiens sont vigoureux dans ce pays.

Le docteur Thiébault cite la famille des Souza de Whydah (Dahomey); elle provient d'un Souza qui, en 1849, eut un harem de négresses. Les rejetons se marièrent entre eux; actuellement cette famille est menacée d'une extinction prochaine, la misère, la débauche et la syphilis coopérant à sa destruction.

Mitchell dit qu'à Saint-Kilda, la population diminue sans cesse. En 1820, il y avait 103 personnes; en 1860, il n'y en avait plus que 78. Ces habitants se marient entre eux, ils ont beaucoup d'enfants qui sont beaux; 10, 8 par mariage, mais 68,5 p. 100 meurent en bas âge, surtout du tétanos.

Mais, par contre, si le milieu est sain, les propriétés acquises étant favorables, il n'y aura pas désavantage à la reproduction inter se.

D'où de nombreux exemples de communes où les habitants se marient entre eux et où les résultats sont bons.

Aux îles Scalpay et Lewis, les habitants se marient entre eux, et, cependant, ils ont de beaux produits (Mitchell).

M. le docteur Ferrier a cité les exemples de Pauillac, Granville, Arromanches, le Portel, près de Boulogne, dont les habitants se marient entre eux et restent bien constitués et robustes.

Gubler trouve les mêmes résultats à Gaust dans les Basses-Pyrénées, Périer à Uchizi, près de Mâcon, et à Saint-Martin d'Auxigny, près de Bourges.

Auzomy a montré que les cagots des Pyrénées, qui se marient surtout entre eux, n'ont rien de dégénéré. On sait, aujourd'hui, que la maladie qu'offrent quelques-uns n'est autre chose que la lèpre (1).

Moi-même ayant eu à étudier une secte religieuse dite béguine, pratiquée par 300 individus près de Saint-Étienne, ai noté la fréquence des mariages consanguins : depuis 1840, date de l'apparition de cette secte, ils ne donnaient que de bons résultats (2).

Un des travaux les plus intéressants est celui d'A. Voisin au bourg de Batz. Les gens s'y marient toujours entre eux et sont descendants d'une dizaine de familles dont les noms cantonnés à Batz ne se retrouvent même plus dans les communes voisines. Dally trouvait, sur 2733 personnes, 870 ayant le même nom. Les mariages consanguins y seraient nombreux, dit Voisin. Or, les habitants sont beaux et forts, et il y a une plus faible proportion d'exemptions pour le service militaire que dans le reste du département.

Enfin, récemment, M. Lancry vient de faire paraître un travail très complet sur la commune de Fort-Mardyck, près de Dunkerque. Elle est habitée par des Picards, provenant de quatre familles établies en plein pays flamand, sous Louis XIV. Ils sont aujourd'hui au nombre de 1800, robustes, sans tare, ayant une natalité supérieure et une mortalité moindre que dans les communes voisines.

Or, ces Picards se marient entre eux. M. Lancry a relevé, sur 273 mariages, 63 consanguins, et il a noté que ces derniers étaient plus fréquemment stériles.

Ces quelques localités, dont les habitants se marient entre eux, sont un ancien vestige d'une coutume autrefois générale en France.

La difficulté des communications obligeait autrefois le paysan à se marier dans son village. Cette coutume s'efface aujourd'hui avec la facilité des communications. Aussi les lois empêchaient-elles, dans notre pays, les mariages consanguins jusqu'au septième degré; aujourd'hui elles sont bien adoucies, puisque le mariage entre cousins germains et entre oncle et nièce est possible.

On peut poser en loi que « plus les habitants se marient dans leur village, plus les lois contre la consanguinité sont rigoureuses ».

Aux Indes, nous avons montré un système inverse de celui qui existe en France (3). L'Indien est forcé de prendre femme dans sa caste, d'où consanguinité, mais il va presque toujours la chercher au loin, comme il résulte de relevés que nous avons faits à Pondichéry et Chandernagor.

A Madagascar où les femmes gardent leurs enfants, les hommes restant dans leur tribu et ne vivant pas dans celle

---

(1) F. Regnault. Consanguinité et exogamie topographique (Congr. de Pau, 1892).

(2) Cullere. Des dégénérescences psycho-cérébrales dans les milieux ruraux, *Ann. méd.-psychol.*, nov. 1881.

(1) Layard et Regnault. *Existence de la lèpre atténuée chez les cagots des Pyrénées*, 1893.

(2) F. Regnault. Religion béguine, *Bull. de la Soc. d'anthropol.*, 1890.

(3) F. Regnault. Mariage aux Indes, *Bull. de la Soc. d'anthropol.*, 1891.

de leurs épouses, c'est le mariage en parenté féminine qui est seul interdit.

En Amérique du Nord, les Indiens ne peuvent se marier avec les femmes qui habitent la même puebla (vaste maison commune). De même, en Australie, l'homme doit chercher femme hors de sa tribu, mais il peut épouser ses proches parentes, si elles sont d'une autre tribu. On pourrait aisément multiplier les exemples. Nous voulons simplement prouver que les sociétés se sont préoccupées d'empêcher non seulement les mariages entre consanguins parents, mais encore entre personnes habitant le même lieu.

Il est vrai que les lois sociales ont surtout pour but la conservation sociale et non l'individuelle. Mais il n'en subsiste pas moins que ces pratiques empêchent en bien des cas les mauvais produits. Ainsi l'archevêque de Pondichéry nous assurait que les mariages consanguins indous ne donnent que de beaux produits, grâce justement à ce fait qu'ils prennent femme hors de chez eux. Au contraire les catholiques blancs et métis qui se marient avec une femme de la même localité, donnent une progéniture misérable : rachitiques, sourds-muets, obèses, idiots, quand ils pratiquent la consanguinité.

Ces exemples nombreux, en apparence contradictoires, s'éclairent admirablement si on admet l'influence du milieu. De même que nous disions : « A parents sains, enfants sains »; il faut admettre ici « qu'à milieu sain, habitants sains ».

La consanguinité exalte non seulement l'hérédité, mais l'influence du milieu. Il faut donc tenir compte de ces deux facteurs dans le résultat.

VII

Conclusions. — 1° Le médecin appelé à donner son avis sur une union consanguine doit procéder à un examen minutieux des deux futurs, et s'enquérir de la santé de leurs familles. La moindre tare serait *exaltée* chez les enfants : la preuve en a été faite expérimentalement en zootechnie pour l'albinisme et l'obésité. Des observations en ce sens abondent en médecine.

2° Il devra rechercher si les futurs ont été élevés ensemble. Car un milieu identique peut donner les mêmes prédispositions morbides qui se manifesteront chez les enfants.

3° On ne donnera d'avis favorable pour un mariage consanguin que si les familles sont sans tares, et si les conjoints n'ont pas été élevés sous le même toit, sinon on préviendra les parents de la possibilité d'un mauvais résultat.

FIÈVRE JAUNE

Par M. le docteur Vicio...

La fièvre jaune n'est pas aussi commune qu'on veut bien le dire. Sous le nom de fièvre jaune, on décrit une foule de maladies des pays chauds qui n'ont rien à voir avec cette maladie et on institue des traitements qui varient à l'infini, avec des résultats désastreux. La fièvre jaune, comme je vais essayer de le prouver, n'est pas aussi terrible qu'on veut bien le dire, le diagnostic en est facile, le traitement assez simple et le succès assuré. Malgré cela il y a encore beaucoup de décès. Examinons donc cette maladie. En parfaite santé, le malade, le sujet plutôt, est pris tout à coup de douleur sus-orbitaire très violente, les deux côtés du front sont pris, puis rachialgie horrible, douleurs dans les jambes, état nauséeux. Quelquefois frisson léger. Le malade ne peut bientôt plus rester levé; il se couche, il a soif. Peau sèche, brûlante. Généralement c'est dès le grand matin que ces accidents apparaissent.

Pas d'urine. Le malade se couche demandant à boire, exigeant le silence et l'obscurité. On parvient à obtenir un peu d'urine, elle renferme, en volume, jusqu'à trois quarts d'albumine, la température s'élève quelques heures après le début à 38°5, 39 degrés au plus. Bientôt après la soif augmente, la peau reste sèche, un peu de délire survient, délire dans les idées, puis si le malade a bu pour calmer sa soif, il vomit les liquides ingérés. Voilà pour les douze premières heures. Ensuite les vomissements augmentent, la douleur épigastrique est atroce, la peau est brûlante, un peu de sang apparaît dans les vomissements, qui sont rosés. C'est ici que je m'arrête pour les symptômes, car jusqu'à présent on pouvait intervenir; passé ce délai, c'est trop tard; les symptômes que je décrirai seront cause de l'agonie. Le délire est jusqu'à présent calme, ce sont des commencements de verbes et de substantifs qui défilent dans l'intelligence, sans qu'il y ait relation entre le verbe et le substantif, le défilé est tellement rapide que la seconde syllabe n'apparaît pas.

Supposons donc qu'il n'y ait pas de traitement ou qu'on soit intervenu trop tard, le malade est perdu; mais, quoi qu'on fasse, que le malade doive mourir ou se guérir, qu'il y ait traitement ou non, vers le troisième jour, il prend une teinte jaune uniformément répandue.

Voyons donc ce qui se passe quand le malade n'est pas soigné ou l'est mal ou l'est trop tard.

La température augmente par secousses, les vomissements deviennent incoercibles; malgré l'abstinence de boissons, le délire devient loquace, le patient articule des demi-mots avec volubilité, sans s'agiter beaucoup, il y a des défaillances cardiaques, l'urine est toujours rare, aussi albumineuse, enfin du cinquième au huitième jour, le malade meurt avec tous les symptômes de l'urémie.

Pendant toute la durée de la maladie le foie, la rate n'ont présenté rien d'anormal, les poumons n'ont rien de spécial, seul le cœur a des battements moins énergiques avec des irrégularités. La vue est un peu troublée, même avant l'apparition de l'ictère. Le pouls ne dépasse pas 110 dans le plus mauvais moment, il ne donne rien comme pronostic. Le pronostic est tout entier dans le nombre d'heures écoulées, depuis le début et le commencement du traitement.

Traitement. — Il faut, aussitôt après l'apparition de la douleur frontale, faire coucher le malade, l'envelopper d'une couverture et lui donner de la digitale, de l'aconit, du salicylate de soude, provoquer la transpiration par des boissons abondantes et fraîches, limonade citrique glacée.

Examiner les urines, prendre la température.

Si les médicaments sont vomis prendre la voie rectale.

Changer le linge dès qu'il est mouillé.

Si la transpiration tardait un peu recourir au jaborandi.

Le lendemain, même potion ou lavement selon le cas. Digitale, 40 centigrammes. Teinture d'aconit, 1 gramme, salicylate de soude, 4 grammes. Lavements avec extrait de stigmate de maïs, 4 grammes. Badigeonner le ventre, depuis l'ombilic jusqu'à l'épigastre, avec teinture d'iode. Boissons glacées à discrétion.

Vers le troisième jour plus de digitale, l'urine est un peu plus abondante, la quantité d'albumine reste la même, la douleur gastrique est toujours très violente; on donne, malgré cela, 50 centigrammes de quinine en lavement tous les jours en continuant aconit, stigmate de maïs, salicylate de soude. L'ictère apparaît, l'intelligence est moins obtuse, la température qui a augmenté graduellement jusqu'à 40°5 redescend graduellement, la transpiration est moins abondante. Le délire est moins ennuyeux pour le malade, la soif moins vive. On donne alors un peu d'eau alcaline, le bicarbonate de soude est indiqué. On cesse de donner aconit, on essaye de donner, par la bouche, le convallaria; si cela ne réussit pas, on continue de donner les lavements avec salicylate, quinine. Le maté avec un peu d'alcool donne à ce moment d'excellents résultats. Bientôt, on va donner un peu de vin, un peu de bouillon; enfin, vers le cinquième jour, pas d'indication spéciale; l'albumine diminue, le pigment augmente, les selles qui n'ont jamais été décolorées deviennent plus abondantes et la convalescence s'établit assez franchement. Il ne reste qu'une incertitude dans la marche.

Traitements dangereux. — Purgatifs, vomitifs, ils restent indéfiniment dans l'estomac, ne sont pas rejetés immédiatement par les vomissements. Il ne faut pas compter sur l'estomac. L'antipyrine est dangereuse, elle est anti-diurétique. Le rein ne fonctionne plus. J'ai vu des reins de sujets morts vers le huitième jour, ces reins n'étaient plus qu'une vaste poche remplie de pus. Le malade meurt toujours par urémie.

Telle est la fièvre jaune vraie, pure; elle peut souvent se compliquer de typhus, mais tous les autres symptômes décrits n'appartiennent pas à la fièvre jaune. Ils sont des symptômes d'autres affections épidémiques.

La fièvre jaune, traitée par ce procédé et dans les douze à dix-huit premières heures, est une maladie qui se guérit facilement; passé ce délai il n'est plus temps, l'urémie est un fait accompli et on a peu de chance pour sauver le malade. Les injections hypodermiques sont assez dangereuses, elles forment des abcès, quelles que soient les précautions prises. Une simple morsure de moustique produit une ecchymose large comme une pièce de 1 franc.

La récidive dans le pays n'est pas à craindre, paraît-il; l'indigène, la race noire en sont exempts, cependant l'indigène allant en Europe perd son immunité.

Je ne connais aucun moyen prophylactique.

Entretenir le bon fonctionnement de la peau, l'intégrité du rein, voilà de quoi diminuer les chances de gravité. On peut aussi donner de l'acide salicylique, de la caféine quand le rein ne répond pas à la digitale. Le jaborandi est aussi donné avantageusement quand la transpiration ne s'établit pas spontanément.

THÉRAPEUTIQUE

Les incompatibilités du borate de soude. — M. Christiaens, dans l'« Union médicale du Nord-Est », publie les réflexions suivantes :

« Mon ancien co-interne à l'hôpital de Lille, M. A. Dujardin, faisait paraître au commencement de cette année une note sur l'incompatibilité du chloral et du borate de soude :

« Une préparation contenant à la fois du chloral et du borax, il n'y a pas de réaction si on opère à froid; à chaud, au contraire, le borax décompose le chloral en chloroforme et acide formique. »

Le borax « bi-borate de soude », dont le nom chimique semble indiquer une fonction acide, présente cependant une réaction alcaline, et dans ce cas se comporte comme un alcali.

J'ai eu à préparer un collutoire contenant :

Chlorhydrate de cocaïne. . . .	20 centigrammes.
Eau distillée	5 grammes.
Borate de soude.	50 centigrammes.
Glycérine.	2 grammes.

F. S. A.

La solution de borax dans la glycérine, versée dans la solution aqueuse de cocaïne, donna un précipité abondant que j'attribuai immédiatement à l'alcalinité du borate de soude, et neutralisant exactement par l'acide chlorhydrique dilué, j'obtins la redissolution de mon précipité exclusivement composé de cocaïne.

Traitant alors par une solution de borax des solutions de divers sels d'alcaloïdes : chlorhydrate ou sulfate de morphine, quinine, atropine... j'obtins toujours une précipitation de l'alcaloïde, précipitation qui se fit de suite et abondante avec la quinine, plus lente avec la morphine que j'ai obtenue ainsi cristallisée; avec les alcaloïdes plus ou moins solubles dans l'eau, sels d'atropine, je n'ai obtenu de précipité qu'en solution concentrée.

D'une façon générale, le borate de soude se comporte comme les alcalis; il faut donc éviter de l'associer aux sels d'alcaloïdes. Ce mélange est d'autant plus dangereux que la précipitation est plus lente, et dans le cas de la morphine, par exemple, peut passer inaperçue pour le pharmacien. Le malade serait alors exposé à absorber tout le principe actif dans la dernière cuillerée du médicament. »

Traitement du goitre mou par les injections parenchymateuses d'iodoforme (F. Kapper). — Le traitement en question n'est autre que celui qui a été préconisé, il y a plus d'un an, par le chirurgien Mosetig von Moorhof (de Vienne). Il consiste à injecter dans le goitre, après désinfection préalable de la peau, 1 gramme au moins de la solution suivante :

Iodoforme		1 partie.
Éther	*àà*	7 —
Huile d'olives.		

Le trocart de la seringue, soigneusement désinfecté, est enfoncé jusqu'à une profondeur de 2 et 3 centimètres. Pour être certain que l'aiguille a réellement pénétré dans le corps thyroïde, on fait ensuite exécuter au malade des mouvements de déglutition, auxquels doit prendre part la canule. Sitôt que la solution médicamenteuse a été injectée dans le tissu goitreux, on retire rapidement le petit trocart et on obture l'orifice de piqûre avec un petit morceau d'emplâtre de diachylon.

Quand le goitre était très volumineux, M. Kapper a injecté en une même séance jusqu'à 6 grammes de la solution médicamenteuse, en quatre endroits différents, choisis assez loin des troncs veineux qui se dessinent sous la peau. Les injections étaient répétées à des intervalles de quatre à six jours, quelquefois même pendant plusieurs jours consécutifs. La réaction locale a toujours été faible, se traduisant par une légère sensation de brûlure, par quelques mouvements de toux, manifestations très passagères d'ailleurs.

M. Kapper a traité de la sorte huit hommes et six femmes. Après dix injections faites dans un espace de temps de deux mois, le pourtour du cou avait diminué au minimum de 6 centimètres. Après un nouvel intervalle de deux mois, la diminution définitive du tour du cou se chiffrait par 8 ou 10 centimètres. En outre, les troubles ressentis par les malades s'étaient sensiblement atténués. Les injections n'ont jamais entraîné de suites fâcheuses. Enfin, les malades ont été revus six mois après la cessation du traitement; les résultats obtenus se maintenaient. (*Rev. de thérap. gén. et therm.*, d'après *Deut. med. Woch.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs L. Jarnouen-Villartay (de Vitré), Ch. Péronne (de Sedan), Perrens, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Pitoux (de Vireux Wallerand), Robert (d'Indret), Roziès (de Bray-et-Lu) et Ruaux (de Chalais).

— Cueilli dans l' « Intermédiaire des chercheurs et curieux » :

L'EXISTENCE

L'existence est une pendule
Qu'avec grand soin l'on doit garder.
Malheur à l'homme trop crédule
Qui la donne à raccommoder!

Jamais médecin ne recule
Quand il s'agit de la régler.
Mais il l'avance sans scrupule,
Ne pouvant pas la retarder.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 101. — MARDI 5 SEPTEMBRE 1893. 66e ANNÉE. MARDI 5 SEPTEMBRE 1893. — N° 101.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 4 septembre 1893.

Pendant les vacances, et à la fin de chaque année scolaire, les murs de la Faculté sont couverts de petites affiches manuscrites, presque officielles d'allure, timbrées au sceau de la Faculté, où les offres les plus alléchantes sont faites aux jeunes docteurs récemment promus. Certains de nos confrères de la presse médicale acceptent, avec la même facilité, ces annonces de clientèle médicale. Nous avons déjà attiré l'attention de nos lecteurs sur le peu de confiance qu'il fallait avoir en ces promesses souvent trompeuses (1). Aussi, pour notre part, n'accueillons-nous ces annonces qu'après les avoir scrupuleusement vérifiées et contrôlées, et nous associons-nous complètement aux opinions émises dans l'« Union médicale du Nord-Est » par notre confrère le docteur Lécuyer (de Beaurieux) :

Je tiens à mettre en garde nos jeunes confrères contre les annonces presque toujours trompeuses des journaux de médecine concernant les clientèles médicales à prendre. Confiants, ils arrivent dans les postes annoncés, et le plus souvent, ils sont de suite déçus : ou bien c'est un village ne possédant pas de médecin et qui en voudrait un, ne se demandant pas s'il aura de quoi vivre dans le pays; ou bien c'est une municipalité qui, par haine politique ou autre, cherche à faire du tort au ou aux médecins de la localité.

Exemples :

Je lis dans un journal de médecine l'annonce suivante :

« La commune de Landouzy-la-Ville (Aisne) demande un médecin pour desservir cette commune et les localités environnantes. — Pour renseignements, s'adresser à M. le Maire. »

C'est le type des annonces ordinaires.

Voici la vérité : cette commune n'a jamais eu de médecin. Elle est à 3 kilomètres d'Origny qui en a deux et les nombreux hameaux dont se compose cette commune sont parfaitement desservis par les médecins de Martigny et de Plomion.

Il ne faut donc pas tenir compte de cette annonce.

L'annonce suivante est plus forte :

« La commune d'Yvors (Aisne) desservie par la ligne de Soissons à Paris, qui avait toujours possédé un médecin, en est dépourvue. La clientèle s'exerce sur 4000 habitants formant la population de cette commune et de treize communes voisines, également privées de médecin. — Recouvrements faciles. »

Eh bien ! il n'y a pas un mot de vrai dans tout cela.

Jugez-en :

1° Le village d'Yvors n'est pas dans l'Aisne, il est situé dans l'Oise ;

2° Il est non pas desservi par une gare, mais distant de 6 kilomètres d'une petite station (Vaumoise), que brûlent les trains directs et express et où ne s'arrêtent que les trains omnibus ;

3° La commune a *trois cent treize habitants* (chiffre officiel) et je ne sais comment on peut réunir 4000 habitants avec les communes voisines. Il est vrai qu'on pourrait en avoir davantage en reculant le périmètre ;

4° Yvors et les communes voisines sont parfaitement desservies par les docteurs de Betz, de Villers-Cotterets et de Crépy-en-Valois ;

5° Le pays est pauvre, composé de petits cultivateurs, et les recouvrements sur l'ouvrier sont difficiles comme partout du reste ;

6° Depuis quinze ans, il n'y a plus de médecin dans la commune et le dernier officier de santé qui y a résidé vivait plus du produit de l'épicerie que gérait sa femme que de sa clientèle.

Avouons, chers confrères, que si, après ces renseignements, un jeune médecin désirait s'établir dans la *ville* d'Yvors, il faudrait qu'il possédât des rentes suffisantes pour y vivre.

Autre annonce aussi alléchante :

« La commune de Deville (Ardennes) demande un médecin pour desservir cette commune et les communes voisines de Laifour, Sécheval, les Mazures, soit une population totale de 3,400 habitants (gare, bureau de poste).

Subvention annuelle de la commune de Deville : 2000 francs ; subvention annuelle de la Société de secours mutuels : 1000 fr. — Deville est située à cinq quarts d'heure de chemin de fer de Charleville. »

C'est superbe en apparence : 3000 francs de fixe ! Quel jeune docteur en quête de position ne serait attiré par cette perspective dorée ?

A la dissection, le tableau s'assombrit.

Pour 1000 francs, le médecin doit soigner près de 300 membres de la Société de secours, soit 3 fr. 50 par personne ; de plus, la commune donne sa subvention, à condition que le médecin ne demandera pas plus de 1 franc par visite !

Les villages voisins sont desservis par d'autres confrères, de sorte que le maximum que puisse faire le médecin est d'environ 4000 francs. Déduisez le loyer, la patente, et 100 francs d'honorariat à la Société de secours mutuels, etc., et vous vous convaincrez qu'il reste juste au confrère de quoi mourir de faim. Notez que je ne parle pas de la dépendance où se trouve le malheureux vis-à-vis de la commune, des patrons, des ouvriers : il n'est pas étonnant que, depuis dix ans, trois médecins se soient succédé

---

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 581.

dans ce poste peu enviable et se soient empressés de recouvrer au plus tôt leur indépendance.

Il y a quelques années dans un journal, médical de nom, servi gratuitement au corps médical et qui ne vit que d'annonces entremêlées d'articles plus ou moins pornographiques, recueillis dans les vieux anas du siècle dernier, parut l'annonce ordinaire : *La commune de X... demande un médecin.* Or, le médecin qui exerçait depuis longtemps dans cette commune suffisait amplement, il n'avait pas démérité et il était aimé et estimé de tous. J'ai des raisons pour le certifier, car je le connais parfaitement.

La municipalité, qui du reste ne représentait pas le pays, voulait se venger de la popularité dudit médecin et de ses idées politiques.

Elle se mit en quatre et ne réussit qu'à lui mettre un pharmacien dans les jambes, en quoi faisant elle rendait un mauvais service au pharmacien qui, on peut le dire, a été volé et ne le pardonne pas à ceux qui l'ont attiré.

Aucun médecin n'est venu, les confrères voisins soutinrent le médecin, faisant en cela acte de camaraderie et de solidarité.

Ajoutons que mon ami est maintenant à la tête de la municipalité et que l'ancienne a eu aux élections suivantes un échec complet.

Justice immanente des choses!

Je le demande : dans ces conditions quelle figure aurait faite un naïf jeune homme arrivant à X... avec toutes les illusions du débutant?

Les journaux de médecine ne devraient pas insérer d'annonces semblables avant de s'adresser au président du Syndicat ou de l'Association locale pour en connaître le bien fondé.

Que l'on se méfie également des annonces qui disent de s'adresser pour renseignements complémentaires au pharmacien de la localité.

Je connais une commune qui avait deux médecins. Elle n'en a plus qu'un, mais qui ne fait pas beaucoup d'ordonnances; ce médecin suffit parfaitement au pays. Eh bien! le pharmacien fait tout ce qu'il peut pour en faire venir un second.

Le métier médical devient de plus en plus dur, exploité constamment par tous, particuliers et administrations. Le nombre des médecins, quoi qu'on en dise, est suffisant. Serrons-nous les coudes, syndiquons-nous, associons-nous et rendons-nous solidaires, nous y gagnerons, non seulement au point de vue professionnel, mais encore en estime publique et en considération.

Que les jeunes médecins demandent des conseils à leurs aînés et qu'ils ne s'installent jamais dans une localité sans s'être renseignés auprès des présidents ou secrétaires des Sociétés ou Associations médicales des environs.

Je crois avoir démontré qu'ils y ont tout intérêt.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. FOURNIER.

Les formes cliniques de la neurasthénie syphilitique.

La neurasthénie, cette curieuse névrose si bien étudiée et séparée des autres affections nerveuses par Beard, Charcot, Bouveret, Levillain, Mathieu, est fréquente au cours de la syphilis. Elle est plus fréquente même que ne le feraient supposer les descriptions, aujourd'hui classiques, de ces neuropathologistes. Certes, ils mentionnent dans l'étiologie le rôle de la syphilis; mais peut-être ne font-ils point à ce rôle une place assez grande. La vérole, en effet, plus qu'aucune autre affection, est faite pour produire des accidents nerveux. C'est la maladie débilitante et dépressive par excellence. C'est, comme le disait Ricord, un branle-bas général secouant toute l'économie. C'est, de plus, une maladie qui effraye, qui attriste. Vingt fois déjà, j'ai vu des sujets robustes, vigoureux, sangloter, défaillir, se trouver mal à la seule annonce que ce qu'ils regardaient comme une écorchure insignifiante était, en réalité, un chancre induré. Il y a quelques années même, un de mes malades, terrifié par cette révélation, essayait de se suicider. Physiquement, comme moralement, la syphilis a donc tout ce qu'il faut pour produire la neurasthénie.

La forme secondaire de la neurasthénie syphilitique est admise par tous. Au quatrième, cinquième mois de la vérole, éclate, chez de nombreux malades, une véritable tempête nerveuse. Bien peu de femmes sont, en particulier, épargnées. C'est le nervosisme secondaire des anciens syphiliographes. Tous les appareils sont touchés. La susceptibilité devient extrême. Il y a une céphalée intense, des douleurs névralgiques un peu partout; des troubles de la sensibilité : hyperesthésie et anesthésie, des troubles de la vue et de l'ouïe, des troubles dans la sphère du sympathique : bouffées de chaleur et refroidissement alternant. Ce refroidissement est souvent si sensible aux extrémités que les pieds, les mains, donnent au toucher une véritable sensation cadavérique. L'affaiblissement est extrême, et vous avez souvent vu, dans le service, ces types de malades fatigués, fourbus, éreintés par la vérole. Le matin, ils se plaignent de s'éveiller plus fatigués qu'en se couchant. Le pouls est mou, petit, accéléré. Les vertiges, les syncopes sont fréquentes. L'appétit est nul, les digestions lentes et pénibles; l'inertie intestinale amène une constipation opiniâtre. L'anémie et l'amaigrissement font de rapides progrès. Vous vous rappelez cette femme de vingt-cinq ans, récemment entrée dans le service. La débilité musculaire était telle que, à la voir marcher, on l'aurait prise pour une paraplégique au début. Les troubles vaso-moteurs amenaient tantôt une pâleur de marbre, tontôt une teinte cyanique des doigts, alternant les deux formes de l'asphyxie locale des extrémités. L'amaigrissement allait presque jusqu'à la cachexie.

Très souvent, à ces troubles neurasthéniques s'ajoutent des troubles d'hystérie : boule hystérique, spasmes, grandes attaques. La malade dont je viens de vous parler n'avait pas d'attaques convulsives, mais elle avait des plaques d'anesthésie et d'hyperesthésie très mobiles, de l'obnubilation du goût et de l'odorat, un rétrécissement marqué du champ visuel, de l'affaiblissement de l'ouïe.

La neurasthénie de la fin de la période secondaire, celle de la période tertiaire, est moins connue, contestée même par quelques auteurs. J'en ai cependant observé des cas incontestables deux ans, trois ans, cinq ans même après le chancre. Je crois même avoir vu des cas beaucoup plus tardifs encore, où la syphilis était la seule origine de la neurasthénie. Tantôt ces formes tardives coexistent avec d'autres accidents tertiaires ou secondo-tertiaires, iritis, gomme, sarcocèle, exostose. Tantôt la neurasthénie est isolée; elle n'est accompagnée d'aucune autre manifestation syphilitique, et son diagnostic est alors beaucoup plus difficile. Si peu connues que soient encore ces neurasthénies tardives, il est déjà possible d'en distinguer deux grandes formes : la forme fruste, où la céphalée est l'accident prédominant, et la forme commune, où apparaissent tous les autres troubles de la neurasthénie.

La forme fruste est une des affections les plus pénibles, les plus tenaces, les plus singulières qu'on puisse rencontrer. Elle est très souvent méconnue. Les principaux caractères de la céphalée, le seul accident de cette forme fruste, sont d'une part sa durée, d'autre part sa forme spéciale

d'embarras cérébral, plutôt que de souffrance réelle. La durée est extrêmement longue. La céphalée se prolonge deux, trois, quatre ans. Dans un cas exceptionnel, je l'ai vue durer dix ans. Elle résista aux frictions mercurielles, à l'iodure de potassium donné à la dose de 10 et 12 grammes par jour, au bromure, à l'antipyrine, aux douches froides, en un mot à tout, puis finit par disparaître spontanément. Le mot de céphalée exprime mal le caractère de cette lourdeur de tête, de cette gêne plus pénible que vraiment douloureuse. Les malades ont sur la tête comme un casque pesant ou étroit. Ils se sentent la tête lourde ou vide. Mais ils ne souffrent pas. Ce n'est qu'au moment des grandes crises, des exacerbations, qu'ils éprouvent quelques accidents migraineux, de l'hyperesthésie du cuir chevelu, des vertiges, des nausées, des bourdonnements, de l'abasourdissement, qu'ils ressentent comme une plaque gravative occupant la nuque, siège de prédilection, plus rarement les tempes ou le front. Mais il est fort rare qu'ils soient obligés de s'aliter, d'interrompre leurs occupations. La maladie est pénible, cruelle, mais ne les arrête pas. Enfin, elle offre ce caractère d'être diurne. Les journées sont mauvaises. Après le repas, le malade a un peu de soulagement, mais vite suivi d'une nouvelle exacerbation. Toutefois, les nuits sont bonnes. Le malade dort souvent bien ou, en tout cas, une fois au lit, ne souffre pas.

Vous devinez les préoccupations qu'éveille une céphalée aussi tenace. Le malade se croit menacé de méningite, de ramollissement, d'apoplexie. Le médecin, lui, — et c'est en réalité le seul diagnostic à faire, — songe à la syphilis cérébrale. Mais il existe entre la céphalée neurasthénique tertiaire et la céphalée de la syphilis cérébrale quatre grands caractères différentiels. Les douleurs de la syphilis cérébrale sont pénibles, angoissantes, forcent le malade à s'arrêter et même à s'aliter. Elles s'exaspèrent la nuit. Elles sont merveilleusement et rapidement soulagées, parfois dès le premier jour, par le traitement spécifique, qui est, au contraire, absolument impuissant dans les céphalées neurasthéniques. Enfin, jamais la céphalée de la syphilis cérébrale ne persiste plusieurs mois sans se compliquer de quelque accident : paralysie, hémiplégie, etc.

La forme complète de la neurasthénie tertiaire reproduit absolument le tableau d'accidents à la fois asthéniques et éréthiques, — la faiblesse irritable de Beard, dont je vous ai tracé le tableau pour la période secondaire. Là aussi, ces accidents se compliquent souvent de manifestations hystériques et de préoccupations hypocondriaques. Les malades se croient atteints de maladies du cerveau ou de la moelle. Ils exagèrent beaucoup tous leurs accidents. Ils notent minutieusement leurs sensations les plus insignifiantes. Relativement à cette forme, sur laquelle il est inutile d'insister davantage, un fait curieux est qu'elle ne s'observe guère à l'hôpital. En ville, au contraire, les surmenés mondains ou intellectuels, les sujets plus raffinés, plus civilisés, sont très souvent atteints.

DU MASSAGE DES FRACTURES RÉCENTES DES OS

Par M. le docteur Oscar Wanscher,

Ancien médecin-major de l'armée danoise, chirurgien des hôpitaux et professeur agrégé à la Faculté de Copenhague.

Ce titre n'est peut-être pas, à vrai dire, très correct, eu égard à ce que j'ai l'intention d'exposer; je devrais plutôt l'intituler : « Du massage des patients qui ont des fractures récentes des os » ; car il est rare que la fracture elle-même ait besoin d'être massée. Ce que je désire surtout faire observer, c'est que l'on doit s'abstenir d'adopter la compression circulaire habituelle, regardée jusqu'ici, mais à tort, comme indispensable pour contenir les fractures redressées ; car la compression est toujours très nuisible au développement de la formation du cal. Je ne veux pas parler de la compression excessive, employée mal à propos et qui occasionne tant de dommages, parce qu'elle donne lieu à des contractions ischiémiques.

Je ne m'arrêterai pas davantage sur le maintien prolongé d'un bandage inamovible, même bien appliqué, d'où peut résulter la rigidité des jointures ainsi que des atrophies musculaires. Ces graves inconvénients, je l'admets volontiers, ne proviennent pas uniquement de l'immobilisation, mais peuvent résulter d'autres causes.

Il est évident qu'il ne faut pas rejeter tout bandage, car généralement un bandage d'appui est indispensable dans le cas d'une fracture, pour épargner au patient la douleur; mais souvent il est superflu, et, quand on ne peut l'employer sans compression, il est toujours préjudiciable à la guérison la meilleure et la plus prompte d'une fracture.

On pourrait presque dire que l'on obtient le meilleur résultat pour la guérison d'une fracture, quand on néglige le lieu même de cette fracture, et quand on la traite en « quantité négligeable ». Seulement il faut alors savoir, quand est venu le moment propice, intervenir au moyen d'un traitement réel et actif, afin que les efforts du *vis medicatrix naturæ*, qui sont parfois un peu gauches, ne soient pas interrompus.

A certains endroits, il faut mettre tout en œuvre pour provoquer un cal hypertrophique; à certains autres il faut amoindrir la formation de ce même cal.

Par exemple, pour une fracture de la cuisse, quand la fracture n'est pas immédiatement près d'une articulation, il faut s'appliquer à provoquer un cal aussi volumineux que possible; tandis qu'avec une fracture classique du radius, on n'a presque pas besoin de cal; car la pénétration des fragments suffit à les immobiliser, pourvu que cette pénétration ait été suffisamment redressée pour procurer un bon résultat cosmétique.

Une pseudarthrose au-dessus de la fracture, du genre de celle dont je parle, se voit rarement, tandis qu'un poignet, rendu impotent par suite de cal exubérant, se rencontre trop souvent.

Cela nous mènerait trop loin, s'il nous fallait récapituler toutes les fractures considérées à ce point de vue; je me bornerai simplement à exposer quelques-uns des nombreux cas de fractures, qui ont passé entre mes mains dans le service de l'hôpital, dont j'ai eu la direction pendant quatre mois, et à démontrer les excellents résultats que je pense avoir obtenus du traitement « libre » des fractures.

Pour que personne ne pense que je crois moi-même avoir découvert quelque chose de nouveau, je m'empresse de donner sur ce sujet quelques notions historiques.

En effet, Hippocrate affirme que l'on ne doit remettre une fracture qu'au bout d'une semaine, alors que tout est rentré dans le calme. Cet apophtegme signifie que l'on n'obtient pas de bon résultat, en redressant trop tôt une fracture et en faisant suivre ce redressement d'une contention, qui est toujours difficile à employer.

En règle général, on peut dire, néanmoins, que cet enseignement d'Hippocrate n'a jamais été mis en pratique. Ce

n'est qu'il y a cinquante ans environ, chez Rust, en Allemagne, que l'on trouve la déclaration suivante, qui est fort nette : « Quand on est appelé pour une luxation, c'est le plus tôt qui est le mieux; pour une fracture, au contraire, c'est le plus tard qui est préférable. » Mais généralement les chirurgiens allemands s'accordent pour ne pas suivre en ce point les prescriptions d'Hippocrate et de Rust.

En France, au contraire, on s'est depuis longtemps déjà placé au point de vue d'Hippocrate. Velpeau et Nélaton affectionnaient cette vieille doctrine, et actuellement M. le docteur Lucas-Championnière la suit également.

C'est après un séjour chez M. Lucas-Championnière, en avril 1892, que j'ouvris les yeux sur la valeur de ce que j'avais bien lu autrefois, mais que je n'avais jamais pratiqué. En effet, j'avais bien vu les malades du professeur Studsgaard, à Copenhague, marcher librement, relativement peu de temps après une fracture de la jambe; moi aussi, d'après les conseils de ce même professeur, j'avais essayé, en janvier dernier, les mêmes pratiques avec quelques succès. Mais ce que j'avais vu ou tenté était loin d'égaler la thérapeutique du docteur Lucas-Championnière.

Maintenant j'ose dire que je suis allé plus loin que mon confrère lui-même dans ma manière de traiter les fractures récentes.

Un de mes prédécesseurs, professeur et médecin en chef de l'hôpital Frédéric, et l'un de nos plus savants praticiens, M. Émile Feuger, écrivait il y a cinquante ans, dans une Revue hebdomadaire de la médecine, un article dans le même genre d'idées que les miennes.

La fracture du radius était traitée sans aucun bandage, de même qu'on le fait encore actuellement à l'hôpital Frédéric. Alors, le patient était couché avec les bras posés sur un traversin incliné; maintenant on lui permet de se promener dès le premier jour, sans bandage aucun et sans qu'il ressente aucune douleur, grâce au massage qui, justement ici appliqué aux fractures du radius, donne des résultats extraordinairement remarquables.

En ce qui concerne le redressement des fractures, je vais commencer par citer l'exemple d'un patient, chez qui je n'établis ce redressement que trois jours après la fracture et ce fut encore trop tard; mais alors j'avais trop de confiance aux sept jours commandés par Hippocrate, et aussi dans un traité de Nélaton, que j'avais étudié dans ma jeunesse et qui indique de ne faire le traitement qu'au bout de trois semaines.

Observation I. — Un jeune homme dans la force de l'âge, atteint d'une fracture de la clavicule, vint en traitement dans ma division. Il avait un fort déplacement en longueur des deux fragments; le fragment externe était à cheval sur le fragment interne et le dépassait d'un pouce et demi. En repoussant violemment l'épaule en arrière et simultanément en l'éloignant du corps, mon genou étant appuyé dans le dos, je réussis à remettre entièrement la fracture.

Je voulus alors faire un bandage sur une impression prise avec « la masse de Stent » que M. Linhard, professeur à l'école dentaire de Copenhague, m'a enseigné à employer, même en dehors de la chirurgie dentaire. Ce devait être un bandage qui pouvait maintenir la fracture en position, sans appuyer, sur le lieu même de cette fracture. Cette fracture qui, dès qu'on la lâchait, revenait immédiatement à sa situation première, fut alors abandonnée à elle-même dans un bandage ordinaire de Sayre, dans une position fort peu satisfaisante, la seule qui fût possible, en usant de ce traitement.

Quand, au bout de trois jours, je voulus la redresser et prendre l'empreinte, le cal était si solide, que toute tentative de redressement aurait été infructueuse à moins d'opération sanglante; ce que voyant, je ne songeai qu'au bon fonctionnement du bras à l'aide d'un massage de l'épaule.

Obs. II. — Fracture du radius. Dans le cas présent, je procédai au redressement immédiat, puis à un massage de vingt minutes sur le lieu même de la fracture, jusqu'à ce que toute douleur et toute meurtrissure eussent disparu, et la malade put se lever de suite sans autre bandage qu'une écharpe.

Cette malade fut présentée à l'assemblée des médecins. Elle était alors à son cinquième jour de traitement, et déjà elle pouvait s'adonner à son travail ordinaire de tricot (1), treize jours seulement après que la fracture se fut produite, et aujourd'hui elle est repartie pour la campagne et complètement guérie.

On me dira peut-être que par le massage on éloigne le sang du lieu de la fracture et alors qu'on n'obtient pas de cal; oui, cela peut être, je le crois même, car chez la patiente en question il n'y eut aucune intumescence de cal. Mais ici justement, c'est ce qu'on peut espérer de mieux, car c'est une fracture par pénétration et dans ce cas particulier le redressement n'est jamais complet. Je suis sûr que personne n'a jamais vu une pseudarthrose dans cette fracture classique du radius, mais on y a pu voir un cal hypertrophique très pernicieux, avec raideur du poignet; quand une telle fracture est traitée d'après l'ancienne méthode de compression et de repos absolu.

Obs. III. — Fracture de la cuisse gauche, chez un ouvrier de trente ans, et d'une stature herculéenne. Cette fracture avait son siège dans le tiers supérieur de la cuisse; il y avait un énorme épanchement sanguin et il existait une déviation à angle ouvert en dedans.

Traitement : Extension à poids de deux kilos et demi. Je n'entrepris aucun redressement, parce que je pensais que si je l'avais fait, il eût été nécessaire, pour obtenir la contention, d'employer une compression circulaire très solide, et c'était justement ce qu'il fallait éviter. Vaincre l'action musculaire au moyen de lourds poids semblait fort peu praticable.

Pendant les trois premiers jours, le patient avait des accès de délire alcoolique; pendant ce même temps sa jambe travaillait violemment et l'hématome augmentait énormément.

Deuxième semaine. La fracture était entrée en repos et j'écrivis à Hessing, à Gœttingen, afin d'avoir le matériel nécessaire pour un « Hülsenschienenverband », qui pourrait mettre le patient en état de se lever avec sa fracture encore flexible; mais avant l'arrivée du susdit matériel la fracture s'était consolidée.

Dans la troisième semaine, je commençai à redresser le cal, une première fois avec narcose, et plus tard journellement sans narcose. Pour assurer le patient contre toute déviation, quand il serait debout, je lui fis faire un bandage avec pression de cinq à sept kilos de ressorts d'acier sur l'endroit proéminent avec contre-poids sous la rainure perinéo-fémorale et au-dessus du genou.

Mais avant qu'on eut achevé de préparer ce bandage, le patient était déjà debout Le trente-deuxième jour il marchait et ne recevait d'autres soins que des massages sur le genou, sur l'articulation du pied et sur toute la musculature, de la même manière qu'il les avait déjà reçus dès l'instant où avaient cessé les accès de délire.

Dans les pseudarthroses nous croyons très salutaire de frotter le bord des fractures les unes contre les autres, et dans le cas pré-

(1) Plus tard, j'ai démontré aux étudiants, dans ma clinique, et à plusieurs fois différentes, que l'on peut rendre de tels patients insensibles à la douleur et faire en sorte que, après une séance de vingt minutes de massage, ils soient capables de tricoter, d'écrire, de fermer et d'ouvrir la main, etc.

sent l'on pouvait constater un énorme cal avec prolongements à pointe obtuse, pénétrant entre les muscles.

Le soixantième jour après la fracture, le malade peut marcher sans bâton. Une légère boiterie persistante n'était due qu'à une arthrite légère du pied, survenue pennant le délire à la suite d'une lésion de l'articulation du pied. Le raccourcissement mesurait exactement deux centimètres (1).

Obs. IV. — Il s'agit ici d'une fracture transversale du milieu de la rotule, avec écartement d'un pouce.

Il fut traité par le massage et l'application de bandes de toile mouillée ; ce dernier moyen laissa une légère atrophie au-dessus du genou, atrophie qui aurait gagné toute la cuisse et le mollet, s'il était resté couché avec un bandage inamovible.

Après sa sortie de l'hôpital, il employa un bandage de sûreté, d'après M. le docteur Schede (de Hambourg), et ce bandage ne lui permit qu'une flexion partielle du genou, ce qui n'est pas, à mon avis, un résultat très heureux. Comme le patient ne continua pas la flexion méthodique du genou, il perdit, par l'emploi de ce bandage d'attelles, une partie de la flexibilité qu'il avait au moment de sa sortie de l'hôpital. C'était du reste, d'après ce que nous venons de dire, une inconséquence de ma part d'employer un moyen aussi compressif et à l'avenir j'ai l'intention de ne plus l'appliquer aux fr.ctures ni en cet endroit, ni en aucun autre.

Obs. V. — Fracture malléolaire. Il s'en est présenté plusieurs dans ma division et ce fut une grande joie pour moi de voir que mon chef de clinique, qui s'était fracturé ainsi la malléole externe put dès le jour même, après un traitement par le massage, marcher chez lui sans éprouver de douleur, et le troisième jour de la lésion, il put aller dans les rues vaquer à ses affaires habituelles.

Ici nous pouvons appliquer ce que j'ai déjà dit à l'occasion des fractures du radius, quoique dans le cas particulier dont je traite en ce moment, il n'y ait pas pénétration des fragments, mais une fissure dans l'os sans tendance à la déviation, et dans ce cas le cal n'a pas besoin d'être « extérieur ».

Obs. VI. — Un patient, faisant partie de ma clientèle privée, éprouva une fracture de côtes. Cette fracture fut traitée par moi au moyen du massage. Dès après la première séance, il en ressentit un très sensible soulagement et même il put reprendre ses exercices de patinage.

Ici, comme pour la fracture classique du radius, on peut avantageusement arriver à masser le lieu même de la fracture, au moins sur l'un des côtés, l'infiltration sanguine dans ou sous le perioste se disperse et les douleurs cessent.

Obs. VII. — Sur une fracture de l'humérus, dans le tiers inférieur, il fut appliqué (par l'interne) un bandage à compression ordinaire. Quand le sixième jour on l'enleva, il y avait mobilité sans cal, mais une forte tumeur de l'articulation (hémarthrose). Alors on lui appliqua un bandage d'amidon non serré, nullement compresseur et uniquement contentif, et quand le douzième jour on l'enleva, on trouva un cal gros comme le poing. Le vingt-unième jour, on commença le massage et le vingt-huitième jour le patient put reprendre son travail de violoniste.

Obs. VIII. — J'ai eu en traitement plusieurs fractures de la jambe, et ici mon principe a été de faire lever tôt le patient, afin qu'il s'appuie sur sa jambe; en même temps je procédai au massage de l'articulation du pied et du genou. Dupuytren dit que le cal intermédiaire s'ossifie plus tard que le « cal extérieur », et que pour ce motif on ne devait laisser marcher le patient avec une telle fracture qu'au bout de la sixième semaine, car autrement il pourrait surgir une autre fracture, parce que les deux bouts de l'os fracturé, situés en dedans de l'anneau formé par le cal extérieur, s'emboitent l'un dans l'autre, comme les deux tiges d'une longue vue; mais je pense que cette éventualité n'est pas à redouter. Cependant il va sans dire qu'il faut faire attention au genre de la fracture. Pour une fracture transversale, on peut laisser le patient se lever beaucoup plus vite que pour une fracture en coin (spirale Gosselin). Pour une fracture en coup de hache Dupuytren, j'ai laissé appuyer sur le pied dès le sixième jour.

(1) Le 22 janvier, ce malade était allé à pied de l'île d'Amager à l'hôpital Frédéric, longue promenade, malgré le verglas.

Au travail que vous venez de lire, j'ajoute quelques lignes.

Depuis ma dernière conférence, faite en janvier dernier, j'ai eu à traiter un assez grand nombre de fractures, dans mon service de l'hôpital Frédéric, aussi bien qu'en dehors de cet hôpital, par suite des nombreux accidents occasionnés par le verglas, qui a réapparu plusieurs fois cet hiver.

Je citerai, entre autres exemples, une fracture de la jambe gauche chez un homme de 50 ans, de stature robuste. Marchant dans la rue et se sentant sur le point de tomber, il fit un effort très énergique pour se tenir en équilibre et ressentit une vive douleur à la jambe. Cependant ce ne fut pas tout de suite, mais après les premiers pas qu'il tomba. De lui-même, il se redressa et fit encore quelques autres pas mais en ressentant les plus vives douleurs et en boitant très fortement, jusqu'à ce qu'il s'aperçût enfin que son pied gauche était complètement tourné en dehors et qu'il marchait sur son tibia. Alors il tomba tout à fait et on vint l'enlever pour l'emporter dans son bureau, qui se trouvait tout près du lieu de l'accident. Là, il perdit entièrement connaissance. On vint me chercher; et je le trouvai assisté d'un jeune confrère, qui lui avait donné les premiers soins. A l'examen je découvris que la fracture était celle que l'on dénomme « le coup de hache de Dupuytren », et en outre il avait une fracture transversale en rave du tibia, qui se trouvait de 8 à 10 centimètres au-dessus de la malléole interne, fracturée elle-même et embrochant la peau avec son fragment supérieur, de sorte que la jambe abandonnée à elle-même présentait un véritable zig-zag.

Je plaçai sa jambe dans un appareil ouaté et amidonné avec des attelles de carton et je reconduisis le blessé à sa demeure.

Dès le lendemain, je commençai à enlever les bandages, pour imprimer des mouvements à l'articulation tibio-astragalienne. La fracture supérieure ne montrait aucune disposition à dévier; mais la luxation du pied se reproduisait, dès que j'avais ôté l'appareil. Le bandage qui, cela va sans dire, n'était pas de nature à donner aucune pression nuisible, fut changé tous les deux jours et le malade put quitter son lit, une ou deux fois par jour, pour aller à la garde-robe, en s'appuyant sur le bras de son domestique.

Dès le dixième jour, il marchait sans appareil et sans peine aucune. Les mouvements dans l'articulation tibio-astragalienne étaient tout à fait normaux, et trois semaines plus tard, grâce à des massages continus et d'un faible courant électrique à trois milli-ampères, il était en état de reprendre ses promenades habituelles.

DU TRAITEMENT DE L'ORCHITE AIGUE

PAR LA PULVÉRISATION PHÉNIQUÉE

Nous extrayons d'un mémoire publié par MM. les docteurs Thiéry et Fosse, dans la « Gazette médicale de Paris », les passages suivants :

Le manuel opératoire que nous avons employé est des plus simples et conforme aux principes qu'a donnés notre cher maître

M. Verneuil. Nous avons constamment fait usage du pulvérisateur à vapeur grand modèle que possèdent communément les hôpitaux, le seul dont l'emploi soit compatible avec la haute température que doit présenter le jet pulvérisé et la durée des séances de pulvérisation.

Le malade est placé sur le bord du lit, les pieds reposant sur des chaises, dans la position qu'il occuperait sur un fauteuil à spéculum; tout l'hypogastre et la partie supérieure des cuisses sont recouverts par un taffetas gommé qui isole les bourses, les exposant seules à la pulvérisation, et conduit dans un récipient l'excès du liquide pulvérisé; les bourses sont ou non recouvertes d'une feuille simple de gaze tarlatane des hôpitaux; s'il y a funiculite, la région inguinale reste découverte.

Le pulvérisateur, placé sur une chaise ou une table de nuit suivant l'élévation du siège du malade, est rapproché jusqu'à la distance de 25 à 30 centimètres, de telle façon que la pulvérisation soit projetée sur les bourses aussi chaude que possible (1). La séance, toujours bien supportée par le malade, dure de vingt minutes à une demi-heure. Elle est renouvelée deux fois par jour (trois fois par exception dans les cas très graves), jusqu'à disparition complète de la douleur. Dans l'intervalle de deux pulvérisations le malade reste étendu dans son lit, les bourses relevées par une planchette échancrée; au bout de quelques jours on lui permet de se lever. C'est là tout le traitement; nous n'y avons adjoint aucune application de topiques, aucune administration de médicaments. Avant de terminer cette relation de nos recherches, nous voulons insister sur ce fait que nous n'avons eu à constater aucun accident imputable à cette méthode de traitement; les pires résultats ont été l'échec pur et simple sans aucune aggravation; il est d'ailleurs exceptionnel (Obs. XXV). Nous n'avons jamais eu à regretter l'emploi de l'acide phénique; malgré la coloration noire des urines que nous avons fréquemment observée et à laquelle, d'accord avec M. Verneuil, nous ne reconnaissons aucune signification grave, nous n'avons jamais eu à enregistrer d'accidents généraux dus à l'intoxication phéniquée; cette constatation d'innocuité est d'ailleurs depuis longtemps banale.

Localement il en a été de même. Si, au début de nos observations, alors que nous employions la solution forte à 1/20, nous avons observé une abondante desquamation épithéliale avec mise à nu du derme, nous avons bientôt reconnu qu'avec la solution phéniquée à 1/50 pareil accident ne pouvait survenir. On n'observait pas d'eczéma phéniqué; à peine dans quelques cas une légère desquamation épithéliale sans aucune importance qui restait inaperçue des malades, preuve évidente de sa bénignité.

Nous croyons cependant que, chez les très jeunes sujets (l'orchite n'est pas exceptionnelle chez eux et pendant son internat à l'hôpital du Midi l'un de nous a pu en recueillir quatre cas à douze, quatorze et quinze ans), il y aurait lieu d'abaisser le titre de la solution, d'autant que nous croyons avoir fait suffisamment remarquer qu'en pratique cela importe peu pour le cas qui nous occupe (2).

Nos conclusions sont donc simples :

1° La pulvérisation phéniquée a un triple mode d'action qui en fait un antiseptique, un analgésique et un résolutif;

2° Elle est donc tout indiquée *a priori* contre les deux principaux symptômes de l'orchite blennorragique, inflammation et douleur;

3° Pratiquement elle a amené rapidement, dans la plupart des cas, la sédation de la douleur et hâté la résolution;

4° Elle remplace avantageusement les topiques (cataplasmes en particulier) habituellement employés.

5° Elle ne donne lieu à aucun accident local ou général.

6° Elle paraît réduire, dans des proportions notables, la durée de l'affection.

7° C'est donc une méthode à la fois innocente et efficace qui doit prendre place dans la thérapeutique de l'épididymite blennorragique et vraisemblablement de toutes les orchites aiguës.

8° Il ne nous a pas été possible de faire pénétrer dans l'organisme, par ce moyen, quelques substances médicamenteuses telles que le salicylate de soude et l'iodure de potassium, mais il y a lieu de reprendre ces expériences à nouveau et en cas de succès d'étudier leur influence sur la production de la guérison de l'orchite.

(1) La température du jet est à peine de 25 degrés, à une distance de 25 à 30 centimètres; à 10 centimètres, nous avons trouvé 37 degrés.

(2) C'est une solution faible que nous conseillons si quelque lecteur de ce travail voulait entreprendre la cure des bartholinites si fréquentes chez la femme par la pulvérisation phéniquée; on élèvera graduellement le titre de la solution, l'innocuité locale des solutions plus faibles une fois constatée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies de l'estomac [seconde partie] (1), par L. Bouveret.

Nous avons annoncé l'apparition de la première partie de cet ouvrage et nous avons dit en penser beaucoup de bien. Nous en pensons beaucoup également de la seconde : l'ensemble constitue un des Traités des maladies de l'estomac les plus complets que nous connaissions, non pas seulement en France, mais à l'étranger.

Cette seconde partie comprend : les gastrites, les néoplasmes, les affections organiques des orifices de l'estomac, les névroses de l'estomac — névroses de la motilité, de la sensibilité, névroses vaso-motrices et dyspepsie nerveuse — et enfin, pour terminer, un intéressant chapitre intitulé : L'estomac dans les maladies.

A propos des gastrites, il est arrivé à M. Bouveret ce qui arrivera forcément à tous les auteurs qui ne romperont pas délibérément avec les errements du passé et qui ne sépareront pas nettement la dyspepsie, qui n'est qu'un ensemble de complexus symptomatiques, de la gastrite, qui est une lésion des parois de l'estomac et surtout de sa muqueuse. Il a dû, sous ce titre, refaire un chapitre de la dyspepsie, sans limite définie avec les névroses. C'est que nous savons fort mal où finissent les névroses et où commence la gastrite. Rien de difficile comme ce diagnostic différentiel en clinique, rien de malaisé comme de déterminer en pathologie générale le rôle de la nervo-motricité et de l'inflammation dans la production des symptômes d'ordre objectif ou d'ordre subjectif.

C'est pourquoi nous ne voyons pas pour un « Traité des maladies de l'estomac », à l'heure actuelle, d'autre division pratique que la suivante : dans une première partie, la séméiologie élémentaire et les processus dyspeptiques; dans la seconde, basée sur l'anatomie pathologique, les maladies organiques. Toute autre division amène forcément à des répétitions, à des incertitudes dans la place à donner aux divers états gastropathiques, ou encore à des affirmations prématurées dans la détermination de cette place.

Le chapitre consacré au cancer de l'estomac est fort bien fait.

M. Bouveret a écrit une centaine de pages sur les névroses de l'estomac, qu'il entend à la façon allemande. On y voit défiler successivement : les névroses de la motilité (gastroplégie, incontinence du pylore, éructation nerveuse, régurgitation nerveuse, mérycisme, spasme du cardia, spasme du pylore, gastrospasme, agitation péristaltique de l'estomac, vomissements nerveux); les névroses de la sensibilité (boulimie, polyphagie, la parorexie, l'anorexie nerveuse, la nausée, certaines sensations gastriques anormales, les idiosyncrasies gastriques, l'hyperesthésie de la muqueuse gastrique, la gastralgie); les névroses de la sécrétion (hypersécrétion nerveuse deutéropathique, hyperchlorhydrie et anachlorhydrie nerveuses), les névroses vaso-motrices et, enfin, la dyspepsie nerveuse.

(1) In-8°. Prix de l'ouvrage complet : 14 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Dans cette longue énumération que nous avons reproduite à dessein, il y a des répétitions peu utiles, et plusieurs de ces chapitres d'ordre secondaire eussent pu se fondre les uns dans les autres. Par contre, la dyspepsie nerveuse qui arrive en dernière ligne, et à laquelle correspond peut-être le nombre le plus grand de dyspeptiques, ne tient pas plus de 16 pages. Je crains que cela ne déroute un peu les médecins qui consulteront ce livre cependant si complet et si bien fait, et qui y chercheront des renseignements en vue du diagnostic des faits cliniques soumis à leur observation et à leur direction thérapeutique.

M. Bouveret est un de ceux qui connaissent le mieux la dyspepsie nerveuse, qui l'ont le mieux décrite ici et ailleurs, et, cependant, il ne lui consacre pas 20 pages alors qu'il en attribue 100 aux gastrites. C'est la conséquence du plan suivi. Un plan différent eût jeté plus de lumière dans ce livre clairement écrit par un médecin qui connaît admirablement le sujet dont il traite, et qui possède un réel talent d'exposition.

Après ces critiques ou plutôt cette critique, nous voulons répéter que nous tenons le Traité des maladies de l'estomac de M. Bouveret pour un livre excellent. Il est très richement, presque trop richement documenté; l'opinion de l'auteur est de celles qui comptent en première ligne, et sur bien des points il a des idées personnelles et originales. Les nombreuses citations qu'il fait au cours de l'ouvrage révèlent une connaissance très étendue de la bibliographie, en particulier de la bibliographie allemande, qui est sur ce point spécial de la science d'une richesse exubérante et quelque peu encombrante.

A. Mathieu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 3 septembre 1893, ont été promu ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le docteur Napias, inspecteur général des services administratifs du ministère de l'Intérieur.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Babinski, médecin des hôpitaux à Paris; Bouilly, chirurgien-adjoint à l'hôpital de la Maternité, à Paris; Cazaux, médecin aux Eaux-Bonnes; Chambay, membre du Conseil général de l'Orne; Delabost, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen; Doléris, médecin en chef de l'asile Ledru-Rollin; Fiquet, médecin du ministère de l'Intérieur; Garretta, membre du Conseil général de l'Aude; Guillemin, maire d'Alger, et Tuffier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

— M. le docteur Francis Villar, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, chirurgien des hôpitaux, est chargé d'une mission gratuite en Italie, à l'effet d'y étudier les questions relatives à l'enseignement de la chirurgie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Kholodenko (de Paris).

Clinique chirurgicale, par le professeur A. Richet (de l'Institut), professeur à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. gr. in-8° de 700 pages. — Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

L'hygiène des fiancés (*Petite encyclopédie médicale*), par le docteur Jacques Nattus. 1 vol. in-18 raisin, cartonné à l'anglaise, fer spécial. — Prix : 3 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 102. — JEUDI 7 SEPTEMBRE 1893. 66e ANNÉE. JEUDI 7 SEPTEMBRE 1893. — N° 102.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nos lecteurs trouveront plus loin les résultats de l'application de la loi Roussel, dans le département de la Seine; ils verront que la mortalité des nourrissons est tombée à 7,25 p. 100, ce qui est un progrès sur les années précédentes. Mais il faudrait, pour compléter le tableau, savoir ce que sont devenus ceux que l'on considère comme vivants et bien portants, et être sûr qu'un certain nombre n'a pas succombé dans les premiers mois après le sevrage.

A signaler une communication du docteur Jarre, qui traite les névralgies douloureuses de la face par la résection du bord alvéolaire. Les succès qu'il publie sont encourageants; ils surprennent même un peu les chirurgiens, habitués à lutter, sans grand résultat, contre ces tics douloureux. La méthode est facile et simple; l'avenir nous dira si elle tient les promesses que nous a faites son auteur.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. A. PONCET.

Anévrysme artérioso-veineux de l'artère et des veines radiales de l'avant-bras gauche. Ablation de l'anévrysme. Guérison rapide.

(Leçon recueillie par M. E. VILLARD, interne des hôpitaux prosecteur à la Faculté.)

Les anévrysmes artérioso-veineux ne sont pas rares et déjà dans sa thèse, en 1889, M. Delbet avait pu en réunir un assez grand nombre de cas, c'est ainsi qu'il étudie 24 anévrysmes artérioso-veineux des membres. Dans cette longue série d'observations, nous ne trouvons rapporté aucun cas d'anévrysme de l'avant-bras et de l'artère radiale en particulier. Or, dans ces derniers temps, nous avons eu l'occasion de voir dans le service de notre maître, M. le professeur Poncet, un cas d'anévrysme artérioso-veineux formé aux dépens de l'artère radiale et de ses veines satellites. Il s'agissait, comme on peut le supposer, d'un anévrysme d'origine traumatique. Nous avons pensé qu'une telle observation pourrait être intéressante, tant au point de vue de la rareté du siège d'une telle lésion qu'au point de vue de son traitement et de certaines particularités pathologiques.

Voici, du reste, l'observation de notre malade telle que nous l'avons recueillie dans le service de la clinique chirurgicale. Cet anévrysme, exceptionnel par son siège, a été, de la part de notre maître, le sujet d'une clinique fort instructive.

Le nommé Victor L..., âgé de dix-huit ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 10 juin dernier, pour une lésion d'origine traumatique de l'avant-bras gauche. Il est envoyé à M. Poncet par M. le docteur Gromo (de Rive-de-Gier).

Il y a cinq jours, ce malade, qui travaille dans une usine de tréfilerie, reçut, par suite de la rupture d'une barre métallique, un éclat d'acier qui lui fit une plaie pénétrante de la face antérieure de l'avant-bras. Aussitôt jaillit un jet de sang assez violent, d'une portée, au dire du malade, de près de 50 centimètres. On fit de la compression immédiate, et lorsque, un quart d'heure plus tard, le docteur Gromo vit le blessé, le sang coulait encore en abondance, quoique pourtant avec moins d'énergie, et le jet en était saccadé. L... a parfaitement remarqué ce détail, à propos duquel il est très affirmatif.

Après quelques courtes tentatives de recherche du corps étranger présumé, le médecin appelé appliqua un pansement compressif. L'hémostase fut, dès lors, définitive.

Le bras se tuméfia beaucoup dans la nuit qui suivit. La peau, le lendemain, avait pris une teinte légèrement ecchymotique. Aucun symptôme de lésion nerveuse ne se manifesta.

En présence de ces accidents, le malade envoyé à l'Hôtel-Dieu s'est présenté à nous dans l'état suivant :

Pas de retentissement sur l'état général.

Au niveau de l'avant-bras gauche, on note une tuméfaction assez considérable, surtout marquée au-dessous du pli du coude. En ce point, la circonférence du membre, mesurée à 7 centimètres au-dessous de l'épicondyle, donne du côté sain 23 centimètres alors qu'à gauche la même mensuration donne 26 centimètres, soit 3 centimètres en faveur du côté malade.

Sur la face antérieure de l'avant-bras, on aperçoit au voisinage de la face externe, et à 5 centimètres au-dessous du pli du coude, une toute petite plaie non encore complètement cicatrisée, reste du traumatisme récent. Cette plaie, de 3 à 4 millimètres de longueur, est exactement située sur la ligne de direction générale de l'artère radiale.

Au niveau de la tuméfaction, la peau présente une teinte légèrement ecchymotique, jaunâtre au pourtour de la plaie, violacée par plaque du côté du bord interne du bras.

Aucune dilatation appréciable des veines superficielles. La palpation de la tumeur révèle immédiatement un thrill des plus marqués : on a, sous les doigts, un frémissement caractéristique et superficiel. Perçu au niveau du pli du coude, on peut le suivre jusqu'au poignet, mais dans l'extrémité inférieure de l'avant-bras il est limité au trajet de la radiale. On le trouve encore dans la tabatière anatomique, on le perd au niveau du premier espace inter-métacarpien. Rien dans la paume de la main.

Ce thrill est continu dans la partie supérieure de l'avant-bras. Au niveau de la partie inférieure, il présente des renforcements isochrones aux battements cardiaques.

La compression de l'artère humérale au milieu du bras fait disparaître complètement le phénomène.

Pas de battements appréciables au niveau de la tuméfaction.

L'auscultation permet de constater un souffle extrêmement intense. Ce souffle donne à l'oreille la sensation d'une corde métallique en vibration, avec renforcements systoliques très forts. On peut suivre ce souffle sur tout le trajet de la radiale, il disparaît par compression de l'artère humérale.

Pas de retard du pouls de l'artère radiale comparé à celui du côté opposé, ou à celui de la cubitale.

Pas de différence de température locale entre les deux mains. Aucune teinte cyanique soit des doigts, soit des ongles.

Enfin, le malade ne présente aucun trouble, ni de la motilité, ni de la sensibilité.

En présence de ces accidents, on diagnostique un anévrysme artérioso-veineux et on décide l'extirpation de la poche anévrysmale.

13 juin. *Opération* pratiquée par M. le professeur Poncet.

Anesthésie à l'éther. Tube hémostatique d'Esmarch placé à la partie moyenne du bras gauche.

Incision de 10 centimètres sur la partie saillante de la tumeur et répondant à la plaie cutanée. On tombe alors sur plusieurs veines dilatées que l'on résèque entre deux ligatures.

On pénètre dans l'interstice du long supinateur et du rond pronateur et on arrive sur la lésion vasculaire. L'artère radiale est entourée d'un paquet de veines dilatées et anastomosées avec les veines superficielles. Six ligatures environ sont passées sous ces vaisseaux. L'artère isolée présente une perforation circulaire par où s'établissait la communication avec les vaisseaux veineux. Cette perforation, faite comme à l'emporte-pièce, mesure 2 à 3 millimètres environ de diamètre. A son niveau et à son voisinage immédiat, la radiale présente une dilatation manifeste.

Ligature du bout inférieur de l'artère, puis recherche du bout supérieur. Pendant cette manœuvre, on découvre le corps étranger, cause du traumatisme. Il était situé plus profondément que le vaisseau qu'il semblait avoir perforé de part en part, il était constitué, par un petit fragment d'acier d'une longueur d'environ 4 à 5 millimètres sur une largeur de 2 à 3 millimètres. Le bout supérieur de la radiale est lié. Excision du fragment artériel compris entre les deux ligatures.

Plaie saupoudrée d'un peu d'iodoforme, un petit drain est placé dans la profondeur. Suture superficielle avec fils métalliques.

Aucune hémorragie ne s'est produite après l'ablation de la bande hémostatique.

18 juin. Changement du pansement, ablation du drain. La plaie est réunie par première intention. Tous les signes de l'anévrysme ont disparu. Les battements de la radiale ne sont pas perçus dans la gouttière du pouls. Le malade quitte l'Hôtel-Dieu.

6 juillet. Il ne reste plus de l'anévrysme qu'une cicatrice linéaire opératoire. Les battements n'ont toujours pas reparu dans la gouttière du pouls. Du côté des mouvements de l'avant-bras aucune gêne fonctionnelle, le malade est enchanté du résultat opératoire (1).

(1) Ce malade a été revu complètement guéri, un mois après l'opération. A cette date, les battements n'étaient pas encore perceptibles dans la gouttière radiale.

Telle est, exposée dans ses parties principales, l'observation de notre malade. Trois points particuliers doivent attirer l'attention : la rareté du siège de cet anévrysme, quelques particularités symptomatologiques, et les indications thérapeutiques qui ont été suivies.

Au point de vue du siège, nous n'avons pas trouvé de cas semblable dans les différents travaux que nous avons examinés. Il est un fait assez frappant, c'est la fréquence bien connue des anévrysmes artérioso-veineux dans une région située un peu au-dessus, au niveau du pli du coude. Delbet, dans les 241 observations qu'il a pu rassembler d'anévrysmes artérioso-veineux, signale 96 fois une pareille lésion au niveau du pli du coude, alors que nous ne trouvons rapporté aucun cas analogue à celui que nous avons observé. La radiale et la cubitale semblent, en effet, jouir d'une certaine innocuité. A ce point de vue, la situation anatomique de ces vaisseaux, la mobilité dont ils jouissent vis-à-vis des parties avoisinantes, leur volume peu considérable leur permettent, le plus souvent, d'échapper aux traumatismes produits par les instruments piquants, condition ordinaire de la production des anévrysmes artérioso-veineux. Ajoutons enfin, fait important, les faibles dimensions des veines satellites de l'artère radiale, condition peu favorable au développement d'une anastomose artérioso-veineuse. Telles sont les conditions qui, selon nous, doivent expliquer la rareté de la lésion qui nous intéresse.

Dans la symptomatologie qu'a présentée notre malade, en dehors des phénomènes classiques tels que le thrill, les phénomènes d'auscultation, etc., qui avaient atteint chez lui un haut degré d'intensité, certains signes faisaient défaut et nous croyons bon d'attirer l'attention sur eux, car leur absence relève de certaines dispositions anatomiques particulières.

Nous voulons parler de l'absence des phénomènes de dilatation veineuse, de troubles circulatoires veineux et de leur conséquence, modifications thermiques. En effet, les troubles de la circulation de retour sont d'une remarquable fréquence dans l'anévrysme artérioso-veineux et dans le cas que nous avons observé, il n'y avait aucune gêne apparente de la circulation veineuse. Ce fait reconnaît pour cause, à notre avis, en dehors de la date récente du traumatisme, la disposition des veines radiales et de la circulation de retour de l'avant-bras. On sait, en effet, que les veines de l'avant-bras communiquent largement les unes avec les autres et que non seulement les veines profondes sont fréquemment anastomosées entre elles, mais qu'elles sont aussi reliées aux veines superficielles, c'est ainsi que la céphalique communique, au niveau du poignet, avec les veines radiales profondes, que la médiane communique avec ces mêmes veines au niveau du pli du coude. On comprend dès lors facilement, d'après cette disposition anatomique, qu'une gêne quelconque apportée à la circulation des veines radiales n'aura aucun effet sensible sur la circulation du membre et que la surcharge sanguine aura de nombreuses voies pour s'écouler, sans que pour cela il se produise de phénomènes apparents du côté du tégument externe. Pourtant cette gêne de la circulation veineuse existait, mais très atténuée, et c'est ainsi que nous avons vu qu'au moment de l'intervention il existait, tout autour du vaisseau artériel, comme une sorte de tissu caverneux produit par les dilatations veineuses et leurs anastomoses.

Lorsqu'un anévrysme artérioso-veineux existe au niveau de la racine d'un membre ou des vaisseaux volumineux

règlent la circulation de ce membre (et c'est là le cas ordinaire), on voit souvent alors se produire les phénomènes très marqués de la gêne de la circulation en retour et leur conséquence sur les modifications thermiques. Mais, au contraire, lorsque, comme dans le cas que nous rapportons, l'anastomose artérioso-veineuse siège sur des branches périphériques, les anastomoses veineuses sont trop nombreuses pour qu'il se produise une gêne appréciable dans le retour du sang.

Nous terminons en faisant remarquer que nous apportons un cas de plus à l'appui de l'extirpation des anévrysmes artérioso-veineux comme méthode de traitement de pareilles tumeurs. Pour M. le professeur Poncet, c'est là la véritable méthode de choix. Il considère qu'en fait d'anévrysmes artérioso-veineux ou autres, l'extirpation laisse loin derrière elle les autres procédés lorsqu'une intervention sanglante est indiquée. Du reste chaque jour cette méthode tend à se généraliser. Par ses suites simples, par la facilité qu'apporte la bande d'Esmarch à son exécution, elle se place au premier rang. C'est ainsi qu'elle a permis à notre malade, dont la plaie opératoire s'était réunie par première intention, de sortir de l'Hôtel-Dieu dix jours après son entrée, définitivement guéri de sa tumeur vasculaire.

MÉDECINE PRATIQUE

Le traitement de la neurasthénie par les injections hypodermiques.

Par le docteur Albert MATHIEU,
Médecin des hôpitaux.

Nous ne voulons pas exposer ici dans son ensemble, quelque intérêt qu'il y aurait à le faire, la question générale de la médication hypodermique, soit par des extraits d'organes, soit par des sérums artificiels; nous désirons nous restreindre seulement à l'étude du traitement de la neurasthénie par les injections sous-cutanées. La question vient d'être remise en actualité par la publication de deux volumes : la *Méthode de Brown-Séquard*, par M. Ch. Éloy, et l'*Introduction à l'étude des lois générales de l'hypodermie*, par M. J. Chéron. Le premier de ces auteurs conclut, en somme, à l'efficacité des injections organiques; le second publie précisément son ouvrage pour démontrer que ce que l'on doit faire, ce sont des injections de sérum artificiel concentré, de solutions minérales.

On sait en quoi consiste la méthode de Brown-Séquard. Partant de cette idée physiologique que les glandes ont à la fois une sécrétion externe et une sécrétion interne, et de ce fait que les testicules caractérisent la virilité, M. Brown-Séquard a fait des extraits de testicules d'animaux et se les est injectés à lui-même, pour combattre la déchéance sénile. Il y aurait réussi à son entière satisfaction. Les épuisés de tout ordre voulurent, dès lors, être injectés et beaucoup réussirent à l'être. Les communications favorables affluèrent sur la table de travail de l'auteur de la méthode; son laboratoire du Collège de France devint insuffisant à fournir des liquides aux médecins qui en demandaient, et leur fabrication tomba dans le domaine industriel : elle est en pleine efflorescence, et les journaux, spécialement fondés ou nolisés pour cette campagne, vont, jusqu'au fond le plus reculé de la province, mettre sous les yeux des praticiens les merveilleux résultats des sucs testiculaires. Çà et là des spécialistes en injections se révélèrent. Après le suc testiculaire, on injecta le suc thyroïdien dans le myxœdème, du suc pancréatique aux diabétiques, des extraits de rein aux urémiques. M. C. Paul fit des extraits de substance cérébrale à l'usage des épuisés et surtout des neurasthéniques. Il n'y a aucune raison de s'arrêter dans cette voie, et si cela continue, on trouvera bientôt autant de variétés de sucs ou d'extraits qu'il y a dans l'organisme d'organes ou de tissus susceptibles d'être malades. Cela ne s'arrêtera que si les malades refusent à prêter leur peau à ces essais poly-organiques.

Nous ne voulons pas faire ici la critique de cette méthode hypodermique dans son ensemble, mais seulement nous borner à passer en revue ce qui concerne la neurasthénie.

Dans sa dernière communication à l'Académie des sciences (24 avril 1893), M. Brown-Séquard déclare que l'affection qui donne la plus grande proportion de *guérisons* (vous avez bien lu?) est l'ataxie locomotrice. Sur 342 cas, 314 ont été considérablement améliorés ou complètement *guéris*. Il faut avoir l'inexpérience d'un physiologiste en clinique pour parler ainsi de la guérison de l'ataxie locomotrice, sans s'en étonner davantage. L'important serait de savoir ce que seront devenus ces 314 malades dans deux ou trois ans d'ici. Nous ne le saurons probablement jamais.

Voici comment M. Brown-Séquard s'exprime à propos de la neurasthénie : « A notre grande surprise, une affection à la mode (et qui, si elle n'existe pas aussi souvent qu'on le croit, est néanmoins très fréquente), la neurasthénie, dont plus de 80 cas ont été traités par notre procédé, n'a pas donné à beaucoup près autant de cas de guérison ou d'amélioration notable que des cas d'affection organique, tels que les diverses scléroses de la moelle. En effet, la proportion des cas décidément heureux de traitement de la neurasthénie n'a été que de 50 à 60 p. 100. »

Si l'on remarque que beaucoup de cas négatifs n'ont pas été signalés, qu'on a fait à peu près complètement le silence sur les insuccès obtenus dans divers services hospitaliers alimentés pendant un certain temps d'un suc testiculaire, puisé à la meilleure source, on sera amené à conclure que les neurasthéniques sont souvent réfractaires ou que, tout au moins, ce traitement, bien fait pour satisfaire les tendances de leur esprit, commence à ne plus avoir prise sur eux.

M. Constantin Paul s'est servi d'extraits de cerveau, et surtout de circonvolutions frontales, de substance grise. Ce remède était déjà mis en œuvre par les homœopathes, à doses infinitésimales. Tel nerveux, que je connais, a été guéri par des solutions qui pouvaient renfermer 1 milligramme de cervelle de mouton dans une dose journalière. J'ai toujours frémi en pensant à ce qui serait arrivé si ce malade avait mangé les cervelles elles-mêmes, à ses repas...

M. C. Paul annonçait le 25 avril 1893, à l'Académie de médecine, la guérison de 50 cas, sur 57 neurasthéniques. Cela prouve, non pas que M. C. Paul a mal observé, — il a fait ses preuves de clinicien, — mais qu'il a confiance dans sa méthode. Il est bien évident que le jour où il cesserait d'y avoir confiance, ses malades ne guériraient plus.

Mais voici venir, avec M. Crocq (de Bruxelles) et M. J. Chéron, ceux qui guérissent leurs malades par des solutions salines. La solution usitée par M. Crocq est à base de phosphate de soude, comme celle que M. Luton (de Reims) avait employée avant lui dans un but analogue.

M. J. Chéron a remarqué, et l'observation est très juste, que toutes les injections hypodermiques ont une action semblable, pourvu qu'elles ne renferment pas de produits toxiques. On peut, avec les solutions les plus variées, obtenir également les mêmes effets. C'est ainsi que les neurasthéniques, sous leur influence, dorment, reprennent des forces, de l'appétit, et se débarrassent de leurs douleurs, céphalalgie, rachialgie et autres algies, récupèrent la mémoire et le travail intellectuel.

Tout cela s'expliquerait, pour lui, parce que les injections hypodermiques élèvent toujours la tension artérielle et que l'abaissement de cette tension est un fait important, primordial dans beaucoup d'états de dépression. Cette idée l'amène à faire des injections plus volumineuses que les autres auteurs : il injecte aux neurasthéniques de 5 à 40 grammes d'un sérum dont voici la formule :

Chlorure de sodium. . .	2	grammes.
Sulfate de soude	8	—
Phosphate de soude. . .	4	—
Acide phénique neigeux.	1	—
Eau distillée	100	—

Il est naturel que, voulant faire en réalité une *transfusion*, il ait tendance à employer des quantités de liquide relativement élevées.

Nous nous sommes absolument refusé, pour notre part, à faire des injections hypodermiques de liquides organiques, bien qu'y ayant été assez souvent sollicité; mais nous avons fait, non sans succès, des injections de liquides inorganiques. Pourquoi avoir rejeté les uns et accepté les autres?

L'usage des liquides organiques nous a paru comporter des dangers particuliers, à cause de leur qualité même de liquides organiques, d'une préparation délicate et d'une conservation incertaine. Leur efficacité particulière, spéciale, ne nous a jamais paru *méthodiquement* démontrée. Il est assez naturel que ce soient les enthousiastes et les intéressés qui aient fourni à M. Brown-Séquard des résultats optimistes. Et ces résultats, du reste, ne dépassent pas ce qu'on a pu voir pour l'ataxie avec la suspension, pour la phtisie avec vingt ou trente médications. Cela veut dire, en somme, que l'élément commun de toutes ces injections me paraît être autant la suggestion que le relèvement de la tension artérielle invoqué par M. J. Chéron.

Contre les injections salines, je n'avais pas les mêmes objections. Leur préparation pharmaceutique est facile, leur emploi sans danger si l'on a soin de prendre des précautions suffisantes d'antisepsie et de faire les injections profondément. En les faisant lentement, on les rend peu douloureuses.

Il est incontestable que de petites transfusions de sérum, de 25 à 50 ou 100 centimètres cubes de liquide, relèvent la tonicité, et je les emploie à l'hôpital d'une façon courante dans un grand nombre de cas; j'ai tendance à les substituer aux injections de caféine dont on a tant usé, sinon abusé, depuis quelques années.

Contre la neurasthénie, j'ai obtenu des résultats quelquefois presque miraculeux avec un liquide ainsi composé :

Phosphate de soude . . .	4	grammes.
Chlorure de sodium . . .	2	—
Glycérine neutre.	20	—
Eau.	80	—

Je n'attache à ce liquide aucune spécificité, bien que le phosphore soit le métalloïde des masses nerveuses.

Récemment, à l'hôpital Lariboisière, *deux centimètres cubes* de ce liquide m'ont servi pour transformer, pour ressusciter en quelque sorte un neurasthénique presque incapable de quitter son lit. Il faut dire que, à la formule précédente, j'avais ajouté une dose élevée de suggestion.

C'est ce qu'il faut faire en cas semblable; j'aimerais mieux, au besoin, augmenter encore la proportion de la suggestion et diminuer celle du phosphate de soude.

L'avenir nous apprendra, du reste, dans quelle mesure c'est à la suggestion qu'il faut attribuer le rôle principal. Si elle représente l'élément spécifique de ces injections, l'influence de celles-ci ne tardera pas à s'affaiblir, sauf peut-être sur des malades d'hôpital encore naïfs. C'est que, en effet, c'est une sorte d'infériorité que d'avoir été suggestionné, d'avoir été dominé et trompé. On ne le pardonne ni aux autres, ni à soi-même; désormais mis en garde, on se tient en défiance — et on ne guérit plus.

CINQUANTE-CINQ CAS D'EMPOISONNEMENT PAR L'HUILE D'ARMES

Par le docteur Reboud, médecin-major de deuxième classe.

Nous croyons faire œuvre utile en publiant la relation de quelques cas d'empoisonnement causés par l'huile d'armes parce que le fait, bien que rare en lui-même, peut se présenter à l'observation de tout médecin militaire, ce liquide étant constamment entre les mains des hommes et pouvant être, accidentellement ou non, absorbé par eux.

Dans la nuit du 12 au 13 juillet 1891, nous étions appelé en hâte au fort de Bessoncourt (Belfort), occupé par une compagnie du 42e d'infanterie, notre régiment. Toute la garnison était en émoi, car, depuis la veille à six heures (il était deux heures du matin), presque tous les hommes qui avaient assisté au repas du soir étaient plus ou moins malades : mal de tête, nausées, vomissements, coliques, diarrhée abondante. D'ailleurs ce qui se passait sous nos yeux nous en apprenait plus que tous les comptes rendus verbaux. La cour du fort était sillonnée d'hommes plus ou moins vêtus se dirigeant vers les cabinets à des allures diverses, suivant qu'une diarrhée pressante hâtait leurs pas ou que le hoquet précurseur ralentissait leur marche. Beaucoup n'achevaient pas l'étape, quelques-uns échouaient au port; et, sur la route du retour, nous rencontrions ces malheureux se traînant avec peine, le visage défait, au front perlé de fine sueur, répondant difficilement à nos questions, présentant enfin, dans l'ensemble de leur physionomie, la fatigue de l'homme qui a subi des orages intimes et la crainte de celui qui en attend encore.

A l'intérieur des chambres, le tableau n'est pas plus gai; des malades n'ont pu quitter leur lit, et leur repas, à moitié digéré, couvre le sol.

Il n'y a pas à en douter, nous sommes en présence d'un empoisonnement collectif et le poison a été absorbé au repas du soir puisque, nous le répétons, presque tous les hommes y ayant pris part ont été malades et eux seuls.

Le menu du jour se composait d'aliments qui, d'ordinaire, sont bien inoffensifs : rata au bœuf et salade. Le bœuf avait été apporté la veille même au fort et jugé en parfait état par le cuisinier; les morceaux, d'ailleurs, qui n'avaient pas été mangés, étaient savoureux, sans odeur ni mauvais goût; les pommes de terre accompagnant le bœuf n'étaient ni trop jeunes, ni germées; restait la salade.

Les débris de ce légume se présentaient sous la forme d'énormes feuilles de laitue romaine d'un vert remarquable, affaissées dans un liquide composé d'huile, de vinaigre et d'eau. La salade

avait été cultivée avec soin dans le jardin de la compagnie. Le vinaigre nous parut aussi bon que peut être ce liquide à 30 centimes le litre; quant à l'huile, dont il restait quelques doigts à peine au fond d'une bouteille, elle était fortement louche et malpropre, mais ne présentait pas d'odeur spéciale.

Tous les malades accusent la salade qui avait un goût spécial, mal défini pour la plupart, « comme un goût de pétrole », disent-ils, qui disparaissait vite, et assez peu prononcé pour la rendre mangeable puisque, sur 55 hommes, 43 en ont absorbé une assiette ou deux.

Il serait oiseux de transcrire ici l'observation détaillée de chacun ; toutes se ressemblent, ce n'est qu'une question de degré. Pour donner une idée exacte de la physionomie de cet empoisonnement, nous diviserons ces faits en trois groupes, suivant l'intensité des phénomènes observés. Nous nous empressons d'ajouter que ce n'a été qu'un orage et que le surlendemain tout rentrait dans l'ordre ; quatre hommes seulement ont été évacués sur l'infirmerie où ils sont restés de trois à cinq jours :

Les malades le plus sérieusement atteints, au nombre de 28, ont éprouvé les premiers symptômes de quatre à huit heures après le repas, c'est-à-dire entre huit heures et minuit, et ont presque tous présenté les phénomènes suivants : pesanteur à l'estomac, nausées, vomissements alimentaires d'abord, bilieux ensuite; sensation de brûlure au creux épigastrique et, à peu près en même temps, coliques et selles diarrhéiques plus ou moins abondantes ; puis, dominant la scène, une céphalalgie intense, pénible, persistant longtemps encore après le calme rétabli. Un certain nombre de malades ont accusé des crampes dans les jambes et une courbature générale.

L'intensité de ces phénomènes n'est pas toujours en rapport avec la quantité de salade prise ; quelques hommes, avec deux ou trois feuilles, ont eu plusieurs vomissements et deux ou quatre selles. Il y a évidemment là une question de susceptibilité stomacale, d'inégale répartition du liquide accompagnant la salade et de quantité d'aliments pris auparavant.

Le traitement a consisté en infusion de thé et café chauds, opium à l'intérieur et repos au lit avec diète. Quelques hommes seulement n'ont pu assister à la revue du surlendemain, 14 juillet, le chemin de fer stratégique ayant conduit la compagnie à Belfort.

Si nous dégageons ces faits des banalités qui les entourent, nous pensons que l'on peut en tirer quelques conclusions pratiques. L'analyse de l'huile employée, faite par les soins de M. Jehl, pharmacien-major de première classe, sur le reste d'une bouteille, a donné pour conclusion « huile minérale non mélangée d'huile végétale ». D'autre part l'enquête faite à la suite par l'autorité militaire a démontré que le sous-officier chargé des vivres avait mis en magasin deux bouteilles d'huile d'armes.

Et d'abord, qu'est-ce que l'huile d'armes, ce liquide d'un jaune ambré, trouble, à reflets verdâtres sur les bords du verre, laissant au fond des bouteilles de nombreux flocons blanchâtres, et qui n'a que faiblement l'odeur de pétrole, ce qui a rendu possible la consommation de la salade si étrangement préparée? Si nous lisons la théorie, nous voyons que c'est de l'huile d'olives épurée à laquelle on a fait subir une préparation pour la rendre moins oxydable; si nous interrogeons un chef armurier, il nous répond que c'est de l'huile de naphte. En effet, l'huile d'armes employée aujourd'hui est presque toujours d'origine minérale, d'origine diverse et de composition variable, souvent à l'état brut, ou bien épurée plus ou moins complètement. Ce n'est pas le cas pour celle dont nous avons à nous occuper ici, puisque l'analyse a prouvé qu'elle était formée de résidus de distillation de pétrole que l'on emploie également pour les machines. Comme cette huile est à bon marché, il est probable que son usage est très répandu.

C'est le résidu liquide de la distillation du pétrole, autrement nommé huile lourde, vaseline liquide ; substance éminemment dangereuse pour l'appareil digestif comme nous le montrent les empoisonnés de Bessoncourt.

Après une série d'expériences, que nous ne rapportons pas ici, M. le docteur Reboud conclut ainsi : Tous les produits inférieurs du pétrole renferment des substances nuisibles à la santé ; il faut de nombreuses manipulations pour les rendre simplement inertes et le bas prix de ces hydrocarbures mal épurés peut tenter la fraude. Il est donc dangereux d'en tolérer l'emploi.

LA GASTRO-ENTEROSTOMIE EN FRANCE ET SES RÉSULTATS

Nous extrayons, du travail remarquable de M. le docteur Trognon, les conclusions suivantes :

Des différentes opérations proposées pour remédier à la sténose du pylore, la gastro-entérostomie est celle qui est la plus rationnelle et a les indications les plus étendues. C'est une opération palliative dans les cas de cancer, curative dans ceux de rétrécissement fibreux du pylore.

La gastro-entérostomie, chez les cancéreux, doit être pratiquée le plus tôt possible, avant que les progrès de l'affection aient mis le malade dans un état d'affaiblissement voisin de la cachexie. La plupart des insuccès observés jusqu'ici sont dus à ce que cette condition indispensable n'a pas été respectée. En France, on emploie indifféremment la méthode de Von Hacker et celle de Wœlfler. Le choix du procédé est surtout soumis à l'état anatomo-pathologique de la région.

Le procédé de Senn n'a pas encore été employé chez nous. Il importe d'ouvrir les viscères le plus tard possible. Le procédé de M. Terrier nous semble être celui qui permet d'obtenir ce résultat avec le plus de garanties de succès. La nécessité des opérations complémentaires proposées dans le but d'éviter le reflux de la bile dans l'estomac, et l'accumulation des matières dans le cul-de-sac duodénal, n'est pas démontrée.

D'après les statistiques, la gastro-entérostomie est encore une opération grave. Elle deviendra plus bénigne lorsque le manuel opératoire sera suffisamment perfectionné, lorsque, enfin, le chirurgien sera appelé à intervenir en temps opportun.

THÉRAPEUTIQUE

Liniment mercuriel pour remplacer l'onguent napolitain.

Glycérolé d'amidon de consistance ferme. } *àà* poids égaux.
Mercure purifié. . . . . }

Mettez dans un mortier de porcelaine la dose de mercure avec la moitié du glycérolé; triturez avec un pilon de bois jusqu'à parfaite extinction du mercure ; ajoutez alors la seconde moitié du glycérolé et mélangez le tout.

Pour faire l'onguent simple, à une partie de l'onguent ci-dessus, ajoutez trois parties de glycérolé.

Les formules de ces onguents renferment la proportion du mercure de ceux du Codex, et ils ont l'avantage sur ces derniers de ne pas rancir, de ne pas graisser et de ne pas irriter la peau. (*Lyon médical.*)

Essai de traitement méthodique de la blennorragie. — Première période (deux ou trois premiers jours), injection abortive au nitrate d'argent.

Deuxième période (du troisième au dixième jour, environ), injection d'huile iodoformée ou bicarbonate de soude, bains.

Troisième période (du dixième au quinzième jour à la fin du premier mois), balsamiques.

Quatrième période (du deuxième au troisième mois), instillations précoces au nitrate d'argent.

Cinquième période (au delà du troisième au quatrième mois), instillations au nitrate d'argent.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 septembre 1893. — Présidence de M. Le Fort.

COMMUNICATION

Traitement du tic douloureux de la face. — M. JARRE dit que le véritable traitement du tic douloureux de la face consiste, selon lui, à faire disparaître les lésions cicatricielles du nerf qui, dans le plus grand nombre des cas, sont la véritable cause du tic douloureux. Ces lésions ont pour siège les extrémités terminales des nerfs inclus dans la région alvéolaire.

L'arthrite alvéolo-dentaire chronique et les accidents infectieux déterminés par l'éruption vicieuse de la dent de sagesse inférieure sont les causes les plus communes des lésions cicatricielles alvéolaires qui sont le point de départ de la névralgie spasmodique de la face.

Dans ces conditions, le traitement indiqué consiste dans l'ablation du bord alvéolaire et, par suite, des lésions nerveuses qu'il renferme.

Voici comment on peut reconnaître le point où siègent les lésions :

La portion du bord alvéolaire, qui est le siège des lésions nerveuses cicatricielles, sera déterminée par les antécédents étiologiques, et aussi par le point de départ du tic. Celui-ci est indiqué spontanément par le malade qui accuse des phénomènes douloureux. Enfin, dans bon nombre de cas, une exploration de l'arcade alvéolaire, saisie entre le pouce et l'index, provoquera une sensation douloureuse au niveau de la région soupçonnée.

C'est cette région, comprenant généralement l'étendue d'une alvéole, qu'il s'agit de bien délimiter et de dégager, si cela est nécessaire, par l'extraction d'une ou des deux dents qui la limitent de chaque côté, avant de procéder à l'ablation.

Dans ses premières observations, M. Jarre a cherché à amener la destruction de la région malade par l'application de pointes de feu. Ce procédé ayant l'inconvénient de produire une élimination trop lente des parties détruites, il a cru devoir recourir à la résection extemporanée. Voici son procédé :

Premier temps : Excision de la muqueuse et du périoste recouvrant la partie du bord alvéolaire à réséquer ;

Deuxième temps : Résection du bord alvéolaire dénudé ;

Troisième temps : Rugination de la plaie osseuse.

L'opération terminée, la plaie est pansée au moyen d'une boulette d'ouate imbibée d'un liquide antiseptique. Les suites de l'opération sont des plus simples.

Le résultat immédiat, chez ses malades, fut la diminution considérable des crises qui tombèrent de vingt ou trente par jour à trois ou quatre seulement. Ces crises, considérablement atténuées comme intensité et comme durée, diminuèrent progressivement et disparurent en quatre ou cinq jours.

Sur 12 personnes atteintes de tic douloureux de la face, M. Jarre a commencé la destruction par le feu des parties molles recouvrant la région osseuse cicatricielle malade ; 2 ont abandonné son traitement trop tôt pour qu'il lui soit permis de tirer du résultat de son intervention trop incomplète, une conclusion quelconque. Pourtant l'un d'eux a été amélioré à la suite de l'élimination d'un séquestre formé au dépens de la portion vestibulaire du bord alvéolaire dénudé par ses cautérisations.

Sur les 10 autres opérés, 7 ont été traités par les pointes de feu et 3 seulement par la résection extemporanée du rebord alvéolaire. Ces malades, dont la maladie remontait à huit, neuf, douze, treize et jusqu'à quinze années, paraissent actuellement guéris.

LECTURE

Protection des enfants du premier âge. — M. BLACHE lit une note sur les résultats obtenus en 1891 par l'application de la loi Roussel relative à la protection des enfants du premier âge.

Sur 4850 enfants soumis à la protection, 2069 ont été élevés au sein, 2169 au biberon et 612 par des sevreuses ou gardeuses.

Sur ce nombre 352 ont succombé, parmi lesquels on compte 123 élevés au sein, soit 35 p. 100 ; 220 au biberon, soit 62 p. 100 et 9 au sevrage ou en garde, soit 3 p. 100, d'où une mortalité générale de 7,25 p. 100 pour 1891, en diminution de 0,66 p. 100 sur celle de l'année 1890.

En terminant, M. Blache donne quelques détails sur le fonctionnement des crèches en 1892. Les crèches de Paris et de la banlieue, au nombre de 73, ont donné un total de 452800 journées.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

1. M. Roux. De l'anémie des mineurs. — 2. M. Fournier. Contribution à l'étude de la syphilis acquise chez les impubères. — 3. M. Viallon. Anémie et mélancolie chez les jeunes filles. — 4. M. Chavigny. Du délire fébrile. — 5. M. Moneger. Des kystes hydatiques de l'épiploon et du bassin. — 6. M. Vigier. Des adénites de la joue ; 20 observations inédites. — 7. M. Binet. Histoire de l'examen médico-judiciaire des cadavres en France. — 8. M. Arrufat. Essai sur un mode d'évolution de l'instinct sexuel. — 9. M. Nicolas. De la tuberculose expérimentale chez les animaux à sang froid. — 10. M. Laurençon. De la tarsoplasie ou modelage du tarse sous l'ostéoclaste dans le traitement des pieds-bots résistants. — 11. M. Crussard. Résultats éloignés de l'astragalectomie chez les enfants pour lésions inflammatoires spontanées du cou-de-pied. — 12. M. Maffre. Les sels de strontium, leur emploi clinique dans le traitement des albuminuries. — 13. M. Mornet. De la gangrène des extrémités dans la grippe. — 14. M. Ragnaud. Nécrose du maxillaire inférieur chez les enfants. — 15. M. Bousquet. Étude de l'influence de l'antipyrine sur les propriétés des ferments pancréatiques. — 16. M. Cuinier. De l'action thérapeutique de l'antipyrine dans les otites et les cystites. — 17. M. Gauran. Des rétrécissements syphilitiques du rectum et leur traitement par l'extirpation. — 18. M. Casteret. De la cure radicale des hernies ombilicales de l'adulte et, en particulier, de l'omphalectomie avec la suture à étages. — 19. M. Maginelle. La glycosurie alimentaire. — 20. M. Dumas. Du libéricide ou meurtre des enfants mineurs par leurs parents. — 21. M. Branthomme. De l'exercice de la médecine en Algérie. — 22. M. Ray. De l'action des convulsivants dans les états convulsifs et particulièrement de l'action de la belladone chez les épileptiques. — 23. M. Rosaire. Contribution à l'étude de l'angle de déclinaison de l'humérus à l'état normal et à l'état pathologique. — 24. M. Lafave. De la complexité des causes de la paralysie générale. — 25. M. Bouchacourt. De l'hypothermie chez les aliénés. — 26. M. Croizat. De la pleurésie droite comme complication de l'appendicite de la typhlite et de la péri-typhlite. — 27. M. Maissiat. Considérations sur les traumatismes du crâne étudiés au point de vue médico-judiciaire. — 28. M. Bichelonne. De la réquisition des médecins par l'autorité judiciaire et des moyens d'y déférer. — 29. M. Vérité. Épithélioma primitif de la rate (maladie de Gaucher). — 30. M. Mangenot. Contribution à l'étude des déterminations pleurales de la grippe. — 31. M. Haller. Considérations sur la valeur globulaire dans les cardiopathies. — 32. M. Marchet. De l'huile d'olive comme traitement de la colique saturnine. — 33. M. Chevron. Du salicylate de soude et de l'antipyrine dans le rhumatisme articulaire aigu. — 34. M. Hotchkiss. Criminalité et médecine judiciaire dans l'Inde anglaise. — 35. M. Rosenthal. Contribution à l'étude des diplégies cérébrales de l'enfance. — 36. M. Grisel. Essai sur la maladie des vagabonds. Sa confusion possible avec la maladie d'Addison. — 37. M. Labaste. De quelques complications de la convalescence de la fièvre typhoïde. — 38. M. Tournier. De l'apoplexie séreuse. — 39. M. Lyonnet. De la

densité du sang. Sa détermination clinique. Ses variations physiologiques et pathologiques. — 40. M. Gibaud. Traitement de la colique de plomb par l'antipyrine. — 41. M. Terrasse. Les os du tarse et l'ankylose calcanéo-astragalo-scaphoïdienne dans le pied plat valgus douloureux. — 42. M. Sabatier. Du traitement des anévrysmes de l'aorte par les iodures alcalins. — 43. M. L. Jolly. Contribution à l'étude de l'astasie abasie. — 44. M. J. Faure. Étude sur les phénomènes observés du côté sain chez les hémiplégiques. — 45. M. Delaris. Résultats immédiats et éloignés de la cure radicale de la hernie inguinale chez la femme. — 46. M. Garret. Contribution à l'étude des néoplasmes de l'estomac; du cancer conjonctif sous-muqueux. — 47. M. Duval Des sévices et mauvais traitements infligés aux enfants. — 48. M. A. Mathieu. Contribution à l'étude du papillon corné névrotique. — 49. M. Saint-Paul. Essais sur le langage intérieur. — 50. M. P. Bonnet. Contribution à l'étude des névrites périphériques infectieuses aiguës. — 51. M. Destot. Étude sur la mortalité dans les services de chirurgie des hôpitaux de Lyon. — 52. M. G. Vellat. Pathogénie et étiologie de quelques infections secondaires du larynx et du pharynx dans la dothiénentérie. — 53. M. d'Arlhac. Contribution à l'étude des micro-organismes de la blennorragie et de l'orchite blennorragique. — 54. M. Biraud. La mort et les accidents causés par les courants électriques de haute tension. — 55. M. Vincent. L'œil et le foie. — 56. M. Duhaut. De la fièvre typhoïde pendant la grossesse et de son traitement par les bains froids. — 57. M. Michel. De la néphrotomie d'urgence. — 58. M. Camichel. Contribution à la séméiologie de l'occlusion intestinale par étranglement. — 59. M. J. Mathieu. De la salipyrine ; son action dans le rhumatisme articulaire aigu. — 60. M. Guichard. De la réaction de l'urine dans l'hypochlorhydrie. — 61. M. Pech. De la digitale et plus particulièrement de sa durée d'action. — 62. M. Auclert. Contribution à l'étude des abcès des parois thoraciques à forme pseudo-pleurétique. — 63. M. Beaussenat. Des résultats éloignés de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse. — 64. M. Lafforgue. Des tumeurs primitives de l'appendice vermiculaire. — 65. M. Cavaroz. Contribution à l'étude de la trépanation de l'apophyse mastoïde spécialement dans les cas de mastoïdite suppurée. — 66. M. Hirtz. Recherches anthropologiques sur le plan horizontal de la tête.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie de médecine vient d'être autorisée à accepter le legs que lui a fait M. Chevillon d'une rente de 1 500 francs, destinée à la fondation d'un prix annuel. Ce prix, qui portera le nom du donateur, sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur le traitement des affections cancéreuses.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Tavernier (de Thonon).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 103. — SAMEDI 9 SEPTEMBRE 1893. 66e ANNÉE. SAMEDI 9 SEPTEMBRE 1893. — N° 103.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** D. — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Des différentes formes d'ostéo-arthrites tuberculeuses. De leur traitement par la méthode sclérogène pure ou combinée à l'arthrectomie précoce et répétée, surtout chez l'enfant.

Par le docteur P. MAUCLAIRE,

Ancien interne médaille d'or des hôpitaux, prosecteur à la Faculté.

Dans une Revue générale précédente, nous avons fait une étude d'ensemble sur l'anatomie et la physiologie pathologique des O.A.T. (1), suivie de quelques déductions thérapeutiques (2). Dans cette nouvelle Revue, surtout clinique, nous ne rappellerons que très sommairement, quand cela sera nécessaire, ce que nous avons déjà décrit.

I

ESSAI SUR LE RÔLE DU SYSTÈME LYMPHATIQUE DANS L'INFECTION TUBERCULEUSE.

Étudions tout d'abord le rôle du système lymphatique dans l'infection tuberculeuse et nous allons voir qu'il représente et la porte d'entrée et le lieu de destruction des bacilles tuberculeux.

Les portes d'entrée du bacille dans l'organisme sont : 1° la peau ; 2° les voies digestives ; 3° les voies respiratoires ; 4° les voies génito-urinaires ; 5° la voie placentaire. Une fois pénétré le bacille est, suivant Koch, transporté dans l'intérieur de l'organisme, au milieu des tissus ou dans les voies sanguine et lymphatique, par les cellules migratrices qui le renferment. Weigert, dans un travail remarquable, a essayé de suivre le bacille dans les différentes voies que celui-ci parcourt dans l'organisme pour se porter dans telle ou telle région. Il montra les obstacles qui peuvent l'arrêter et les conditions qui favorisent sa généralisation.

Suivant cet auteur, le bacille se propage : 1° mécaniquement par la toux, l'aspiration, la déglutition, etc. ; 2° par contiguité du foyer primitif à son voisinage immédiat ; 3° par les vaisseaux lymphatiques ; 4° par les vaisseaux sanguins. L'expérience démontre que, si le bacille pénètre dans les vaisseaux sanguins, il provoque, le plus souvent, une tuberculose généralisée. La propagation par contiguité est importante au point de vue chirurgical. Lorsqu'il existe un foyer bacillaire dans un organe, une épiphyse, par exemple, le bacille se cultive sur place et, par une sorte de rayonnement, le foyer augmente d'étendue, en infectant progressivement les parties environnantes. Ce rayonnement d'un foyer central est très variable, suivant les individus et aussi suivant les organes. Il est plus rapide chez l'enfant que chez l'adulte, le terrain étant plus favorable à son développement ; aussi chez l'enfant, les tubercules sont-ils, en général, plus volumineux.

La propagation par la voie lymphatique est la plus fréquente d'après Weigert, mais tandis que, chez l'adulte, on trouve le plus souvent les voies lymphatiques envahies et les ganglions afférents très peu lésés, chez l'enfant, au contraire, on dirait que la résorption et la migration du bacille vers les ganglions s'effectuent plus vite.

Les ganglions, par leur capsule, servent de barrière à la propagation du bacille. Dans quelques cas, le virus pénètre directement des lymphatiques dans le courant sanguin, c'est lorsque des vaisseaux lymphatiques ne sont pas interrompus par des ganglions, comme, par exemple, les vaisseaux lymphatiques péritonéaux, qui amènent directement le bacille dans le canal thoracique et de là dans la veine sous-clavière. Mais ce qui explique que toute péritonite T. ne se complique pas rapidement d'une infection générale de l'organisme, c'est que les vaisseaux et ganglions lymphatiques sont souvent oblitérés par des masses caséeuses qui interceptent le courant de la lymphe.

Pour Weigert, contrairement à Koch, le canal thoracique reçoit moins souvent le virus T. par ses vaisseaux afférents que par contiguité (plèvres, masses ganglionnaires du médiastin) ; il note, à ce propos, la propagation du bacille aux centres nerveux par les gaines lymphatiques qui entourent les nerfs.

Tel est le résumé du remarquable travail de Weigert, mais ce rôle important du système lymphatique avait été entrevu et décrit avant lui au point de vue clinique et au point de vue expérimental.

En effet, sans nous arrêter aux idées théoriques émises par Broussais et soutenues plus tard par Bouillaud, qui plaçaient dans le tissu lymphatique l'origine de la T. elle-même à cause de la grande analogie entre la constitution anatomique du tubercule et celle du tissu lymphoïde et des ganglions, Andral fut le premier qui décrivit la propagation de la T. par la voie des chylifères, fait anatomique qui fut également décrit plus tard par Cruveilhier, Carswell,

(1) Pour éviter la répétition trop fréquente des locutions « ostéo-arthrite tuberculeuse », « tuberculeux » ou « tuberculose », nous avons adopté la notation « O.A.T. » ou « T. ».

(2) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 533.

Forster, Klebs, Villemin, Cornil. Bazin, dans ses leçons sur la scrofule, avait montré que l'infection T. dans le système lymphatique suit souvent une marche descendante du cou vers le thorax. Hervouet, élève de Parrot, Buhl, Virchow, Rindfleich, Charcot étudièrent la tuberculisation des ganglions bronchiques consécutive à des lésions pulmonaires de même nature. En 1880, M. le professeur Lannelongue, dans son remarquable travail sur les abcès froids, montra qu'il n'y avait pas une irrégularité de distribution dans l'ordre qui procède à la succession des foyers T. chez le même individu. Il signala des cas de spina-ventosa engendrant à distance « des abcès tuberculeux concomitants » et, pour lui, ces tuberculoses secondaires sont en rapport avec l'appareil lymphatique de la région. Plus tard, dans ses études sur la T. articulaire, il se demande si les liquides infectieux provenant d'un foyer épiphysaire ne peuvent pas arriver dans l'intérieur de l'articulation par la voie lymphatique. Puis vers cette époque, à propos d'une communication de M. le professeur Le Dentu sur deux abcès lymphangitiques profonds, probablement T., MM. Verneuil, Desprès, Marc Sée firent ressortir la part qui revient au système lymphatique dans la diffusion du virus T. et dans le mode de production des abcès froids. Dans sa thèse sur l'adénopathie trachéo-bronchique, Barety rapporta de nombreux faits intéressants et je ne peux que signaler ici de nombreuses thèses sur les adénites scrofuleuses, dont la nature T. avait été démontrée par MM. Brissaud et Josias.

MM. Cornil et Babès démontrent alors l'existence de bacilles dans la capsule du ganglion et même en dehors de celui-ci. Au point de vue expérimental, Collin, Villemin, Chauveau, Arloing démontrèrent que le système lymphatique est une des grandes voies de propagation de l'infection T.

Après cet historique rapide, voyons maintenant quelles sont les lésions du système lymphatique dans le cas des trois portes d'entrée principales : la peau, le poumon, l'intestin.

Dans le cas de T. cutanée, la voie de propagation la plus fréquente est évidemment la voie lymphatique. Une lymphangite prend naissance au point inoculé, c'est une lymphangite spéciale, à marche lente, avec développement sur son trajet de nodosités qui sont des gommes T., de volume variable. Elles aboutissent à la caséification ; le tuberculome envahit la peau à la façon d'un néoplasme (Lannelongue) et la gomme s'ouvre au dehors et suppure presque toujours par infection secondaire. Ces lésions se trouvent à tous les stades de leur évolution sur le même sujet, souvent rangées en ligne, ce qui atteste leur origine lymphatique. Le chancre T. donne également lieu à des lésions des ganglions ; ceux-ci sont durs, gros, indolents, ils finissent par suppurer et peuvent déterminer un lupus. Les ganglions paraissent donc jouer, par rapport à l'infection, le rôle de crans d'arrêt ou de barrière au niveau de laquelle tout envahissement s'arrête, au moins pour un moment. Mais cette barrière n'est pas infranchissable, car d'autres lésions T. apparaissent et sont dues très probablement à la propagation du bacille par la voie lymphatique ; ce sont des nouveaux abcès à distance et des lésions viscérales qui terminent la scène pathologique. Tel est l'ensemble des observations publiées par Karg, Merklen, Verneuil, Leser, Lefèvre, Tscherning, Martin du Magny, Raymond, Eve, Elsenborg, Verchère, Holst, etc.

Dans la T. cutanée expérimentale, ce sont les mêmes lésions lymphangitiques et ganglionnaires qui ont été observées (Villemin, Colin, Arloing).

Au niveau de l'*intestin*, Andral fut le premier à signaler des traînées moniliformes qui sillonnent le mésentère et dont le point de départ est une ulcération intestinale T. Cruveilhier, Carswell, Forster, Klebs, Hérard, Cornil, Virchow, Colin, Girode ont signalé des faits analogues.

Au point de vue chirurgical, M. Aldibert a étudié cette tuberculose ganglionnaire du mésentère, car elle a donné lieu à quelques interventions opératoires. Cette T. ganglionnaire se présente sous deux aspects différents : tantôt ce sont des masses du volume du poing ou même d'une tête d'enfant, constituées par l'agglomération de plusieurs ganglions caséeux, fondus ensemble et formant une tumeur unique. Tantôt, au contraire, un grand nombre de ganglions sont envahis par la T., mais ils restent petits et isolés et ils ne constituent jamais ces blocs volumineux de la variété précédente.

Au niveau du *poumon*, MM. Hérard, Cornil, Lépine ont étudié dans la plèvre viscérale des lymphangites T. Parrot et son élève Hervouet décrivirent les adénopathies similaires, mais Laënnec, Leblond, Rilliet, Barthez, Andral, Guéneau de Mussy, Weigert et Biedert admirent les adénopathies trachéo-bronchiques et mésentériques primitives avec infection secondaire des organes, d'où ces ganglions tirent leurs vaisseaux efférents. Sanchez-Toledo a bien montré les rapports entre les adénites axillaires T. et la T. pulmonaire. Les bacilles ne suivent peut-être pas toujours la direction du courant lymphatique, ils doivent suivre parfois un trajet rétrograde, soit directement, soit par des voies collatérales.

Chez quelques malades, tout le système lymphatique ganglionnaire paraît infecté ; M. Legroux fit en effet, au Congrès pour l'étude de la T. de 1888, une communication bien intéressante sur la micro-poly-adénopathie considérée comme indice de T. profonde chez les enfants. Mais où est la porte d'entrée du bacille dans cette infection du système lymphatique chez l'enfant ? Elles sont nombreuses, il est vrai, et peuvent passer inaperçues. Ce sont : la carie dentaire, la gorge et tout l'appareil amygdalien et péri-amygdalien, le cuir chevelu recouvert de gourmes, nullement nécessaires comme exutoires, quoi qu'en pensent les mères. Ce sont les écoulements d'oreille interminables ; ce sont chez le nouveau-né la plaie ombilicale, les plaies de vésicatoire, d'érythème, de vaccination ; certaines plaies cutanées fréquentes au talon, aux malléoles et aux fesses.

Le système ganglionnaire jouit donc d'une autonomie plus grande qu'on ne le croit généralement et on ne voit pas pourquoi *a priori* on lui refuserait la possibilité d'être envahi d'emblée par la T., puisqu'il l'est bien par le cancer, qui est pourtant, dans les ganglions, l'affection secondaire par excellence. Les recherches récentes ont, d'autre part, démontré la fréquence du bacille T. dans le système ganglionnaire, même à l'état sain. M. Babès a examiné avec soin toutes les hypertrophies des ganglions lymphatiques qu'on trouve presque constamment à l'autopsie des enfants morts de n'importe quelle maladie et il a trouvé presque constamment des T. et des bacilles isolés ou renfermés dans des cellules géantes.

Pizzini a entrepris une série de recherches portant sur trente sujets morts de maladies aiguës ou d'accidents et exempts, en apparence, de T. sur des ganglions cervicaux, bronchiques et mésentériques ; il inocula des cobayes et de ses recherches, il conclut que les bacilles T. se rencontrent dans les ganglions dans la proportion de 42 p. 100 et cela, chez des sujets paraissant absolument sains et robustes. Wolff, également, insiste sur la fréquence de la T. latente, surtout chez l'enfant, et il se demande si l'infection T. ne date pas, dans la majorité des cas, de l'enfance, si, en un mot, la T. n'est pas une maladie propre à l'enfance au même titre que la rougeole, la scarlatine, etc., de telle sorte que nous serions tous porteurs de bacilles : c'est l'infection à perpétuité de l'organisme par le bacille T. C'est à se demander s'il existe des tuberculoses réellement locales, c'est-à-dire si un foyer bacillaire reste localisé et n'est pas, au contraire, toujours accompagné d'autres foyers qui

restent latents. En un mot, la tuberculose chirurgicale doit être considérée comme une manifestation locale d'une infection générale et non pas comme une simple T. locale. L'étude histologique de la moelle des os a fait de nombreux progrès dans ces dernières années. Hoyer et Morat ont montré que les veines de la moelle osseuse ont presque exactement la constitution des lymphatiques, car leurs parois sont réduites à une couche endothéliale. Golgi et Neumann ont décrit, dans la moelle rouge des os, des éléments cellulaires présentant la forme et les dimensions des globules blancs de la lymphe et du sang. Ce sont des formes de passage entre les globules blancs et les globules rouges et la moelle osseuse doit être considérée comme du tissu lymphoïde réticulé, ainsi que le démontre la concomitance des lymphadénies osseuses et viscérales. Pour M. Ranvier, les médullocelles ne diffèrent en rien des globules blancs du sang ou de la lymphe; ils abondent dans la moelle rouge ou fœtale, dont ils forment les sept ou huit dixièmes. San Félice a décrit, dans la moelle des os longs du poulet, des follicules lymphatiques. Budge admet des espaces lymphatiques autour des vaisseaux veineux et leur formant une gaine complète.

La moelle osseuse est donc un tissu moitié lymphatique, moitié sanguin ; comme tout le système conjonctif, c'est un territoire du système lymphatique. Or comme « la moelle baigne l'os complètement », suivant l'expression de M. Ranvier, il ne faut donc pas s'étonner de voir le bacille T. se coloniser soit au centre de l'os, dans la moelle du tissu spongieux, soit sous le périoste, dans la couche ostéogène, c'est-à-dire médullaire, elle-même reliée à la moelle osseuse centrale par le tissu médullaire contenu dans les canaux de Havers. Or, Ohlfers (1), dans ses recherches expérimentales sur la T. osseuse épiphysaire, affirme que les bacilles sont peu nombreux dans les tissus malades. Leur habitat est surtout dans les canalicules de Havers de la substance osseuse qui paraît saine et qui entoure les tissus malades. *La tuberculose osseuse ou ostéo-tuberculose n'est donc qu'une manifestation de l'infection T. du système lymphatique.*

En clinique, d'ailleurs, il est fréquent de voir des adénites T. loin d'un foyer de T. osseuse. La réciproque, c'est-à-dire l'existence d'une ostéo-tuberculose dans le cours d'une adénite, est plus rare, ce qui indique que l'ostéo-tuberculose est une infection plus profonde du système lymphatique par le bacille T. et qu'il existe une *forme adéno-osseuse* de l'infection T. Et puisque neuf fois sur dix les ostéo-arthrites T. sont sous la dépendance d'un foyer osseux, il est donc logique de conclure (étant donné que les synoviales articulaires font évidemment partie du grand système lymphatique) que *la T. articulaire, soit primitive, soit secondaire, n'est qu'une localisation de l'infection bacillaire du système lymphatique.* Le rôle de celui-ci est donc énorme dans l'infection bacillaire de l'organisme.

Il ne faut cependant pas exagérer et être absolu, car les vaisseaux sanguins sont aussi une voie facile d'infection et dans quelques-unes de ses observations, où les lésions étaient très nombreuses, M. le professeur Lannelongue invoque ce mode de propagation. Kiener a montré que le T. ne se développe que sur un terrain très vasculaire. L'immortel Villemin, d'ailleurs, par ses expériences, avait mis très nettement en lumière l'existence de l'infection sanguine dans la T. Virchow, un des premiers, considéra la T. miliaire aiguë comme consécutive à l'infection du sang. Weigert signala l'existence de granulations miliaires dans les veines et démontra que les T. veineux sont les lésions intermédiaires entre le foyer primitif de T. chronique et l'éclosion de T. généralisée. Dans des observations analogues, Weichselbaum décela la présence du bacille dans le sang. D'autres auteurs ont aussi vérifié les faits observés par Weigert et Weichselbaum et ont, en outre, confirmé l'observation de Ponfick sur l'importance de la T. du canal thoracique qui, de même que les veines, est souvent l'intermédiaire entre la T. chronique et la T. aiguë. Tant qu'elle reste cantonnée dans le système lymphatique, la T. peut être considérée encore comme une lésion locale. C'est dans le domaine des lymphatiques que la T. chronique évolue ; l'envahissement du système sanguin donne lieu à la généralisation, à la T. miliaire généralisée. Meisels, cité par M. Ettlinger (1), démontra aussi par ses observations que l'infection sanguine est constante dans la T. aiguë et qu'on y trouve des bacilles ; Lustig, Rutimeyer, Vaquez, Sticker ont rapporté des faits analogues. Dans un cas de T. chronique, Ettlinger, par des inoculations, a démontré l'infection bacillaire du sang ; cependant elle serait exceptionnelle.

(1) Ohlfers. *Deuts. Med. Wochens.*, 1891, n° 7, p. 266.

Pour résumer le rôle de l'infection sanguine dans la T., il faut admettre que la pénétration des bacilles dans le sang se fait par deux mécanismes : tantôt il y a pénétration directe dans les veines ou, d'une façon plus générale, dans le système sanguin (on a en effet signalé comme cause de T. aiguë l'ouverture d'un foyer de T. ganglionnaire dans l'aorte) ; tantôt le déversement de la matière T. dans le sang se fait par la voie lymphatique, les bacilles envahissant successivement les gros troncs lymphatiques et le canal thoracique.

Heureusement le rôle du système lymphatique dans l'infection T. ne se borne pas à propager le bacille ; il est en effet démontré maintenant que les globules blancs entrent en lutte avec celui-ci et cherchent à le faire disparaître. C'est ce qu'a démontré M. Pawlowsky dans un remarquable travail sur la T. articulaire expérimentale. Nous avons déjà résumé son travail dans notre Revue générale précédente, nous en donnerons donc ici la conclusion seulement : Les globules blancs ne servent pas uniquement à lutter contre les bacilles ; ils participent à la construction du tubercule et travaillent aussi, par leurs migrations, à l'infection générale de l'organisme. Ils sont donc à la fois utiles et nuisibles. Il en est de même pour le système lymphatique qui est une voie de transport par ses canaux et un obstacle par ses ganglions (Pawlowsky). Les cellules géantes et les cellules épithélioïdes sont aussi des phagocytes par excellence ; elles tuent le bacille et le transforment en une masse jaunâtre (Metschnikoff).

II

DES DIFFÉRENTES FORMES ANATOMO-PATHOLOGIQUES D'OSTÉO-ARTHRITES TUBERCULEUSES.

Historique. — Il fallut bien longtemps aux chirurgiens anciens et modernes pour se reconnaître dans les différentes causes de fongosités et de suppurations articulaires, et la nature tuberculeuse des vraies tumeurs blanches a subi bien des flux et reflux.

1° Dans la *période progressive*, citons les noms d'Hippocrate, Galien, etc., R. Wisemann, J.-L. Petit, Bell, P. Pott, Noël, Reymar, Brambilla, Delpech, Boyer, Brodie, Lisfranc. Celui-ci nous paraît être bien injustement oublié dans beaucoup d'historiques classiques et cependant il décrivit les granulations T. dans les tumeurs blanches et les assimila aux granulations T. du poumon. Après lui Lebert, Nichet, A. Nélaton, A. Richet, Parise, Rokitansky, Bonnet, Crocq démontrèrent la nature tuberculeuse de certaines tumeurs blanches, dans des mémoires que nous avons précédemment analysés.

La description d'A. Nélaton est devenue classique ; il

(1) Ettlinger. *Etude sur le passage des microbes pathogènes dans le sang*, Th. de Paris, 1893.

décrivit : 1° *le tubercule enkysté*, d'abord caché au centre du tissu spongieux épiphysaire, non loin de la cavité articulaire, se développant dans tous les sens et se rapprochant tantôt de la surface osseuse intra-synoviale, tantôt de la périphérie de l'os situé en dehors de la cavité articulaire. S'il fait plus de progrès vers la face externe de l'os, il se vide dans le tissu cellulaire ambiant; s'il marche plutôt vers la cavité articulaire il détermine une arthrite aiguë; 2° *dans la forme infiltrée*, le T. est infiltré dans les mailles du tissu spongieux successivement à l'état d'infiltration grise puis puriforme, et aboutit à la formation d'un séquestre condensé qui doit être éliminé.

Bonnet fit également beaucoup progresser la pathogénie des tumeurs blanches, car, le premier, il prononça nettement le mot d'arthrite T. et il divisa les tumeurs blanches en trois catégories : 1° fongueuses; 2° arthrites T.; 3° abcès froids articulaires.

2° Avec Virchow (1845) commence la deuxième phase ou *période de recul*, on exigea la granulation grise comme étiquette pour toutes les lésions T. Or, pour les articulations, la forme anatomo-pathologique à granulation grise est rare, aussi dans cette deuxième période qui s'étend jusqu'à l'époque où le follicule T. fit son apparition sur la scène de la T. articulaire, on n'étudie plus comme T. que la granulie ou T. miliaire des synoviales : les dépôts caséeux et l'infiltration puriforme des os furent considérés comme du pus infiltré et rapportés à l'ostéite caséeuse; et la dualité entre la carie et la T. des os dura de longues années.

3° *La période de réaction et de retour aux idées anciennes* date de la description, par Köster, du follicule T. dans les fongosités des synoviales et des os (1869). Il faut citer ici les noms de Köster, Cornil, Laveran, Roux, Lannelongue, Max Schuller, Hueter, Volkmann, Brissaud, Ollier, Kiener, Poulet, Polosson, Kœnig, etc.

La description de M. le professeur Lannelongue est à rappeler. Pour le savant chirurgien de l'hôpital Trousseau toutes les fongosités ne sont pas T., mais il faut considérer comme T. toutes les fongosités qui présentent le nodule T.; dans ce cas la fongosité est une source d'infection pour toute l'articulation et pour l'économie tout entière. Le point de départ pour toutes les ostéo-arthrites tuberculeuses est presque toujours une lésion osseuse, ici la lésion se présente sous les deux formes décrites par A. Nélaton : 1° *la forme circonscrite*; 2° *la forme diffuse*, et nous avons déjà rapporté précédemment les détails précis que M. Lannelongue donne sur ces deux formes pathologiques. Rappelons encore que Kiener et Poulet, aux divisions basées seulement sur la structure du T., substituèrent une classification basée sur l'évolution de T. osseux. Ils décrivirent dans les épiphyses trois formes, qui présentaient elles-mêmes des variétés. Ce sont : 1° *Première forme :* tubercule primitif et chronique (première variété : T. envahissant à développement centrifuge; deuxième variété : T. circonscrit avec séquestre; troisième variété : T. enkysté caséeux); *Deuxième forme :* T. tardif à évolution rapide (première variété : T. envahissant à séquestre adhérent; deuxième variété : T. circonscrit avec petits séquestres entourés de fongosités suppuratives); *Troisième forme :* ostéite T. aiguë; c'est la T. galopante des os ou ostéomyélite T. purulente, décrite ensuite par Kœnig.

4° Enfin, dans la quatrième période ou *période expérimentale et microbienne*, la nature de O.A.T. fut surabondamment démontrée par les travaux de Villemin, Max Schuller, Hueter, Lannelongue, Koch, Babès, Cornil, Garré, Pawlowsky.

Description.— Nous ne reviendrons pas ici sur l'évolution d'une O.A.T. normale, sa guérison anatomique, tantôt réelle, tantôt apparente. Convaincu que souvent la guérison n'est qu'apparente ou tout au moins doit donner lieu à des tubercules osseux de guérison, par analogie à ce que l'on voit au sommet des poumons guéris de tuberculose, nous avons fait, sur le cadavre, des sections portant sur 1600 épiphyses. Bien que les cadavres fussent, pour les deux cinquièmes au moins, des tuberculeux récents ou anciens, nous n'avons pas été assez heureux pour trouver des cavernes de guérison ou des lésions indiquant les traces ou reliquats d'un ancien T.

Quelle est, dans une articulation, l'épiphyse le plus souvent le siège d'un foyer T. ? En résumant les résultats que donne l'examen des principales articulations, il faut conclure que c'est l'épiphyse qui a le plus de pression à supporter, celle qui est le plus souvent en mouvement (Lannelongue); ajoutons aussi que c'est, en général, celle qui se soude la dernière à la diaphyse, ce qui s'explique en partie par ce fait que c'est celle qui, physiologiquement, est congestionnée plus longtemps.

M. Charpy, dans un travail sur les variétés chirurgicales du tissu osseux, a étudié les conditions favorables ou défavorables au développement de la T. osseuse. Il rappelle, tout d'abord, que les os peuvent être classés en trois catégories : les os rouges qui sont les os sanguins; les os jaunes qui sont gras à l'œil et au toucher; les os blancs secs, éburnés, presque invasculaires, qu'on récolte de préférence chez les phtisiques. Les os sanguins sont peu disposés à la T.; le T. ne s'accommode ni des organes richement vasculaires, ni de ceux qui le sont trop peu, il se tient entre les extrêmes, prospérant sur les terrains moyens, plutôt faibles, sur les organes à activité ralentie, à circulation paresseuse. Dans les os rouges, il passe trop de sang et avec lui trop d'oxygène pour y laisser croître le bacille T. Dans chaque os, il résulte que les lésions T. chez l'enfant sont plus fréquentes aux parties moins vasculaires, l'épiphyse et l'extrémité bulbeuse du corps que dans la zone rigoureusement juxta-épiphysaire, c'est-à-dire en croissance. Même dans les lésions vraiment juxta-épiphysaires, c'est surtout au moment où l'ostéogenèse se ralentit ou vient de finir que le T. apparaît. Au bassin, on voit que, dans les ostéites marginales post-pubertiques, le T. n'apparaît que vers vingt ans (Goullioud).

L'os gras placé presque à l'extrémité de l'os rouge est un terrain défavorable à la T., parce qu'il est trop vasculaire. L'os blanc sec éburné assez peu vasculaire est très favorable au développement du bacille T. En résumé, on voit que les os fortement vascularisés de même que ceux qui le sont très peu sont, jusqu'à un certain point, réfractaires à la T., car là le bacille ne trouve pas des conditions vitales suffisantes. Fréquentes sont, au contraire, les localisations des bacilles sur les os blancs et éburnés.

Nous avons eu en vue, jusque maintenant, les formes normales d'O.A.T., aboutissant ou n'aboutissant pas à la suppuration et ayant comme point de départ un point de l'épiphyse, c'est-à-dire de véritables O.A.T. au sens propre du mot. Voyons maintenant les formes que l'on peut appeler anormales :

a. La description de la *forme sèche* a été donnée pour la première fois, non pas, comme on le dit souvent, par Volkmann, mais par Sanson, puis Chassaignac et ultérieurement par Volkmann qui, avec Kœnig, en publia plusieurs observations intéressantes. Cette forme sèche, d'après Mondan et Audry, tend à l'ankylose et à l'atrophie; elle a une durée très longue; elle s'accompagne de douleurs très vives et rarement de séquestres, c'est une forme ulcéreuse, térébrante, pouvant être facilement confondue à un certain âge avec l'arthrite sèche. Nous placerons également ici certaines *formes hyperostosantes*, où les lésions paraissent être uniquement osseuses. Cette forme fait pendant aux formes dites purement synoviales.

b. Les *formes intra-articulaires partielles* ne sont pas très fréquentes, cela se comprend, car le néoplasme T. tend rapidement à envahir toute la cavité articulaire. Dans un cas bien intéressant, P. Broca trouva au niveau du genou trois cavités bien distinctes, l'une fémoro-rotulienne, les deux autres condyliennes interne et externe. Récemment, M. P. Delbet attira l'attention sur certaines sacro-coxalgies partielles.

c. Les *formes extra ou péri-articulaires* ont rapidement attiré l'attention des chirurgiens. Ce sont des T. juxta-synoviaux qui, assez rapidement, envahissent l'article ; ce sont encore des synovites T. dans les bourses séreuses, péri-articulaires, et M. Dubreuil a décrit, sous le nom de pseudo-tumeur blanche du genou, une synovite T. de la bourse prétibiale.

d. Dans le *caries carnosa*, observé, par Kœnig, à l'épaule, la lésion s'étend de l'extrémité articulaire à la diaphyse humérale, dont elle envahit la cavité médullaire. On trouve une masse molle charnue faisant saillie hors de la tête articulaire en voie de destruction. Cette masse molle, qui a remplacé la moelle osseuse, consiste en un tissu conjonctif jeune avec des cellules fusiformes, de grosses cellules rondes et de nombreux vaisseaux. Ce tissu est parsemé de T. et cette forme de T. ostéo-articulaire peut facilement être confondue avec une tumeur maligne épiphysaire.

e. Les *formes synoviales*, bien connues maintenant, comprennent plusieurs variétés qu'il nous suffira de nommer. ce sont : 1° *l'abcès froid* articulaire (Bonnet); 2° *la granulie articulaire* (Laveran, Cornil, Lannelongue, Polosson, Nicaise); 3° *la synovite fongueuse primitive* sans lésion osseuse, nous dit-on (Ollier, Kœnig). C'est dans ces fongosités que l'on trouve, au point de vue histologique, le nodule embryonnaire, le follicule de Köster et le nodule de Friedlander. Au point de vue de l'évolution des différents nodules Chandelux distingue : 1° la synovite à nodules embryonnaires isolés et confluents; 2° la synovite avec nodules à tendance fibro-caséeuse; 3° la synovite à éruption discrète et à très lente extension. Des lobules adipeux ou des leucocytes peuvent donner lieu à des nodules pseudo-tuberculeux (Casaubon). La synovite tuberculeuse (Kœnig) et la synovite articulaire à grains riziformes sont encore des variétés à signaler.

De cette étude anatomo-pathologique, il faut déduire une classification pratique, c'est-à-dire chirurgicale ; nous proposons la suivante :

Première forme : formes intra-articulaires.

Première classe. — Épiphysite totale (infiltration miliaire d'une ou des deux épiphyses).

Deuxième classe. — Épiphysite partielle (tubercule enkysté) :
- partielle et centrale.
- partielle et périphérique, c'est-à-dire corticale (osseuse, sous-chondrale et sous-périostique).

Troisième classe. — Synovite T. Variétés : 1° miliaire; 2° ulcéro-caséeuse ou fongueuse; 3° fibreuse; 4° tuberculeuse à grains riziformes ; 5° abcès froid articulaire.

Deuxième forme : formes péri ou extra-articulaires.

Première classe. — Point de départ osseux juxta-articulaire ou périostique.

Deuxième classe. — Point de départ dans les parties molles (gommes T. du tissu cellulaire sous-cutané ou hygroma T., etc.).

Cette classification pratique a, suivant nous, une certaine importance, car c'est d'après le siège et les différents degrés de la lésion qu'il faut juger de l'opportunité de tel ou tel traitement.

III

ESSAI SUR LES FORMES MICROBIENNES.

Je rappelle simplement, pour mémoire, les travaux de Hueter, Max Schuller, Lannelongue, Kiener, Poulet sur les O.A.T. expérimentales. Dans ces différentes expériences, c'est la virulence pure et simple des produits T. qui a été expérimentée sans que les auteurs aient cherché à mesurer le degré de cette virulence.

En 1883, après la découverte du bacille T. par Koch, ce microbe fut recherché dans toutes les T. locales. Dans les abcès froids on trouve très souvent le bacille soit seul, soit associé à des microbes pyogènes. M. Babès, dans un cas d'O.A.T. non ouverte, trouve le bacille de Koch associé au streptocoque pyogène. Garré examina quatre cas d'O.A.T. et n'y trouva que le bacille. Ohlfers fit des inoculations T. intra-épiphysaires; puis quand des fistules apparurent il sacrifia les animaux et examina les tissus malades. Ceux-ci contenaient peu de bacilles qui siégeaient plutôt dans les canalicules de Havers de la substance osseuse paraissant saine et entourant les tissus malades. Au Congrès de la T. de 1891, M. Babès insista sur les associations microbiennes de la T. articulaire et avança ce fait intéressant, c'est que les microbes surajoutés n'empêchent pas le développement du bacille, au contraire, ils le favorisent. Des recherches de Frænkel, Verneuil, Hallopeau, Baretta, Arloing il résulte que le bacille de la T. est pyogène soit par lui-même, soit par les produits qu'il sécrète. Pawlowsky, dans un court mais très important mémoire sur la T. articulaire, a bien mis en relief l'influence d'une infection surajoutée sur la marche de la maladie locale. Dans les fongosités articulaires il trouve, lui aussi, des bacilles et des streptocoques. Et ces fongosités injectées déterminèrent des synovites fongueuses avec suppuration abondante due à des streptocoques. Dans 8 cas d'O.A.T., il trouve 3 fois le streptocoque pyogène ; 1 fois le staphylocoque doré et 1 fois le bacillus pyocyaneus. De ces expériences, il conclut que la T. pure des articulations a une marche beaucoup plus lente que la T. compliquée; elle ne s'accompagne pas d'une fièvre aussi aiguë, ni d'un affaiblissement, ni d'une destruction des tissus articulaires aussi rapide que les formes de T. articulaire mixte.

La nécrose T. n'est pas, à la vérité, une nécrose complète au même titre que la nécrose aiguë, car le séquestre T. conserve toujours des attaches avec les parties voisines et lui-même présente toujours des parties vasculaires. Les séquestres T. jouissent donc d'une vitalité relative et sont facilement tolérés, mais dès qu'une infection surajoutée survient par le fait de la suppuration, ce séquestre perd de sa vitalité et doit être éliminé [Goullioud (1)]. Les troubles vasculaires ne jouent donc qu'un faible rôle dans la nécrose; on peut supprimer en même temps tous les vaisseaux périostiques et la moelle sans déterminer de nécrose. Il n'y a de nécrose que s'il y a infection par des microbes pyogènes surajoutés; ainsi dans l'ostéo-myélite gommeuse syphilitique, il n'y a nécrose que s'il y a suppuration [Gangolphe (2)]. Dans l'ostéo-myélite les séquestres septiques donnent lieu à des accidents qui ne cessent qu'après leur élimination, comme pour tous les corps étrangers septiques. C'est dans ces infections T. associées des articulations que les symptômes sont les plus prononcés et les plus aigus. C'est surtout après la formation des fistules que l'article est envahi par d'autres mi-

(1) Goullioud. Des séquestres par infection mixte, *Lyon méd.*, 17 juin 1888.

(2) Gangolphe. Hybridité dans les affections osseuses, *Lyon méd.*, 25 juillet 1888.

crobes pyogènes. La suppuration intra ou péri-articulaire indique cette invasion secondaire. C'est du pus chaud qui se produit bien différent du pus T. qui a l'aspect d'un sérum clair contenant des débris caséeux, peu riche en globules blancs. En résumé, pour Pawlowsky, à côté de la T. articulaire pure, il y a des T. articulaires mixtes à gravité exceptionnelle.

Déjà Max Schuller avait fait remarquer que, dans ses observations d'O.A.T. expérimentales, les résultats avaient été moins positifs avec les produits du lupus qu'avec d'autres produits T. Courmont et Dor, en se servant de T. aviaire très atténuée, déterminèrent des O.A.T. typiques, chez le lapin, mais après une très longue incubation. M. le professeur Arloing, pour qui le virus scrofuleux est un virus T. atténué, pense que l'O.A.T. est peut-être avec la T. ganglionnaire, de toutes les formes de T. locale, celle qui reste le plus souvent bénigne au point de vue de la généralisation; les lésions scrofuleuses résultent des bacilles les moins virulents; les lésions viscérales T. sont dues à des bacilles très virulents; les lésions T. locales primitives reconnaissent pour cause des bacilles dont la virulence comprend tous les degrés intermédiaires entre ces deux extrêmes.

Dor a repris ces expériences et, pour lui, les lésions chroniques dénommées scrofuleuses ou chroniques sont dues à un bacille de Koch atténué, avec lequel on peut reproduire des lésions T. chroniques. De ses expériences en commun avec Courmont, de celles de Grancher et Ledoux-Lebard, de celles de Troje et Tangl, il conclut que l'atténuation transforme les bacilles T. en agents pathogènes tels, qu'ils engendrent des lésions localisées et chroniques même lorsqu'on les injecte dans le torrent circulatoire. Dans tous les cas, qu'il s'agisse de T., du rouget, du charbon, ou de toute autre infection, sans nier, d'ailleurs, l'influence de la quantité du virus ou de la porte d'entrée, M. Dor a montré que l'atténuation du microbe était le facteur prépondérant de la chronicité de l'évolution pathologique, à condition, bien entendu, qu'on n'isole jamais, par une abstraction impossible en clinique, l'agent pathogène du terrain sur lequel il évolue. En effet, tel microbe atténué relativement à un organisme vigoureux, sera virulent relativement à un individu atténué. Il faut donc, en pratique, tenir compte de ce que Dor appelle l'atténuation proportionnelle, la notion de l'atténuation absolue était insuffisante. De plus, est-ce que le bacille T. comme le coli bacille (Lesage et Macaigne) peut, à l'état de virulence maxima, engendrer une septicémie; un peu atténué provoquer de la suppuration; plus atténué une inflammation chronique et plus atténué encore vacciner l'individu ? Je me borne à constater que, étant donné les recherches sur la septicémie bacillaire, sur la typho-bacillose (Landouzy), sur la vaccination par une T. locale (Marfan), il y a là un bien beau champ d'expériences.

Outre la virulence, la quantité de bacilles a peut-être une grande importance; cela est démontré chez le cobaye et le lapin et non encore chez l'homme. De plus, dans cette question déjà si complexe, il faut encore faire intervenir les produits solubles sécrétés par le bacille. M. Arloing pense que si, dans certains cas, la lésion T. ne se propage pas aussi vite, cela tient peut-être aux produits solubles non prédisposants sécrétés par le bacille. Encore un pas et l'on pourra dire que les produits solubles d'une T. locale peuvent vacciner le reste de l'organisme dans certains cas (Marfan) et qu'en passant de génération en génération la T. s'aggrave ou s'atténue comme cela se voit expérimentalement pour d'autres maladies. Et, d'ailleurs, qui n'a pas eu de tuberculeux dans ses ascendants ? La question du terrain est énorme, car c'est de celui-ci que dépend en partie la délimitation du foyer T. sous forme de T. enkysté ou son extension sous forme d'infiltration T. épiphysaire. A la longue la persistance des altérations osseuses altère le terrain local, facilite son extension et même sa généralisation. D'autre part, le bacille peut, dans certains cas, s'enkyster, étouffé par les produits fibreux ou calcaires. Le terrain local, c'est-à-dire le point de l'économie où se colonise le bacille, et le terrain général, c'est-à-dire les humeurs, sont donc aussi importants que la virulence du bacille.

Ces données microbiologiques nous montrent que toutes les tuberculoses articulaires ne se ressemblent pas au point de vue microbien. Déjà au nom de la clinique, M. le professeur Ollier avait dit que le follicule T. ne suffit pas pour permettre de juger de la gravité d'une T. articulaire. « Plus je fais examiner des fongosités extraites des articulations que je résèque, dit-il, plus je reconnais l'insuffisance de ce caractère purement anatomique; c'est sur d'autres considérations qu'il faut borner son pronostic, c'est sur la marche de la maladie et sur la nature du terrain sur lequel elle se développe. Il y a des T. graves et des T. bénignes. Il y a des T. générales et des T. locales. Il y a des T. qui marchent fatalement, il y en a d'autres qui tendent spontanément à s'arrêter. Les unes se développent comme une maladie infectieuse et fatale; les autres produisent de graves destructions locales, mais n'ont pas, à une certaine période de leur évolution du moins, cette marche envahissante et restent longtemps bornées au point primitivement envahi. L'analyse expérimentale pourra nous démontrer un jour ce que l'analyse clinique nous fait déjà soupçonner, c'est-à-dire des affections de nature différente dans ce que nous groupons aujourd'hui sous le nom de tuberculoses. C'est à l'inoculation, à l'étude complète de la symptomatologie qu'il faudra recourir pour distinguer toutes ces différentes formes. Conséquemment, il y a des T. qu'il ne faut pas opérer, parce que le moindre traumatisme donnerait un coup de fouet à l'évolution de la T.; il en est d'autres qu'on peut opérer dans certaines conditions déterminées et en prenant des précautions spéciales. Il en est d'autres bénignes qu'il faut évidemment opérer, etc. » (1883).

Ainsi pour être fixé sur le pronostic d'une T. chirurgicale, une O.A.T. par exemple, il faudrait pratiquer l'inoculation des produits T. Le résultat de ces inoculations fixerait beaucoup le chirurgien pour le pronostic, quand il ne fait que des opérations partielles, comme nous le verrons à propos de l'arthrectomie. Ce sont ces formes bénignes et peu virulentes qui guérissent par des opérations en apparence insuffisantes, de même que les formes bénignes de péritonite T. guérissent par la simple laparotomie (1). Quant aux formes malignes, il en est qui ont une marche extensive, malgré toute espèce de traitement, et qui se compliquent de T. généralisée, soit spontanément, soit après un traumatisme ou une intervention chirurgicale des plus bénignes.

D'autre part, conformément à ses recherches et à celles de M. Pawlowsky, M. Lannelongue subdivise les tuberculoses articulaires en : 1° T. non suppurées et non ouvertes; 2° T. suppurées et non ouvertes; 3° T. suppurées et fistuleuses. Dans les O.A.T., la suppuration aggrave considérablement le pronostic; on peut en juger d'ailleurs d'après une statistique de la Société clinique de Londres. Parmi les malades traités par la méthode de la conservation, il y eut 33 guérisons pour 100 cas avec suppuration, soit un tiers, et 69 guérisons pour 100 cas non suppurés, soit plus des deux tiers. Quand la fistule s'est établie, la porte est ouverte pour toutes les infections, voire même l'infection purulente. Cependant, dans quelques cas, cette suppuration détermine une élimination assez complète des produits T. et

(1) P. Mauclaire. Du traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse, *Tribune méd.*, fév. 1893.

l'isolement des produits restant par la formation d'un tissu fibreux isolateur (Ollier).

Existe-t-il une pseudo-tuberculose articulaire, comme le fait a été signalé au poumon ? Cela est bien possible d'après les considérations et faits cliniques exposés par Durante.

Mais j'ai hâte de finir ce chapitre et de le résumer en disant qu'au point de vue des formes microbiennes d'O.A.T., on peut actuellement admettre la classification suivante : *première classe :* O.A.T. à infection unique par le bacille T. avec tous ses degrés de virulence et tous les degrés de résistance de l'organisme ; *deuxième classe :* O.A.T. à infection mixte par le bacille T. et d'autres microbes le plus souvent pyogènes. C'est de ces formes microbiennes que dépendent les variétés aiguës, subaiguës ou chroniques au point de vue de la marche et de la durée; les variétés bénignes ou malignes, les variétés suppurées ou non suppurées au point de vue du pronostic; les variétés guérissables ou non guérissables au point de vue de la terminaison; les variétés d'O.A.T. qui présentent et celles qui ne présentent pas de complications, c'est-à-dire de généralisation soit spontanée, soit provoquée par un traumatisme accidentel ou une intervention chirurgicale. Les formes malignes exigent un traitement précoce, persévérant, mais pas toujours radical. D'autre part, il est des formes bénignes qui ne demandent qu'à guérir. Toutes ces considérations justifient donc pleinement cette formule de Kœnig : « Dans aucun cas, la T. articulaire ne suit une évolution typique »; fait qui avait déjà été mis en relief par les travaux de MM. les professeurs Lannelongue et Ollier.

IV

DES FORMES CLINIQUES D'OSTÉO-ARTHRITES TUBERCULEUSES DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES O.A.T.

Ces différentes formes doivent être étudiées suivant l'étiologie (âge, états constitutionnels), suivant un symptôme prédominant, la marche, la durée et la terminaison.

Chez le nouveau-né, la T. congénitale hérédo-paternelle ou hérédo-maternelle est assez rare. C'est surtout sous le nom vague de coxalgie que la T. ostéo-articulaire a été étudiée chez le fœtus et chez le nouveau-né (Parise, P. Broca, Verneuil, Morel-Lavallée). Mais la vraie T. de cette articulation, c'est-à-dire la coxo-tuberculose chez le fœtus ou le nouveau-né, a été décrite par Padieu. Mais au point de vue clinique, cette forme d'O.A.T. ne présente rien de bien particulier à noter, j'ai voulu simplement signaler son existence et rappeler qu'ici, la porte d'entrée du bacille est soit la voie sanguine, soit une lésion du placenta. D'ailleurs il ne faut pas s'étonner de voir l'ostéo-tuberculose si rare chez le fœtus et le nouveau-né, car à cet âge, le squelette n'est-il pas cartilagineux? N'avons-nous pas déjà noté la répugnance du bacille pour le tissu cartilagineux? Aussi quand l'ostéo-tuberculose apparaît à cet âge, c'est dans le point d'ossification qu'il doit se développer.

Pendant la deuxième enfance, nous notons une forme toute particulière de T. osseuse et articulaire. Les lésions, ici, sont multiples et peuvent être étudiées sous le nom d'*ostéo-tuberculose à foyers multiples de la deuxième enfance.* Il s'agit ici de lésions dites scrofuleuses, au sens que leur attribue M. Arloing, c'est-à-dire de la classe des tuberculoses atténuées. Les viscères jouissent pendant fort longtemps d'une incontestable innocuité. L'état général est peu ou prou altéré, l'enfant ne maigrit pas et son appétit est conservé; c'est la forme que M. Phocas a appelée T. locomotrice. Comment comprendrait-on l'absence de phénomènes généraux, l'intégrité de l'appareil pulmonaire, si cette affection à foyers multiples (18 parfois) était maligne et très virulente ? Ces lésions multiples se terminent très souvent par la guérison (Lannelongue, Perrot).

A cet âge, on note souvent la *forme adéno-osseuse* de l'infection T. et les lésions, quoique multiples, ont généralement une tendance à guérir facilement, tout en durant quelquefois assez longtemps, comme nous en avons rapporté des exemples; c'est, en somme, une ostéomyélite T. prolongée ; ce sont parfois des manifestations tardives de la T. héréditaire.

Chez le vieillard, l'infection T. a été étudiée spécialement pour les poumons, la peau, les os et articulations. Dans les deux premières localisations, la plupart des auteurs s'accordent à reconnaître que l'affection a une marche très lente. Or il en est de même pour les O.A.T. (Lacouche, Bourdelais).

Dans certains états constitutionnels, est-ce que la T. articulaire peut présenter quelques particularités dans son évolution? Nous le croyons volontiers dans le cas de diathèse arthritique, car des quelques exemples rapportés, il résulte que, dans ces cas, la marche de l'affection est lente, bénigne, étant donné la tendance à la formation de tissu fibreux que présentent les arthritiques.

Les formes cliniques anormales, déterminées par la prédominance d'un symptôme, sont assez nombreuses. Pour ne pas augmenter le nombre de ces formes, j'élimine certaines ostéo-tuberculoses juxta-articulaires qui déterminent des contractures musculaires simulant à s'y méprendre une O.A.T.; le fait est fréquent à la hanche. J'élimine aussi certaines contractures péri-articulaires de nature hystérique qui peuvent, parfois, faire errer le diagnostic; la coxalgie hystérique en est un exemple.

1° Étudions tout d'abord la *forme névralgique* des O.A.T. en dehors de toute suppuration. Ici le symptôme douleur est exagéré, c'est-à-dire d'une intensité exceptionnelle; le malade souffre non seulement au moindre mouvement, mais encore spontanément, au point d'être privé de tout sommeil. Zésas, qui a bien étudié les arthralgies et leurs causes, a rapporté des observations dans lesquelles des douleurs intolérables durèrent cinq ans et alors seulement apparurent des signes évidents de T. articulaire. C'est souvent à l'évolution d'un foyer osseux de T. qu'il faut attribuer cette névralgie articulaire. La synoviale elle-même peut être comprimée, ulcérée par des fongosités en ses points les plus riches en nerfs; il faut aussi invoquer la rétraction déjà plus ou moins marquée des muscles au début de la maladie; ils appliquent l'un contre l'autre les foyers osseux malades. C'est certainement là une des causes de ces douleurs; le savant chirurgien de l'hôpital Trousseau n'a-t-il pas, en effet, montré les bons résultats de l'extension continue dans la coxo-tuberculose? Cette méthode de traitement fait disparaître la douleur et celle-ci revient rapidement si l'extension est supprimée trop tôt. Comme autre cause de douleur intense, il faut encore signaler certaines myalgies, c'est-à-dire la douleur dans tout muscle qui se rétracte. D'autre part, ayant disséqué une pièce d'O.A.T. du genou où tout le creux poplité était envahi par du tissu fibreux, il y a lieu de se demander si les nerfs comprimés par cette rétraction fibreuse, ou encore leur circulation veineuse étant altérée, il n'y aurait pas là, dans ces lésions de névrite, une cause évidente d'arthralgie. Quoi qu'il en soit, cette forme névralgique s'observe parfois et Guersant a rapporté avoir observé deux cas d'O.A.T. chez des enfants, où les douleurs étaient telles qu'il dut faire l'amputation de la cuisse, moins à cause des lésions apparentes que des douleurs atroces éprouvées par les deux petits malades. Volkmann a décrit ces névralgies articulaires dans certaines O.A.T. guéries et présentant d'épais noyaux fibreux de guérison.

2° Par opposition à ces cas très douloureux, il y a la *forme indolente* ou à douleurs insignifiantes ; celle-ci est fréquente

et assez nombreux sont les malades marchant presque facilement, malgré une O.A.T. du membre inférieur en pleine évolution. Volkmann, dans sa description de l'O.A.T. à forme sèche, a décrit, pour l'articulation de l'épaule, des formes indolentes qui arrivent jusqu'à la destruction de la tête humérale, sans avoir déterminé pour ainsi dire de douleurs bien vives. Ces formes sont pour lui les plus graves; elles coïncident généralement avec la forme maligne de l'affection T. des articulations. Dans l'épiphyse, avant le développement d'une O.A.T., on trouve parfois un foyer épiphysaire T. latent, à marche fruste ou torpide, ne donnant lieu à aucun symptôme jusqu'au moment où l'articulation est envahie (Gangolphe). Ajoutons que ces T. latentes doivent expliquer certaines douleurs dites de croissance.

3° La *forme hydarthrosique* ou hydarthrose T. est trop connue pour que nous en fassions l'histoire ici. Kœnig en a rapporté de nombreuses observations où, comme traitement, il pratiqua l'arthrotomie avec lavage et tamponnement iodoformé de l'article, absolument comme on traite maintenant certaines formes ascitiques de péritonite T. Ces hydarthroses, qui sont « monnaie » de T., ne restent pas longtemps de nature douteuse, car bientôt apparaissent tous les symptômes de l'O.A.T. ; c'est donc le premier symptôme de l'affection (Kœnig, Poncet, Oudaille, Chamorro).

4° La *forme pseudo-rhumatismale* a été souvent observée; l'hydarthrose T. aiguë est souvent prise pour un rhumatisme. D'ailleurs, pendant longtemps, étant donné la marche de l'affection, les auteurs anciens ont décrit des tumeurs blanches de nature rhumatismale. Le pseudo-rhumatisme des tuberculeux, étudié par Beau et Powel, doit être le signe d'une invasion de l'article par le bacille, quoi qu'en aient pensé ces deux auteurs. MM. Laveran et Quinquaud ont rapporté des observations restées classiques de ces formes rhumatoïdes de la T. articulaire. Cela ne nous empêche pas de croire que le bacille peut se développer dans une articulation qui a été réellement le siège du rhumatisme. De plus, il peut aussi se localiser dans une articulation où s'est développé un rhumatisme articulaire blennorragique, j'en ai trouvé des observations très nettes. Dans quelques cas, le diagnostic clinique entre le rhumatisme et la T. articulaire sera difficile, même pour les cliniciens les plus émérites (Trélat).

5° La tumeur blanche syphilitique ou *ostéo-arthrite syphilitique*, quoique assez rare, est importante à connaître. Les hydarthroses de la période secondaire et tertiaire de la syphilis ne ressemblent guère à celles de la T. Mais, à la période tertiaire, les gommes articulaires, et surtout péri-articulaires, simulent à s'y méprendre une O.A.T. Aussi faut-il se méfier quand la forme d'O.A.T. n'est pas franche et songer à la syphilis pour dépister le diagnostic, et M. Lannelongue, dans son enseignement à l'hôpital, insiste beaucoup sur cette similitude. Ce qui caractérise l'ostéo-arthrite syphilitique, c'est l'absence de fongosités ou leur faible abondance, les mouvements de l'article sont conservés et il y a un gonflement notable des extrémités articulaires; fait curieux, l'épanchement articulaire n'a pas de tendance à la suppuration; les douleurs sont nulles, sauf dans les cas de douleurs ostéocopes. Quand une gomme syphilitique s'ouvre à la fois dans l'articulation et à la surface de la peau, la suppuration articulaire se produit par infection secondaire. Comme le rhumatisme, la syphilis peut donc simuler une O.A.T. Cela tient à ce que ces trois affections ont bien des points de comparaison, mais elles ont aussi des différences. En effet, la T. attaque surtout l'épiphyse, puis la synoviale consécutivement. Le rhumatisme, dans ses formes subaiguës, envahit surtout la synoviale et les tissus péri-articulaires; il prend, en outre, les os, les cartilages, et conduit aux déformations de l'arthrite sèche. La syphilis, dans les arthrites subaiguës rhumatoïdes de la période secondaire, attaque la synoviale, les tissus fibreux péri-articulaires ou le périoste des extrémités osseuses. Dans les arthrites tertiaires, elle dépose, au voisinage de la synoviale, des produits gommeux, soit dans le tissu sous-séreux, soit dans le périoste des extrémités osseuses, et leur présence détermine des épanchements intra-articulaires (Bouilly).

6° Il existe des formes d'O.A.T. hypertrophiques, et quant aux os et quant aux fongosités; aussi pouvons-nous décrire une *forme pseudo-sarcomateuse*. Bien souvent, en effet, les ostéo-sarcomes épiphysaires au début ont été pris pour des O.A.T. MM. Duplay, Gillette, Poinsot, Terrier, en ont rapporté des exemples et ont insisté, dans le cas de sarcome, sur l'absence de suppuration, la marche rapide et continue, la tendance du néoplasme à repousser les tissus et à les écarter, l'exaspération des douleurs par la compression, l'intégrité ou plutôt la persistance des mouvements articulaires due à la conservation des surfaces osseuses et l'absence de position vicieuse du membre malade. Mais, il faut bien le reconnaître, il est des cas où aucun de ces signes n'est certain, et il faudra recourir à l'incision exploratrice. M. Terrier, à ce propos, attira l'attention de ses collègues sur un élément important du diagnostic laissé dans l'ombre jusqu'alors, à savoir l'existence antérieure ou concomitante d'une lésion viscérale qui peut être rattachée à un sarcome, et il en rapporte plusieurs observations intéressantes. La T., d'ailleurs, au point de vue macroscopique, prend souvent un aspect charnu et sarcomateux. A propos de l'anatomie pathologique, nous avons rapporté la description que Kœnig donne de ce qu'il appelle le *caries carnosa;* au milieu de la masse charnue existent des granulations. Au Congrès pour l'étude de la T., M. Chantemessse a rapporté un cas de tumeur mollasse, d'apparence sarcomateuse, et qui fut reconnue T. par l'inoculation.

Certains lipomes arborescents articulaires ont dû parfois être pris pour des O.A.T,; des recherches récentes ont, d'ailleurs, montré que ces lipomes articulaires évoluent vers la T. ou sont des T. en voie de guérison.

7° L'ostéomyélite peut, par réaction, déterminer du côté de l'articulation voisine une ostéo-arthrite chronique simulant une O.A.T. Cette *forme pseudo-ostéomyélitique* ou *ostéo-arthrite chronique pseudo-tuberculeuse* a été étudiée par M. Tillaux et par Daniel Mollière. MM. Lannelongue et Comby, dans leur remarquable mémoire sur l'ostéomyélite chronique ou prolongée, ont indiqué ces lésions chroniques sous forme d'arthrite plastique conduisant lentement à une ankylose complète. Pour le genou, il s'agit donc ici d'une ostéomyélite chronique des condyles du fémur et du tibia très ancienne, remontant à l'enfance ou à l'adolscence, et qui, pendant de longues années, est restée latente; puis elle évolue de nouveau sous une influence quelconque. Au genou, Gosselin avait étudié cette variété d'ostéo-arthrite chronique ; il l'appelait arthrite sèche, mais seulement pour exprimer un ensemble symptomatique. Dans les cas où la résection a dû être faite, on a trouvé la synoviale peu altérée, sans fongosités; les *cartilages sont ulcérés* et les épiphyses très hyperostosées, et présentant, à leur centre, des lésions d'ostéite raréfiante avec du pus ou des séquestres minuscules. Quelquefois, il existe une subluxation du tibia en arrière, comme dans les O.A.T., et résultant de la même cause. L'évolution clinique est bien simple; c'est celle de l'ostéo-arthrite chronique; mais ce qui la caractérise parfois, c'est une douleur telle que le malade réclame souvent de lui-même l'amputation du membre. En faisant appel aux antécédents pour faire le diagnostic, on trouve dans ces cas presque toujours, parmi les commémoratifs, une poussée ostéomyélitique suppurée ou non, et remontant à l'enfance ou l'adolescence (Lanthier).

L'ostéo-arthrite chronique pseudo-T. ne suppure pas, avons-nous dit; mais il est des formes d'ostéomyélite pro-

longée où la suppuration articulaire, les séquestres, les fongosités articulaires, les douleurs, etc., donnent absolument l'aspect d'une O.A.T.; rien n'y manque, et, dans ces cas, le diagnostic clinique sera difficile; les inoculations et les recherches bactériologiques seules pourront éclairer le chirurgien.

8° Kœnig a décrit récemment les *hémiarthroses pseudo-T.* survenant chez des sujets hémophiles et simulant, à s'y méprendre, une arthrite T. L'erreur fut commise par Kœnig lui-même, et ses deux malades succombèrent à des hémorragies incoercibles quelques jours après une simple incision de l'articulation du genou. Ces hémorragies articulaires se produisent par poussées, dit Kœnig; cela ressemble, disons-le en passant, à de la pachysynovite articulaire. Malgré ces hémorragies, le malade continue à se servir de l'articulation atteinte, qui n'est pas douloureuse. L'affection survient en l'absence de tout traumatisme. Outre les commémoratifs, qui montrent que le malade est un hémophile ou appartient à une famille d'hémophiles, le diagnostic de l'affection est souvent facilité par la présence d'ecchymoses ou par l'apparition, quelques jours plus tard, de taches verdâtres sur la peau des régions plus ou moins éloignées de cette articulation. La marche par poussées est caractéristique; quant à la suppuration, Kœnig dit ne pas l'avoir observée, et le professeur de Gœttingue ajoute que, en présence d'une arthropathie hémophilique, il faudra s'abstenir de toute intervention opératoire, exception faite de la simple ponction de l'articulation, qui est parfois indiquée. Cette affection hémophilique se termine par des contractures, qui déterminent des ankyloses et des déformations articulaires.

9° Les hydatides des os simulent facilement une O.A.T. si la suppuration, lente et chronique, gagne l'articulation. Dans la T. épiphysaire, des cavernes, recouvertes d'une membrane tuberculogène, peuvent très bien simuler un kyste hydatique de l'épiphyse. Cette *forme pseudo-hydatiforme* est rare. Nous avons rapporté l'observation récente de M. Dufour. A première vue de cette pièce, des histologistes compétents avaient pensé à des kystes hydatiques; mais les parois des cavernes osseuses contenaient des cellules géantes et, de plus, le malade de cette observation intéressante était mort d'une poussée de T. pleuro-pulmonaire.

Nous en avons fini avec les différentes formes cliniques des O.A.T.; voyons maintenant quelques variétés. Au point de vue de la marche, il serait banal d'insister sur les variétés aiguës, subaiguës et chroniques qui dépendent et des formes anatomo-pathologiques et des formes microbiennes. Cette marche est quelquefois très rapide. On pourrait décrire une *variété galopante* de T. ostéo-articulaire par analogie avec ce qui a été décrit au testicule, par exemple, par notre excellent maître le professeur Duplay. On peut décrire également une *variété dérivative*, quelquefois alternante; il s'agit d'une O.A.T. qui se développe dans le cours d'une T. pulmonaire; dès que cette lésion articulaire apparaît, la lésion des poumons disparaît ou du moins ne donne plus lieu à aucun symptôme, et la lésion locale évolue pour son propre compte, ayant pour ainsi dire dérivé vers elle la lésion initiale.

Au point de vue de la durée, il existe parfois des trêves dans l'évolution d'une T. articulaire; ce sont des temps d'arrêt plus ou moins longs. Il existe des variétés à très longue durée; Bœckel a rapporté une observation dans laquelle la coxo-tuberculose dura quarante-sept ans; Bauchet une O.A.T. du genou durant vingt-cinq ans, et M. Dufour, tout récemment, une O.A.T. du genou ayant évolué pendant quarante-sept ans.

Quand l'affection marche par poussées, avec latence dans les intervalles, c'est la variété d'O.A.T. à répétition. Il n'est guère possible d'admettre ici plusieurs guérisons successives et plusieurs réinfections locales.

Au point de vue de la terminaison, il faut admettre trois variétés : 1° la variété qui évolue vers la guérison chez les sujets dont l'état général est bon et qui paraissent s'être infectés accidentellement; 2° variété stationnaire, dans laquelle la suppuration ne se produit pas pendant quelque temps, mais où la guérison ne survient pas non plus. Puis, quand la suppuration se produit néanmoins, la fistule persiste des années, elle donne passage à un liquide séro-purulent grumeleux, peu abondant, paraissant défier toute infection secondaire. La lésion qui entretient cette fistule est un séquestre ou une cavité; la masse morbide s'élimine par un point et s'étend par un autre; 3° variété à évolution progressive et rapide. Ici la fonte caséeuse aboutit à la formation de foyers de plus en plus volumineux, qui donnent lieu à ces fistules multiples péri-articulaires, transformant une articulation en vraie pomme d'arrosoir. Les produits T., n'étant pas éliminés, contagionnent progressivement les tissus voisins et perpétuent la maladie. Comme pour la marche, comme pour la durée, les variétés qui se déduisent des différentes terminaisons dépendent et des formes anatomo-pathologiques et des formes microbiennes. Il en est de même pour les variétés dépendant des complications, c'est-à-dire la généralisation ou la non-généralisation de l'infection T.

Au point de vue du pronostic, nous avons plus haut, à propos des formes microbiennes, insisté sur la manière de distinguer, avec M. le professeur Lannelongue, les O.A.T. en : 1° O.A.T. non suppurées et non ouvertes; 2° O.A.T. suppurées et non ouvertes; 3° O.A.T. suppurées et fistuleuses. Ici encore, c'est la forme microbienne qui fixera le pronostic.

V

DU TRAITEMENT DES OSTÉO-ARTHRITES TUBERCULUSES PAR LA MÉTHODE SCLÉROGÈNE PURE OU COMBINÉE A L'ARTHRECTOMIE PRÉCOCE ET RÉPÉTÉE.

Dans une Revue générale précédente, nous avons décrit cette méthode en grande partie. La méthode de M. le professeur Lannelongue fut employée avec succès par MM. Coudray (1), Dubois (2), Bardescu (3), Iscovesco (4), Ménard (5), Charvot (6), Reynier (7), Quénu (8), de Saint-Germain (9). Deux élèves de M. Lannelongue, MM. Poux et Tiemermans, publièrent, dans leur thèse (Paris 1892), de nombreux cas d'O.A.T. du cou-de-pied et du poignet traités par la méthode sclérogène. Peu de temps après M. Desguins (10), d'Anvers, rapporte de nombreuses observations avec guérisons et améliorations dans plus de la moitié des cas. M. David, dans sa thèse (Bordeaux 1892), publia ses cas personnels; M. Perlis, dans sa thèse (Paris 1892), publia les résultats obtenus dans le service de M. de Saint-Germain et ceux de M. Sacharoff, qui, bien que se servant de solution de chlorure de zinc à 2 p. 100, obtint néanmoins plusieurs guérisons.

D'autre part, MM. Bilhaut (11), Chartraud (12), Inerval (13), rapportèrent également des cas heureux. C'est alors que,

(1) Coudray. Congr. de la tubercul., 2 août 1891, et Congr. pour l'av. des sciences, Marseille 1891.
(2) Dubois. Congr. de chir., 1892.
(3) Bardescu. *Spitahul*, fév. 1892.
(4) Iscovesco. Congr. de chir., 1892.
(5) Ménard. In Th. Mauclaire, 1893.
(6) Charvot. Soc. de chir., 1892, p. 802.
(7) Reynier. Soc. de chir., 1892, p. 803.
(8) Quénu. Soc. de chir., 1892.
(9) De Saint-Germain. *Bull. méd.*, 18 mai 1892.
(10) Desguins. Soc. méd. d'Anvers, 1892.
(11) Bilhaut. *Gaz. méd.-chir. de Toulouse*, 10 janv. 1892.
(12) Chartraud. *Gaz. méd. de Montréal*, 1891, p. 529.
(13) Inerval. *Bull de la Soc. de Jassy*, t. VI.

dans notre thèse inaugurale, nous avons publié la statistique et les résultats des cas publiés jusqu'en mars 1892.

Depuis, M. Schwartz (1) fit une communication très importante sur la méthode sclérogène, aussi devons-nous la résumer dès maintenant. Il fit vingt fois des injections de chlorure de zinc pour des arthrites fongueuses du genou; il n'ose pas dire T. pour deux cas au moins, car il faut maintenir, dit-il, la distinction entre les arthrites fongueuses T. et celles qui ne le sont pas. Trois fois, en outre, il pratiqua des injections pour arthrites tibio-tarsiennes fongueuses et T.; deux fois au poignet dans les mêmes conditions. Pour le genou, en général, les résultats sont excellents, du moins chez les adolescents, et cela lorsqu'il n'y a pas encore de suppuration et que les os ne sont pas profondément malades. En résumé, M. Schwartz conserve une bonne impression de la méthode pour le genou. Sur 20 cas, il a obtenu 15 améliorations très notables, mais il ne peut encore, étant donné la date de l'intervention, déclarer la guérison définitive. Dans la majorité des cas, il y a eu ankylose, dans deux intégrité des mouvements. Dans trois cas, une réaction consécutive a été nécessaire et l'opérateur a pu voir des phénomènes de sclérose très accentués : il y avait au niveau des fongosités un véritable tissu fibreux, mais la sclérose n'avait pas été complète. Pour l'articulation tibio-tarsienne, les résultats ont été peu satisfaisants, d'après les trois cas observés. Dans l'un de ces cas, il y avait suppuration et, malgré l'emploi du grattage précédant celui des injections, il n'y a pas eu d'amélioration; le malade refusa une intervention et fut perdu de vue. Pour l'articulation radio-carpienne, M. Schwartz a eu une amélioration dans un cas où il avait combiné l'emploi du chlorure de zinc et du naphtol camphré. En somme, conclut M. Schwartz, la méthode sclérogène de M. Lannelongue donne, dans certains cas, des résultats remarquables surtout dans la première période de la tuberculose articulaire et si, après la première intervention, les résultats sont mauvais, une seconde ou une troisième ne procurent pas grand'chose. Si, au genou, les résultats ont été bons, ajoute encore M. Schwartz, c'est que, dans cette articulation, les synovites primitives sont fréquentes. Dans les cas qui laissent à désirer après les injections de chlorure de zinc il est probable que les os sont trop malades. Mais il faut bien savoir que la sclérose existe dans les os; le cautère, l'ignipuncture guérissent des os malades et certainement par un processus sclérotique analogue à celui que possède à un haut degré le chlorure de zinc.

Nous avons, dans notre Revue précédente, donné la technique générale, les résultats expérimentaux et le manuel opératoire de la méthode sclérogène, d'après MM. Lannelongue et Achard. Au point de vue des indications, répétons que tous les cas suppurés ou non suppurés sont susceptibles d'être traités par la méthode sclérogène combinée à l'arthrectomie. Ces deux méthodes, la méthode sclérogène et l'arthrectomie, doivent donc se donner un mutuel appui dans le traitement des O.A.T. et nous reviendrons plus loin en détails sur l'arthrectomie précoce et répétée. Il ne faut pas, cependant, compromettre la méthode en l'appliquant à tous les cas, car en fait il existe des contre-indications à la méthode sclérogène. Ce sont celles qui, de tout temps, ont été invoquées pour indiquer la nécessité de la résection totale ou de l'amputation. Et, cependant, il faut encore tenir compte de ce fait que, dans ces dernières années, l'amputation est bien moins souvent pratiquée chez l'enfant pour l'O.A.T. On est actuellement bien plus conservateur, l'arthrectomie ou la résection totale étant pratiquée beaucoup plus tôt et beaucoup mieux. Néanmoins, en présence d'un malade qui présente une O.A.T. avec suppuration énorme, fistulisations multiples, fièvre, indiquant un début de septicémie, un état général grave, dans ce cas, il n'y a pas à hésiter. Il faut débarrasser le sujet et au plus vite de ce foyer d'infection, car il ne résisterait pas à la durée du traitement par la méthode sclérogène et l'arthrectomie. Ce sont là les cas graves où le malade a attendu trop longtemps pour se faire traiter ou encore, chez lui, l'O.A.T. a pris une marche rapide envahissante extensive indiquant une forme des plus malignes, résistant même au traitement le plus radical par la généralisation.

Nous avons décrit le manuel opératoire en général; pour chaque articulation en particulier, disons simplement ici que c'est le trajet de l'insertion de la synoviale qu'il faut suivre, de même que ses prolongements avec la longue aiguille à injection, en suivant toujours un trajet oblique. Les soins consécutifs, c'est-à-dire le redressement du membre, en bonne position, son immobilisation aussi complète que possible, c'est-à-dire dans un appareil plâtré, enfin la compression de l'article avec des bandelettes d'amadou seront faites avec soin. Nous n'avons pas à revenir ici sur des résultats immédiats et accidents légers tels que gonflement, douleur vive mais temporaire, escharres, épanchements sanguins, troubles vaso-moteurs, zona et érythème zincique. Mais nous pouvons envisager maintenant les résultats éloignés.

La méthode sclérogène n'a pas une action directe sur tous les bacilles qui pullulent dans tout foyer de T. et si ces bacilles sont atteints et probablement détruits, ce n'est que secondairement et par suite de l'impossibilité dans laquelle ils sont de vivre dans un terrain complètement transformé et inapte à les nourrir. Or, il est facile de comprendre que, dans certains cas, un point quelconque des fongosités échappe à l'action sclérosante du chlorure de zinc, précisément à cause de la difficulté qu'éprouve l'opérateur à fixer la limite exacte de la diffusion du liquide injecté à chaque piqûre; ce point devenant, plus tard, le centre d'une nouvelle poussée constituera la récidive. Mais ces récidives seront bénignes, car leur point de départ se trouvera déjà entouré sur une grande partie de sa circonférence par du tissu fibreux et résistant faisant office de barrière. Ce tissu sera, par conséquent, un mauvais terrain de culture pour les bacilles qui évolueront lentement et on viendra facilement à bout de cette colonie par une nouvelle série d'injections pratiquées autour de ce foyer secondaire.

Un fait qui a beaucoup préoccupé les chirurgiens après l'apparition de la méthode sclérogène, c'est de savoir comment celle-ci pouvait agir sur les foyers osseux. Mais M. Lannelongue pense que, en faisant les injections sous-périostées, le chlorure de zinc doit agir sur les vaisseaux qui vont du périoste au foyer malade; le caustique suit volontiers les vaisseaux et doit aller à distance scléroser le tissu médullaire, encastrer le bacille et déterminer la guérison du foyer osseuse. D'ailleurs ceux-ci ne sont pas toujours très graves, car il n'est pas rare de les voir guérir spontanément, alors même que persistent et progressent les lésions de la synoviale qui a été infectée par lui. Ces foyers de T. osseux sont constants (Lannelongue), mais souvent bien petits, et l'épiphysite T. partielle, centrale ou corticale, est bien plus fréquente que l'épiphysite totale.

A l'hôpital Trousseau, les récidives observées ont été de nouveau traitées et ont assez souvent guéri par une deuxième injection de chlorure de zinc, sauf dans certaines formes hyperostosantes d'O.A.T., où les lésions sont presque uniquement osseuses, qui ont nécessité une autre intervention. Après les injections, il se forme parfois du tissu adipeux que l'on prend volontiers pour un foyer de fongosités; le fait est à signaler pour le genou et le cou-de-pied.

Il est évident que, dans tous les cas où la guérison a été observée, il faut tenir compte des bons effets de l'arthrec-

(1) Schwartz. *France méd.*, 19 mai 1893.

tomie qui, dans les trois quarts des cas, c'est-à-dire dans les cas suppurés, a été nécessaire pour compléter l'œuvre de la méthode sclérogène; celle-ci employée seule eût été insuffisante. Mais inversement on peut dire que, employées seules, les arthrectomies eussent été suivies de lenteur plus grande dans la guérison et aussi de récidives plus nombreuses.

Les insuccès constatés tiennent à ce que la méthode a été employée trop tard, c'est-à-dire à une période trop avancée de la maladie. Ils tiennent à ce que l'on n'aura pas fait de nouvelles injections et aussi à ce que les soins consécutifs n'auront pas été rigoureusement observés. Ils tiennent à la forme anatomique de l'affection, car il est des cas où le siège de l'affection peut ne pas être atteint par l'aiguille. Ils tiennent enfin à la forme microbienne de la T. articulaire, car il y a des cas malins à extension rapide, qui résistent à toutes les méthodes conservatrices, j'ajouterai même aux méthodes radicales et se terminent par la généralisation.

D'autre part, les bons résultats incontestables et incontestés de la méthode sclérogène, sont assurément meilleurs que ceux observés avec les injections de teinture d'iode ou de nitrate d'argent (Luton), d'acide phénique (Hueter), de perchlorure de fer (Duménil), de sulfate de zinc (Le Fort), d'iodoforme (Mickulicz, Marc Sée, Verneuil, Trendelenbourg, Wendelstadt, Bruns, Krause, Bilroth, Kœnig), de baume du Pérou (Landerer), de phosphate de chaux (Dittel), d'acide sulfurique (Pollock, Haward), de naphtol camphré cependant excellent, mais parfois toxique (J. Reboul, Perier).

— Au mois de septembre prochain, 1894, aura lieu à Budapest le VIIIe Congrès international d'hygiène et de démographie, sous le haut patronage de Sa Majesté Impériale et Royale Apostolique. Les travaux préparatoires de ce Congrès marchent activement; on a déjà fixé les rapports à faire aussi bien pour les dix-neuf sections d'hygiène que pour les sept sections de démographie. Les savants, invités à s'en charger, ont déféré en général à la prière du comité exécutif. Dès le commencement du mois prochain il sera adressé à tous les savants étrangers le programme détaillé des questions, classées par sections. De cette façon, avant le commencement de l'automne, les travaux préparatoires pour la partie scientifique du Congrès seront tout à fait achevés.

Ajoutons à ce propos que, conjointement avec le Congrès précité, Budapest verra une exposition d'hygiène, laquelle sera classée non pas comme une exhibition industrielle, mais en tant que spécialité destinée à illustrer les rapports lus au Congrès.

Après la clôture du Congrès, le comité exécutif ménage à ses membres plusieurs excursions. Celle qui aura pour objet la visite du Bas Danube, des portes de Fer, de Belgrade et de Constantinople ne saura manquer d'avoir une grande attraction.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 104. — MARDI 12 SEPTEMBRE 1893. 66e ANNÉE. MARDI 12 SEPTEMBRE 1893. — N° 104.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : **20 c.** — Avec Supplément : **30 c.**

Paris, le 11 septembre 1893.

Pour obéir aux décisions du Conseil municipal, l'Assistance publique vient d'acheter un terrain sur lequel on doit construire un hôpital spécialement destiné aux phtisiques. Tout le monde ne peut qu'applaudir à cette tendance de l'Administration à retirer des hôpitaux les malades chroniquement atteints qui encombrent les salles de ces établissements au détriment de l'hygiène des autres malades. Il y a actuellement, dans les services hospitaliers, plus de deux mille « chroniques » qui détiennent des lits pendant plusieurs mois (quelques-uns, n'en déplaise au règlement, pendant plusieurs années), et cela au détriment de malheureux atteints d'affections aiguës, que l'on ne peut secourir à l'hôpital, faute de places.

La création d'un hôpital de phtisiques est donc chose nécessaire, désirée et réclamée par tous les médecins. Mais ce n'est qu'un petit pas fait dans cette voie.

Les services de chirurgie ont également besoin d'être débarrassés de leurs malades chroniques. Si l'acte chirurgical a pu être si merveilleusement rendu presque inoffensif par les découvertes modernes, cela n'est pas seulement dû à la propreté des mains du chirurgien et de ses instruments, mais aussi à la propreté locale et absolue de tout son service, aides, élèves et infirmières. Nos infirmières sont devenues des collaboratrices indispensables, et leur propreté chirurgicale est une nécessité impérieuse grâce à laquelle, seule, les suites opératoires peuvent être simples et bénignes. Or, avec les exigences qu'entraîne cette propreté chirurgicale, une surveillante, deux infirmières et un garçon de peine constituent un personnel presque insuffisant pour une salle de chirurgie active.

Que dans cette salle de chirurgie arrive une malade gâteuse, infectée, une pauvre malheureuse atteinte de cancer utérin avec propagation vésicale et rectale, par exemple, une femme toujours souillée, infectant sa literie d'urine et de matières sans cesse coulant au dehors, répandant autour d'elle une odeur infecte et répugnante : qu'arrivera-t-il? Le personnel de la salle sera toute la journée occupé à nettoyer cette malade, à la tenir propre. Mais, à partir de ce moment, la propreté chirurgicale du service en souffrira. On remarquera, par exemple, qu'une malade jusqu'ici sondée sans accident par la surveillante, fort habituée aux rigueurs d'un cathétérisme aseptique, présente tout à coup des phénomènes d'urétrite et de cystite, et que surviennent quelques infections auxquelles le chirurgien n'était plus habitué. En d'autres termes, cette malade, qui vient d'être reçue, est un danger véritable pour les autres. Nous en dirons autant d'une série d'affections chirurgicales suppurant chroniquement, les ulcères variqueux, certaines fistules osseuses, etc. Ces malades qui encombrent les salles, ces malades dont la présence est dangereuse pour les autres, le chirurgien *doit* leur interdire l'entrée de son service, et c'est la seule façon de comprendre vraiment son rôle. Il lui est interdit, pour hospitaliser un malade incurable, de porter préjudice à l'ensemble de ses autres malades. Mais, ces malheureux malades, repoussés de partout, que l'on ne peut, que l'on ne doit admettre dans les salles communes, il faut cependant les soigner et c'est l'Assistance publique qui doit se charger de ce soin. Car ces malheureux sont réduits à la dernière misère, par la durée même de leur maladie, qui les a privés de tout travail et a épuisé leurs dernières ressources.

Des hôpitaux de chroniques sont donc nécessaires; le Conseil municipal, que l'on trouve toujours à la tête des améliorations hospitalières, le comprendra et invitera l'Assistance publique à créer des services destinés à recueillir ces malades jusqu'ici repoussés de partout. Mais qu'on se dise bien à l'Administration qu'on ne fera œuvre relativement utile qu'en se décidant à faire grand et à ouvrir des salles pouvant hospitaliser les trop nombreux malades jusqu'ici privés de soins et privés d'asile.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. FOURNIER.

Diagnostic, pronostic et traitement de la neurasthénie syphilitique (1).

Le diagnostic de la neurasthénie syphilitique est souvent difficile. Devant les symptômes accusés par le malade, devant ses inquiétudes, le récit imagé de toutes ses souffrances, on croit souvent à quelque affection grave. Les éléments du diagnostic différentiel avec le pseudo-tabes neu-

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 958.

rasthénique, la paralysie générale, les tumeurs cérébrales doivent être particulièrement précisés.

Le pseudo-tabes neurasthénique a pour premier caractère de présenter, dès le début, une surabondance, un luxe de symptômes qui n'existe pas dans le tabes vrai au début. Le système nerveux tout entier est en émoi. De plus, trois grands ordres de symptômes manquent constamment. Le réflexe rotulien est normal ou exagéré, tandis qu'il est souvent aboli dès le début du tabes vrai. Les pupilles sont normales, ne présentent ni myosis, ni inégalité. La vessie fonctionne bien, tandis que dans le tabes vrai les troubles vésicaux sont un des premiers accidents. Le malade est obligé de pousser, de faire effort; la vessie semble hésiter au commencement de la miction; il semble qu'il faille une véritable mise en train. Souvent le premier jet est maladroit, sans force, le malade urine, comme il dit, dans son pantalon.

Le diagnostic avec la paralysie générale, avec les tumeurs cérébrales, se fait surtout par la surabondance de signes subjectifs et par l'absence de tout signe objectif bien caractéristique. Il n'y a pas les modifications pupillaires de la paralysie générale. Il n'y a pas de tremblement. Si le malade tremble parfois c'est sous l'influence d'une émotion violente et pour quelques instants seulement. Il n'y a pas d'amnésie véritable bien que le neurasthénique raconte souvent qu'il perd la mémoire. Il n'y a de même ni troubles réels, ni dépression de l'intelligence, quoique les neurasthéniques se disent volontiers fous et ramollis. Il n'y a pas de délire. Il n'y a surtout pas de heurt de langage, d'hésitation dans les mots. C'est avec la plus grande volubilité sans un arrêt, sans une confusion que le neurasthénique se plaindra de ne plus pouvoir parler, d'être forcé de chercher ses expressions. Le paralytique général, au contraire, balbutie, tâtonne en parlant sans même s'en apercevoir. Enfin, le délire hypocondriaque des neurasthéniques est tout différent de celui des paralytiques généraux. Le premier est raisonné, logique. Le neurasthénique croira avoir une maladie du cœur, de la moelle, de l'estomac. Le second est fou imaginaire. Le paralytique général se croira gangréné, pourri. Avec les tumeurs cérébrales, le diagnostic se fera de même par l'absence de tout signe réel : paralysies oculaires, hémiplégie, amaurose, aphasie, convulsions épileptiformes, coma. Je n'insisterai pas sur les diagnostics multiples auxquels peuvent prêter les formes si variées de la neurasthénie syphilitique : spinale, cérébrale, périphérique, sympathique, monosymptomatique, topoalgiques (à douleurs localisées), suivant la prédominance de tel ou tel symptôme. Là encore un examen attentif vous montrera le contraste entre l'absence de tout symptôme matériel et la longue série des accidents mal définis.

Au point de vue du pronostic, les formes avec un symptôme prédominant, localisé, sont beaucoup plus graves que les formes où tout reste flottant et vague. Parmi les symptômes dont la prédominance est la plus fâcheuse, je vous signalerai la syphilophobie ou syphilomanie. Toutes les préocupations du malade convergent alors sur un seul point : la crainte des accidents syphilitiques. Tout ce qu'ils éprouvent est pour eux l'indice des plus graves complications. La durée est toujours longue. La guérison ne s'obtient qu'après des mois, des années. Les neurasthénies de la période secondaire guérissent assez vite. Celles qui surviennent à partir de la deuxième ou de la troisième année sont d'une durée désespérante. La guérison enfin obtenue, les rechutes sont fréquentes. L'ébranlement du système nerveux se reproduit à propos de la cause la plus légère et même à propos de rien.

La particularité la plus importante du traitement est l'insuccès absolu du traitement spécifique, de l'iodure de potassium et du mercure. On n'obtient rien ou plutôt on n'obtient que de mauvais résultats, si massives que soient les doses, si prolongé que soit l'emploi. Il faut donc, surtout chez les neurasthéniques syphilophobes, lutter contre la tendance qui les pousse à demander, à propos de leur moindre malaise, un traitement spécifique énergique. C'est sur les moyens ordinaires employés contre la neurasthénie que vous pouvez compter. Le bromure de potassium, l'hydrothérapie, l'électricité réussissent assez bien. Mais les meilleurs agents sont encore les distractions, les voyages, le séjour à la campagne et surtout les encouragements. C'est à réconforter le moral de vos malades qu'il faudra avant tout vous attacher.

Cet insuccès du traitement spécifique ne saurait, bien entendu, infirmer la nature syphilitique de la neurasthénie. Il est d'autres accidents d'origine syphilitique où cet insuccès se retrouve également. Je vous citerai seulement les syphilides pigmentaires, le tabès, la paralysie générale. Si, dans quelques cas, il y a simple coïncidence, dans l'immense majorité des cas, la syphilis est la cause même de la neurasthénie. La fréquence extrême des accidents neurasthéniques chez les syphilitiques suffit à elle seule à démontrer cette relation étiologique. Un chiffre vous donnera d'ailleurs une idée de la fréquence des accidents nerveux de tous ordres. Sur 3 429 accidents tertiaires, relevés dans mes observations, je trouve 787 fois des accidents cutanés, 1 085 fois des accidents nerveux. Le système nerveux paye à la syphilis un tribut plus lourd que la peau. En ce qui concerne la neurasthénie de la période secondaire, le cortège des autres accidents spécifiques qui l'accompagnent est à lui seul une preuve. Enfin, chez les neurasthéniques syphilitiques on ne rencontre, le plus souvent, aucune des causes ordinaires de la neurasthénie : surmenage, traumatisme, intoxication, excès, revers de fortune, maladies antérieures.

La syphilis d'ailleurs a tout ce qu'il faut pour produire la neurasthénie. C'est une maladie infectieuse. C'est une maladie anémiante et débilitante par excellence. C'est une maladie exerçant une influence morale considérable. Enfin, c'est une maladie toute disposée a porter ses atteintes sur le système nerveux. Les chiffres que je vous citais plus haut en sont la preuve. Malgré l'insuccès du traitement spécifique, nous avons donc pleinement le droit d'admettre l'existence et la fréquence de la neurasthénie syphilitique.

REFLEXIONS SUR L'ÉLIXIR PARÉGORIQUE

Notre confrère le « Concours médical » publie la note suivante :

Un de nos confrères s'étonne que, dans un de nos derniers articles, nous prescrivions parallèlement XXX gouttes de laudanum et L gouttes d'élixir parégorique. Ces deux doses, nous dit-il, ne se ressemblent pas le moins du monde, car XX ou XXX gouttes de laudanum représentent au moins 5 centigrammes d'extrait d'opium et L gouttes d'élixir parégorique représentent 5 milligrammes du même extrait.

Tout cela est erroné. 1° Nous n'avons jamais voulu dire que

L gouttes d'élixir parégorique remplacent XXX gouttes de laudanum et leur sont équivalentes. Nous n'avons fait qu'indiquer les doses les plus convenables, sans nous occuper de la composition de chaque médicament. 2° XXX gouttes de laudanum représentent non pas 5 centigrammes, mais 75 milligrammes du même extrait. D'ailleurs le dosage et la composition du laudanum est fort variable, l'opium brut qui entre dans sa composition n'étant pas toujours le même. 3° L'élixir parégorique ne contient pas 5 milligrammes d'extrait d'opium par L gouttes, mais 5 centigrammes d'extrait par XX gouttes. On n'emploie pas aujourd'hui le vieil élixir de Dublin, on se sert de la formule suivante de C. Paul :

Teinture d'extrait d'opium. . .	60 grammes.
Acide benzoïque.	2 —
Teinture de cannelle	5 —
Vin de Madère	40 —
Essence d'anis	XXV gouttes.

Il nous faut faire observer à nos lecteurs que si, dans une ordonnance, le médecin ne spécifie pas : « Élixir parégorique de C. Paul », les pharmaciens ne le délivrent pas ainsi et donnent l'élixir parégorique de Dublin ou du codex, qui est formulé de la façon suivante :

Extrait d'opium	3 grammes.
Acide benzoïque	3 —
Huile volatile d'anis	3 —
Camphre	2 —
Alcool à 60 degrés	650 —

Or, *dix grammes* de cette teinture renferment 5 centigrammes d'extrait d'opium; notre correspondant a donc raison sous ce rapport de dire que L gouttes renferment environ 5 milligrammes d'extrait d'opium. Il y a d'autant plus facilement confusion, que l'« Agenda médical », que nombre de praticiens ont entre les mains, de donne pas la formule du codex et indique seulement deux élixirs parégoriques, celui de C. Paul et celui de New-York. La formule de ce dernier est la suivante :

Opium.	3gr88
Acide benzoïque	3gr88
Camphre.	2gr58
Essence d'anis.	3 grammes.
Safran.	2 —
Alcool à 60 degrés.	945 —

Conclusion : il importe d'indiquer, sur l'ordonnance, la nature de l'élixir parégorique que l'on prescrit, pour éviter toute confusion.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Des phénomènes de synopsie [audition colorée (1)], par Th. Flournoy, professeur extraordinaire de psychologie expérimentale à l'Université de Genève.

Depuis quelque temps, on s'occupe beaucoup de ce que l'on a appelé l'audition colorée. Des psychologues et des médecins se sont tour à tour occupés de ces phénomènes, qui n'ont pas encore trouvé une explication satisfaisante. M. Flournoy a, lui aussi, étudié cette question, à laquelle il a consacré, dit-il, dix années de travaux. Une enquête, ouverte avec le concours de M. Édouard Claparède, lui a permis de recueillir un nombre considérable d'observations. Il n'a pas limité ses investigations aux faits seuls d'audition colorée, mais il les a étendues à tous les phénomènes de sensations associées. Dans son ouvrage, il s'occupe d'abord des *photismes alphabétiques* que l'on pourrait tout aussi bien nommer des synopsies verbales. Dans ces cas, une lettre, voyelle ou consonne, ou bien encore un mot éveille une sensation visuelle. La lettre ou le mot, producteurs du phénomène, peuvent agir par une seule de leurs quatre images, auditive, visuelle, motrice d'articulation ou graphique, ou par une association complexe de ces images. La sensation provoquée peut être plus ou moins intense et parfois confiner à l'hallucination par son intensité; dans certains cas, elle s'objective et alors l'image paraît s'extérioriser et se localiser dans l'espace à une certaine distance du sujet; il faut encore distinguer la clarté et la couleur de ces sensations visuelles. On juge par ce court sommaire la division du premier paragraphe. Le second comprend les faits de synopsies déterminées par des sons musicaux, par des odeurs, des saveurs, par l'idée des nombres, des jours de la semaine ou des mois, etc. Quelques lignes sont consacrées aux phénomènes de synesthésies, où les sensations évocatrices et celles qui sont évoquées appartiennent aux autres sens que celui de la vue. C'est ainsi que, chez quelques personnes, certains mots éveillent des sensations olfactives; chez d'autres, une impression gustative. Mais les faits de ce genre sont très rares; et ce chapitre n'est encore que le cadre de phénomènes non encore observés.

M. Flournoy s'occupe ensuite des cas où la sensation visuelle s'organise en une figure, en un *symbole*, représentant une forme géométrique par exemple, ou encore en un *diagramme*, consistant en des lignes, une série de chiffres ou un espace d'une teinte particulière. Ainsi tel se représentera les jours de la semaine comme une série de parallélogrammes ayant des grandeurs différentes; tel autre verra un mois sous la forme d'un animal; celui-ci évoquera, pour l'idée d'année, une ellipse divisée en douze parties, celui-là imaginera la série des nombres comme formant une ligne ondulée, etc.

On le voit, les faits de synesthésies sont nombreux et curieux. Pour les expliquer, M. Flournoy propose trois hypothèses. Tantôt c'est l'*association habituelle*, qui est la cause du phénomène, par exemple, la coutume de voir les mois et les jours inscrits en colonnes sur les calendriers, qui donne un diagramme représentant cette disposition. Tantôt encore il s'agit d'*association privilégiée*, notamment dans les cas où, à la faveur d'une forte impression, deux sensations se sont unies d'une façon presque indissoluble. Tantôt enfin, et ce serait le cas le plus fréquent, c'est l'*association sympathique* qui est en cause. Voici comment l'auteur l'explique. Une sensation quelconque, par exemple, l'audition d'un bruit, éveille dans notre organisme une série de modifications vaso-motrices et autres, dont nous avons plus ou moins conscience, et qui est la tonalité affective de cette sensation. En d'autres termes, une sensation, une idée est toujours accompagnée d'un certain état émotionnel, lequel consiste, physiologiquement, en une série de troubles dans notre circulation, dans notre innervation, dans notre nutrition, dont l'ensemble est la condition d'une émotion. De même que toute sensation éveille un état émotionnel particulier, de même elle peut être provoquée par cet état : c'est-à-dire chaque phénomène est capable de produire l'autre. En outre, une sensation différente, mais ayant la même réaction émotionnelle, doit aussi pouvoir provoquer, par l'intermédiaire de ces modifications organiques, la première sensation qui les accompagne d'habitude. Cette dernière théorie, qui semble tout d'abord assez spécieuse, paraît la bonne. Si l'explication contient beaucoup de faits hypothétiques, incontrôlés et incontrôlables, et où notre imagination peut se donner libre cours, il faut admettre aussi qu'elle indique à peu près comment les choses doivent se passer.

L'Idiotie (1), par le docteur Jules Voisin, médecin de la Salpêtrière.

C'est un traité complet et moderne de l'idiotie. On y trouvera tout ce qu'il est nécessaire au praticien de savoir sur les causes, l'anatomie pathologique, les symptômes et le traitement de ces

(1) In-8°. Prix : 6 francs. — Paris, F. Alcan.

(1) In-12. Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

états complexes qu'on est convenu d'appeler du terme générique d'idiotie. Le savant médecin de la Salpêtrière a écrit un livre essentiellement clinique. C'est l'enseignement au lit du malade, fixé dans quelques chapitres imprimés; car M. Voisin a tiré de son service les observations nécessaires pour l'illustration de son texte. De nombreuses photographies éclairent les descriptions et les font aussi vivantes que si elles étaient entendues à l'hôpital. Ce manuel est appelé à rendre de grands services à tous ceux qui s'intéressent à ce sujet, à la fois pathologique et social, des enfants arriérés et idiots.

Des sociétés de patronage des aliénés [Rapport fait au Congrès des médecins aliénistes] (1), par le docteur A. Giraud, avec la collaboration du docteur Ladame.

Lorsqu'un aliéné guéri sort de l'asile, il est en butte à une méfiance générale. Ceux qui l'employaient hésitent à accepter de nouveau ses services, dans la crainte qu'un accès de folie ne vienne brusquement ressaisir le malheureux au cours de son travail; aussi très souvent ce dernier ne peut-il trouver à s'occuper et, après avoir lutté vainement contre la misère et l'indifférence de tous, il retombe malade et revient à l'asile. Aussi les médecins aliénistes hésitent-ils à renvoyer ceux de leurs pensionnaires qui, bien que guéris, n'ont personne dans leur famille ou dans leurs connaissances qui veuille se charger d'eux pour les aider à surmonter les difficultés de leur rentrée dans le monde. Il était donc nécessaire de s'occuper de ces infortunés et de leur donner un peu de cette sollicitude que l'on accorde aux criminels libérés. Il existe, en effet, pour ceux-là des sociétés de patronage, qui les prennent au sortir de la prison et les soutiennent matériellement et moralement.

Dans ces derniers temps, on a étendu cette protection aux aliénés guéris. Cette question a préoccupé les médecins aliénistes qui l'ont inscrite à l'ordre du jour de leur dernier Congrès. Le docteur Giraud, médecin directeur de l'asile Saint-Yon, a fait sur elle un remarquable rapport très documenté, qui indique ce qui a déjà été tenté dans cette voie philanthropique, et expose l'organisation des sociétés de patronage de Paris, de Strasbourg et de Bailleul, qui sont très prospères et ont déjà rendu de grands services. L'auteur s'est livré ensuite à une enquête auprès des médecins de tous les asiles de France, pour connaître leur opinion et s'est aussi adressé à des confrères étrangers, qui lui ont communiqué des renseignements très intéressants sur le fonctionnement des sociétés de bienfaisance analogues qui existent en Angleterre, en Allemagne, en Italie, etc. Le docteur Ladame a rédigé lui-même un long chapitre sur ce qui existe en Suisse. De tous ces nombreux documents, le docteur Giraud a tiré la conclusion que les Sociétés de patronage sont d'une utilité incontestable, qu'elles sont possibles presque partout et que leur organisation doit être laissée à l'initiative de chaque département.

Cependant il a admis la nécessité de rattacher autant que possible la société à l'asile, par une administration en partie commune, afin de donner au médecin, qui connait ses anciens pensionnaires, un rôle actif et des plus utiles.

Des auto-intoxications dans les maladies mentales [Rapport fait au Congrès des médecins aliénistes] (2), par les docteurs Régis et Chevalier-Lavame.

On sait que, dans ces derniers temps, certains aliénistes ont essayé de donner à la folie une base organique, en recherchant, dans sa pathogénie, des phénomènes d'auto-intoxication ou d'infection, qui puissent expliquer les désordres intellectuels. La fréquence et l'intensité des troubles somatiques dans certaines altérations mentales, les variations de la toxicité urinaire, observées chez ces malades, la co-existence de ces troubles psychiques avec des maladies infectieuses ou auto-infectieuses, telles que les accidents puerpéraux, des lésions rénales, des fièvres éruptives, et quelquefois l'influence des traitements antiseptiques ont fait penser que les ptomaïnes et les leucomaïnes devaient jouer un rôle dans l'apparition de ces délires. A plusieurs reprises, ces questions ont été traitées ici même dans les Revues de médecine mentale (1). Aussi ne pouvons-nous les reprendre ici à nouveau. MM. Régis et Chevalier-Lavame ont fait une étude d'ensemble de tous les faits d'ordre chimique, expérimental, clinique et thérapeutique, qui paraissent en faveur des théories qui accordent aux infections une action pathogénique sur la production de certains états vésaniques. Leur travail est des plus complets et mériterait plus qu'une brève analyse. Il sera lu par tous ceux qui s'intéressent à l'évolution des sciences mentales.

(1) La Rochelle 1893, Martin éditeur.
(2) La Rochelle, 1893.

Le traitement des aliénés dans les familles (2), par M. Ch. Féré, médecin de Bicêtre.

Ce livre contient l'exposé des idées de M. Féré sur l'assistance familiale. Déjà, dans divers articles, l'auteur avait depuis quelques années éveillé l'attention des aliénistes sur ces questions qui ont été agitées dans les derniers Congrès de médecine mentale.

La tentative d'une colonie de déments séniles que fait en ce moment le département de la Seine à Dun-sur-Auron donne une grande actualité à ce livre, qui résume l'organisation des placements familiaux pratiqués à l'étranger, et notamment en Écosse et en Belgique, et qui se termine par un long chapitre sur les soins à donner aux aliénés soumis à ce mode d'assistance. Cela transforme cet ouvrage en un manuel pratique de gardien, à l'usage des personnes appelées à soigner des aliénés à domicile.

Le problème de la conscience du moi (3), par Paul Carus.

L'auteur est un philosophe américain très connu de l'autre côté de l'Océan. Il a écrit une monographie intéressante sur la conscience, ses conditions et sa nature. Tous ceux — et ils sont nombreux — qui s'intéressent à la science de l'esprit, liront avec curiosité l'exposé des théories, toujours très claires, de M. Carus sur ce phénomène, qui est à la base de tous les faits psychologiques.

VARIÉTÉS

Les Consultations charitables pour les malades.

Théophraste Renaudot, dont la statue s'élève actuellement entre l'Hôtel-Dieu et le Palais de Justice, a attaché son nom, non seulement au journalisme, dont il fut le fondateur, mais aux « Monts-de-Piété » et aux « Consultations charitables ». Nos lecteurs parcourront, peut-être avec intérêt, la curieuse petite plaquette que nous reproduisons, d'après J. Danjou, et qui parut en 1640 à Paris, au Bureau d'adresse.

« LES CONSULTATIONS CHARITABLES POUR LES MALADES

A Monseigneur de Noyers, secrétaire d'Estat.

Monseigneur,

Il y a des principes de connoissance tellement universels qu'ils ne reçoivent point de doute, et des choses qui se suivent si nécessairement qu'il ne faut laisser agir que le sens commun, voire les choses mesmes; elles se porteront de leur seul mouvement à ce qui leur est propre. Ainsi l'ai-

(1) Ed. Toulouse. Psychoses post-influenziques. Confusion mentale, *Gaz. des hôpit.*, 1893, p. 583.
(2) In-18. Prix : 3 francs. — Paris, F. Alcan.
(3) In-18. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Alcan.

guille aimantée tend de soi-mesme vers le nord, la pierre se porte à son centre; le malade n'a pas besoin de maistre pour lui apprendre à désirer la santé. Ainsi, Monseigneur, ceux qui se vouent à quelque action de piété, cherchans une puissante protection, n'ont point besoin d'autre enseignement que de la voix publique pour sçavoir qu'ils doivent recourir à la vostre. Cette voix du peuple leur apprendra que, depuis le premier moment auquel le seul mérite attacha la sphère de notre activité à l'intelligence qui fait icy tout mouvoir par vostre lumière et ses influences, vous avez si heureusement joingt les affaires d'Estat avec celles de la religion, et tellement uni le ciel à la terre, que le zèle et la piété, l'âme de toutes vos actions, en sont devenus inséparables. C'est pourquoi, ayant à soulager les pauvres malades, le plus commun objet de vos soins, je n'ay pu avoir d'autre pensée que de vous rendre le protecteur d'une si saincte et si charitable entreprise. Vous verrez, Monseigneur, en l'escrit ci-joint, une espèce de charité qui égale le traitement des pauvres et plus misérables personnes à celui des grands, si douze ou quinze médecins consultans ordinairement pour eux, et leur faisans fournir gratuitement leurs remèdes, peuvent suffire à ce traitement, comme il y a bien de l'apparence, puisqu'un ou deux seulement en traitent ailleurs douze ou quinze cens. Et pour ce que ce serait douter de cette ardente piété et charité dont tout le monde est tesmoing que de vous la vouloir persuader, à vous, dis-je, Monseigneur, dont l'exemple y encourage si fort tous les autres, il me suffira de vous dire que l'approbation que vous apporterez à ce bon œuvre dépend la vie et la santé d'un nombre infini de malades, dont les vœux joints aux nostres vous souhaitent la continuation de toute sorte de prospéritez temporaires et éternelles; cependant qu'en mon particulier je demeure,

Monseigneur,

Vostre très humble, très fidèle et très obéissant serviteur,

RENAUDOT. »

Comme il n'y a point de conclusion plus universellement approuvée de tous les peuples et religions du monde que celle-cy, qu'il faut soulager les pauvres, ainsi faut-il renoncer à l'humanité pour en réprouver le dessein; et pour ce que de toutes les professions destinées au bien et soulagement des hommes il n'y en a point de plus nécessaire que la médecine, comme ayant esté créée de Dieu pour remédier à leur plus pressante nécessité, qui est la maladie, c'est pourquoy, tandis que je minute en mon esprit les moyens de réduire en pratique les réglemens approuvez pour soulager toute sorte de pauvres, je tens l'une de mes mains aux malades, et invite de l'autre tous ceux qui me peuvent aider en ce charitable projet; le succez duquel a desjà tellement respondu à ce que je m'en estois promis qu'il y a grande apparence que Dieu authorize de ses saintes bénédictions une si louable entreprise.

Car encore que les pauvres malades ayant toujours receu de moy l'assistance gratuite qu'ils m'ont demandée, si est-ce qu'ayant vaqué plus assidument depuis trois mois à consulter pour leurs maladies, je puis assurer qu'il ne s'est renvoyé depuis ce temps-là aucun, non seulement sans l'ordonnance des médecins fameux qui ont voulu exercer chez moi cette charité, mais encor sans qu'on leur ayt fourni de quoy payer les remèdes ordonnez quand ils l'ont désiré ou qu'il est venu à nostre connoissance qu'ils en ont eu besoin. Nonobstant laquelle charité il se trouve de l'argent de reste de la largesse des malades qui ont voulu contribuer quelque chose pour les pauvres, ceux qui viennent chercher céans assistance en leurs maladies estans de trois sortes : les uns riches et accommodez lesquels, après avoir receu le conseil que leur ont donné par escrit tant de gens d'honneur, qu'ils voyent présens, ou qu'estans absens ils ont envoyé consulter sur un mémoire contenant le récit de leur mal et des remèdes qui leur ont esté administrez, sans dire leur nom, qui ne sert de rien à la guérison des maladies, ces premiers exercent fort volontiers libéralité de quelque chose qu'ils destinent à faire médicamenter les pauvres, qui n'est pas la moitié de ce que leur cousterait ailleurs une consultation. Les autres sont si peu accommodez qu'ils n'ont pas moyen de faire aucune charité; toutesfois leur pauvreté ne va pas jusques à avoir besoin d'aumosnes et n'est pas telle qu'ils ne puissent avoir de quoy payer à leur apotiquaire et chirurgien les remèdes qu'on leur aura ordonnez; et ceux-là s'en retournent avec leur ordonnance, sans faire aucune charité ny en recevoir d'autre que celle du conseil qu'on leur a donné; mesmes offrait souvent de donner aux autres pauvres quelque tesmoignage de leur reconnoissance, laquelle on refuze, lorsque leur incommodité est connue, encor qu'il s'en trouve quelques-uns de cette seconde sorte qui donnent malgré nous quelque petite aumosne, sur l'opinion que leur charité redoublera la bénédiction de Dieu sur les remèdes qu'on leur a ordonnez. Les troisièmes sont pauvres mendians ou qui sont retenus de mendier par la seule honte, lesquels avec l'ordonnance reçoivent de leur chirurgien ou apotiquaire, pour eux, la somme à laquelle on a composé pour leurs remèdes, les faisans ressouvenir qu'ils travaillent pour des pauvres, sur lesquels ils se doivent simplement indemniser de leur déboursé. En quoy j'ai véritablement à me louer du zèle et affection que les maistres apotiquaires et chirurgiens de cette ville ont tesmoigné en toutes les occasions qui se sont présentées de servir les pauvres, n'y en ayant aucun qui ne se soit volontairement offert à contribuer gratuitement sa peine et son industrie à ce bon œuvre.

Voilà ce qui se passe en nos consultations, desquelles je laisserai raconter le succez à ceux qui en ressentent tous les jours le soulagement, me contentant d'inciter tous ceux auxquels Dieu a fait la grace de pouvoir aider de leurs conseils, secours et assistance, les pauvres malades, de se trouver céans le mardi de chaque semaine à deux heures après midi; à laquelle heure se commencent les consultations pour ceux qui en ont besoin, selon l'ordre qu'ils sont arrivez, qui s'y trouvent quelquesfois en telle affluence que les médecins consultans sont contraints de se partager en deux ou trois bandes, afin de leur donner plus prompt secours, sans faire attendre leurs ordonnances, qui se font seulement en latin et se mettent par le malade ou celui qui est là de sa part, entre les mains de son chirurgien ou apotiquaire pour l'exécuter, d'autant qu'on a reconnu par une infinité d'expériences qu'il se commet journellement de grandes fautes dans le choix, préparation et administration des médicamens et opérations, pour faciles qu'elles paroissent, par ceux qui n'y ont pas esté instruits de longue main; fautes souvent irréparables et non moins périlleuses aux malades que préjudiciables à l'honneur des médecins, qui se trouvent par cet abus ordinairement frustrez de leurs bonnes intentions et de l'effet de leurs remèdes. De quoy ceux qui consultent ici ont estimez estre obligez, à l'acquit de leur honneur et conscience, de donner avis au public qui n'a esté alléché à souffrir cet abus, par autre interest que par celuy de l'épargne. Il cesse à l'endroit des pauvres par les fruits que nostre charité leur fait ressentir et quant aux riches, il y a grand sujet de s'esbahir comment ils ne se laissent pas faire un habit ou des souliers par celuy qui n'est pas tailleur ou cordonnier et cependant ils se font préparer et donner des remèdes, où il y va de leur vie, par des femmelettes et domestiques ignorans.

Lettres patentes du Roy en faveur des pauvres et particulièrement des malades.

LOUIS, par la grace de Dieu, Roy de France et de Navarre, à tous ceux qui ces présentes lettres verront, salut! Nostre très cher et bien amé Théophraste Renaudot, docteur en médecine, l'un de nos conseillers et médecins ordinaires, maistre et inten-

dant général des bureaux d'adresse de France, s'estant de longue main employé à la recherche de plusieurs inventions et moyens pour l'emploi des pauvres valides et traitement des invalides et généralement à tout ce qui est utile et convenable au règlement desdits pauvres, pour lequel nous l'aurions mandé exprès dès le mois d'octobre de l'an 1612, et à icelui permis et accordé, par nostre brevet dudit jour, de mettre en pratique et establir toutes sesdites inventions, avec défenses à tous autres qu'à ceux qui auront pouvoir exprès de lui de les imiter, altérer ou contrefaire, mesmes icelui pourveu de la charge de commissaire général des pauvres de nostre Royaume, par arrest de notre conseil d'Estat du 3 février 1618, ledit Renaudot n'aurait pas seulement vaqué à la perquisition des secrets et choses les plus cachées en l'art de médecine, dont il fait profession depuis trente-cinq ans, mais encore, depuis l'establissement de sesdits bureaux d'adresse, receu en iceux toutes les personnes curieuses qui y font expériences de plusieurs inventions utiles au public, et particulièrement auxdits pauvres, lesquels y reçoivent gratuitement conseil et assistance en leurs maladies et incommoditez, par la charité des médecins, chirurgiens et apotiquaires qui s'assemblent à cette fin, et d'autant qu'une partie des expériences qui s'y font, sont des remèdes tirez des plantes, animaux et minéraux, pour la préparation desquels il est obligé de tenir toutes sortes de fourneaux, alambics, matrats, récipiens et autres vaisseaux et instrumens de chimie ou spargyrie, pour extraire, par les opérations dudit art, toutes sortes d'eaux, huiles, sels, magistères, extraits, quintessences, chaux, taintures, régules, précipitez et généralement tous les autres effets dudit art de chimie, lesquels se trouvent fort utiles à la guérison des maladies lorsqu'ils sont méthodiquement administrez, selon les préceptes de la médecine; désirans favoriser cette louable institution et donner sujet à tous ceux qui auront quelque invention utile au public de ne l'en pas vouloir frustrer, mais plustost lui en faire voir l'expérience, nous avons par ces présentes, signées de nostre main, permis et accordé, permettons et accordons à tous ceux qui auront quelque invention ou moyen servant au bien et soulagement desdits pauvres, tant valides que malades et invalides, mesmement quelque remède tiré des végétaux, animaux, minéraux, par le régime du feu ou autrement, de pouvoir faire en la maison dudit Renaudot et en sa présence, et non ailleurs. Et pour cet effet, avons permis audit Renaudot de tenir chez lui lesdits fourneaux et y faire toutes sortes d'opérations chymiques servant à la médecine seulement.

Si donnons en mandement à nos amez et féaux, les gens tenans nostre cour des monnoyes que ces présentes, ils fassent enregistrer et du contenu en icelles jouir ledit Renaudot, nonobstant toutes oppositions, appellations et empeschemens quelconques. Et voulons qu'au *vidimus* d'icelles, deuement collationnées par l'un de nos amez et féaux conseillers et secrétaires, foy soit adjoustée comme au présent original; car tel est nostre plaisir. En tesmoin de quoi nous avons fait mettre nostre scel à cesdites présentes. Donné à Chantilli, le second jour de septembre, l'an de grâce 1640 et de nostre règne le trente-unième. Signé Louis, et plus bas : Par le Roy, Philippeaux, et scellé du grand sceau de cire jaune.

Registré en ladite cour des Monnoyes, ouï sur ce le procureur général du Roy, le 25 septembre 1640.

Signé : De Laistre.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

67. M. Mariau. Recherches anatomiques sur la veine-porte et particulièrement sur ses anastomoses avec le système veineux général. — 68. M. Strauss. De la psychose polynévritique. — 69. M. Perrogon. De l'intervention chirurgicale dans l'arthralgie à forme persistante et rebelle. — 70. M. Beaujeu. Une étude de médecine légale dans l'histoire. Psychologie des premiers Césars. — 71. M. Genod. Le cerveau des criminels. — 72. M. Bouilloud. Études sur les polypes du pharynx buccal. — 73. M. Garcin. De la fièvre dans le cancer de l'estomac. — 74. M. Guyod. Quelques recherches sur l'acide phosphorique, la chaux et la magnésie de l'urine. — 75. M. A. Gauthier. Des éruptions cutanées chez les hystériques. — 76. M. Guédenec. Étude sur le traitement des fractures du coude chez l'enfant. — 77. M. Gérard. De la guérison du goître charnu par luxation et exposition de la tumeur. Exothyropexie. — 78. M. J. Porte. Quelques observations de malades traités selon la méthode de M. Brown-Séquard. — 79. M. Grangier. Essai sur les eaux d'Amélie-les-Bains. — 80. M. Ollier. Du laryngisme chronique dans le tabes dorsal. — 81. M. Schwob. Contribution à l'étude des psychoses menstruelles considérées surtout au point de vue médico-légal. — 82. M. Despiney. Du défaut d'ossification du crâne comme cause de dystocie. — 83. M. Brugueirolle. De l'amputation du pied à lambeau dorsal (procédé de Beaudenas).

CORRESPONDANCE

A Monsieur le Dr Le Sourd, *Directeur de la* Gazette des hôpitaux.

Chouzé-sur-Loire, 6 septembre 1893.

Monsieur le Directeur,

Dans la *Gazette des hôpitaux* de 1893, pages 582 et 958, à l'article « Intérêts professionnels », vous avez, avec beaucoup d'à propos, appelé l'attention des jeunes docteurs sur les affiches plus ou moins alléchantes et le plus souvent intéressées et mensongères, placardées à la Faculté de médecine de Paris, offrant des postes médicaux à prendre.

Vous citez nombre de postes médicaux qui n'existent que dans l'imagination de leurs auteurs.

Je pourrais vous en citer par centaines, avec lettres à l'appui, où plus d'un docteur s'est laissé prendre, *quorum pars parva fui.*

Il y a même là un chapitre de la profession médicale à publier, qui demande un volume.

La Faculté de médecine de Paris, qui placarde ces affiches, a la prétention de rendre service aux communes qui demandent des médecins, ainsi qu'aux populations qu'elles représentent, sans autres explications et sans garantie aucune, ce sont les termes de la lettre de M. le Doyen que j'ai consulté à ce sujet.

J'admire cette philanthropie désintéressée, mais j'avoue que mon admiration serait sans bornes, si cet amour de l'humanité s'adressait d'abord aux membres de la profession médicale qui demandent à vivre de leur travail, tout comme les corporations ouvrières; c'est le droit pur et simple au travail.

La Faculté ferait mieux de demander la stricte application de la loi qui régit l'exercice de la médecine.

Or, quand on veut la faire appliquer, on se heurte à la force d'inertie (la pire de toutes les forces), opposée par les fonctionnaires chargés de faire respecter la loi.

Elle devrait aider à rejeter légalement tous les parasites de la médecine : tels qu'empiriques, médecins sans titres, tels que les médecins étrangers qui nous envahissent, dentistes, sages-femmes, pharmaciens qui donnent des consultations, et communautés religieuses, etc., etc.

J'approuve entièrement le dernier paragraphe de votre article, ainsi conçu : « Que les jeunes médecins demandent des conseils à leurs aînés et qu'ils ne s'installent jamais dans une localité sans s'être renseignés auprès des présidents ou secrétaires des Sociétés ou Associations médicales des environs. »

Veuillez croire, Monsieur le Directeur, aux sentiments dévoués de votre vieil abonné.

Dr Raymond.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 8 septembre 1893, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Bascieul, Larrieu, Delanef, Tournadre.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Bonneau, Chauveau, Battle, Maréchal, Tarrou, Allot, Laurent, Cohin, Juéry, Malfilâtre, Maître, Lacoste, Toussaint, Humblot, Hamon, Jacob, Thominet, Jeanton, Hecht, Meurer, Albertin, Level, Delebarre, Willeaume, Désir de Fortunet, Durand, Muller.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — MM. les pharmaciens aides-majors de deuxième classe Abelhauser, Goussard, Basset, Bréaudat.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Cazaban (de Soumoulou), Joubert, ancien membre de la mission d'exploration du Mékong; Tracou (de Lille) et Vallin fils (de Fécamp).

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Excursion au lac de Genève et à Chamonix* du 13 au 19 septembre 1893, organisée par l'Agence française des *Indicateurs Duchemin.* Itinéraire : Paris, Genève, Lausanne, Montreux, château de Chillon, Vernayaz, Martigny, Chamonix, La Mer de Glace, Cluses, Genève, Paris.

Prix de l'excursion : 1re classe, 255 fr. ; 2e classe, 220 fr.

Ces prix comprennent, par les soins de l'Agence française des « Indicateurs Duchemin » : 1° les billets de chemins de fer en France et en Suisse; 2° les bateaux et voitures pour les excursions indiquées au programme; 3° les frais de logement et de nourriture dans les hôtels; 4° les soins des guides attachés à l'excursion.

On peut se procurer des billets jusqu'au 12 septembre 1893 aux bureaux de l'Agence française des « Indicateurs Duchemin », 20, rue de Grammont, Paris.

Le nombre des places est limité.

On trouve des prospectus détaillés : 1° à la gare de P.-L.-M. et dans les bureaux-succursales, rue Saint-Lazare, 88 ; rue des Petites-Écuries, 11 ; rue de Rambuteau, 6 ; rue du Louvre, 44 ; rue de Rennes, 45 ; rue Saint-Martin, 252 ; place de la République, 8 ; rue Sainte-Anne, 6, et rue Molière, 7 ; rue Étienne-Marcel, 18 ; 2° au bureau général des billets de chemins de fer de l'hôtel Terminus de la gare de Paris-Saint-Lazare (General Ticket Office); 3° aux bureaux de l'Agence française des « Indicateurs Duchemin », 20, rue de Grammont.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 105. — JEUDI 14 SEPTEMBRE 1893. 66e ANNÉE. JEUDI 14 SEPTEMBRE 1893. — N° 105.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Après la lecture du procès-verbal et le dépouillement de la correspondance, il n'y avait plus rien à l'ordre du jour, et la séance a été levée. C'est la première fois, croyons-nous, qu'un pareil fait se produit. Ne vaudrait-il pas mieux, ainsi que nous le disions récemment, suspendre le cours des travaux pendant le mois de septembre ? Encore deux ou trois séances comme celle d'hier, et il y a tout lieu de penser que l'Académie elle-même sera de cet avis.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Jaccoud.

Les cavernes de la base du poumon et leur diagnostic.

Depuis le 22 mars, jour de son entrée, j'ai fréquemment appelé votre attention et je vous ai bien souvent engagés à ausculter le malade couché au n° 2 de la salle Jenner. Ce malade, âgé de vingt-neuf ans, est en apparence un phtisique vulgaire. Il offre des deux côtés des signes de tuberculose, signes plus marqués du côté gauche. Mais tandis qu'aux deux sommets on ne trouve que des signes d'infiltration et de ramollissement, à la base du poumon gauche existe une caverne très nette et de volume considérable. Ce siège anormal surprend tout d'abord, mais les symptômes sont si évidents, si complets, que son existence est certaine.

Les faits de ce genre, sans être communs, se rencontrent de temps à autre. Leur diagnostic est souvent fort difficile, surtout quand les lésions du sommet sont moins évidentes que chez notre malade. Chez lui-même au début, jusqu'à ce que l'examen bactériologique eût été fait et nous eût montré la présence de bacilles tuberculeux, nous sommes restés hésitants. En effet, l'état général est chez lui relativement bon, cet homme est robuste, non cachectique. Comme je vous l'indiquerai en terminant, les cavernes tuberculeuses de la base surviennent dans des conditions un peu spéciales et peuvent coexister avec un état général assez satisfaisant.

Quelles sont les diverses affections qui peuvent, en dehors de la tuberculose, produire ces cavernes de la base? En première ligne, la bronchite chronique avec dilatations des bronches à forme cavitaire. Voilà l'affection à laquelle il faut songer. Avant la découverte du bacille de Koch, les erreurs de diagnostic de ces formes de dilatation avec la tuberculose devaient être d'une fréquence extrême. On avait dit autrefois que ces dilatations cavitaires étaient l'apanage d'un âge avancé, et qu'il y avait là un élément de diagnostic différentiel avec la tuberculose, affection des sujets jeunes. C'était là une erreur absolue. Un des plus beaux cas de dilatation des bronches à forme cavitaire que j'ai pu observer était celui d'une jeune fille de dix-neuf ans. Mais elle était si robuste, si florissante de santé, qu'on songeait d'emblée plus volontiers à la bronchite chronique qu'à la tuberculose. Les examens bactériologiques répétés plusieurs fois furent toujours négatifs au point de vue des bacilles.

Avions-nous dans les antécédents de notre malade actuel des raisons de songer au catarrhe bronchique et à la dilatation des bronches? Les antécédents morbides n'offraient rien de spécial à cet égard. Mais les antécédents professionnels, si l'on entre dans les détails du métier banal de journalier, inscrit sur la pancarte, étaient fort intéressants. Pendant plusieurs années, cet homme a habité la campagne et fait le métier de batteur en grange, profession qui expose à des poussières fort dangereuses par leur volume. Puis il a travaillé dans une fabrique d'engrais, ayant pour principale occupation d'ensacher les engrais, autre profession à poussières très nocives. Enfin, dans ces derniers temps, il était ouvrier dans une fabrique de margarine, exposé constamment à l'humidité. Ces faits étaient intéressants au point de vue de la bronchite chronique. Comme vous le verrez tout à l'heure, ils ne le sont pas moins au point de vue de la caverne tuberculeuse et de son siège anormal.

La deuxième affection qui puisse donner lieu à des cavernes de la base est la pneumonie terminée par un abcès et guérie en laissant une caverne. Rien dans les antécédents du malade ne nous permettait de songer à cette variété. Rien non plus ne nous permettait d'admettre une caverne, reliquat d'une gangrène pulmonaire terminée par abcès et guérie. Rien enfin ne nous permettait d'admettre un ancien foyer d'apoplexie pulmonaire. Cette dernière cause est un peu plus rare que les deux précédentes. Néanmoins elle aussi peut donner des cavernes de la base. En pareil cas, il est donc nécessaire d'interroger minutieusement le malade sur ses antécédents, de rechercher s'il n'a

présenté ni pneumonie, ni gangrène, ni apoplexie pulmonaire.

Un dernier groupe d'affections beaucoup plus rare est constitué par les kystes du poumon. Ces kystes peuvent être de trois variétés. Les kystes sébacés, décrits par Virchow, sont rarissimes; ils ont un intérêt théorique très grand au point de vue de la doctrine de l'hétérotopie. Mais ils n'ont pas d'importance clinique. Les kystes simples sont également très rares. Les kystes hydatiques le sont moins. Vous avez pu récemment observer dans le service un jeune homme qui, après avoir éliminé par expectoration un kyste hydatique du poumon, a conservé une caverne de la base à symptômes des plus intéressants. La cicatrisation était parfaite; il n'existait aucun signe de gargouillement d'humidité, la paroi semblait d'une sécheresse extrême, l'amphorisme était parfait. Mais en pareil cas, si l'examen bactériologique négatif permet d'éliminer la tuberculose, l'affirmation de kyste hydatique ne peut être basée que sur les caractères de l'expectoration à un certain moment, la présence de fausses membranes et de crochets.

Restent enfin les cavernes tuberculeuses de la base comme celle que nous observons en ce moment. Alors même que le sommet est respecté, comme cela arrive quelquefois, leur diagnostic est aujourd'hui bien facilité par la recherche du bacille. Mais il est un dernier point de leur histoire qui mérite de retenir votre attention. Ces cavernes, en effet, ne s'observent que dans deux formes de tuberculose bien spéciales, les phtisies d'origine professionnelle et les phtisies d'origine pleurétique. Le cas que nous observons en ce moment appartient au premier groupe. Chez notre malade, avant la tuberculose, il y a eu un véritable traumatisme du poumon par les poussières. Les poussières des céréales sont relativement peu irritantes malgré leur volume. Les poussières minérales ou métalliques sont beaucoup plus offensives. Vous voyez l'intérêt qu'offrent les antécédents et la petite confusion qui peut en résulter, l'étiologie confinant à celle de la dilatation des bronches. La forme phtisiogène des pleurésies est aussi une des causes et même la cause la plus fréquente des cavernes tuberculeuses de la base. En effet, les lésions commencent au niveau du lobe inférieur, point atteint par la pleurésie, point où après la résorption de l'épanchement s'établissent les adhérences. Un fait assez singulier est que ces cavernes d'origine pleurétique occupent presque exclusivement la base gauche.

Les observations de cavernes anormalement placées ne sont pas très rares. Ces faits embarrassent souvent beaucoup. Vous voyez donc l'intérêt réel présenté par ce malade atteint d'une affection si banale en apparence.

L'ESTOMAC ET LE CORSET

Par le docteur Albert MATHIEU,

Médecin des hôpitaux.

Il est indiscutable que beaucoup de femmes et de jeunes filles qui portent un corset trop serré ont souvent des troubles digestifs plus ou moins marqués. La pathogénie de ces désordres dyspeptiques est certainement complexe et l'on peut invoquer la chloro-anémie, le nervosisme, la constipation atonique si fréquente dans le sexe féminin, etc.

Le corset pourrait avoir aussi une action indirecte; il limite les mouvements respiratoires et par conséquent l'oxygénation, augmentant ainsi la tendance à l'anémie. Un certain nombre de jeunes filles se retiennent de manger soit pour conserver cette finesse de taille qui fait l'envie de leurs amies ou parce qu'étant trop serrées, elles éprouvent après le repas un malaise plus ou moins considérable, cela d'autant mieux qu'elles ont souvent, à un degré plus ou moins marqué, de la dyspepsie flatulente.

Rien d'étonnant dès lors à ce que les médecins aient été amenés depuis son apparition à signaler les dangers que fait courir l'abus du corset. Ils ont le plus souvent prêché dans le désert. Les femmes admettent sans discussion qu'on souffre pour être belle; avoir gagné quelques centimètres de pourtour de taille les console trop facilement des troubles dyspeptiques qui gâtent leur jeunesse et compromettent leur maturité.

Nous voulons nous borner à dire ici comment on doit, d'après les travaux récents, se représenter les rapports de l'estomac et du corset, du corset trop serré bien entendu. Nous n'avons, pour dresser cet acte d'accusation, qu'à résumer l'un des chapitres du « Traité des maladies de l'estomac » de M. L. Bouveret.

Le corset trop long et trop serré, tel que l'exige la coquetterie, est une sorte de cylindre ou mieux de cône, qui emboîte le thorax dont la disposition naturelle représente un cône en sens contraire. La pression du cylindre extérieur tend naturellement à resserrer l'évasement du cône thoracique, non pas exactement à sa base, mais de la neuvième côte à quelques centimètres au-dessus de l'ouverture inférieure du thorax, qui tend à s'échapper et à s'évaser d'une façon anormale au-dessous de la région comprimée.

Les organes abdominaux sous-jacents au diaphragme vont donc avoir tendance à se déformer ou à se luxer sous l'influence de cette pression. Ils devront subir une sorte de tassement et de dislocation et leurs rapports ne resteront pas normaux dans cette cage thoracique déformée et rétrécie.

L'estomac, chassé par le foie de droite à gauche et de haut en bas, va tendre à devenir vertical. Le pylore s'abaisse en même temps qu'il se porte vers la gauche; il en résulte une coudure duodénale qui peut équivaloir à un véritable rétrécissement. De là, la stase des liquides dans la partie la plus déclive de l'estomac, c'est-à-dire dans l'antre prépylorique.

La conséquence de cette dilatation prépylorique est donc, en somme, que l'estomac tend à prendre une disposition en bissac, chose qu'a parfaitement indiquée M. Clozier (de Beauvais), dans un travail qui a paru, il y a quelques années, dans ce journal (1).

M. Clozier avait, de plus, le mérite de signaler le signe clinique de cette disposition en bissac de l'estomac vertical. La poche supérieure communiquant avec la poche inférieure par une partie rétrécie, une sorte de détroit, les mouvements de la respiration font, par aspiration et par pression successives, passer alternativement les liquides de la poche supérieure dans la poche inférieure et réciproquement. De leur conflit avec les gaz que renferme l'estomac, résulte un bruit particulier. « Ce bruit hydro-aérique, dit M. Clozier, perceptible à une distance de plusieurs mètres, est isochrone à la respiration. » On peut le comparer au roucoulement de certains oiseaux. Ce bruit dispa-

(1) Voy. *Gazette des hôpitaux*, 30 oct. 1886.

rait lorsque l'abdomen est comprimé, par une ceinture ou par tout autre moyen. Il disparaît aussi dans les derniers mois de la grossesse.

Nous comprenons très bien que M. Clozier n'ait pas été satisfait de voir son nom omis dans l'historique que fait M. Chapotot de cette question (1) et insuffisamment cité dans l'ouvrage de M. Bouveret. Ses droits de priorité à ce point de vue ne sont pas contestables et il n'est que juste de lui rapporter la paternité de cette conception réellement originale dont MM. Bouveret et Chapotot se sont faits après lui les défenseurs. Comme c'est dans ce journal qu'a paru son intéressant travail, il nous appartenait de faire connaître sa juste réclamation.

L'existence de l'estomac vertical et en bissac se traduirait encore par d'autres signes. Les malades éprouvent souvent des douleurs plus ou moins vives, des crampes plus ou moins pénibles, trois ou quatre heures après l'ingestion des aliments. Ces sensations douloureuses seraient dues aux efforts que fait l'antre prépylorique pour se débarrasser des substances solides et liquides qui le surchargent.

Elles sont assez souvent confondues avec les douleurs de l'hyperchlorhydrie, mais elles n'en ont cependant pas la régularité. Elles manquent après certains repas, elles surviennent d'une façon capricieuse, tandis que les douleurs de l'hyperchlorhydrie, pendant les périodes de crise tout au moins, apparaissent régulièrement après chaque repas. Elles ne sont pas calmées par les alcalins à haute dose, et l'examen du suc gastrique montre qu'il n'y a pas excès de la sécrétion chlorhydrique. Il peut y avoir toutefois coïncidence de la dislocation verticale de l'estomac et de l'hyperchlorhydrie, ce qui rend naturellement le diagnostic très difficile.

On constatera souvent en même temps des phénomènes de dyspepsie atonique banale : pesanteur, gonflement après les repas, malaise, gêne de la respiration, renvois, constipation, etc.

L'examen extérieur peut contribuer à l'établissement du diagnostic. La percussion, surtout lorsque l'estomac a été insufflé, montre que le grand cul-de-sac n'est pas descendu, et que l'estomac tout entier se trouve en quelque sorte transposé à gauche et verticalement placé. On peut aussi percevoir sur le thorax une sorte de gouttière due à la compression exercée par le corset.

La mobilité du rein droit, très fréquente chez la femme, se produirait sous l'influence de la même cause. Ce serait, comme l'admet M. Bouchard, le foie qui luxerait le rein de sa loge et le chasserait dans l'abdomen.

Signalons encore un phénomène beaucoup plus rare, qui devrait être également attribué à la dislocation verticale de l'estomac. Dans cette dislocation, il y aurait, nous l'avons dit, tendance à l'abaissement du pylore et, en conséquence, coudure du duodénum. Lorsque cette coudure se fait au delà de l'embouchure du cholédoque, la bile pourrait de son poids, directement, tomber dans l'estomac par la première portion du duodénum et le pylore dilaté. De là la pénétration dans la poche gastrique d'une quantité considérable de bile (une malade de M. Weill en vomissait deux litres par jour), des troubles accentués de la digestion stomacale et des phénomènes d'épuisement.

Tel est l'ensemble des faits anatomiques et des phénomènes cliniques qu'il faudrait, d'après les travaux récents, attribuer à la compression du corset. Peut-être sera-t-on tenté de trouver cela bien schématique et bien théorique. Il faut remarquer toutefois que la verticalité de l'estomac, et la mobilité du rein droit sont beaucoup plus fréquents chez la femme que chez l'homme. Le bruit de glouglou respiratoire entendu par beaucoup d'auteurs, et rapporté par M. Clozier à l'estomac en bissac, paraît lui appartenir exclusivement. Ce sont là des raisons de penser qu'il s'agit de faits cliniques réels et non d'hypothèses théoriques.

La cause étant connue, la prophylaxie est très simple. Si l'on ne peut songer à supprimer le corset, il faut au moins le rendre moins nuisible. Il sera donc peu rigide, court et peu serré. L'habitude du corset trop serré est le résultat et d'une mauvaise éducation et d'une coquetterie mal comprise. Les jeunes filles, même celles qui en ont le moins besoin, considèrent le corset comme un vêtement dont il est indécent de se passer ; elles prennent l'habitude d'être soutenues par lui, tout le haut du corps reposant sur les hanches par son intermédiaire.

Elles placent bien à tort leur orgueil dans une taille aussi fine que possible ; elles ont tendance à croire qu'une taille filiforme est le trait le plus achevé de la beauté féminine. Il ne serait pas mauvais de leur faire savoir qu'il n'y a guère que les jeunes filles et les jeunes femmes qui soient de cet avis.

Le remède est déjà plus difficile. Une dislocation marquée, surtout avec un rein mobile, imposera l'usage d'une ceinture abdominale. Il faudra traiter aussi par des moyens appropriés la dilatation de l'estomac et l'atonie gastro-intestinale.

(1) CHAPOTOT. *L'estomac et le corset*, Th. de Lyon, 1892.

DES PARALYSIES MORBILLEUSES

Par P.-A. LOP,

Ancien interne de l'hôpital Rothschild, médaille de bronze de l'Académie de médecine.

I

En 1861, Gubler publiait, dans les *Archives de médecine* (1), sa première étude sur les paralysies consécutives aux maladies aiguës ; ces paralysies *asthéniques*, comme les appelait le célèbre clinicien, ont été, depuis, étudiées d'une façon plus complète et rattachées à leur véritable cause.

Les paralysies consécutives à la rougeole ne sont pas aussi rares que l'on pourrait le croire de prime abord. Ce qui jusqu'à ces dernières années a contribué à les considérer comme exceptionnelles, c'est que des observateurs comme Trousseau, Roger, Cadet de Gassicourt n'en font nulle part mention dans leur traité clinique. En effet, exception faite pour MM. Rilliet et Barthez, on ne trouve pas non plus dans les classiques infantiles français et étrangers un seul mot sur ces paralysies (d'Espine et Picot, J. Simon, Holmes, Comby, Baginsky). Dans une monographie récente, M. Barbier (2) passe sous silence les complications nerveuses de la rougeole.

C'est éparses, dans la littérature médicale, que l'on trouve les observations de paralysies morbilleuses. MM. Hardy et Béhier (3) en rapportent deux cas empruntés à Holmes ;

(1) GUBLER. Des paralysies dans leurs rapports avec les maladies aiguës, et spécialement des paralysies asthéniques diffuses des convalescents, *Arch. gén. de méd.*, 1860-1861.

(2) BARBIER. *La rougeole* (Bibl. Charcot-Debove), 1893.

(3) HARDY et BÉHIER. *Traité de pathologie interne.*

Bergeron (1), Liégard (2), Larivière (3), MM. Lardier (4), Landouzy, dans sa thèse d'agrégation, Perret, dans ses cliniques (5), en font connaître de nouveaux cas. Avant eux, en 1860, Imbert de Goubeyre avait fait l'histoire des paralysies consécutives aux maladies acquises et en particulier à la rougeole.

Après la thèse de M. Landouzy, il faut arriver à la thèse inaugurale de M. Bayle (6), pour trouver un travail d'ensemble sur cette intéressante question. Vient ensuite Allyn (7), qui étudie dans une excellente monographie 41 observations prises dans sa clientèle privée.

Gubler, dans son mémoire, reconnaît qu'Hoffmann et Tissot avaient, avant lui, observé des paralysies dans le cours des maladies aiguës. En 1782, Odier [de Genève (8)] s'exprime en ces termes sur ces mêmes paralysies : « Les maladies éruptives, telles que la petite vérole, la rougeole et surtout la fièvre rouge, sont, à Genève, une cause apparente d'hydrocéphalie aiguë. »

II

La rougeole étant une maladie commune à l'enfance, c'est surtout à cette période de la vie que l'on observe le plus souvent ces paralysies. Cependant, nous trouvons deux observations de paralysie consécutive à la rougeole, ayant trait à des adultes ; l'une, rapportée par M. Landouzy, chez une femme de vingt-trois ans ; l'autre, chez un homme du même âge, contenue dans les cliniques de Perret.

Quelle est l'époque de leur apparition ? C'est, en général, au moment de la convalescence, quand le petit malade commence à se lever ; par conséquent vers la troisième semaine. Dans le cas de M. Bergeron, la paralysie ne s'est montrée que le quarante-deuxième jour. Il est exceptionnel de la voir apparaître pendant la période d'éruption. Il est aussi très rare que la paralysie apparaisse pendant la période d'invasion, comme dans le cas de MM. Rilliet et Barthez.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, les paralysies morbilleuses sont regardées comme peu fréquentes. La rougeole, disent Christian et Ritti (9), « est de toutes les fièvres éruptives, celle qui entraîne le moins souvent la paralysie. Il y a cependant un certain nombre d'observations de paraplégie, quelques faits de paralysie ascendante, de paralysie infantile, de paralysie circonscrite à deux membres symétriques et enfin, quoique plus rarement, des troubles cérébraux avec aphasie. »

Schneider signale 7 observations de paralysies morbilleuses, nous en trouvons 4 autres dans la thèse de M. Landouzy. M. Richardière (10) fait observer que, sur 11 cas où la sclérose encéphalique a débuté après deux ans, « deux fois elle a suivi la rougeole ». Nous en rapportons 24 cas, dont 2 nous sont personnels; ajoutons à ce nombre les 40 observations d'Allyn, celles de Perret, de Bourneville, de Gowers, etc., etc. C'est là un chiffre fort respectable. Aussi a-t-on eu tort, selon nous, de regarder comme très faible l'action paralysigène de la rougeole.

Une des raisons pour lesquelles un grand nombre de cas échappent à l'observateur, c'est qu'habituellement la paralysie apparaît pendant la convalescence, moment où les malades quittent habituellement l'hôpital. C'est ce qui explique leur plus grande fréquence en ville, où le médecin observe pendant plus longtemps son malade.

(1) Bergeron. *Gaz. des hôpit.*, 1865.
(2) Liégard. *Gaz. des hôpit.*, 1859.
(3) Larivière. *Gaz. des hôpit.*, 1869.
(4) Lardier. *Union méd.*, 1875.
(5) Perret. *Cliniques de l'Hôtel-Dieu de Lyon*, 1887.
(6) Bayle. Th. de Paris, 1886-87, nº 6.
(7) Allyn. *New-Med.*, nov. 1891.
(8) Odier. Mémoire sur l'hydrocéphalie interne, Soc. roy. de méd., 1782.
(9) Christian et Ritti. *Dict. encycl. des sc. méd*, art. Paralysie.
(10) Richardière. *Sclérose encéphalique de l'enfance*, Th. de Paris, 1885.

III

Étude clinique. — A l'exemple de M. Thoinot (1), nous diviserons ces paralysies en deux catégories : A. *Paralysies encéphaliques*, accompagnées le plus souvent d'encéphalite aiguë et se terminant fréquemment par la sclérose cérébrale lobaire (Cotard, P. Marie, Richardière); B. *Paralysies à type myélopathique*, de beaucoup les plus fréquentes.

1° *Paralysies encéphaliques.* — Sont assez communes, et, s'il faut en croire M. Marie, bien des scléroses encéphaliques à étiologie obscure, inexpliquable, reconnaissent pour cause la rougeole. Elles sont habituellement partielles, tantôt elles se localisent à un groupe de muscles, à la langue; tantôt elles revêtent la forme hémiplégique avec ou sans aphasie (Bernhardt).

La différence clinique entre la forme cérébrale et la forme spinale est très marquée. Dans la première variété, il y a paralysie avec mouvements spasmodiques, les réflexes sont exagérés, les réactions électriques restent normales et le développement atteint rapidement une gravité extrême. Dans la variété spinale, au contraire, les réflexes sont rapidement perdus et les réactions électriques sont aussi très modifiées. La gravité en est moindre.

La paralysie débute d'une façon assez brusque. Ce début est en général marqué par des convulsions ou par des troubles de l'intelligence (délire), ou bien encore par de l'assoupissement allant jusqu'au coma.

Dans les cas de Bernhardt et de Bourneville, les convulsions ont ouvert la scène. Le malade de Bateman (2) eut des convulsions avec hémiplégie gauche; dans l'intervalle des convulsions, les muscles du côté droit étaient constamment en mouvements.

D'autres fois la maladie peut se développer d'une façon si insidieuse que le début échappe à l'observateur le plus minutieux.

Dans l'observation de Scheper (3), le coma a ouvert la scène et a persisté pendant trois jours. Quand il a disparu, l'enfant était aphasique.

Le délire a été le premier symptôme observé chez le malade de Baxter (4). Les troubles moteurs, à peine perceptibles le huitième jour, s'accusèrent dès la chute de la température et d'une façon si rapide, qu'en cinq jours l'enfant devint incapable de mouvoir un seul muscle du côté droit.

Les observations ci-dessous donneront une idée plus exacte de cette forme clinique et cela mieux que ne le ferait une description didactique :

Observation I. — Enfant de trois ans, présente, quarante-deux

(1) Thoinot. *Traité de médecine*, 1892, t. II.
(2) Bateman. *Edinb. Med. Journ.*, 1805.
(3) Scheper. *Berl. klin. Wochens.*, 1872.
(4) Baxter. *Med. Repository*, New-York.

jours après l'éruption, des phénomènes paralytiques ; la contractilité musculaire diminue aux membres inférieurs et supérieurs; la digestion s'exécute mal et la voix devient nasonnée. Peu après l'enfant penche sa tête par insuffisance des muscles extenseurs, la toux est paralytique, la déglutition difficile. Les muscles respirateurs et le diaphragme se prennent à leur tour et la mort survient par asphyxie lente. (BERGERON. *Gaz. des hôp.*, 1868.)

OBS. II. — Paralysie généralisée à marche aiguë, consécutive à la rougeole. Guérison. (LIÉGARD.)

OBS. III. — Paralysie d'origine cérébrale avec aphasie. (SCHNEPPER. *Berl. Klin. Wochens.*, 1873.)

OBS. IV. — Convulsions avec paralysies partielles et aphasie. (SOREL. Soc. méd. des hôp., 10 juin 1891.)

OBS. V. — Convulsions, hémiplégie croisée. Mort. (IMBERT DE GOUBEYRE. Loc. cit.)

OBS. VI. — Hémiplégie gauche suivie de guérison. (BERNHARDT. *Arch. de Virchow*, 1885.)

OBS. VII. — Convulsions, hémiplégie droite, idiotie, épilepsie. Sclérose atrophique des lobes postérieurs gauche et droit. (CALMEIL. *Traité des maladies inflammatoires du cerveau.*)

OBS. VIII. — Convulsions. Hémiparésie gauche. Athétose. (RICHARDIÈRE. Loc. cit.)

OBS. IX. — Convulsions et hémiplégie précédant une rougeole, (RILLIET et BARTHEZ. Loc. cit.)

OBS. X. — Hémiparésie avec aphasie et désordres intellectuels. (BERNHARDT. *Arch. de Virchow*, 1885.)

VARIÉTÉS

La pratique des professeurs.

Cet article de la « Gazette médicale de Liège » est-il écrit seulement pour la Belgique, et ne contiendrait-il pas quelques bonnes vérités à notre adresse? Nos lecteurs jugeront.

Au début de cet article, nous sommes tenté de nous approprier la précaution oratoire employée récemment à la Chambre par un député, et nous répéterions volontiers avec lui les paroles du paysan du Danube :

> Je supplie avant tout les dieux de m'assister;
> Veuillent les immortels, conducteurs de ma langue,
> Que je ne dise rien qui doive être repris.

Nous voulons, en effet, traiter une question délicate et, suivant notre ligne de conduite habituelle, nous voulons le faire avec une entière franchise, une complète indépendance. C'est une thèse de principe que nous nous proposons de défendre et nous protestons d'avance ne viser aucune de ces personnalités dont la plupart sont dignes de toute l'estime et de tout le respect du corps médical. D'ailleurs, la réforme que celui-ci réclame vise surtout l'avenir et ne peut guère avoir d'effet rétroactif : c'est dire que les membres actuels du corps professoral sont en dehors du débat.

Est-il bon que les professeurs de la Faculté se livrent à la pratique de la médecine? Nous ne le pensons pas.

Quel est, en effet, le rôle confié par l'État à ses professeurs? C'est celui de former des médecins instruits et capables de servir efficacement la santé publique. Ils doivent inculquer aux élèves qui se pressent autour de leur chaire l'amour du travail; ils doivent leur exposer les principes de la science, ils doivent fournir à la société des hommes armés de toutes pièces pour prévenir la maladie, la reconnaître et la juguler.

Pour atteindre ce but si élevé, le professeur doit nécessairement être un homme de travail et un homme de science. Or, le travail n'est possible que si l'on possède des loisirs, et la science ne s'obtient que par des labeurs sans cesse renouvelés. Le professeur qui se livre à la clientèle active n'a pas assez de loisirs pour se maintenir facilement au niveau des conquêtes de la science.

Il est évident, en effet, que le médecin appelé à monter dans une chaire universitaire est mis dans une situation qui attire sur lui l'attention publique. Fatalement, dans l'état de choses actuel, il est appelé à prendre une grande place parmi les praticiens. Au début de sa carrière, il aura peut-être encore assez de temps à sa disposition pour mener de front la pratique et l'étude, mais bientôt il ne le pourra plus. Les clients lui arriveront nombreux, il devra répondre à des appels de plus en plus fréquents et, bientôt, les journées ne seront plus assez longues pour lui permettre de courir partout où l'on fera appel à ses services.

Dans ces conditions, le professeur devient avant tout un médecin en vogue, jouissant de connaissances étendues évidemment, mais, enfin, il n'est plus qu'un praticien se contentant facilement de se maintenir au courant des seuls progrès directement utiles de la science. Or, cela ne suffit pas. Le professeur ne doit pas seulement enseigner l'art médical, il doit former des hommes de science, et il ne le peut qu'à la condition de la posséder lui-même et d'en suivre tous les progrès avec une attention toujours en éveil.

Nous entendons d'ici l'objection qu'on ne manquera pas de faire : « Mais c'est en forgeant qu'on devient forgeron. Comment voulez-vous que le médecin-professeur apprenne à ses élèves à démêler les problèmes du diagnostic et à manier sûrement les armes de la thérapeutique, si vous lui interdisez de voir des malades? » Entendons-nous bien ici. Il est certainement, parmi le corps professoral des facultés de médecine, une immense majorité d'hommes qui n'ont rien à voir avec les problèmes que vous énoncez. Parmi eux, nous pouvons ranger hardiment tous les maîtres chargés d'un enseignement théorique. Ils ressemblent, de tous points, aux professeurs des facultés de droit. Comme ceux-ci, ils n'ont pas à se préoccuper du futur praticien; ils n'ont à envisager que l'élève venant chercher la science à leur cours.

L'immense majorité des élèves qui suivent les cours de droit sont cependant destinés à prendre position dans les rangs du barreau. Et pourtant, la plupart de leurs maîtres sont simplement des hommes de science, qui n'ont peut-être jamais plaidé une affaire. Les choses en vont-elles plus mal que si l'on confiait les chaires à des praticiens ayant passé par le barreau ou le fréquentant encore? Personne ne l'a jamais prétendu et c'est, au contraire, à cette intransigeance absolue qui interdit les affaires aux professeurs des facultés de droit, que l'on attribue la grande valeur des nombreux jurisconsultes dont s'enorgueillit notre pays.

« Mais, dira-t-on, après avoir obtenu son diplôme, le jeune docteur en droit sera obligé de faire un stage, et c'est là qu'il acquerra la pratique de sa profession. Il doit en être de même du futur médecin et, comme il n'existe pas de stage médical après les études, il doit, dans le cours de celles-ci, puiser les leçons de professeurs praticiens. »

Cela est évident. Mais quel est donc le rôle des cliniques? Le professeur ne possède-t-il pas, dans nos hôpitaux, des matériaux plus que suffisants pour s'instruire tous les jours et en faire profiter ses élèves? Alors que les services universitaires reçoivent par an 5000 malades, prétendra-t-on sérieusement que les professeurs doivent chercher un supplément d'information dans la clientèle privée?

Non, n'est-ce pas, cela n'est pas sérieux! La libre pratique du corps enseignant est un mal, au point de vue de la science, et elle est une superfétation au point de vue de l'enseignement.

La liberté de « faire de la clientèle » laissée aux professeurs des facultés de médecine est-elle nécessaire pour amener dans les chaires universitaires des hommes de grande valeur? Beaucoup de personnes le pensent, mais c'est parce qu'elles envisagent mal la question. Il est évident que la pratique privée rapporte à certains professeurs des revenus auprès desquels les traitements officiels sont peu de chose. Il est certain aussi que, si on les obligeait à opter entre les uns ou les autres, les chaires univer-

staires courraient le risque de perdre des titulaires de grande valeur.

Mais ce n'est pas ainsi qu'il faut examiner l'affaire. Il faut se mettre en présence d'un homme généralement jeune et ayant beaucoup plus de science que de clientèle, avec les rentes qui en résultent. Eh bien! si l'on disait à ce jeune savant : « Nous vous offrons une position rapportant autant que les plus belles dans l'administration, la magistrature et l'armée, une position qui vous assure honneurs et loisirs pour acquérir la gloire, une position dont, grâce à l'éméritat, vous conserverez les avantages jusqu'à la fin de vos jours », croit-on que, dans ces conditions, il puisse se rencontrer beaucoup d'hésitants? Croit-on qu'on ne puisse trouver, parmi les docteurs en médecine, ces hommes épris de science et d'honneur que l'on rencontre parmi les docteurs en droit et parmi les docteurs en sciences naturelles? Dire le contraire, serait faire injure à notre profession et nous protestons contre pareille supposition.

La libre pratique du corps professoral, qui n'est ni utile à l'enseignement, ni requise pour recruter facilement des maîtres de grande valeur, n'est-elle pas nécessaire ou, au moins, très utile à la société? Ne serait-il pas inhumain de priver certains malades des lumières de savants particulièrement aptes à les secourir? Nous répondrions volontiers à ces questions qu'il n'est pas, en ce monde, d'homme nécessaire : *uno avulso, non deficit alter*. Mais nous voulons croire, avec le profane, qu'il est des situations que la science d'un professeur peut seule débrouiller. Eh bien! puisque c'est affaire d'humanité, les professeurs ne refuseraient peut-être pas un avis désintéressé. Mais ne demandons pas tant que cela et, avec notre correspondant de la semaine dernière, admettons que la loi autorise les professeurs à « intervenir, à titre de consultants, dans des cas complexes et difficiles ».

Seulement, il ne faut pas qu'on étende le principe d'une façon absolument abusive. Il ne devrait être permis au professeur d'intervenir qu'à titre de consultant, c'est-à-dire en compagnie d'un médecin traitant. Cette concession devrait suffire aux plus exigeants. Nous ajouterons qu'il est actuellement des professeurs qui seraient charmés de se voir imposer pareille obligation. Ils ne seraient plus astreints aux obligations d'une vie professionnelle fatigante et ils auraient des loisirs pour suivre leurs aspirations vers les recherches scientifiques; l'on peut d'ailleurs ajouter que leurs revenus ne seraient pas diminués, car leurs consultations acquerraient une valeur considérable.

Nous demandons que, dorénavant, le gouvernement interdise toujours la pratique générale de la médecine à ses professeurs fonctionnaires, et qu'il les autorise seulement à intervenir auprès des malades à titre de consultants. Ce serait là une réforme dont personne ne souffrirait et qui serait utile, non seulement à la grande famille médicale en détresse, mais surtout à la science et à l'enseignement.

ASSOCIATION SYNDICALE PROFESSIONNELLE

DES MÉDECINS DE LA SEINE

Réunion plénière des médecins des Bureaux de bienfaisance.

Monsieur et très honoré confrère,

La délégation envoyée au ministère de l'Intérieur, par l'Association syndicale professionnelle des médecins de la Seine, a l'honneur de vous inviter à l'Assemblée plénière des médecins des Bureaux de bienfaisance, qui sera tenue le mercredi 20 septembre (huit heures et demie du soir, École de médecine, salle des Actes).

La délégation, après avoir rendu compte de son audience au ministère de l'Intérieur, demandera à l'Assemblée plénière d'approuver ou de modifier la liste des desiderata attendue par M. Monod, directeur de l'Hygiène et de l'Assistance publique, et que le docteur Gourichon a bien voulu rédiger.

Dans le cas où vous ne pourriez, mon cher confrère, venir nous aider de votre présence et de vos conseils dans une réunion qui intéresse à un si haut degré les médecins des Bureaux de bienfaisance, la délégation vous prie de vouloir bien noter d'un « oui » ou d'un « non » les desiderata dont elle vous envoie copie, signer et renvoyer la pièce ainsi annotée à l'un des membres de la délégation.

La délégation croit n'avoir pas besoin d'insister sur la nécessité de manifester votre avis pour donner plus de poids à sa démarche, lorsqu'elle remettra entre les mains de M. Monod le cahier des desiderata des médecins des Bureaux de bienfaisance.

Permettez-nous, mon cher confrère, de vous offrir nos meilleurs sentiments confraternels.

Dr Savornin,
Membre du Conseil d'administration de l'Association syndicale professionnelle des médecins de la Seine.
118, rue de Flandre.

Dr Meugy,
Secrétaire des séances de l'Association syndicale professionnelle des médecins de la Seine.
10, rue de Mézières.

Dr Billon,
Ancien président de la Société des médecins des Bureaux de bienfaisance, membre du Syndicat.
36, rue de Miromesnil.

Liste des desiderata des médecins des Bureaux de bienfaisance.

1° Représentation du corps médical des Bureaux de bienfaisance avec voix délibérative pour un médecin du cadre actif :

a. Au Conseil supérieur de l'Assistance publique;

b. Au Conseil de surveillance de l'Assistance publique de la ville de Paris.

Et aux Commissions administratives proposées par M. Fleury-Ravarin, soit :

c. A la Commission centrale d'assistance;

d. Au Bureau d'assistance.

2° Assistance médicale *exclusivement* réservée aux indigents et aux nécessiteux.

3° Mode de recrutement des médecins : maintien du concours.

4° Durée des fonctions : égale à celle des médecins des hôpitaux.

5° Mode de rémunération des médecins : maintien de l'indemnité fixe, égale pour tous les médecins du même arrondissement, proportionnelle au nombre d'indigents et de nécessiteux de chaque arrondissement; taux de l'indemnité relevé.

Si l'indemnité fixe n'est pas maintenue, paiement à la visite avec rémunération honorable.

6° Augmentation du nombre des médecins des Bureaux de bienfaisance dans les arrondissements où le service est le plus chargé.

7° Faculté pour le médecin de changer d'arrondissement sans subir un nouveau concours.

8° Création de médecins suppléants.

9° Maintien du *statu quo* en ce qui concerne le service des consultations.

10° Suppression du contrôle pour tout ce qui concerne l'exercice de la profession et la direction du traitement.

11° Plus d'égards et de considération de la part de l'Administration pour les médecins des Bureaux de bienfaisance. Demande de distinctions honorifiques.

12° Égalité au point de vue des médicaments entre les malades des Bureaux de bienfaisance et ceux des hôpitaux.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893.

84. M. Jarre. Des fibromes des ligaments larges (leur extirpation par la voie para-péritonéale). — 85. M. Sallès. De l'albumi-

nurie dans le diabète. — 86. M. Chatin. Contribution expérimentale à la recherche des streptocoques dans l'air atmosphérique. — 87. M. Roche. Du vitriolage au point de vue historique et médico-légal. — 88. M. Rivière. Contribution à l'étude anatomique du corps thyroïde et des goîtres. — 89. M. Coignet. De l'uréthrostomie périnéale. — 90. M. Flandin. Traitement chirurgical des abcès du foie. — 91. M. Thévenet. Contribution à l'histoire de la chirurgie lyonnaise au point de vue des pansements et de l'antisepsie. — 92. M. Vidal. Aconits et aconitines ; toxicologie. — 93. M. R. Porte. Étude clinique sur le rythme respiratoire dans les maladies de l'enfance. — 94. M. Mathian. Des injections hypodermiques de créosote et d'aristol dans la tuberculose pulmonaire. — 95. M. Choupin. Étude clinique de l'anthracose des houilleurs de Saint-Étienne. — 96. M. Mantelin. Des injections sous-cutanées d'iode métallique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — 97. M. Barbet. De la tuberculose de la verge. — 98. M. Remlinger. Étude sur l'hérédité de la tuberculose. — 99. M. Gonnon. Le gallanol ; son étude et son emploi dans le traitement de l'eczéma et du psoriasis. — 100. M. Perriol. De la désarticulation du genou. Application de la méthode sous-périostée avec occlusion du sac synovial. — 101. M. Cuniot. Contribution à l'étude de la luxation du radius par élongation. — 102. M. Foillard. Des adhérences dans l'extirpation des tumeurs abdominales ; résection et entérorraphie dans les adhérences intestinales. — 103. M. Alombert-Goget. Contribution à l'étude de l'action thérapeutique des injections du liquide testiculaire dans certaines formes d'aliénation mentale. — 104. M. Martin. Des résultats éloignés de la prothèse immédiate dans les résections du maxillaire inférieur.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Cinquante-quatre médecins font partie de la nouvelle Chambre des députés. Voici leurs noms par ordre alphabétique, avec l'indication du département dans lequel ils ont été élus :

MM. Amodru (Seine-et-Oise), Bizarelli (Drôme), Bourcy (Charente-Inférieure), P. Bourgeois (Vendée), Bourgoin (Ardennes), Bourrillon (Lozère), Chambige (Puy-de-Dôme), Chantelauze (Haute-Loire), Chapuis (Meurthe-et-Moselle), Chassaing (Seine), Chautemps (Seine), Chevillon (Bouches-du-Rhône), Clament (Dordogne), Clédou (Basses-Pyrénées), Cosmao-Dumenez (Finistère), A. David (Indre), Defontaine (Nord), Delbet (Seine-et-Marne), Dellestable (Corrèze), Denoix (Dordogne), Dron (Nord), Frébault (Seine), Gacon (Allier), Girard (Puy-de-Dôme), Guéneau (Côte-d'Or), Guignard (Maine-et-Loire), Guillemaut (Saône-et-Loire), Henrion (Meurthe-et-Moselle), Herbet (Ain), Isambard (Eure), Labrousse (Corrèze), Lacôte (Creuse), Lafont (Basses-Pyrénées), Lannelongue (Gers), Le Borgne (Finistère), Legludic (Sarthe), E. Leroy (Somme), Mandeville (Haute-Garonne), Marmottan (Seine), Merlou (Yonne), P. Méry (Seine), Michou (Aube), Pedebidou (Hautes-Pyrénées), Pourteyron (Dordogne), Quintaa (Basses-Pyrénées), Rey (Lot), H. Ricard (Côte-d'Or), Signard (Haute-Saône), Theulier (Dordogne), Thonion (Haute-Savoie), Turigny (Nièvre), Vacherie (Haute-Vienne), Viger (Loiret) et Vigné d'Octon (Hérault).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 106. — SAMEDI 16 SEPTEMBRE 1893. 66e ANNÉE. SAMEDI 16 SEPTEMBRE 1893. — N° 106.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE......	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.	3 mois : **10 fr.**	». — 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De l'arthrectomie précoce et répétée pour le traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses, surtout chez l'enfant.

Par le docteur P. MAUCLAIRE,
Ancien interne médaille d'or des hôpitaux, prosecteur à la Faculté.

I

DÉFINITION. — *Délimitation du sujet.* — Les résections partielles ou atypiques ont reçu bien des noms. Pour Volkmann, l'arthrectomie est la destruction intégrale de toutes les *parties molles* de l'articulation, ligaments et synoviales, *à l'exclusion des os;* et il ajoute que si les cartilages sont atteints, on en fera l'abrasion à l'aide de la curette tranchante. M. le professeur Ollier préfère la dénomination de synovectomie à celle d'arthrectomie employée quelquefois et qui, moins spéciale, s'applique *à l'ablation de l'articulation tout entière.* Cela est vrai au sens propre du mot, mais par convention, la plupart des auteurs après Volkmann ont donné le nom d'arthrectomie à l'ablation partielle plus ou moins étendue d'un ou de tous les éléments constituants d'une articulation envahie par la T. C'est donc de l'arthrectomie partielle, plus ou moins étendue il est vrai, que nous parlerons et non d'arthrectomie totale. J. Bœckel emploie indistinctement les mots arthrectomie et synovectomie; il préfère ce dernier lorsque l'opération n'intéresse que la synoviale; quant à l'arthrectomie, c'est une opération qui a pour but l'extirpation totale de la synoviale articulaire dégénérée, y compris les ligaments altérés. Mais si on fait en outre un grattage d'un foyer, un évidement osseux, J. Bœckel propose le nom d'ostéo-arthrectomie. M. le professeur Verneuil trouve que le mot arthrectomie est un mauvais mot, car il signifie encore plus résection qu'extirpation de la synoviale. Il préfère, comme M. Ollier, le mot de synovectomie. D'autre part, quelques auteurs ont à tort donné le nom d'arthrectomie à une simple arthrotomie.

Sous le nom d'arthrectomie, il vaut mieux comprendre plusieurs modes opératoires; tantôt, en suivant le trajet d'une fistule, on tombe sur un petit foyer épiphysaire cortical, celui-ci est évidé, et la portion attenante du cartilage articulaire et de la synoviale est également grattée. Or, en faisant ce petit grattage dira-t-on que l'on a fait une synovectomie? Le mot serait inexact. Dira-t-on que l'on a fait une résection partielle ou atypique? Je crois que ce serait donner un nom bien pompeux pour une aussi petite intervention. C'est donc pour ce cas simple que le nom de curetage articulaire ou périarticulaire est le plus exact. Sera-t-on obligé, au contraire, de nettoyer un très grand nombre de foyers, de faire un ou plusieurs évidements osseux, puis de régulariser les surfaces osseuses pour qu'elles s'adaptent en vue soit des mouvements ultérieurs, soit de l'ankylose en bonne position, on peut dire que l'on a fait, dans ce cas, une résection partielle ou atypique. Il est évident qu'entre le simple curetage articulaire et la résection partielle ou atypique, il y a bien des degrés intermédiaires. De même, entre la résection atypique et la résection totale, il y aura parfois bien peu de différences, mais ce sont là des cas exceptionnels et il ne faut avoir en vue que les cas moyens.

On reprochera peut-être au mot arthrectomie d'être employé pour toute autre affection que la T. (1) mais cela importe peu; à notre avis, il suffit de préciser le but de son emploi. Dans la description qui va suivre, j'aurai surtout en vue l'étude des curetages articulaires et des résections atypiques dans les O.A.T. des membres. Pour le rachis, en effet, la question est trop complexe et a été étudiée d'une façon remarquable par M. Chipault (2).

II

HISTORIQUE. — *Période ancienne.* — Il est certain que les chirurgiens ont, de tout temps, reséqué partiellement une articulation atteinte d'O.A.T., l'arthrectomie (curetage et résection atypique) est donc aussi vieille que la chirurgie, puisque Hippocrate, Galien et Paul d'Egine parlent des résections partielles. Dans le courant du XVIIIe siècle, la vogue fut aux résections totales et c'est seulement en 1803 que Moreau, dans sa thèse, dit avoir fait une résection partielle du tibia, se basant sur ce fait que si l'on n'avait pas ce moyen d'enlever tout le mal, les résections totales seraient souvent trop étendues et deviendraient impraticables.

Période contemporaine. — En France, ce fut en 1872 que M. Augé, le premier, proposa la conservation de l'olécrâne par râclage ou évidement dans le cas de résection du coude. En 1879, M. Letiévant reprit la question et conseilla l'abrasion articulaire ou arthroxesis et, pour son opération, la formule est la suivante : *enlever le mal, rien que le mal; respecter ce qui est sain, tout ce qui est sain.* En agissant ainsi, dit-il, on doit obtenir : 1° une économie pour l'organisme dans

(1) Pour éviter la répétition trop fréquente des locutions « ostéo-arthrite tuberculeuse », « tuberculeux » ou « tuberculose », nous avons adopté la notation « O.A.T. » ou « T. ».

(2) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 809, 969 et 983.

le travail de réparation; 2° une adaptation exacte des surfaces articulaires laissées dans leurs rapports normaux; 3° la conservation plus complète des capsules articulaires, ligamenteuses, qui seront à peine intéressées; 4° une conservation des mouvements que les méthodes en usage ne donnent pas ordinairement.

M. Poinsot, l'année suivante, publia une observation heureuse d'arthroxesis pour une O.A.T. du genou; il s'attacha à décrire le manuel opératoire qui, pour lui, comprend trois temps : 1° ouverture large de l'articulation; 2° râclage des fongosités; 3° désinfection énergique au chlorure de zinc. Il insista beaucoup sur ce troisième temps qui nettoie les points où la curette ne peut pas pénétrer.

En 1882, M. le professeur Lannelongue recommande beaucoup les résections partielles. « On s'inspirera de la forme et de l'étendue des désordres pour faire l'ablation partielle d'une épiphyse ou pour pratiquer une résection plus étendue. On fera en même temps un sacrifice plus ou moins considérable de la synoviale; il arrive, en effet, qu'une articulation n'est plus à la longue que partiellement atteinte, le reste de la jointure se trouvant oblitéré. Les os de la main et du pied avec leurs articulations et celles du poignet et du cou-de-pied sont on ne peut plus favorables à la pratique de ces diverses opérations partielles, dont les règles ne doivent plus relever que du siège et de l'étendue des désordres. On peut agir de même pour le genou, le coude, la hanche et il n'est pas inutile de dire que ces tentatives sont beaucoup moins considérables chez les jeunes sujets que chez l'adulte. Je n'ai pas la pensée de croire que par ces opérations partielles on pourra éviter de renoncer parfois à des résections plus étendues et même à l'amputation du membre. Il faut faire une intervention prompte s'adressant à la fois aux foyers primitifs et aux sources qu'ils ont pu engendrer. » On voit avec quelle ardeur et quelle conviction le savant chirurgien de l'hôpital Trousseau recommande l'arthrectomie précoce en 1882 et son opinion est encore la même aujourd'hui.

Vers cette époque, dans ses leçons cliniques, M. de Saint-Germain recommande beaucoup la méthode conservatrice combinée à l'ignipuncture. Il se montre partisan des évidements et grattages articulaires; il proscrit les résections chez l'enfant, à la hanche surtout. En 1884, M. Bouilly, dans la thèse de son élève, M. Petitot, publia plusieurs cas d'arthrectomie avec résultats favorables, grâce aux soins minutieux avec lesquels l'opération fut faite et grâce aussi à l'antisepsie. Il recommande donc ce mode d'intervention, de même que M. Jalaguier, en 1886, pour certains cas déterminés.

M. Ollier, le père des résections typiques, se montra chez l'adulte peu partisan de ces résections partielles, car elles exposent aux récidives, mais chez l'enfant il conseille fortement l'arthrectomie. Pour le chirurgien lyonnais, les résections atypiques favorisent la généralisation de la T. Il reste néanmoins conservateur dans les interventions opératoires, car il ajoute : « *Il ne faut pas enlever tout ce qui est malade, mais tout ce qui ne peut redevenir sain.* » « Chez l'adulte, ajoute M. Ollier, les os sont parfois intacts et l'arthrectomie chez l'adulte doit être réservée à ces cas où la synoviale seule est malade. Malheureusement les récidives sont fréquentes. »

En 1889, J. Bœckel ne recommande l'arthrectomie que pour les cas où les lésions, tout en étant limitées à l'un des condyles, remontent trop haut pour permettre la résection typique. M. Redard, au Congrès pour l'étude de la T. de 1888, insista sur les bons effets de l'arthrectomie pour les O.A.T. tibio-tarsiennes et tarsiennes. Enfin à la Société de chirurgie, la question de l'arthrectomie a été discutée par MM. Delorme, Richelot, Berger, Quénu, Bazy, Schwartz, Reclus, Phocas ; nous verrons plus loin qu'il y a un accord parfait en ce qui concerne les enfants, mais pour l'adulte, les avis sont très partagés. La même conclusion se déduit de la lecture des thèses ou mémoires de Fuzerot, Cordillot, Haran, Dalepyl, Bourgogne, Foutry, Rochet, etc.

En Allemagne et en Autriche-Hongrie, l'arthrectomie eut beaucoup de partisans. Volkmann, le premier, en 1873, évita autant que possible l'ablation des extrémités osseuses en masse et il se servit, pour enlever les produits T., soit dans les parties molles, soit dans l'os, de la curette tranchante qui porte son nom. Les résultats étaient meilleurs que ceux fournis par la résection typique. Schede, en 1872, avait, de propos délibéré, ouvert une articulation de la hanche pour en retirer toutes les fongosités qu'il avait pu atteindre. Le même chirurgien, en 1874, publia des cas d'O.A.T. où il gratta les fongosités et évida des foyers osseux. La même pratique fut suivie aussitôt par Scriba, Nussbaum, Albert, puis par Hueter, Langenbeck, Kœnig, Hahn, Jaffé, Billroth, Bruns, Maas, Benthin, Erasmus, Biddert, Petersen, Sendler, Bartha, Frey, Neugebauer, Krœnlein, Israël, Wolff.

En Angleterre, Lister, en 1867, avait ouvert une O.A.T. suppurée et Attenburow, en 1875, faisait l'incision précoce des coxalgies suppurées. En 1874, Watson publia plusieurs cas de résection partielle du pied. Des cas heureux furent publiés par Marshall, puis Wright. Bryant fut un de ceux qui prônèrent le plus l'arthrectomie dans un travail intitulé : « Du sacrifice minimum érigé en principe de chirurgie opératoire », et il rapporta des observations probantes pour la hanche, le coude et le genou. Pollard, Miller, Owen, Parker, Gester, Clutton, Page, Lediard, Heugston, Ardle, Batle, Cousins recommandèrent l'arthrectomie précoce.

En Russie, Tilling (1887), dans une revue sur le manuel opératoire de l'arthrectomie, recommande d'enlever toute la synoviale, mais pour les os, il ne faut enlever que ce qui est malade, et pour ce faire, il préconise des procédés d'arthrectomie avec résections temporaires des apophyses et des portions osseuses servant d'insertion aux ligaments.

Un chirurgien danois, Saxtorph (de Copenhague), se contente de nettoyer avec la curette les foyers osseux malades.

En Belgique, Winiwarter recommande également le curetage des articulations en général et celui du poignet, du coude et du cou-de-pied en particulier.

En Suisse, à Genève, l'arthrectomie fut pratiquée, vers 1888, par M. Julliard, dont les résultats remarquables sont consignés par un de ses élèves, M. Soutter, dans sa thèse. Kocher également, pour la hanche et dans certains cas, ne fait que l'arthrectomie.

En Italie, Mugnai, Durante et Ceccherelli publièrent des cas heureux de curetages articulaires ou de résections atypiques.

Enfin en Amérique, Sayre dit faire des résections partielles depuis vingt ans.

III

Indications ; contre-indications. — Aujourd'hui on ne discute plus guère la nécessité de l'intervention dans les T. externes ou chirurgicales. Nous sommes loin du temps où Guersant respectait ces lésions, croyant à une sorte de balancement entre les lésions T. viscérales et les lésions T. externes.

L'âge du sujet est une considération dont il faut tenir compte, non pas pour rejeter l'opération, mais bien au contraire pour la limiter. En effet, nous avons souvent vu notre excellent maître, M. Jalaguier, procéder en plusieurs séances opératoires chez les jeunes sujets, quand les lésions sont très nombreuses et nécessitent de grands délabrements. De même aussi, quand le petit malade est déjà épuisé par une longue suppuration, il ne faut pas compromettre le succès de l'opération par un excès d'intervention. L'opération, si les

lésions sont étendues, est parfois assez longue et peut être suivie d'une perte de sang importante dans la circonstance. Aussi quand, à cet âge, les O.A.T. sont multiples, il faut les traiter les unes après les autres si elles sont graves, ou simultanément, si elles sont bénignes et peu étendues. A part cette restriction pour l'étendue de l'acte opératoire, le jeune âge ne forme jamais une contre-indication.

Chez l'adulte, beaucoup d'auteurs se sont efforcés de démontrer que l'arthrectomie donne de bien mauvais résultats et beaucoup de chirurgiens rejettent cette opération dite économique ou bien ils la pratiquent à regret, quand le malade refuse l'amputation. Les mauvais résultats invoqués tiennent, suivant nous, à ce que chez l'adulte on temporise trop. Chez l'enfant, la lésion paraissant souvent plus limitée, on fait l'opération beaucoup plus tôt relativement, mais chez l'adulte, il n'en est pas de même; on hésite et tant que la fistule reste petite et suppure peu, on attend les bons effets de l'immobilisation ou de toute autre méthode de traitement. Pendant ce temps, la suppuration T. accomplit son œuvre dans l'épiphyse; elle diffuse les lésions dans toute l'extrémité articulaire. Pratique-t-on seulement alors une arthrectomie, l'opération, forcément incomplète, sera bientôt suivie de récidive. Cette temporisation est une faute commise souvent par ceux qui attendent la suppuration pour intervenir activement.

A un âge plus avancé, chez le vieillard, l'arthrectomie est souvent indiquée. A cet âge, en effet, l'affection présente assez souvent une marche lente indiquant une forme bénigne de la maladie. La résection totale à cet âge n'est pas toujours suivie de succès, car l'organisme débilité ne peut pas toujours faire les frais d'une bonne consolidation osseuse. Comme l'affection présente souvent une marche lente, l'arthrectomie sera le plus souvent suivie de succès si elle est faite de bonne heure (Heurtaux, Le Bec).

Au point de vue des formes anatomo-pathologiques des O.A.T. l'arthrectomie est indiquée dans tous les cas; mais là où son succès sera certain, c'est dans les cas d'épiphysite T. corticale, c'est-à-dire périphérique; le foyer d'ostéo-tuberculose n'ayant pas encore acquis un grand développement. De même, en profitant du trajet fistuleux, on pourra facilement aller gratter un foyer osseux central. Le succès est bien moins certain lorsque le chirurgien se trouve en présence d'une épiphysite T. totale; ici, comme nous l'avons vu, les lésions descendent souvent vers le tissu spongieux de la diaphyse ou bien envahissent toute la synoviale articulaire. Ces cas nécessitent une intervention très complète et parfois répétée et non pas un simple curetage mais une résection atypique, très proche de la résection totale. Enfin il existe des cas où les lésions, tout en étant limitées à un condyle fémoral, par exemple, s'étendent sur une hauteur d'os telle que la résection typique est impossible. Or avant de recourir à l'amputation, l'arthrectomie doit ici être tentée tout d'abord (J. Bœckel).

Dans les formes anatomiques extra-articulaires d'O.A.T., le curetage péri-articulaire donne les meilleurs résultats. Évidemment ici on est sûr de pouvoir enlever toutes les lésions T.; elles sont superficielles, bien visibles et se présentent facilement à la curette. Ainsi, pour ces cas, il n'y a pas de discussion possible; mais il faut insister sur la nécessité de faire l'opération de bonne heure, car ces formes péri-articulaires et juxta-synoviales peuvent se propager rapidement du côté de l'articulation.

Dans les formes de synovites articulaires pures (sans lésions osseuses, dit-on), l'arthrectomie, ou assez exactement ici la synovectomie, est indiquée. Mais la fréquence de la synovite articulaire fongueuse sans lésions osseuses a été bien discutée. Muller, Kœnig, Ollier, Trélat, Kirmisson, Marchand en ont rapporté des exemples. Par contre, nous savons que, pour Lannelongue et Volkmann, la lésion osseuse est constante, et dans une discussion à la Société de chirurgie, MM. Lucas-Championnière, Berger, Quénu, Routier ont, dans les cas qu'ils ont observés, toujours trouvé des lésions osseuses. A propos de l'anatomie pathologique, nous avons déjà dit qu'il fallait mettre en doute les cas rapportés de synovites articulaires primitives, tant qu'on n'avait pas scié par petites tranches l'épiphyse avec de forts couteaux et non avec une scie qui mâchonne les tissus (Lannelongue). Tout récemment encore, M. Rochet, dans des cas de synovite primitive, constata, par des sections ultérieures, l'existence de foyers osseux. Cela n'empêche pas assurément la guérison toute spontanée de ces foyers osseux, quand les fongosités synoviales et la synoviale elle-même ont été enlevées (Lannelongue).

Les indications de l'arthrectomie furent par deux fois discutées à la Société de chirurgie (1888 et 1890), MM. Delorme, Tillaux, Richelot, Schwartz, Kirmisson, Reclus, Chauvel s'en montrèrent partisans dans les conditions que nous avons indiquées. MM. Lucas-Championnière et Terrier la rejettent; MM. Berger, Quénu, Routier ont trouvé toujours des lésions osseuses trop profondes, pour la pratiquer. Pour être exact je crois que, envisagée chez l'adulte, l'arthrectomie trouva plus d'adversaires que de partisans à la Société de chirurgie.

Étudions les indications de l'arthrectomie dans des différentes formes microbiennes d'O.A.T. Quand l'affection n'est pas suppurée et qu'elle ne paraît pas étendue, est-on autorisé à aller de but en blanc détruire un foyer de fongosités synoviales et un foyer osseux? Nous ne le croyons pas, car la lésion étant encore au début le plus souvent, il faut tout d'abord tenter ici la méthode sclérogène et l'immobilisation. Mais dans les O.A.T. suppurées, qu'elles soient ouvertes ou non, il faut se hâter d'intervenir, faire une arthrectomie, qui peut éviter une résection totale, parfois même l'amputation. Chez les enfants surtout il ne faut pas trop s'effrayer de l'étendue des lésions et croire toujours à la nécessité d'une résection totale ou d'une amputation; il n'est pas rare de voir, en effet chez eux, un foyer énorme diminuer d'étendue et finir par guérir après une ou plusieurs opérations d'arthrectomie; les opérations complémentaires diminueront peu à peu d'importance. C'est qu'en effet la T., même quand elle est maligne, c'est-à-dire à marche extensive, peut cependant rétrocéder à un moment donné, d'où l'inutilité des résections totales hâtives et la grande utilité des arthrectomies précoces et répétées.

Il ne faudrait cependant pas par exagération compromettre la méthode et pratiquer l'arthrectomie dans tous les cas; cette opération, en effet, a des limites, c'est-à-dire des *contre-indications*. Tout d'abord, on peut être appelé à traiter un cas où les lésions sont tellement étendues qu'il faut renoncer à nettoyer complètement le foyer T. et à donner aux extrémités articulaires une forme utile pour le fonctionnement ultérieur du membre et cela surtout chez l'adulte. Mais chez l'enfant il n'en est pas de même, *car il n'est pas rare de voir, après une arthrectomie étendue, les os se conformer aux nécessités de la fonction*. Dans d'autres cas, chez des sujets qui, sans lésions bien étendues, sans rétention de pus, ont une fièvre persistante sans cause bien nette du côté local ou du côté des viscères, il ne faut pas trop se presser d'opérer, car ce sont des sujets en imminence de granulie et l'acte opératoire serait accusé à juste raison, sinon d'avoir provoqué, du moins d'avoir rapproché l'apparition de cette généralisation. MM. les professeurs Ollier et Verneuil ont bien mis ce fait en relief. D'autre part, quand les lésions viscérales T. dominent la scène pathologique, pour l'arthrectomie, comme pour toute intervention, il n'y a pas lieu d'opérer, car la lésion articulaire étant un épisode de peu d'importance comparativement

aux autres manifestations, la mort survient à courte échéance. Il ne faut intervenir que dans le cas de douleurs vives rendant la vie intolérable (U. Trélat). Quand les os ont subi, sur une très grande étendue, l'infiltration lie de vin ou la dégénérescence graisseuse, il y a peu à espérer de l'arthrectomie et même de la résection typique, car ces formes sont rapidement suivies de récidives ou de non-consolidations.

Quand nous disons que l'arthrectomie doit être précoce, nous ne disons pas qu'il faille faire l'arthrectomie préliminaire et exploratrice préconisée, en 1875, par Annandale. « Il y a une juste mesure à garder entre la précipitation des chirurgiens qui opèrent prématurément pour obéir à une règle formulée d'avance et sans fondement, alors que la maladie peut guérir sans intervention sanglante, et un atermoiement indéfini qui fait attendre pour intervenir que la vie soit compromise » (Lannelongue). Il faut bien l'avouer au lendemain des jours néfastes de la chirurgie, on est allé trop loin dans le traitement des O.A.T. et, ainsi que le fait remarquer M. Jalaguier, bien des « résécomames » allemands sont devenus arthrectomistes.

Dans ce chapitre d'indications et de contre-indications nous avons eu, jusque maintenant, en vue les formes chroniques. Or, dans les formes aiguës de T. articulaire, l'arthrectomie doit être faite de bonne heure. Qu'il s'agisse d'une simple hydarthrose T. aiguë ou de granulie articulaire, il faut intervenir bien que souvent il ne s'agisse que d'un épisode dans une infection T. généralisée mortelle.

IV

Manuel opératoire. — Avant l'intervention proprement dite, on peut faire quelques *opérations préliminaires*, c'est-à-dire ponctionner, évacuer et asepsier des abcès indépendants avec des solutions iodoformées ou de chlorure de zinc. On peut également ouvrir ces abcès au bistouri, ce qui évitera d'infecter le foyer opératoire les jours suivants, si celui-ci n'est pas infecté. D'autre part, avant de faire l'arthrectomie on peut, s'il y a lieu, redresser le membre plutôt par l'extension continue que par le redressement brusque.

Les instruments nécessaires pour l'opération sont les suivants : il faut de forts bistouris ordinaires et un à résection sous-périostée, des ciseaux droits et courbes, des pinces à dissection, une gouge, un maillet, une petite scie, une pince coupante et surtout les curettes tranchantes de Volkmann de toutes dimensions, fortement emmanchées et à manches de longueurs variables et métalliques, la curette en lunette et des pinces hémostatiques. La curette de M. le professeur Lannelongue est souvent utile; elle a la forme d'une très longue spatule; quand un foyer osseux T. se trouve près d'un vaisseau important, cette curette à bords très mousses est bien moins dangereuse que la curette de Volkmann; d'autre part, dans les cas d'abcès T. péri-articulaire, elle enlève très bien toute la membrane tuberculogène. Enfin, il faut préparer d'avance des petits tampons d'ouate hydrophile stérilisée, trempés dans une solution de chlorure de zinc à 1/15 ou à 1/10 et montés sur des pinces hémostatiques de différentes longueurs. Les uns emploient la bande d'Esmark (Ollier), d'autres chirurgiens la rejettent, car l'anémie artificielle empêcherait de bien voir les lésions (Volkmann) et les hémorragies capillaires consécutives sont fréquentes (Richelot).

Étudions maintenant les différents temps du manuel opératoire, car l'arthrectomie que l'on considère volontiers comme une opération non réglée présente, au contraire, plusieurs temps bien distincts et je vais décrire ici la méthode opératoire suivie par MM. Lannelongue et Jalaguier à l'hôpital Trousseau.

Le premier temps comprend l'incision des parties molles. — Cette incision varie suivant l'étendue des lésions; prenons donc des exemples. S'agit-il seulement d'un petit foyer épiphysaire le long du condyle du fémur; il suffira d'inciser les téguments dans la direction de la fistule pour arriver directement sur le point malade de l'os et de l'articulation. S'agit-il, au contraire, d'une O.A.T. à foyers multiples avec fistules en dedans et en dehors de l'articulation, il n'y a pas à hésiter, il faut ici faire des incisions larges sur lesquelles nous reviendrons plus loin à propos de chaque articulation.

Dans le deuxième temps de l'opération il faut grätter les foyers T. osseux et articulaires et les parties molles péri-articulaires T. — En présence d'un petit foyer bien circonscrit, il faut avec la curette tranchante en faire un évidement et un raclage complet; il ne faut pas grattailler ou faire un grattage minuscule. Avec la curette il faut gratter jusqu'à ce que l'on sente la résistance normale du tissu osseux sain, en ayant soin de tremper souvent sa curette dans le chlorure de zinc pour ne pas terminer en inoculant le tissu osseux sain; fait d'ailleurs que l'on évite par le troisième temps de l'opération, c'est-à-dire par un nettoyage complet au chlorure de zinc de tout le foyer opératoire. Quand la lésion est étendue ce deuxième temps est plus complexe; il faudra souvent avec la gouge frayer un passage à la curette gênée par un trajet fistuleux trop étroit et aboutir ainsi sur un foyer intra-osseux. Le périoste doit être repoussé avec la rugine s'il paraît sain; mais pour peu qu'il soit malade, il faut l'enlever à la curette; le laisser serait une cause de récidive et celle-ci est survenue souvent, car on est toujours tenté de laisser le périoste pour favoriser la régénération osseuse. Les cartilages articulaires seront examinés attentivement et enlevés s'ils sont ulcérés. L'examen de la synoviale, dans les arthrectomies avec ouverture franche de l'article, doit être fait avec soin. Il faut en faire un nettoyage complet; il faut en poursuivre tous les culs-de-sac, abattre d'abord aux ciseaux toutes les fongosités, puis avec la curette, vigoureusement mais prudemment maniée, gratter ce qui reste de la synoviale jusqu'où il est matériellement possible d'aller sans danger. Il faut poursuivre les culs-de-sac anormaux de la synoviale, c'est-à-dire les points où elle a été perforée, soit par les fongosités, soit par le pus, et poursuivre les fongosités jusque dans les espaces inter-musculaires péri-articulaires comme cela se voit quelquefois au genou où le tuberculome envahit le triceps et le creux poplité. Ce nettoyage des fongosités est long, laborieux, pénible, mais c'est de lui que dépend tout le succès de l'opération; fait trop vite, c'est-à-dire incomplètement, il rend l'opération absolument inutile, car la récidive sera rapide et c'est l'amputation qui terminera la scène. Comme dans la résection typique ce nettoyage est le temps le plus long, mais il faut en prendre son parti et y mettre le temps voulu. Ce sera ensuite le moment de s'occuper des trajets fistuleux; il faudra les gratter à la curette; s'ils sont trop contournés il faudra les inciser superficiellement, les mettre à nu pour qu'ils se cicatrisent de la profondeur à la surface. On finira en excisant les bords cutanés de la fistule, car ils sont souvent infectés par le bacille T.

Dans le troisième temps de l'arthrectomie il faut s'occuper d'abord de l'hémostase, puis faire un nettoyage au chlorure de zinc. — L'hémostase est facile à faire. Dans le cours de l'incision des parties molles on a déjà mis quelques pinces; au deuxième temps de l'opération, on peut les enlever en tordant légèrement les artérioles. Mais, dans le grattage de la synoviale et des os, on ne note le plus souvent qu'une légère hémorragie en nappe qui s'arrête rapidement par une compression momentanée. Si, dans un point profond et tortueux, il était difficile d'aller porter une ligature, plutôt que de laisser une pince à demeure, avec la pointe du thermocautère on assure l'hémostase. L'eschare s'éliminera dans

les premiers pansements. C'est ensuite le moment de faire un grand nettoyage de tout le foyer opératoire avec la solution de chlorure de zinc à 1/10, mais celui-ci ne doit être fait que lorsqu'on a enlevé toutes les fongosités; car celles-ci une fois touchées par la solution caustique ne sont plus reconnaissables, tous les tissus prenant une couleur jambonnée par l'action du chlorure de zinc. Tout le foyer opératoire sera cautérisé à plusieurs reprises; tous les culs-de-sacs nouveaux et pathologiques de la synovite, tous les trajets fistuleux seront touchés avec les tampons imbibés de la solution; les trajets surtout seront à plusieurs reprises fortement ramonnés. Ce badigeonnage terminé on aura soin de laver tout le foyer opératoire avec une solution antiseptique qui, agissant au point de vue mécanique surtout, permet de retirer tous les débris des tissus provenant du grattage. Enfin, le foyer est bien épongé pour ne pas laisser de solution caustique en excès, car le simple badigeonnage de chlorure de zinc détermine, après l'opération, des douleurs très vives.

Dans le *quatrième temps*, qui n'est pas toujours nécessaire, il faut faire la *régularisation modelante des surfaces osseuses saines restantes en vue des mouvements ou de l'ankylose.* — Avec la pince coupante il faut, tout d'abord, sectionner les aiguilles de tissu osseux sain qui n'ont pas été entamées par la curette. Puis, en vue des mouvements, beaucoup de chirurgiens conseillent de régulariser les surfaces osseuses. Au genou on rend une forme arrondie aux condyles en amorçant, pour ainsi dire, la forme que les mouvements articulaires donneront ultérieurement à cette surface osseuse. Tout récemment encore, pour une O.A.T. du coude, M. Denucé a donné à l'extrémité inférieure de l'humérus une disposition trochléiforme; le résultat a été excellent pour les mouvements. Les surfaces articulaires se façonnent et se polissent par le frottement des parties l'une sur l'autre et, d'après la loi de Henke, la surface articulaire tout près de laquelle se font les insertions musculaires devient concave, tandis que celle qui est plus éloignée des attaches des muscles prend la forme d'une tête articulaire. Par ses expériences, Fick a démontré que la forme des surfaces articulaires n'est pas due à une différenciation spontanée des extrémités articulaires, mais obéit à des lois purement mécaniques.

Des sutures osseuses et ligamenteuses seront faites s'il y a lieu. Il ne faudra pas abuser des sutures superficielles, car les produits qui doivent être éliminés étant quelquefois assez abondants, il vaut mieux, dans ces cas, laisser des petits foyers à découvert, on les surveille mieux au point de vue de la récidive et ils cicatriseront, il est vrai, plus lentement, mais aussi plus sûrement de la profondeur à la surface. Le drainage sera fait et maintenu assez longtemps; actuellement M. Lannelongue le remplace souvent par le tamponnement avec la gaze iodoformée. Le pansement sera compressif, riche en ouate hydrophile, car les premiers jours, il s'écoule une assez grande quantité de liquide du foyer opératoire. Pour immobiliser le membre on mettra une gouttière ordinaire en fil de fer ou mieux une gouttière plâtrée échancrée pour les besoins du pansement. Cette immobilisation a une grande influence sur la rapidité de la cicatrisation et aussi sur l'absence de douleurs spontanées ou provoquées par les pansements. A la hanche on appliquera l'extension continue. Il faudra à chaque pansement surveiller la bonne position du membre, qu'on ait en vue les mouvements ou l'ankylose. Il y a pour la reprise des mouvements et leur pratique une question de tact chirurgical; ce qu'il faut éviter c'est de voir le malade prendre, dès le début, des habitudes d'invalides, qu'il est ensuite difficile de faire disparaître.

Il n'est pas rare de voir, après l'opération, les lésions diminuer, puis rester stationnaires ou s'aggraver. C'est que souvent la plaie se réinfecte et que sous l'influence de cette infection nouvelle des plaies et clapiers se produisent et favorisent l'extension de la maladie, c'est-à-dire du bacille T. Les pansements ne sauraient donc être trop antiseptiques après l'arthrectomie. Quand cette aggravation s'est produite, il faut alors intervenir de nouveau par une arthrectomie semblable à la première, mais moins étendue assurément et il me paraît banal de dire que si, après les deux premières interventions, la maladie ne s'améliore pas nettement, il faudra faire, sans aucun doute, la résection totale ou l'amputation.

Nous avons eu en vue jusque maintenant les O.A.T. chroniques; dans le cas d'hydarthrose T. ou de synovite T. aiguë miliaire, scléro-caséeuse ou fibreuse, il faut ouvrir l'articulation, cautériser les surfaces osseuses avec la solution de chlorure de zinc et gratter les ulcérations.

Je résumerai ici dans leur ensemble tous les procédés d'incision qui ont été recommandés pour l'arthrectomie et l'exploration des principales articulations, procédés que nous avons vérifiés ou modifiés sur le cadavre. Ils sont très nombreux et très variés et tous les procédés possibles ont été pratiqués, aussi serait-il difficile d'inventer un procédé nouveau.

A l'épaule, voici le procédé de Tilling : à l'incision verticale de M. Ollier descendant du bord externe de l'apophyse cancroïde on joint une incision horizontale allant jusqu'à l'acromion et on rabat ainsi un lambeau comprenant la peau et le deltoïde sectionné. Puis on fait s auter les deux trochanters et en respectant le tendon du biceps on fend longitudinalement la capsule. Au besoin, pour se donner du jour on ajoute une incision le long de la glénoïde ou mieux de la tête humérale.

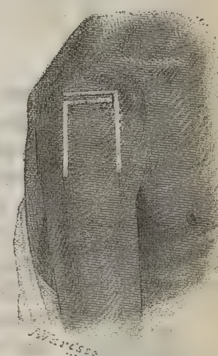


Fig. 1. — Incision antérieure : procédé de Tilling avec ostéotomie temporaire des deux tubérosités humérales. — Incision proposée externe, mais plus haut que ne le représente la figure. C'est, en somme, l'incision de A. Nélaton pour la résection de l'épaule.

Au procédé de Tilling nous en préférons un autre que nous avons essayé sur le cadavre et qui se rapproche beaucoup de celui de A. Nélaton pour la résection de l'épaule. Incision longitudinale antéro-externe descendant à peine à 5 centimètres de l'acromion. De la partie supérieure de cette première incision part une deuxième incision antérieure horizontale de 4 centimètres de longueur. On rabat ainsi un petit lambeau du deltoïde; la capsule est ensuite incisée transversalement et régulièrement et toute la cavité articulaire peut être facilement explorée après avoir repoussé en dedans le tendon de la longue portion du biceps (fig. 1). Puis les points malades étant enlevés, on fera *une suture régulière de la capsule et du muscle sectionné;* fait qui n'est pas souvent recommandé par les auteurs qui ont pratiqué l'arthrectomie.

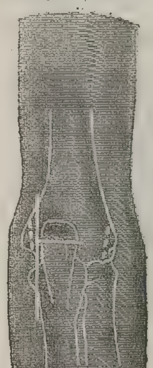


Fig. 2. — Incision de Kœnig (section de l'olécrane et des tubérosités humérales).

Au coude, Kœnig fait une incision longitudinale suivant le bord interne de l'olécrâne et du cubitus, puis il fait sauter la partie plate de l'olécrâne qui donne attache au tendon du triceps et les deux épicondyles avec leurs insertions musculaires (fig. 2). Kœlliker, dans un premier procédé, fait une incision longitudinale postérieure, divisant le triceps et mettant l'olécrâne à nu, de telle façon qu'une coque osseuse reste adhérente à droite et à gauche du tendon tricipital. Puis il mène perpendiculaire-

ment sur cette incision une section passant sur l'articulation radio-humérale. L'olécrâne est scié et la cavité articulaire est complètement accessible. Dans un deuxième procédé, Kolliker fait une incision longitudinale le long du bord interne de l'olécrâne et du triceps. De l'extrémité inférieure de celle-ci on conduit à angle droit une section qui passe sur la base de l'olécrâne et atteint l'articulation radio-humérale (fig. 3). Mosetig-Moorhof fait une incision qui va du condyle huméral externe au bord interne de l'olécrâne, puis une deuxième

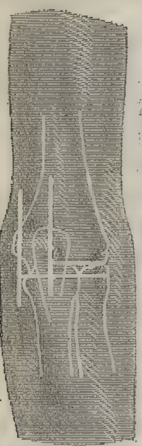


Fig. 3. — Procédés de Kolliker (section et suture de l'olécrâne).

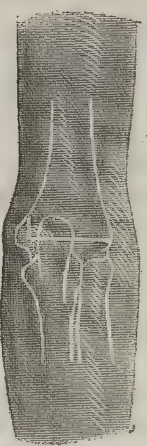


Fig. 4. — Procédé de Mosetig Moorhof (section de l'olécrâne).

incision formant un angle droit avec la première et allant de son extrémité jusqu'au sommet de l'olécrâne en suivant le bord interne de cette épiphyse. L'olécrâne est ensuite scié, et l'articulation nettoyée (fig. 4). Tilling, pour le coude, trace une incision courbe à concavité inférieure qui, partant au-dessus de l'interligne huméro-radiale remonte en dedans de l'épicondyle jusqu'à trois ou quatre travers de doigt au-dessus de la pointe de l'olécrâne. Là on coupe transversalement et à fond le corps charnu du triceps, puis coupant la peau seulement on redescend en dedans entre l'épitrochlée et le nerf cubital. Puis les éminences latérales de l'humérus sont abattues (fig. 5).

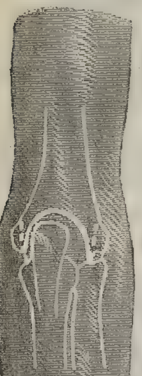


Fig. 5. — Procédé de Tilling. Ostéotomie temporaire de l'épicondyle et de l'épitrochlée. (La section du triceps porte sur le muscle et non sur le tendon.)

De tous ces procédés, celui qui nous a paru donner le plus de jour c'est celui de Tilling; il permet d'explorer toute la cavité articulaire, sauf peut-être le tiers supérieur de la partie antérieure. Mais on sait que pour le coude, les lésions sont le plus souvent cubitales et radiales.

Le procédé de Kœnig donne également une grande vue sur la cavité articulaire, surtout si on sectionne l'olécrâne non pas, comme le recommande Kœnig, au niveau de l'insertion du triceps, mais à sa base et obliquement de bas en haut et d'arrière en avant. Comme nous avons pu le constater, on est ainsi beaucoup moins gêné pour explorer toute la cavité articulaire.

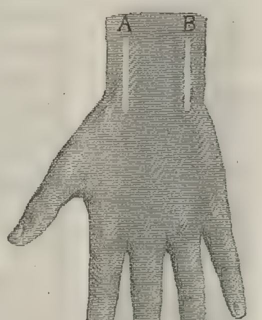


Fig. 6. — A, incision dorso-radiale de Langenbeck, employée par Kœnig; — B, incision dorso-cubitale souvent nécessaire.

Au poignet, Kœnig emploie pour l'arthrectomie l'incision dorso-radiale de Langenbeck, qui passe entre les tendons du long extenseur du pouce et ceux de l'index. Ce procédé est excellent, cependant nous pensons que dans certains cas une incision double interne sera peut-être nécessaire (fig. 6).

A la hanche, Schede fait une incision longitudinale à la face antérieure de la racine du membre et commençant un peu au-dessous et à un travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure; il suit le bord interne du couturier et du droit antérieur qui sont repoussés en dehors, le psoas est repoussé en dedans et la partie antérieure de la capsule est à nu. Schede lui-même ne trouve ce procédé



Fig. 7. — Incision de Schede.

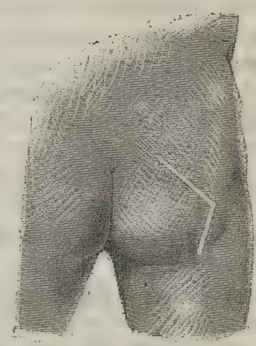


Fig. 8. — Procédé à lambeau de Kocher.

applicable que si les lésions articulaires sont antérieures et surtout fémorales (fig. 7). Kocher fait une incision postérieure angulaire aboutissant à l'angle postéro-supérieur du grand trochanter (fig. 8). On passe dans l'interstice musculaire entre le pyramidal et le petit fessier jusqu'au trochanter. Tilling fait une incision cutanée parallèle à celle de Langenbeck pour la résection totale, mais un peu antérieure et longue d'environ 12 centimètres (fig. 9). Elle

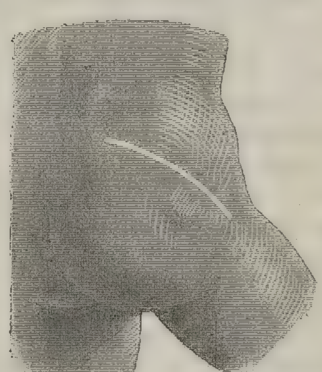


Fig. 9. — Incision prétrochantérienne et ostéotomie temporaire du grand et du petit trochanter de Tilling.

passe en avant du grand trochanter et non en son milieu, et se dirige en haut et en arrière vers l'épine iliaque postérieure. On fait ensuite sauter tout le grand trochanter avec les insertions musculaires, on fend en long la capsule, on luxe le fémur, on fait sauter le petit trochanter et on a alors toute la région synoviale sous les yeux. Le grand trochanter est, à la fin de l'opération, fixé par une cheville d'ivoire ou métallique.

D'après nos expériences cadavériques, nous avons trouvé le procédé de Schede excellent; ceux de Kocher et de Tilling mettent bien à nu ce que l'on veut explorer, mais chez l'adulte ils sont pénibles.

Au genou, voici résumé le procédé de Volkmann : incision transversale au niveau de l'interligne articulaire et section également transversale de la rotule. Nettoyage de l'articulation, suture de la rotule et le membre est placé dans

l'extension, car Volkmann recherche l'ankylose. M. Richelot a adopté ce même procédé (fig. 10). Wright fait la section transversale de la rotule, puis une incision longitudinale

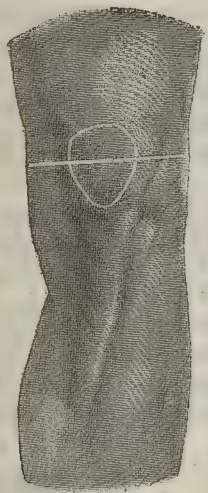


Fig. 10. — Incisions de Volkmann et Richelot.

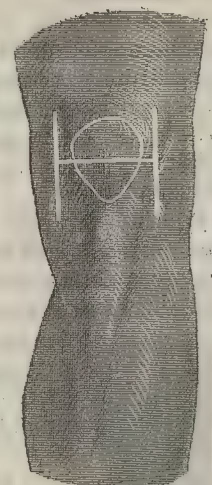


Fig. 11. — Incisions de Wright et Albert.

de chaque côté des deux moitiés de la rotule et remontant en haut jusqu'à la limite supérieure du cul-de-sac tricipital et en bas jusqu'au tubercule antérieur du tibia (fig. 11), il coupe les ligaments latéraux, mais il garde les ligaments croisés à moins qu'ils soient par trop malades. Albert a recommandé le procédé de Wright. Israël cherche à conserver intact le ligament rotulien, il fait une incision curviligne à convexité inférieure descendant jusqu'au niveau de la tubérosité antérieure du tibia (fig. 12), puis il fait l'ostéotomie temporaire de cette tubérosité, qu'il relève en haut avec le tendon rotulien et la rotule. Il sectionne les ligaments croisés. A la fin de l'opération, il fixe le fragment osseux par un clou d'ivoire ou métallique. Lauenstein fait également l'ostéotomie temporaire de la tubérosité antérieure du tibia, puis il fait sauter le fragment du tibia qui porte l'insertion des ligaments croisés avec un ciseau assez long. L'arthrectomie terminée, les fragments osseux sont remis en place.

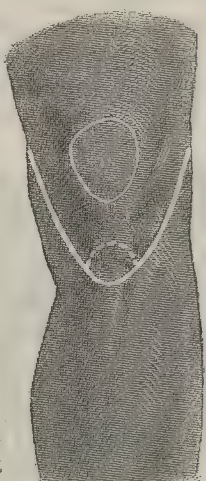


Fig. 12. — Incision d'Israël. Ostéotomie temporaire de la tubérosité antérieure du tibia. — Lauenstein fait, en outre, l'ostéotomie temporaire des insertions tibiales des ligaments croisés. Tilling fait l'ostéotomie temporaire de la tubérosité tibiale, des ligaments croisés à leur insertion tibiale et des ligaments latéraux à leur insertion fémorale.



Fig. 13. — Incision de Mackensie, Bœckel, Delorme, Jalaguier, Durante.

Mackensie, Bœckel (J.), Delorme, Jalaguier, Durante font une incision courbe dont la convexité dirigée en bas passe sur le ligament rotulien (fig. 13); les ligaments croisés et latéraux sont enlevés s'il y a lieu.

Kœnig fait une incision interne qui commence en dedans de l'insertion du ligament rotulien au tibia et se dirige de là vers l'interstice articulaire en formant un arc de cercle à concavité tournée du côté de la rotule ; l'incision franchit cet interstice à peu près dans la région du ligament latéral interne et se recourbe ensuite de nouveau en haut et en avant le long du bord interne du cul-de-sac supérieur de la synoviale, le plus souvent dilaté par son contenu. On fait ensuite une incision semblable au côté externe, on coupe

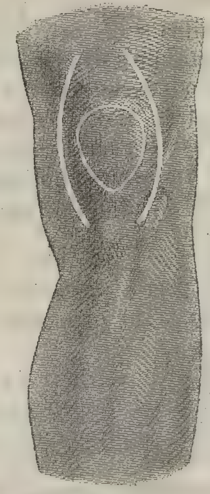


Fig. 14. — Incisions curvilignes de Kœnig.

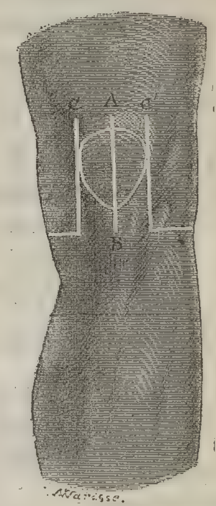


Fig. 15. — Incision d'Allingham (AB), incision à lambeaux de Kocher (*cc'*).

ensuite les ligaments latéraux et incomplètement les ligaments croisés qui brident et limitent l'exploration articulaire. D'après Kœnig, on peut avec ce procédé explorer même la partie postérieure de l'article en tordant fortement la jambe (fig. 14).

Allingham fend la rotule par un trait vertical et rejette en panneaux latéraux chacun des fragments. M. le professeur Ollier fait soit l'incision longitudinale unique médiane, ou une double incision longitudinale para-rotulienne, ou l'incision transversale sous-rotulienne (fig. 15).

Kocher cherche à respecter le tendon de triceps, la rotule et le ligament rotulien, car toutes les sections de cet appareil ligamenteux antérieur sont nuisibles au fonctionnement de l'article, malgré la suture. Il fait une incision transversale en forme d'arc en suivant la ligne articulaire, puis une incision verticale para-rotulienne et ascendante des deux côtés de la rotule. On obtient de cette façon deux petits lambeaux en forme d'angle droit à sinus externe, par rapport à l'axe du membre. Pour nettoyer la partie inféro-antérieure, il incise, s'il y a lieu, la partie antérieure de la capsule, les ligaments croisés sont sectionnés (fig. 15).

Tilling fait une incision cutanée en U partant de chaque tubérosité fémorale et descendant un peu au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia. Puis, d'un coup de ciseau oblique, celle-ci est détachée, de même que les insertions des ligaments latéraux au fémur. Enfin, si cela est nécessaire, il fait aussi une ostéotomie temporaire de l'insertion tibiale des ligaments croisés.

Nous avons expérimenté tous ces procédés sur le cadavre. L'incision transversale de la rotule ne donne de bons résultats que si on sectionne en même temps tous les ligaments de l'articulation, sans quoi on ne peut explorer que les parties antérieures et latérales de l'articulation. Ce procédé déterminera donc fatalement l'ankylose et ne peut être employé dans les cas où, après l'arthrectomie, on est en droit d'espérer le retour des mouvements de l'articulation. Je dirai la même chose pour les procédés d'Israël, Mackensie, J. Bœckel, Delorme ; celui de Kœnig (incisions para-rotuliennes longitudinales) est excellent si les lésions sont seulement antérieures ou latérales, mais il ne met pas complètement à nu la partie postérieure de la synoviale, même en sectionnant partiellement les ligaments croisés. Le procédé à lambeau de Kocher prête à la même objection. Cependant, si les symptômes cliniques permettent de loca-

liser la lésion aux parties latérales ou antérieures de l'article, l'emploi de ces deux procédés serait excellent, car ils donnent beaucoup en lésant peu. Et cependant les lésions poplitées sont fréquentes, aussi Zésas, pour les enlever complètement et ne pas léser les vaisseaux poplités, propose deux méthodes : lorsque les fongosités sont peu considérables et que l'on est arrivé à la partie postérieure de l'article, on cherche les vaisseaux, on les écarte sous un crochet et on peut alors opérer sans crainte. Lorsque les fongosités sont abondantes, Zésas propose d'aller directement à la recherche des vaisseaux poplités en faisant une incision comme pour leur ligature. Les vaisseaux étant découverts, on les récline et on opère sans courir le risque de les blesser. Mais pour M. Richelot, on peut très bien poursuivre les fongosités dans toute la partie postérieure de l'articulation sans recourir à l'incision proposée par Zésas.

Pour bien mettre à découvert le foyer postérieur, le procédé de Tilling est excellent, mais à juste raison on peut lui reprocher de déterminer trop de délabrement, aussi l'immobilisation devra-t-elle être plus longue qu'après le procédé de Kœnig et de Kocher, et partant le retour des mouvements après l'arthrectomie sera plus aléatoire. Quand l'ankylose est presque fatale, à cause de l'étendue des lésions, il faudra donc employer le procédé de Tilling. Au contraire, si on est en droit d'espérer le retour des mouvements, il faudra avoir recours au procédé de Kœnig ou à celui de Kocher.

Mais ce qui est important, et le point sur lequel nous voulons attirer l'attention, c'est que, dans tous ces procédés, si on ne sectionne pas les ligaments croisés, on ne peut pas explorer la partie postérieure de l'article; nos recherches nous ont démontré ce fait; aussi peut-on dire que ces ligaments croisés ont le même rôle que le ligament en Y de l'articulation de Chopart, car leur section seule fait bâiller l'article et permet seule de faire l'exploration nécessaire totale et possible de toute la synoviale. Cette exploration totale est importante, car on trouve parfois des foyers osseux rétrocondyliens ou intercondyliens.

Au *cou-de-pied*, voici le procédé de Kœnig : On fait deux incisions prémal-

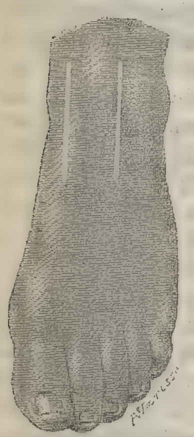


Fig. 16. — Incisions longitudinales antérieures pré-malléolaires de Kœnig.

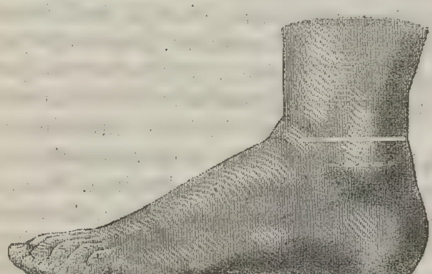


Fig. 17. — Incision de Girard. L'incision cutanée et l'ostéotomie temporaire portent sur la malléole externe.

léolaires longitudinales et parallèles (fig. 16). Avec l'élévatoire, on détache et on soulève le lambeau antérieur qui se trouve entre ces deux incisions, et on a sous les yeux le tibia et le col de l'astragale, c'est-à-dire les points les plus souvent lésés dans l'O.A.T. tibio-tarsienne. Mais pour explorer la partie postérieure de l'article, Kœnig est obligé souvent de réséquer l'astragale. De même, Riedel, en employant les incisions de Kœnig, résèque temporairement les malléoles en les fendant obliquement, de haut en bas, avec le maillet. Bruns ajoute, aux deux incisions longitudinales antérieures de Kœnig, une ou deux incisions longitudinales postérieures, entre le tendon d'Achille et les malléoles; de cette façon, l'articulation péronéo-tibiale est facilement nettoyée, de même que les gaines tendineuses, si elles sont envahies par la T. Girard fait une incision horizontale du côté externe de l'articulation, à la hauteur de la surface articulaire, en allant du bord externe du tendon d'Achille aux tendons extenseurs. Toutes les parties molles sont sectionnées, même les tendons des péroniers (fig. 17). On fait ensuite la résection de la malléole à sa base et, si c'est nécessaire, une incision verticale dans les parties molles, au-devant de la malléole externe. L'extirpation de la synoviale terminée, les tendons péroniers et la malléole externe sont suturés.

Le procédé de Zésas est presque le même; il fait une incision verticale vers l'articulation tibio-péronière, en descendant jusqu'à la pointe de la malléole; de cette incision en part une autre horizontale sous-malléolaire (fig. 18), allant jusqu'au tendon d'Achille; puis il extirpe l'astragale. Les lésions de l'astragale étant fréquentes, M. Ollier a recommandé l'astragalectomie totale comme



Fig. 18. — Incision de Zésas : l'une horizontale sous-malléolaire, l'autre verticale pré-péronière.

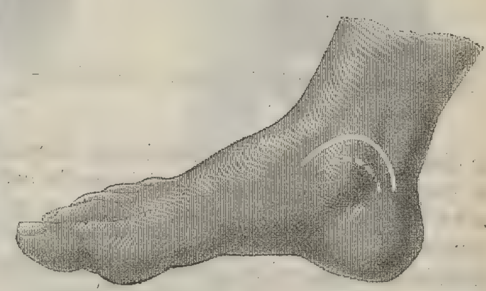


Fig. 19. — Incision de Tilling. Ostéotomie temporaire des deux malléoles.

Nota. — La plupart des dessins qui précèdent ont été exécutés d'après les figures analogues que le professeur L.-H. Farabeuf a dessinées pour son *Traité de médecine opératoire*.

permettant de nettoyer complètement l'articulation tibio-tarsienne. De même Phocas, Annandale, Vogt, Gritti.

Je ne ferai que citer, sans les décrire, les procédés de Hueter et de Lane pour l'arthrectomie du cou-de-pied, — ils sont trop délabrants, — et j'arrive à la description du procédé de Tilling (fig. 19). Le chirurgien russe, fidèle à ses principes en arthrectomie, fait deux incisions curvilignes à convexité supérieure, circonscrivant les malléoles, qui sont sectionnées très obliquement de haut en bas et rabattues avec les ligaments correspondants.

Après nos recherches cadavériques, nous avons été embarrassés dans le choix de ces divers procédés. Assurément, quand les lésions sont seulement astragaliennes (mais qui le sait?), le procédé de Kœnig est excellent. Mais si les lésions sont étendues, le procédé de Girard donne une large vue sur l'articulation et ne nécessite pas l'ablation de l'astragale comme dans les procédés de Zésas et d'Ollier. Celui de Tilling, également, permet d'explorer l'article en avant et en arrière; il est excellent et des plus recommandables.

En terminant, nous voulons attirer l'attention sur les procédés d'ostéotomie temporaires recommandés par Tilling pour l'arthrectomie. Souvent, il est vrai, ces ostéotomies temporaires sont multiples, délabrantes, et la reconstitution *ad integrum* paraît douteuse. Mais qui sait si, en les pratiquant, on n'arriverait pas à les faire très régulièrement au point de les rendre très pratiques. C'est à tort qu'on pourrait objecter que les fragments osseux, étant intra-articulaires, ne se souderaient pas au reste de l'os. Étant fixés par une cheville de fer ou d'ivoire, la consolidation est assurée. Dans tous les cas, la méthode de Tilling est la seule qui permette l'exploration intra-articulaire totale des articulations serrées, ce qui a une importance dans certains cas.

V

Résultats immédiats et éloignés de l'arthrectomie. — Assurément, une belle résection typique paraît plus simple et, de fait, est plus agréable à faire pour le chirurgien; mais si l'on envisage l'utilité du membre raccourci, il est à noter que, au membre inférieur, le fait d'une diminution de longueur, si petite qu'elle soit, est toujours à considérer. Avec la scie, dans les résections typiques, on va toujours trop loin; avec le couteau, la gouge ou la curette, il est impossible d'aller au delà des lésions; le cartilage diaépiphysaire, quand il est malade, n'est nettoyé qu'avec le minimum de lésions possible. Quant à la réunion par première intention, on peut l'obtenir avec l'arthrectomie. Pour les T. chirurgicales, on a posé le précepte que l'on n'a rien fait tant que l'on n'a pas enlevé toute surface suspecte. C'est ce qui a, d'emblée, porté les chirurgiens à faire des résections typiques avec lesquelles on enlevait trop, et, quand la lésion s'étendait vers la diaphyse, on n'enlevait pas assez.

On a beaucoup reproché à l'arthrectomie de laisser quelquefois un foyer osseux qui, dans la résection totale, aurait été mis à découvert. Mais le fait n'est pas aussi fréquent qu'on le pense. De plus, il n'est plus à démontrer maintenant qu'un foyer T. osseux peut guérir spontanément. C'est pourquoi Volkmann pense qu'il ne faut pas trop comparer le T. au cancer, car, avec le T., il n'est pas nécessaire d'aller au delà du foyer T., les lésions restantes pouvant guérir simplement par un processus inflammatoire chronique. Ollier, également, dit qu'il ne faut enlever que ce qui ne peut redevenir sain. Il ne faut pas s'effrayer des récidives après l'arthrectomie. Est-ce que ces nouvelles poussées tuberculeuses n'ont pas aussi été observées dans les résections typiques (Manteuffel)? De plus, qu'est-ce qu'a donc d'extraordinaire la nécessité d'une deuxième intervention, souvent plus bénigne et plus limitée que la première?

Il est un fait certain, *c'est qu'après l'arthrectomie, le membre a conservé non seulement toute sa longueur, mais encore, dans les cas heureux, tous ses mouvements*. Ces considérations suffisent pour justifier la pratique de cette opération dans les conditions que nous avons déjà déterminées. Si nous envisageons les résultats de l'arthrectomie pour les principales articulations, les observations sont des plus encourageantes. Pour le coude et le poignet, l'arthrectomie a été souvent pratiquée avec succès, surtout chez l'enfant, et aussi chez l'adulte. Pour la hanche, la question est plus complexe; les résultats, ici, sont moins nets au point de vue de la solidité de l'articulation. Chez l'homme obligé de travailler, une ankylose solide est peut-être ce qu'il y a de meilleur pour lui. Cependant, les arthrectomies précoces ont donné d'aussi bons résultats que les résections. Au genou, les résultats sont excellents. Chez l'enfant, en effet, la résection ultra-épiphysaire donne une guérison certaine et aussi un raccourcissement non moins certain, et parfois tel que, dans certains cas, une amputation aurait été préférable. Quant à la section intra-épiphysaire (J. Bœckel), recommandée par quelques chirurgiens chez l'enfant, elle est quelquefois suivie de pseudarthrose (Ollier), et les déformations secondaires, absolument les mêmes que celles qu'on a reprochées à l'arthrectomie. De plus, dans les O.A.T., comme nous l'avons vu à l'anatomie pathologique, les lésions sont parfois étendues au delà du cartilage diaépiphysaire (Sédillot), et, dans ces cas, personne ne soutiendra que c'est une résection totale qu'il faut faire, car les dégâts seraient trop étendus et le résultat douteux. C'est pourquoi, ici encore, l'arthrectomie a ses partisans (Cousins, Ollier, Volkmann, Angerer, Sendler, Wright, Kœnig, Mugnai, etc.).

Au cou-de-pied, la statistique de Kœnig est excellente, puisque, dans un tiers des cas, la guérison fut complète et parfaite. Les statistiques de Riedel, Larsen, Bruns, sont aussi bonnes. Pour le tarse, il en est de même; Ollier, Chobault, Audry, Guitton, en effet, préconisent beaucoup les opérations économiques pour la T. tarsienne.

Il est difficile de donner une statistique complète des cas d'arthrectomie. Beaucoup, en effet, ne sont pas publiées, malgré la guérison ou parce qu'elles ont échoué. D'autre part, il faut tenir compte de ce fait que tous les cas d'O.A.T. ne se ressemblent pas.

En 1886, notre excellent maître, M. Jalaguier, publiait la statistique suivante. Sur 65 arthrectomies, il note :

a. 38 guérisons sans fistule, savoir :
- 14 avec ankylose;
- 23 avec quelques mouvements;
- 1 résultat inconnu.

b. 9 guérisons avec fistules persistantes;
c. 3 guérisons après résection consécutive;
d. 6 guérisons après amputation consécutive;
e. 6 morts, par granulie, méningite ou T. pulmonaire;
f. 5 récidives ou résultats inconnus.

Les morts signalées sont dues à la T. généralisée ou localisée aux méninges ou aux poumons, ou à la récidive locale elle-même. La statistique de M. Jalaguier montre, en outre, au point de vue de l'âge des sujets et en tenant compte des cas d'arthrectomie simple, sans grattage pour O.A.T., que, sur 30 opérations sur des sujets au-dessous de dix ans, on a obtenu 19 guérisons sans fistules, 4 guérisons avec fistules, 1 après résection, 1 après amputation, 2 résultats inconnus ou récidives, 2 morts.

Vingt-cinq opérations sur des sujets de dix à vingt-cinq ans ont donné 11 guérisons sans fistules, 4 avec fistules, 3 après résection, 3 après amputation, 2 résultats inconnus ou récidives, 2 morts.

Neuf opérations sur des sujets de vingt-cinq à quarante ans ont donné 5 guérisons sans fistules, 1 guérison après amputation, 3 morts.

Six opérations sur des sujets de quarante à soixante ans ont donné 3 guérisons sans fistules, 1 guérison après amputation, 3 morts.

Cinq opérations sur des sujets ayant dépassé soixante ans ont donné 3 guérisons sans fistules, 2 guérisons après amputation.

Une opération pratiquée sur un sujet d'âge indéterminé a donné 1 guérison sans fistule.

Comparées au point de vue des résultats suivant l'articulation opérée, sur 65 arthrectomies qui ont été pratiquées, 40 arthrectomies du genou ont donné : 18 guérisons sans fistules, 4 avec fistules, 2 après résection, 4 après amputation, 4 récidives ou résultats inconnus, 8 morts. Parmi les 18 guérisons sans fistules, nous trouvons 12 ankyloses et 6 *guérisons avec mouvements*.

Pour le cou-de-pied, sur 13 cas, M. Jalaguier note 10 guérisons sans fistules, 2 avec fistules, 1 après amputation. Les 10 guérisons sans fistules ont donné lieu à 10 *guérisons avec mouvements*.

Pour le coude, 14 observations donnent : 8 guérisons sans fistules, 3 avec fistules, 1 après résection, 1 après amputation, 1 résultat inconnu, et, parmi les guérisons sans fistules, nous trouvons 2 ankyloses et 6 *guérisons avec mouvements*.

A la hanche, 5 interventions ont donné 4 guérisons sans fistules et 1 guérison après résection, et, sur ces 4 guérisons, il y en a 1 avec ankylose et 3 résultats inconnus.

Pour l'épaule, 1 guérison sans fistule et avec mouvements; pour l'articulation médio-tarsienne, 1 guérison après amputation; pour l'articulation métacarpo-phalangienne du gros orteil, 1 guérison sans fistule; pour l'articulation de Lisfranc, 1 résultat inconnu.

Pour 214 observations publiées depuis cette statistique de M. Jalaguier, voici les résultats que j'ai notés :

1 arthrectomie sterno-claviculaire : 1 guérison ;
1 arthrectomie sterno-sternale : 1 guérison ;
14 arthrectomies du coude : 13 guérisons, 4 avec ankylose, 9 *avec mouvements* et 1 résultat douteux ;
8 arthrectomies du poignet : 8 guérisons, 7 *avec mouvements*, 1 avec ankylose ;
2 arthrectomies de la hanche ; 2 guérisons *avec mouvements ;*
115 arthrectomies du genou : 93 guérisons, 1 mort de T. aiguë, 7 récidives suivies de résection, 7 récidives suivies d'amputation, 3 morts de T. pulmonaire, 1 mort de variole, 1 de rougeole, 1 de cachexie, 1 d'épuisement. — Parmi ces 93 guérisons, je note : 52 guérisons avec ankylose, 36 *avec mouvements*, 5 avec fistules ;
49 arthrectomies du cou-de-pied, donnant 35 guérisons, 1 amélioration, 3 états stationnaires, 1 amputation, 5 guérisons probables, 4 guérisons avec fistules persistantes ;
24 arthrectomies du tarse : 24 guérisons.

Pour ne pas abuser de la statistique, je ferai remarquer que ces 214 opérations ont été pratiquées les 4/5 chez des malades âgés de moins de quinze ans, et que les résultats sont bien meilleurs chez les enfants. Chez l'adulte, on note aussi un grand nombre de guérisons ; mais ici l'ankylose est plus fréquente, mais non constante ; cela tient peut-être à ce qu'on la recherche trop souvent de parti pris.

Ces résultats nous montrent aussi que, depuis 1886, l'arthrectomie a été faite beaucoup plus souvent qu'autrefois et avec de bien meilleurs résultats. Cela tient d'abord à ce que les malades, plus confiants, viennent consulter plus tôt et sont opérés dans de meilleures conditions pour l'arthrectomie. Cela tient ensuite à ce que l'on fait mieux l'opération ; on nettoie plus complètement le foyer opératoire et on le débarrasse en grande partie ou en totalité de ses fongosités. C'est pourquoi les récidives sont plus rares maintenant, et quand elles existent, on en a facilement raison parce qu'elles sont limitées. Enfin, il nous paraît banal de dire qu'ici, comme dans bien d'autres opérations, l'antisepsie a été pour beaucoup dans les progrès de l'arthrectomie ; l'absence de suppuration doit souvent prévenir la récidive.

Étant donné les résultats précédents, un chapitre de comparaison entre l'arthrectomie et les résections totales ne peut être bien long. Chez l'enfant, le nettoyage articulaire et la résection atypique doivent être d'abord tentés à cause du raccourcissement presque constant après les résections totales. De même chez l'adulte, dans les cas de résections peu étendues, l'arthrectomie devra souvent être tentée, puisqu'elle permet d'espérer la conservation des mouvements. La résection totale évite le plus souvent la récidive, quand il n'y a pas de lésions diaphysaires, et, de plus, la guérison opératoire est plus rapide en général. Mais ce ne sont pas là des raisons suffisantes pour ne pas essayer l'arthrectomie quand celle-ci sera jugée possible. Symétriquement, les inconvénients de l'arthrectomie sont donc : 1° une guérison opératoire plus longue, le foyer opératoire ne pouvant être toujours désinfecté complètement ; 2° une suppuration qui aggrave parfois l'état général du sujet en diminuant les chances de succès de la résection totale consécutivement nécessaire ; 3° une consolidation tardive quelquefois un peu difforme. Mais ces inconvénients sont, à notre avis, bien moindres que certains raccourcissements consécutifs aux résections totales et que la perte à tout jamais, pour un malade qui a besoin de gagner sa vie, des mouvements de l'articulation, quand celle-ci aura guéri, et la nécessité pour lui de porter de ces hausse-pieds gigantesques aussi difformes qu'un pilon (de Saint-Germain). D'ailleurs, il est notoire que, dans les résections intra-épiphysaires, il y a quand même un raccourcissement (Ollier). Cela tient à la perturbation nutritive subie au voisinage du foyer opératoire par le cartilage conjugal. Cette perturbation sera d'autant plus grande que la section passera plus près du cartilage, que la réaction inflammatoire aura été plus intense. Il est vrai que, par la réunion immédiate, on pare dans une certaine mesure à ce raccourcissement secondaire, car l'irritation se limite à la face épiphysaire peu importante du cartilage de conjugaison.

Ce n'est pas être rétrograde que de recommander une opération conservatrice. L'étude des formes d'O.A.T. montre que les unes sont redevables de l'arthrectomie, d'autres exigent la résection totale. Les deux opérations ne doivent pas, au fond, être opposées l'une à l'autre, mais étudiées comparativement, car l'une, l'arthrectomie, devrait toujours précéder l'autre, la résection totale ; si celle-ci est nécessaire elle doit être le complément de celle-là.

Assurément, quand les lésions sont trop étendues et que le cartilage dia-épiphysaire a été complètement détruit, ou qu'une deuxième arthrectomie laisse en place des foyers malades, il ne faut pas être absolu ; il faut alors régulariser complètement l'articulation, c'est-à-dire faire une résection totale.

En résumé, l'arthrectomie doit être tentée plus souvent qu'on ne le fait ; les résultats fonctionnels sont excellents ; *elle doit être précoce ; elle doit être répétée de bonne heure, dès qu'il y a un arrêt dans la marche vers la guérison.* Plus on interviendra de bonne heure dans le traitement des O.A.T., plus on fera d'arthrectomies et moins on fera de résections totales et d'amputations. Il serait bon, pour bien s'entendre, de pouvoir reconnaître, afin de les éliminer dans la comparaison, certaines formes de T. malignes, extensives, contre lesquelles tout traitement est inefficace dans l'état actuel de la science ; je ne dis pas que ces cas soient nombreux, mais ils doivent exister.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Essai sur une intoxication aiguë et chronique observée chez les peigneurs de chanvre (1), par L. Salomon.

Les peigneurs de chanvre sont soumis à une intoxication qui ne serait autre que le haschischisme aigu ou chronique. Les phénomènes aigus se traduisent par de la céphalée, du malaise général, une dyspnée angoissante, de la courbature, des frissons, des sueurs.

L'intoxication chronique se traduit par l'amaigrissement, l'émoussement de la sensibilité, l'incertitude de la marche, la diminution de la force musculaire et du sens génital, la polyurie et la pollakiurie, des troubles de la menstruation chez les femmes.

L'auteur propose un masque spécial destiné à mettre les ouvriers à l'abri des poussières qui résultent du peignage du chanvre.

Leçons sur le traitement des névroses (2), par E.-C. Seguin (de New-York).

Les médecins ne pourront que gagner à lire ces leçons professées par un neuropathologiste distingué. Ils y trouveront des indications excellentes sur le régime général des nerveux, et des indications particulières, souvent aussi intéressantes qu'originales, sur le traitement particulier de certaines névroses : l'épilepsie,

(1) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, G. Steinheil.
(2) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

la migraine, la neurasthénie. Ils liront aussi avec profit le dernier chapitre de ce fascicule; il a pour titre : « De l'abus de quelques médicaments, l'alcool, la morphine, le bromure. »

Le système nerveux dans la fièvre typhoïde (1), par V. Pechère et M. Funck.

Étude d'ensemble sur les phénomènes nerveux qui peuvent survenir dans le cours de la fièvre typhoïde ou se produire sous son influence. Il y a là une très grande variété de faits qu'il est intéressant de trouver réunis.

Du pain considéré comme aliment et comme médicament phosphaté (2), par G. Barré.

Ce travail est un plaidoyer en faveur du pain bis, qui renferme beaucoup plus d'éléments phosphatés que le pain blanc, lequel est un pain de luxe, dont les classes riches, qui ont une alimentation abondante et intensive, devraient seules se servir. Le pain bis conviendrait aussi pour la même raison aux enfants, aux convalescents, aux épuisés du système nerveux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 11 septembre 1893, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Weisgerber, Larrieu, Poupon, Bilhaut et Love.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Gaultier de Beauvallon, Abeille, Béclère, Décléty, Barrère, Dat, Gisclard, Dufour, Vesoux, Bonefé, Veillard, Truchy, Porquet, Brunet, Fontagny, Guichard, Sauvage, Le Breton, Coulon, Carle, Renau, Defontaine, Daubresse, Tourneux, Marseille, Guéneau, Cauvet, Ledermann, Coudray, Gautier, Samsœn, Courtade, Leleu, Morivat, Bos, Castang, Bourdet, Husson, Voituriez, de Molènes-Mahon, Duhamel, Lebreton, Masson, Launois, Weill, Jean, Bellangé.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — MM. les pharmaciens aides-majors de deuxième classe Patouillard, Delarue, Neuville, Desobry, Broca, Croses, Decesse, Jeannon, Homo.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Vautier (d'Albertville), Ygonin (de Lyon), Zborosky (de La Cadière).

(1) Extrait des « Annales de la Société des sciences médicales de Bruxelles », 1893, t. II. — Bruxelles, Lamertin.
(2) In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Henry Jouve.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Nº 107. — MARDI 19 SEPTEMBRE 1893. 66e ANNÉE. MARDI 19 SEPTEMBRE 1893. — Nº 107.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Considérations générales sur le traitement des dermatoses.

Par le docteur Ch. Lailler,
Médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis.

Malgré sa vaste expérience et son érudition, M. Lailler, qui a été pendant vingt ans médecin de l'hôpital Saint-Louis, a fort peu écrit. Les pages qui vont suivre étaient destinées à servir d'introduction à un manuel de dermatologie qui n'a pas été terminé, et qui ne paraîtra jamais.

Elles ont été écrites il y a quatre ans déjà. M. Lailler ne les aurait certainement pas publiées lui-même sans les revoir, sans les corriger, sans les mettre au courant. Nous avons pensé cependant qu'il serait bon de faire parvenir à leur adresse, c'est-à-dire de faire connaître aux médecins praticiens, les conseils donnés par notre regretté maître. Dans ce qu'il dit, par exemple, du rôle de l'hygiène générale dans le traitement des dermatoses, de l'emploi de l'arsenic, de l'enveloppement caoutchouté, des scarifications, de l'emploi des caustiques, etc., on retrouvera le souci du détail d'exécution, qui donnait tant de prix à sa longue expérience.

Nous pensons qu'on sera heureux de connaître l'opinion de l'ancien maître de Saint-Louis sur des méthodes générales de traitement qu'il a, plus que tout autre, contribué à installer et à faire connaître en prêchant d'exemple, et qui ont — il ne faut pas s'y tromper — révolutionné complètement, depuis vingt ans d'ici, la thérapeutique des maladies de la peau.

Il n'aurait sans doute pas lui-même consenti à publier des notes incomplètes; mais nous pensons que le témoignage et l'opinion d'un praticien de sa valeur doivent être connus, et que, pour cette raison, on excusera facilement les lacunes et les imperfections d'un travail auquel son auteur n'a pas lui-même mis la dernière main. A. M.

I

Les dermatoses étant presque toujours la manifestation d'un état général constitutionnel ou passager, on comprend qu'il soit rare qu'une médication locale suffise pour amener une amélioration ou une guérison de quelque durée; même lorsque les éruptions ont une cause manifestement extérieure, il faut encore tenir compte de l'état général et constitutionnel de ceux qui en sont porteurs, et tel traumatisme, qui n'aurait aucune suite chez un sujet sain et bien constitué, pourra être le point de départ de lésions interminables chez des sujets atteints d'une tare morbide, lymphatisme, syphilis, etc. C'est ainsi qu'on voit, chez des sujets prédisposés, la gale, après la destruction du parasite, être le point de départ d'éruptions secondaires rebelles. D'un autre côté, l'expérience démontre l'importance d'un traitement local bien institué pour la guérison des dermatoses, et peut-être, jusqu'à présent, les écoles française et allemande ont-elles eu le tort de se cantonner chacune dans une opinion diamétralement opposée, et, comme il arrive souvent, c'est dans la combinaison judicieuse de ces deux doctrines que doit consister une méthode de thérapeutique rationnelle. Il faut bien le dire, sur le terrain de la pratique, ces divergences doctrinales s'atténuent singulièrement; et s'il y a encore une différence dans la thérapeutique externe, cela doit tenir à une différence de races. Nous obtiendrons difficilement de nos malades, même à l'hôpital, de se soumettre aux pratiques douloureuses et prolongées que paraissent supporter patiemment les malades allemands.

Les découvertes récentes de l'étiologie microbienne d'un grand nombre de maladies, dont l'influence était encore peu appréciable jusqu'alors, sont appelées à révolutionner la thérapeutique, qui devra reposer sur des bases toutes nouvelles. Nous sommes à une époque troublée, mais avant bien longtemps, grâce aux recherches incessantes qui se font partout en ce moment, on fera dans la connaissance de la vérité des progrès dont on ne peut mesurer l'importance.

Avant tout, c'est à la stricte observance des lois de l'hygiène qu'il faut avoir recours dans la thérapeutique des affections cutanées et dans leur prophylaxie, qu'il s'agisse soit de sujets prédisposés par hérédité ou par leur état constitutionnel, soit de malades débarrassés de premières manifestations, mais exposés à des retours agressifs.

A l'état de santé, la peau doit être tenue dans un état de propreté extrême; les ablutions doivent être quotidiennes.

Il doit être fait usage plutôt d'eau tiède que d'eau froide.

Les bains doivent être fréquents, courts.

Les fonctions digestives doivent être surveillées avec le plus grand soin; leur trouble est une des causes les plus fréquentes d'un grand nombre d'affections cutanées.

Certains aliments doivent être absolument proscrits chez les malades atteints de dermatoses.

Les coquillages et les poissons de mer, les viandes salées et fumées, la grosse venaison, les sauces de haut goût, l'usage exagéré des boissons alcooliques, de certaines boissons excitantes, thé, café noir.

Les règles, à cet égard, ne sont pas les mêmes dans la classe riche ou aisée et dans la classe ouvrière, vouée aux travaux manuels. Chez ces derniers, l'alimentation pèche surtout par la qualité inférieure et par l'abus de boissons travaillées, sinon frelatées. Chez les premiers, une existence plantureuse, oisive, donne souvent lieu à des manifestations cutanées ou du moins les entretient. Si les excès allant jusqu'à la perte de la raison y sont plus rares, les bons dîners, arrosés de vins généreux de plusieurs espèces, les veilles au théâtre et dans les soirées, l'absence d'un exercice suffisant en plein air, ne sont pas moins fâcheux, et, il faut bien le dire, on a la plus grande peine à convaincre les malades de l'influence de ce genre de vie sur leur santé. Quand, dans la belle saison, ces malades se dispersent dans les stations balnéaires, c'est peut-être autant à une existence plus active en plein air, dans des pays de montagne, qu'à l'action médicatrice des eaux qu'on peut attribuer l'amélioration obtenue, amélioration souvent temporaire, les malades reprenant bien vite leurs anciennes habitudes.

L'utilité de l'observance des règles de l'hygiène est rendue manifeste par ce qu'on observe chez les malades admis à l'hôpital et chez ceux soignés en ville.

Chez les premiers, soustraits aux mauvaises conditions hygiéniques, astreints à des soins de propreté, mieux alimentés, moins fatigués, il survient, dès les premiers temps de leur séjour, une amélioration presque constante attribuable à cet heureux changement, qui peut, il est vrai, ne pas durer, mais qui n'en est pas moins évident.

Chez les malades de la ville en général, qui ne se soumettent que difficilement à un changement aussi radical dans leurs habitudes, les modifications sont moins manifestes.

L'heureuse influence de l'hygiène est peut-être plus appréciable encore dans la prophylaxie des récidives; ne voit-on pas, chaque jour, des malades avoir des récidives quand, volontairement ou non, ils ont négligé les recommandations qui leur ont été faites et en rester exempts s'ils les observent scrupuleusement?

Il serait, en effet, plus facile d'avaler quelque médicament, même désagréable, pour éviter une rechute, que de s'astreindre à veiller rigoureusement sur tous les actes de sa vie; c'est cependant à cette condition, avant tout, qu'on a quelque chance d'obtenir une guérison solide.

L'influence d'une sage hygiène étant bien établie, voyons maintenant les conditions spéciales que présentent les affections cutanées.

Auparavant, une question, devenue un peu oiseuse actuellement, doit être discutée.

C'était une opinion très répandue autrefois parmi les médecins, qu'il ne fallait pas traiter trop activement une éruption cutanée dans la crainte d'une métastase ou d'une répercussion sur un organe interne important, opinion qui a encore des partisans dans le corps médical et surtout chez un très grand nombre de malades; elle était assez répandue autrefois pour qu'on ait pu faire un livre sur les maladies qu'il est dangereux de guérir (Raymond).

Grâce à une analyse plus attentive de l'évolution des phénomènes morbides, on a constaté que presque toujours l'affection dite métastatique était la cause et non l'effet de la disparition brusque de l'éruption.

Il est d'observation fréquente qu'une affection générale grave : fièvre éruptive, fièvre typhoïde, pneumonie, etc., survenant chez un sujet atteint d'une éruption plus ou moins étendue et ancienne, disparaît quelquefois même complètement, mais pour reparaître le plus habituellement une fois la maladie générale guérie et à mesure que la santé se consolide.

Cette crainte d'une répercussion est chimérique ou du moins fort exagérée et il ne viendrait guère à l'idée d'un médecin, à notre époque, de ne pas traiter une syphilide, par exemple, dans la crainte d'une répercussion sur un organe interne important.

Mais qu'au lieu d'une affection bien définie, comme la syphilis, il s'agisse d'un malade ayant tout à la fois des accidents d'asthme, pour prendre un exemple connu, et un eczéma plus ou moins étendu, il peut arriver qu'il y ait une sorte de balancement entre les accidents asthmatiques et l'éruption, les premiers augmentant quand l'éruption diminue, s'atténuant au contraire quand il se fait une poussée à la peau; ces faits s'observent quelquefois.

Voici la conduite à tenir dans ce cas. Comme il est extrêmement rare que ces accidents compromettent l'existence, il convient d'abord, par une série de tentatives prudentes de traitement local, de s'assurer de la réalité de cette sorte de balancement et si elle est bien nettement établie, de se contenter de maintenir l'éruption dans une certaine limite et de combattre, par des moyens appropriés, la manifestation viscérale thoracique ou autre; quand elle aura cessé depuis un assez long temps, tenter la guérison de la manifestation cutanée, tout en continuant, par précaution, le traitement de l'affection viscérale. Il faut reconnaître qu'il est des cas où la thérapeutique la plus prudente échoue, mais ils sont tellement exceptionnels, qu'on ne peut en tenir compte dans une étude de thérapeutique générale, il convient seulement de les signaler et, dans ce cas, il faut respecter l'affection cutanée et se borner à des soins hygiéniques.

Outre la scrupuleuse observance des lois générales de l'hygiène, les malades doivent être soumis à deux ordres de médications : la médication interne agissant sur l'ensemble de l'économie et la médication externe agissant localement.

Les indications de la médication interne sont tirées de l'état général du sujet, de la nature de la maladie dont l'affection cutanée peut n'être qu'une des manifestations;

De la période d'évolution de l'affection; de la saison où on l'observe;

Des phénomènes subjectifs qui l'accompagnent;

De l'age et du sexe du sujet;

Des complications qui peuvent survenir et souvent jouer un rôle plus important que l'affection primitive.

Ainsi, à un malade anémique, on conseillera les prépara-

tions de fer alliées à un laxatif quelconque : rhubarbe, aloès, pour éviter la constipation que déterminent souvent l'usage du fer, les toniques, une alimentation reconstituante, l'exercice en plein air.

A un sujet pléthorique, on conseillera l'abstention des alcools, un régime modéré, la marche, l'usage fréquent des purgatifs.

Chez un dyspeptique, on combattra les troubles digestifs par un régime approprié, l'usage des préparations opiacées ou belladonées à petite dose, les alcalins, les laxatifs.

S'il s'agit de névropathes, d'angio-névrosés, certaines préparations calmantes, employées avec précaution à cause de leur action élective sur la peau, comme le bromure de potassium, l'antipyrine, le chloral, le sulfure, l'ergotine, seront employées avec avantage.

DES PARALYSIES MORBILLEUSES (1)

Par P.-A. Lop,

Ancien interne de l'hôpital Rothschild, médaille de bronze de l'Académie de médecine.

III

2° *Paralysies myélopathiques.* — De toutes les formes de paralysies que l'on rencontre dans la rougeole, la paraplégie est donc de celles que l'on observe le plus communément. L'observation de J. Lucas, rapportée par M. Landouzy, a trait à une paraplégie survenue pendant la convalescence. MM. Bouchut, Larivière en ont observé chacun deux cas. C'est à cette forme qu'appartiennent nos deux observations.

Le début n'est en général pas précédé de convulsions comme dans la forme encéphalique. Des fourmillements, des crampes douloureuses, une sensation de constriction en sont les symptômes avant-coureurs. Peu à peu ces symptômes s'accusent, les troubles de la motilité apparaissent et la paralysie s'installe définitivement. La réflextivité est tantôt abolie, tantôt exagérée; la sensibilité a disparu. Le rectum et la vessie peuvent être respectés, mais non toujours.

Dans l'observation de Perret, après une rougeole des plus bénignes, le malade éprouva une faiblesse considérable dans les membres inférieurs. Cinq ou six jours après il ne pouvait plus les mouvoir. La paralysie de la vessie le força à entrer à l'hôpital. La réflextivité et la sensibilité étaient intactes. Il n'existait pas d'atrophie musculaire. La marche était traînante et incertaine; la parole nullement altérée.

Le cas de M. Bergeron nous offre un exemple remarquable de paralysie ascendante. Le début s'est fait graduellement quarante-deux jours après la disparition de l'exanthème; la contractilité musculaire était diminuée dans les membres supérieurs et inférieurs; la déglutition s'effectuait avec difficulté, la voix, au début nasonnée, devint paralytique. Peu après l'enfant succomba par paralysie du diaphragme et des muscles respirateurs.

La marche des symptômes myélitiques, chez le malade de Barlow (2), a été la suivante (il s'agit d'un homme de vingt-trois ans). L'éruption a paru le 10 juin 1885 et a disparu le 13. Le soir de ce même jour, à minuit, il commença à ne plus pouvoir uriner ; il était plongé dans un assoupissement profond, dont on ne le tirait qu'avec peine. Les pupilles réagissaient mal; la force musculaire était notablement diminuée; la motilité avait disparu dans les membres supérieurs, leur sensibilité était intacte. Il n'existait ni rigidité, ni soubresauts des tendons. Le matin du 15 juin, à l'assoupissement avait succédé un violent délire de paroles; la vessie était toujours paralysée, le malade se plaignait d'une violente douleur dans la poitrine; puis se montre de la cyanose avec phénomènes asphyxiques et la mort survient vers les neuf heures du soir, cinq jours après l'éruption.

Voici les deux observations qui font l'objet de ce mémoire :

Observation I. — G..., trois ans, a eu la rougeole en même temps que sa sœur (20 mai 1893). Éruption très confluente, coryza, bronchite. Cinq jours après l'éruption disparaît, la bronchite s'amende ; le 30, le petit malade se lève et commence à reprendre ses jeux; l'appétit était bon, le teint coloré, bref tout annonçait une convalescence rapide. Le 3 juin, la mère nous fit appeler et nous dit que, depuis deux jours, elle avait remarqué que son enfant traînait quelque peu les jambes et se plaignait de ne pouvoir rester debout, demandant à tout instant à être porté. Cela se passait deux jours avant notre visite où nous constatons les signes suivants.

La station debout et les mouvements des membres inférieurs sont impossibles; l'enfant soulève difficilement les jambes au-dessus du plan du lit. Les réflexes sont affaiblis. Pas de troubles de la sensibilité. L'enfant se plaint de crampes douloureuses dans les mollets. Rétention d'urine et incontinence des matières fécales. Un cathétérisme est même nécessaire pour évacuer la vessie. Apyrexie complète. Intelligence intacte.

Comme traitement, nous prescrivons une potion avec de l'ergotine et de la teinture de noix vomique et nous faisons une légère application de pointes de feu le long du rachis. Cathétérisme évacuateur matin et soir.

Cinq jours après, il existe une légère amélioration dans les signes précédents. Le malade peut uriner et l'incontinence des matières fécales a fait place à de la constipation.

Le 11 juin, l'enfant peut se lever, la démarche est lourde, vacillante, douloureuse.

Le 14, la marche s'améliore au point que le malade peut rester trois heures debout.

Le 20, la guérison est complète et s'est maintenue jusqu'à ce jour.

Obs. II. — L..., trois ans, a eu la rougeole vers le 30 juin 1893. L'éruption a duré six jours. Le 10 juillet, la malade était en pleine convalescence, jouant, sautant, ne se plaignant d'aucun malaise. Le 12 au matin, paraplégie complète. Incontinence d'urine et des matières fécales.

Les réflexes sont totalement abolis, la sensibilité est très diminuée. Jusqu'au 16 juillet ces symptômes sont demeurés stationnaires. Le 17, l'enfant peut effectuer quelques mouvements et n'urine plus sous elle. Sous l'influence du traitement institué, la paraplégie avait complètement disparu et le 30 juillet la petite malade était totalement guérie.

Deux faits importants sont à relever dans ces observations, d'abord l'existence indéniable d'une rougeole, puis l'apparition des symptômes médullaires pendant la convalescence.

Le diagnostic de *paraplégie*, de lésion en foyer ayant intéressé les cordons antérieurs de la moelle dans sa partie inférieure, s'impose par lui-même. A quel autre syndrome nerveux aurait-on pu songer après une rougeole? L'*hémiplégie spinale infantile* ne ressemble nullement aux symptômes observés. Le début des deux affections est totale-

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 995.

(2) Barlow. *Med. Chir. Transact.*, 1887.

ment différent. Nous n'avions ni troubles de la parole, ni nystagmus, ni tremblement; rien, en un mot, qui puisse nous faire songer à de la *sclérose en plaques*. Rien non plus dans les antécédents héréditaires ou personnels de ces enfants ne permettait de songer au début d'une affection médullaire syphilitique ou rhumatismale. Notre dernière pensée, après avoir éliminé ces différentes hypothèses, c'est que nous étions en présence d'une simple paraplégie reconnaissant pour cause immédiate et directe la rougeole.

Voici d'autres observations de paralysie spinale :

Observation I. — Enfant de vingt mois, pris, vingt jours après une rougeole hémorragique, d'une rétention d'urine telle qu'il fallut le sonder pendant trois jours. (Lardier. *Un. méd.*, n° 30, 1875.)

Obs. II. — Myélite diffuse, paralysie de la vessie et du rectum, des membres supérieurs et inférieurs, troubles de la parole. Mort par asphyxie lente. (Burlow. *Brit. Med. Journ.*, 1886.)

Obs. III. — Parésie des membres inférieurs et paralysie rectale. Conservation des réflexes, de la sensibilité et de la contractilité. (J. Ferry. *Un. méd.*, 1886.)

Obs. IV. — Paraplégie dix jours après une rougeole. (Larivière. *Gaz. des hôp.*, 1869.)

Obs. V. — Parésie des membres inférieurs. (Bouchut. *Gaz. des hôp.*, 1870.)

Obs. VI. — Paralysie partielle des muscles de la jambe avec pied équin à la suite de la rougeole. (Holmes Coote. *The Lancet*, 1864.)

Obs. VII. — Paralysie atrophique de l'enfance. (Duchenne, de Boulogne.)

Obs. VIII. — Paralysie généralisée à marche aiguë ascendante consécutive à la rougeole. (Landouzy. Loc. cit.)

Obs. IX. — Petite fille de deux ans et trois mois, après une rougeole, perdit subitement le mouvement des membres inférieurs, tomba dans le coma. Respiration stertoreuse, pupilles dilatées, strabisme. Guérison au bout de trois semaines. (Abercombrie. *Maladies de l'encéphale et de la moelle épinière*. Paris, 1835.)

Obs. X. — Paraplégie, rétention d'urine, paralysie anale, escharres, septicémie. Mort. (Bayle. Loc. cit. Obs. XIII.)

IV

La *durée* de ces paralysies dépend entièrement de la sévérité de l'attaque. Il faut compter, en moyenne, une durée de dix jours à six semaines. Dans la forme cérébrale, l'aphasie est, parmi les symptômes, celui qui disparaît le plus tardivement. C'est, du moins, ce que paraissent démontrer les observations de Bourneville et de Sympson. Dans la majorité des cas, la guérison est la règle, l'on compte cependant un certain nombre de cas malheureux.

Les caractères de ces paralysies ne sont pas particuliers à la rougeole, ils ont, par beaucoup de points, une grande analogie avec celles que l'on observe dans les autres maladies infectieuses aiguës. Cependant on peut leur attribuer les caractères suivants à eux propres : *durée transitoire*, *bénignité*, *début pendant la convalescence*, *prédominance de la forme spinale*.

Leur *diagnostic étiologique* en sera facile, l'existence d'une rougeole antérieure suffit pour cela. La paralysie étant reconnue, il faudra en préciser le siège (diagnostic anatomique).

Le *pronostic* est des plus variables; bénin pour la forme paraplégique pure, il demeure plus grave pour la forme encéphalique. Dans cette dernière variété clinique, comme nous l'avons fait ressortir plus haut, ce qui en fait la gravité, c'est la possibilité du passage à la chronicité avec la sclérose cérébrale comme aboutissant, ou bien encore la naissance d'une complication grave, l'épilepsie, comme dans le cas de Bourneville. L'on connaît, depuis les recherches de M. P. Marie et la thèse de Vaysset, l'influence des maladies infectieuses sur le développement de l'épilepsie.

V

L'*anatomie pathologique* des paralysies morbilleuses est peu connue, les rares autopsies faites jusqu'à ce jour ont démontré qu'elles n'étaient pas purement fonctionnelles, *sine materia*, comme le croyait Gubler. M. Jaccoud a été un des premiers à s'élever contre cette manière de voir. Strümpell pense que le processus anatomique est, dans certains cas, une inflammation corticale semblable, en tous points, à la polo-myélite antérieure ou à la paralysie spinale infantile. L'on a observé, en outre de la congestion des méninges, la coloration hortensia de la substance corticale, de la myélite circonscrite et diffuse, etc. Ici, nous n'en voulons pour preuves que les faits cliniques que nous rapportons, leur marche, leur gravité et quelquefois aussi leur persistance, toutes choses égales qui forcent à admettre que ces paralysies reposent sur un *substratum* anatomique réel.

Comme nous le verrons plus loin, les paralysies morbilleuses ne diffèrent en rien, au point de vue pathogénique, des autres paralysies survenant dans le cours ou pendant la convalescence des maladies infectieuses (variole, diphtérie, scarlatine). Or dans ces dernières maladies, les occasions de faire des autopsies sont plus nombreuses et chaque fois que pendant la vie il y a eu des accidents nerveux analogues à ceux que nous étudions, l'on a trouvé des altérations anatomiques : téphro-myélite antérieure dans la diphtérie (Déjerine), de la méningite disséminée (Pierret, Barth), de la sclérose en plaques (Marie, Kalher et Pick) et de la myélite (Westphal) dans la variole. Est-on autorisé à conclure de l'identité pathogénique à l'identité anatomique? Nous le pensons volontiers.

La *pathogénie* des paralysies consécutives aux maladies aiguës, pour la plupart infectieuses, est entrée, aujourd'hui, dans une voie nouvelle, grâce aux progrès incessants de la pathologie expérimentale. L'on ne connaît pas encore le microbe spécifique de la rougeole, mais l'on sait qu'elle est déterminée par des micro-organismes très actifs et très virulents et il est très probable que se sont les produits solubles, les toxines de ces microbes qui vont imprégner les éléments nerveux et déterminer l'apparition des accidents paralytiques.

Cette imprégnation du système nerveux se fait par l'intermédiaire du sang qui paraît être le véhicule ordinaire des éléments pathogènes de la rougeole. Si l'on songe à la richesse vasculaire des centres nerveux, l'on comprend aisément combien ces organes seront susceptibles d'être intéressés par le poison morbilleux. Cette théorie de l'imprégnation vasculaire, entrevue et exposée pour la première fois par M. Landouzy dans sa thèse d'agrégation, a reçu une éclatante confirmation dans les travaux entrepris pour contrôler ce mode pathogénique. L'on sait quel rôle important lui fait jouer M. P. Marie dans la genèse de certaines affections nerveuses : paralysie infantile, tabes, sclérose en plaques et même l'épilepsie (1).

(1) P. Marie. *Semaine méd.*, 18 juillet 1892. — *Traité des maladies de la moelle*, 1892.

Avant M. Marie, M. Cotard (1), dans sa thèse, insistait sur l'influence des fièvres éruptives comme cause provocatrice de la sclérose cérébrale. Une année avant la publication du premier mémoire de M. Marie (2), Strümpell (3) signalait l'action de la rougeole dans l'étiologie de l'hémiplégie infantile.

Comment agit le poison morbilleux? L'on peut supposer que, selon la forme clinique observée, l'évolution des accidents, il y ait deux sortes de processus pathogénique : dans le premier cas, si l'attaque a été peu sévère, la paralysie transitoire, il y a lieu de croire que l'agent infectieux a déterminé une simple congestion; dans le second cas, si l'attaque a été plus sévère, à la simple congestion a succédé une véritable inflammation; il y a à la fois processus irritatif et dégénératif, comme dans les autopsies rapportées par Osler, des éléments vasculaires et nerveux (encéphalite et artérite) devenant le point de départ de lésions nerveuses irrémédiables (poro-encéphalée, sclérose atrophique).

Le *traitement* de ces paralysies ne diffère pas sensiblement de celui des paralysies en général. D'après ce que nous savons sur l'époque de leur apparition, il faudra surveiller la convalescence, éviter tout excès, tout surmenage et insister sur les toniques de toutes sortes.

Dès l'apparition de la paralysie, le traitement variera suivant la forme à laquelle on aura affaire.

DU SALOL LIQUIDE

M. Reynier a étudié une propriété particulière du salol, signalée par Meneki, Patein, Nicot et tous les chimistes qui ont étudié ce produit, mais propriété qu'on n'a fait qu'indiquer, sans toutefois l'utiliser. Voici cette propriété :

A la température, relativement basse de 40 à 42 degrés, le salol entre en fusion. Il devient liquide; sa liquéfaction est si complète qu'on peut facilement l'injecter avec une seringue de Pravaz, et le faire passer par l'aiguille de cette seringue.

Cette liquéfaction persiste au-dessous du degré de température qu'il a fallu atteindre pour faire entrer le salol en fusion. On peut, par suite, conserver le corps liquide quinze à vingt minutes, temps largement nécessaire pour le manier. De plus, à cette température, le salol peut sans danger être injecté. En refroidissant, le liquide se prend en masse, se moulant dans le vase ou dans la cavité, dans laquelle la cristallisation s'est faite.

Le salol offre, en outre, une autre propriété, qui n'a pas encore été signalée. On avait bien remarqué qu'il se combine avec un corps : le camphre. Mais cette propriété du salol de s'unir à d'autres substances est bien plus étendue. Si on mélange du salol et de l'iodoforme, du salol et de l'aristol, et si l'on chauffe, on voit que le mélange de ces différentes substances devient liquide, facilement injectable, et se reprend au bout d'un certain temps en masse, dans laquelle les différents corps mélangés sont intimement unis. Ils ne donnent, toutefois, pas un nouveau produit; ils sont simplement unis, cristallisent séparément et conservent leurs propriétés respectives.

Nous avons injecté de ce salol liquide, soit seul, soit uni à de l'iodoforme ou à de l'aristol, dans différents trajets fistuleux, ou dans des cavités purulentes, dans lesquels le salol se cristallisait, et se désagrégeant et s'absorbant peu à peu, arrivait à aseptiser la cavité ou le trajet.

C'est ainsi qu'il a été essayé dans des adénites tuberculeuses suppurées, mais non ouvertes, dans des trajets fistuleux consécutifs à des adénites, et sur de nombreux malades son emploi a été suivi de guérison. Nous avons également obtenu la cicatrisation de fistules consécutives à la résection costale pour lésions tuberculeuses, fistules qui avaient résisté à d'autres traitements.

De même, en remplissant de ce salol iodoformé des cavités osseuses, résultant d'abcès tuberculeux limités, ou d'ablation de séquestre, nous avons, grâce à ce pansement qui obstrue entièrement la cavité, provoqué, dans un temps relativement court, la guérison sans suppuration. Ces injections de salol liquide nous paraissent toutefois contre-indiquées dans les cavités purulentes ouvertes par un orifice étroit. La masse que forme le salol en se refroidissant, ne se dissociant que très lentement, détermine des masses vitrifiées qui jouent le rôle de corps étranger, et qui se trouvent éliminées, sans arriver à aseptiser la poche. Enfin nous avons, sur des sutures cutanées, utilisé de ce salol liquide iodoformé comme pansement. En se cristallisant, il forme au-dessus des plaies un véritable vernis aseptique qui les protège. Dans ce moment, où on essaye, avec la traumaticine, de faire des pansements adhésifs, on peut espérer que le salol pourra remplacer la traumaticine avec avantage, comme véhicule des substances antiseptiques.

DE LA TORSION DU PÉDICULE

DES KYSTES DE L'OVAIRE

Le docteur Boiffin (de Nantes) publie dans les « Archives provinciales de chirurgie » un travail, dont il tire les conclusions suivantes :

La temporisation expose donc les femmes atteintes de kyste de l'ovaire à de graves dangers; dès qu'une tumeur de cette nature est reconnue, elle doit être enlevée.

Le début brusque d'accidents, sans cause sérieuse, chez une femme atteinte de kyste de l'ovaire, doit éveiller l'idée de torsion du pédicule.

Les accidents de cet ordre sont ordinairement violents; ils peuvent être plus ou moins rapidement mortels; l'ovariotomie doit être pratiquée d'urgence, comme dans la hernie étranglée.

Même dans les formes lentes, l'intervention doit être précoce pour ne pas laisser s'établir et se fortifier ces adhérences qui aggravent le pronostic de l'ovariotomie.

Les symptômes de péritonisme, loin d'être une contre-indication à la laparotomie, rendent cette intervention urgente, sous peine de trouver plus tard une malade déprimée par l'intensité de la douleur et par l'abondance de la perte de sang.

La ponction simple doit être proscrite, car si elle diminue passagèrement la tension abdominale et la gêne respiratoire, elle permet une nouvelle hémorragie ou de nouvelles adhérences.

RAPPORTS DE LA TUBERCULOSE AVIAIRE

AVEC LA TUBERCULOSE DES MAMMIFÈRES

Nous extrayons d'un travail, publié par M. Courmont dans la « Semaine médicale », les conclusions, auxquelles l'auteur est arrivé :

1° Au point de vue morphologique, les deux bacilles humain et aviaire peuvent le plus souvent se distinguer par l'aspect des cultures sur milieux solides, sans toutefois que ce caractère différentiel soit absolu. Fischel prétend d'ailleurs l'avoir fait disparaître à volonté;

2° Le lapin est très sensible à la tuberculose aviaire, souvent autant et même plus qu'à la tuberculose humaine. Le type Yersin

(1) Cotard. Th. de Paris, 1892.
(2) P. Marie. *Progr. méd.*, 1885.
(3) Strumpell. Ueber die acute exaphalitis der Kinder, *Deuts. Med. Wochens.*, 1884, t. XLIV.

et le type Villemin s'obtiennent indifféremment avec les deux bacilles, suivant la dose, le degré de virulence des microbes injectés et aussi, suivant la résistance, la durée de la survie de l'animal;

3° Le cobaye est moins sensible à la tuberculose aviaire qu'à la tuberculose des mammifères; néanmoins des lésions tuberculeuses généralisées confluentes ont été fréquemment observées chez lui, à la suite de l'inoculation de bacilles aviaires;

4° Le chien résiste beaucoup mieux à la tuberculose aviaire qu'à la tuberculose humaine, sans lui être réellement réfractaire;

5° La tuberculose des mammifères éprouve d'assez grandes difficultés à se reproduire chez les gallinacés, mais peut, cependant, se propager en séries sur ces animaux;

6° Les bacilles aviaires tuberculisent d'autant mieux les mammifères qu'ils sont, depuis plus longtemps, cultivés en milieux artificiels; un seul passage par la poule les rend presque inoffensifs pour les mammifères; cette adaptation si rapide rend compte des divergences constatées entre les différents expérimentateurs, dont les uns ont inoculé directement des lésions et les autres des cultures anciennes;

7° Les deux bacilles fabriquent dans les bouillons des substances toxiques et vaccinantes à effets superposables.

Ces prémisses étant admises, le lecteur voudra bien, je l'espère, voir, dans les différences incontestables qui séparent la tuberculose aviaire de celle des mammifères, des effets de l'adaptation du bacille de Koch au milieu où il a vécu, constituant ainsi deux variétés, et adopter la *théorie uniciste* avec MM. Grancher et H. Martin, Cadiot, Gilbert et Roger, Arloing, Fischel, Dor et moi-même.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire de pathologie générale comprenant la pathogénie et la physiologie (1), par H. Hallopeau.

C'est la quatrième édition de cet ouvrage; c'est là, pour un livre médical, un succès peu banal. Ce succès est justifié par les qualités de ce manuel, il nous dispense d'en faire l'éloge.

Cette édition, qui ne sera certainement pas la dernière, a été soigneusement revue et sensiblement augmentée.

Ce livre, orné de nombreuses figures, peut servir tout aussi bien à l'étudiant qu'au médecin. Le premier y trouvera, sous une forme succincte, les renseignements dont il peut avoir besoin sur la signification de nombreux termes de médecine, sur de nombreux points de pathologie, de bactériologie, de chimie, de biologie médicale en un mot; le second y trouvera des renseignements suffisants pour qu'il puisse se représenter convenablement l'état et les tendances de la médecine à l'heure actuelle.

Étude critique sur les rapports du tabes dorsalis et de la paralysie générale (2), par L. D. Stojanovitch.

Ce travail a été inspiré par M. Joffroy, dont il reproduit les idées sur cette question très controversée. Le tabes dorsal est une affection systématique de l'appareil médullaire sensitif; la paralysie générale est une affection centrale, diffuse et non systématisée de l'axe cérébro-spinal; ce sont donc deux processus différents. Tous deux peuvent être produits par la syphilis; mais il faut autre chose que la syphilis pour qu'ils apparaissent et évoluent, il faut une prédisposition congénitale particulière. Le tabes et la paralysie générale peuvent se juxtaposer sans se confondre sur le même individu.

(1) In-8°. Prix : 13 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, Ollier-Henry.

Hypertrophie du cœur (1), par le docteur G. André, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse.

Le fait de l'hypertrophie du cœur est celui qui avait le plus fortement frappé les médecins avant l'intervention de l'auscultation, qui a mis en première ligne les lésions orificielles. Toutefois, comme l'hypertrophie existe indépendamment des lésions orificielles, comme dans les lésions orificielles elle peut tenir à la fois à un travail d'hypernutrition compensatrice et de dégénérescence, elle mérite d'être étudiée d'une façon spéciale. Le problème de l'hypertrophie du cœur est aussi intéressant en pathologie générale qu'en clinique.

Voilà pourquoi M. André a jugé bon d'écrire un exposé d'ensemble de l'hypertrophie du cœur qu'on lira avec intérêt et profit.

Bruits de souffle et bruits de galop (2), par le docteur G. Barié, médecin de l'hôpital Tenon.

On trouvera exposé dans ce volume tout ce qui concerne l'histoire clinique et le mécanisme physiologique des bruits de souffle et des bruits de galop. M. Barié s'est particulièrement adonné depuis longtemps déjà à l'étude des maladies du cœur; il avait toute la compétence voulue pour écrire un petit manuel de cet ordre, il l'a fait très clairement.

Aux futurs étudiants en médecine. — Voici le premier paragraphe d'une étude publiée par le « British Medical Journal » (2 septembre 1893), qui porte pour titre : « Les façons dont on entre dans la profession médicale » :

« Il est admis par tous les hommes de bon sens et de bon sentiment, que la profession médicale est une des plus nobles que l'on puisse embrasser. Pour avoir du succès, un vrai succès dans cette carrière, un homme doit avoir des qualités morales et intellectuelles très élevées. Pour être honoré de ses confrères et respecté de ceux au milieu desquels il vivra, l'étudiant doit se proposer un idéal exact de cette profession. Il doit être bien entendu, une fois pour toutes, que cet idéal ne doit pas être le gain de l'argent. Le jeune homme qui veut faire sa médecine pour acquérir une grosse fortune, aura de grandes chances d'être déçu. Une compétence modeste, la satisfaction intime du devoir accompli, tel est le but qu'il doit se proposer, vers lequel doivent tendre tous ses efforts. Il ne faut pas se déguiser, en effet, que le public paie mal les services médicaux. La récompense du médecin, en honneurs et en argent, est très inférieure à celle que peut obtenir un homme de loi heureux ou un soldat favorisé par la chance. Il n'y a pas encore d'exemple de médecin parvenu à la pairie, et on ne connaît pas encore de médecin millionnaire. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 3 septembre 1893, MM. les médecins aides-majors de première classe Chevalier et Lespinasse ont été désignés, le premier pour l'escadron de spahis soudanais, le second pour l'escadron de spahis soudanais auxiliaire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Batmale (de Saint-Ybars), Bégué (de Saacy), Villemen (de Gallargues).

(1et 2) In-16. Bibl. Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

— Le « British Medical Journal » (3 septembre) fait le compte de ce que peuvent coûter les études médicales à Londres :

Frais d'école et d'hôpital	115 à 157 liv. sterl.
Frais d'étude pour la vaccination et les fièvres.	4 liv. 4 shill.
Biologie et chimie.	6 — 6 —
Clubs	8 — 8 —
Instruments, environ.	10 — 10 —
Droits de diplômes.	36 — 15 —

Cinq années de quarante semaines à 30 ou 40 schillings par semaine, soit 300 ou 400 livres pour les cinq ans ;

Vêtements pendant cinq ans, 100 livres.

C'est donc une dépense de 587 livres, 9 shillings à 734 livres 3 schillings que devra faire l'étudiant anglais.

La livre sterling valant 25 francs et le shilling 1 fr. 25, on voit que les frais d'études médicales sont estimés environ 14 670 à 18 360 francs, en chiffres ronds de 15 000 à 18 500 francs, ce qui fait de 3 à 4 000 francs par an, suivant le bien-être que se donne l'étudiant.

— *La médecine dans les journaux politiques.* — Il s'agit d'une femme qui a reçu deux graves blessures à la tête. Citons textuellement :

« Après l'hémorragie qu'elle a eue chez elle, il s'en est produit une nouvelle à l'hôpital. Puis la cervelle s'est mise à couler, il fallut plusieurs fois, pendant le pansement, remettre dans le crâne la matière qui en sortait. » (*Libre Parole*, du 25 août 1893.)

Dans le même journal (28 août), le docteur Y... nous apprend, dans une de ses causeries scientifiques, que la tuberculose n'est pas une maladie contagieuse. Il a jusqu'à un certain point le droit de parler ainsi et de nier l'évidence, mais il dépasse vraiment les bornes de la plaisanterie à la fin de son article :

« Pour se rendre compte des lésions pulmonaires, il faut explorer la poitrine, mais, d'une manière générale, on peut dire que, sauf les cas où il y a de la fièvre,

Un tiers du poumon perdu donne 90 pulsations ;
La moitié du poumon perdu donne 100 pulsations ;
Trois quarts du poumon perdu donnent 110 pulsations ;
Un poumon perdu donne 120 pulsations. »

Sans être sorti de l'x, on arrive ainsi à trouver que, lorsque les deux poumons sont perdus, l'on a fatalement 160 pulsations ; c'est évidemment le rêve, puisque c'est presque le chiffre de l'état fœtal, caractérisé, comme l'on sait, par une activité organique des plus intenses. (*Gazette des hôpitaux de Toulouse.*)

Manuel d'exploration clinique et diagnostic médical, par E. Spehl, professeur à la Faculté de médecine de Bruxelles. 1 vol. in-8° cart., de 663 pages, avec 172 fig. dans le texte et 7 pl. hors texte dont 6 en couleurs. — Prix : 12 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Manuel de la sage-femme et de la garde-malade, par le docteur Touvenaint. 1 vol. in-18, avec figures, reliure souple cuir fauve, tête dorée. — Prix : 3 francs. — Paris, L. Battaille et Cie, 23, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les séances se suivent et ne se ressemblent pas. L'Académie s'est réveillée et elle a écouté avec un vif intérêt une importante lecture de M. Brouardel sur la valeur comparée du système quarantenaire ancien et du système récemment adopté pour la défense des divers pays contre le choléra.

Il y a quelques semaines (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1893, p. 941), M. Babès (de Bucharest) faisait une communication tendant à prouver que la suppression des quarantaines avait produit en Roumanie un résultat désastreux. Cette opinion de M. Babès sur les quarantaines allait précisément à l'encontre des bases essentielles de la convention de Dresde, et il était facile de prévoir que les représentants français de cette convention ne la laisserait pas passer sans protestation. C'est pourquoi M. Brouardel a pris hier la parole, et, dans ce style clair et concis qui lui est habituel, il a nettement démontré les avantages des mesures nouvellement adoptées.

M. Germain Sée a communiqué un travail sur l'ulcère de l'estomac et son traitement. Pour M. Sée, l'ulcère de l'estomac rentre dans le groupe des affections gastriques désignées sous le nom d' « hyperchlorhydries ». Partant de cette donnée, il en conclut que le traitement doit viser exclusivement cette hyperchlorhydrie. Chemin faisant, M. Germain Sée a assez malmené la dilatation gastrique dont, selon lui, on exagère singulièrement l'importance, et qui ne serait qu'un accident secondaire à peu près négligeable au point de vue du traitement.

Signalons, enfin, une intéressante observation présentée par M. Phocas (de Lille), et dans laquelle il s'agit d'un pied bot paralytique qu'il a corrigé par une transplantation musculo-tendineuse.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Considérations générales sur le traitement des dermatoses (1).

Par le docteur Ch. LAILLER,
Médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis.

II

Il n'y a ni médication, ni médicaments dépuratifs s'adressant directement aux dermatoses.

Éliminons d'abord cette poly-pharmacie constituée par des tisanes, des élixirs, des sirops décorés du nom de dépuratifs, expression séduisante, mais qui n'est qu'un leurre auquel les malades et souvent les médecins se laissent et se laisseront toujours prendre; il n'y a pas de dépuratifs dans le sens strict du mot, mais des médicaments qui, en agissant sur les fonctions de l'estomac, des intestins, des reins, de la peau et souvent employés empiriquement, paraissent avoir une action favorable.

Dans ces dernières années, M. le professeur Bouchard a fait jouer un grand rôle aux causes infectieuses et aux auto-intoxications qu'il combattrait avantageusement par les procédés et les préparations antiseptiques. Cette doctrine, qui rappellerait la méthode dépurative, n'a pas encore subi du temps une épreuve suffisante pour être admise définitivement, mais elle mérite d'être étudiée avec attention et sans parti pris ; les accidents qui surviennent à la suite de l'ingestion de certains aliments, des moules par exemple, sont un argument en faveur de cette opinion.

Mais s'il n'y a pas de médicaments dépuratifs, certains médicaments paraissent avoir une action élective contre certaines infections : c'est ainsi que les préparations mercurielles et iodurées sont considérées, d'un accord à peu près unanime, comme des spécifiques pour la cure des manifestations syphilitiques, à tel point qu'on en fait une sorte de pierre de touche pour le diagnostic quand il ne peut être établi d'une façon certaine. Il ne faudrait pas aller trop loin dans cette voie, ces médicaments peuvent échouer dans certains cas, bien nettement syphilitiques, sans que souvent on en sache la raison et, d'autre part, leur action n'est pas limitée à ces manifestations et se fait sentir dans des maladies de nature très différente.

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 1013.

En dermatologie, on a attribué un rôle analogue aux préparations arsenicales pour la cure de la plupart des dermatoses, mais leur action est loin d'être comparable à celle des mercuriaux et des iodures sur les manifestations syphilitiques, on en avait fait une sorte de panacée et il est difficile de trouver l'origine de cette sorte de légende.

Biett a importé la médication arsenicale d'Angleterre en France, en 1817, et en a fait un grand usage, ainsi que son élève Cazenave et que Devergie. Hunt, en Angleterre, en a presque fait une méthode générale de traitement. Gibert a été beaucoup plus réservé et, à la fin de sa pratique, sa foi dans les préparations arsenicales avait beaucoup diminué.

A mon début à l'hôpital Saint-Louis, subissant l'influence du milieu ambiant, j'ai fait, en 1864, des essais nombreux et prolongés des préparations arsenicales employées seules, sans l'adjonction de traitement local et, à quelques exceptions près, j'ai été amené à renoncer à leur usage habituel même dans les éruptions où on les avait le plus vantées, les éruptions squameuses.

Voici ce qu'en dit Devergie qui a fait une étude spéciale de l'action des préparations arsenicales : « Le traitement d'une maladie de peau, par la liqueur de Fowler, doit durer de deux mois à deux mois et demi. La guérison se reconnaît à un phénomène que nous croyons avoir signalé, le premier, au moins dans les affections squameuses, lorsque la médication arsenicale a été suffisamment continuée et convenablement administrée, la surface guérie se colore en brun et la peau reprend toute sa souplesse. Cette tache brune est un fait capital; elle prouve que le traitement est complet et la guérison aussi parfaite que possible. Il résulte, en effet, de nos observations que si, par une cause quelconque, la maladie récidive, *ce qui est malheureusement trop fréquent* dans les affections squameuses chez les ouvriers, c'est plutôt à côté de la tache et non la tache elle-même que reparaît la maladie. C'est, du moins, ce qui arrive le plus souvent. Ces taches, que j'appelle arsenicales, ne disparaissent qu'après huit ou dix mois.

Dans ses annotations sur les leçons de Kaposi (tome Ier, p. 501 et suivantes), M. Besnier ne paraît pas non plus avoir tiré de l'usage des préparations arsenicales les bénéfices que la tradition lui avait fait espérer; c'est que, en effet, malgré ce que l'on sait maintenant de l'élimination de l'arsenic par la peau, il est probable que son action résulte surtout de son influence sur les fonctions digestives et sur le système nerveux; c'est ainsi que les arsenicophages passent pour avoir le teint frais et que les maquignons administrent l'arsenic aux chevaux pour leur rendre le poil plus fin et plus brillant.

Il ne faudrait pas aller d'un extrême à l'autre et, après avoir fait de l'arsenic une sorte de spécifique des dermatoses, lui dénier toute influence sur leur évolution.

C'est surtout dans les affections primitivement squameuses et à la période squameuse de l'eczéma, que l'emploi des préparations arsenicales a une influence heureuse; elles semblent hâter la chute des squames et rendre leur reproduction moins abondante; la meilleure preuve à donner de leur action sur la peau est la pigmentation particulière des plaques malades qu'on observe après un certain temps de leur emploi et qui permet, à des yeux exercés, de reconnaître l'emploi d'une médication arsenicale antérieure.]

La préparation arsenicale employée et le mode d'administration du médicament ne sont pas indifférents.

L'acide arsénieux, les arséniates et arsénites de soude et de potasse, les arséniates de fer, d'ammoniaque, l'iodure double d'arsenic et de mercure ont été tour à tour préconisés.

L'arséniate de soude et l'arsenite de potasse sont les deux préparations les plus usitées actuellement.

En France, on fait usage de la liqueur de Fowler, dont voici la formule suivant le Codex :

Acide arsénieux.	1	gramme.
Carbonate de potasse pur. . . .	1	—
Eau distillée	95	grammes.
Alcoolat de mélisse composé .	3	—

La liqueur de Fowler contient le centième de son poids d'acide arsénieux.

On en prescrit de II à XXV gouttes par jour en deux ou trois fois.

La liqueur de Pearson est composée :

Arséniate de soude cristallisé. .	5	centigr.
Eau distillée	30	grammes.

Elle est au 6/100, c'est-à-dire que VI gouttes de liqueur de Pearson répondent à I goutte de liqueur de Fowler.

Hardy fait usage de la solution suivante :

Eau distillée.	300	grammes.
Arséniate de soude . . 5 ou	10	centigr.

On a souvent recours à des granules soit d'acide arsénieux, sous le nom de granules de Dioscoride, soit, plus habituellement, d'arséniate de soude à 1 milligramme par granule. Quand ils sont préparés avec soin, c'est la forme médicamenteuse la plus commode; mais ils le sont souvent en grand, industriellement, et le dosage peut en être défectueux. Aussi est-il préférable, autant que possible, d'avoir recours à une préparation arsenicale liquide, telle que la liqueur de Fowler ou, plus simplement, une solution titrée d'arséniate de soude.

Quant au mode d'administration, il y a plusieurs méthodes : les uns, comme Biett, Devergie, emploient l'arsenic en commençant par de faibles doses et en augmentant progressivement jusqu'à la dose maxima, et continuant à dose décroissante.

Les autres, Hunt entre autres, débutent par une dose maxima, XX gouttes par exemple, de liqueur de Fowler, soit un demi-centigramme d'acide arsénieux, et la diminue à mesure que l'action physiologique s'accentue.

Quelques auteurs éclectiques, et nous nous rangeons dans cette catégorie, débutent par des doses moyennes et les augmentent ou les diminuent suivant les effets physiologiques produits.

Pour la liqueur de Fowler, prise pour type, on commence par la dose de VI à X gouttes, suivant l'âge et la force du patient, on l'augmente successivement tant qu'il ne se produit ni phénomène de saturation, ni action thérapeutique, on peut aller ainsi jusqu'à XII, XV gouttes par jour; mais s'il se produit des douleurs à la région stomacale, de la diarrhée, des vomituritions, il faut diminuer et même suspendre la médication, mettre les malades au régime lacté et administrer quelques purgatifs.

En général, les accidents cessent rapidement; il arrive alors souvent que les malades conservent une grande susceptibilité et il est difficile de reprendre chez eux la médication arsenicale sans provoquer rapidement le retour des accidents. Dans ce cas, il faut y renoncer pour un temps

assez long, avoir recours à un régime reconstituant et à une autre médication.

Le moment le plus favorable, pour l'administration de ce médicament comme de la plupart des autres, du reste, est celui du repas; mêlé aux aliments, il a peut-être une action moindre que s'il était administré à jeun, mais ce léger inconvénient, auquel on peut facilement remédier en augmentant un peu la dose, est largement compensé par une bien plus grande tolérance des organes digestifs.

En résumé, si les préparations arsenicales paraissent avoir une action favorable dans l'évolution d'un certain nombre d'affections cutanées comme le psoriasis, l'eczéma à leur période squameuse, cette action est loin d'être comparable à celle du mercure et de l'iodure de potassium dans la syphilis, et les enquêtes médicales qui ont été faites en Angleterre et en Amérique n'ont guère contribué à élucider cette question; de la dernière faite en Amérique il paraît résulter que c'est surtout dans les pays à endémicité paludéenne que l'arsenic a donné des résultats satisfaisants.

Un certain nombre d'autres médicaments ont encore été préconisés dans le traitement interne des affections cutanées; il n'est pas de jour où l'on n'en voie surgir de nouveaux, mais il en est bien peu qui aient résisté à une expérimentation clinique attentive et prolongée.

Depuis quelques années, des tentatives assez nombreuses ont été faites pour substituer, à l'administration des médicaments par l'estomac, la méthode des injections hypodermiques.

La question est encore à l'étude; si cette dernière méthode permet un dosage plus exact, évite l'action irritante des médicaments sur le tube digestif, elle a l'inconvénient d'exiger l'assistance presque quotidienne du médecin, d'être trop souvent encore la cause d'accidents locaux difficiles à éviter. Le choix de la méthode à employer varie suivant les circonstances.

A l'hôpital, les injections hypodermiques peuvent être plus facilement pratiquées et permettent d'éviter les fraudes des malades. En ville, sauf urgence et indications particulières, il est plus pratique d'avoir recours à la voie stomacale.

Deux ordres de préparations ont été surtout essayées par la méthode des injections, les préparations mercurielles contre la syphilis et les injections arsenicales contre les dermatoses et surtout le psoriasis.

Les injections hypodermiques, dans le traitement de la syphilis, ont été et sont employées sur une assez grande échelle, tantôt on se sert de préparations solubles, tantôt de préparations insolubles. Il semble que la faveur, dont ce mode d'administration du mercure a été l'objet, se soit un peu calmée.

Les préparations solubles employées sont le sublimé et le peptonate de mercure (ammoniaque), le cyanure de mercure; les préparations insolubles sont le calomel, l'oxyde jaune de mercure; comme excipient, on se sert surtout d'huile de vaseline. Une des préparations les plus vantées est l'huile grise employée par Lang.

Cruyl (de Gand) préconise la préparation suivante qui rend le sublimé moins irritant.

Un gramme de sublimé dissout préalablement dans l'éther est incorporé à 100 grammes d'huile. Tous les deux jours, on fait une injection d'une seringue avec cette solution à 1 p. 100.

Ces injections doivent être faites profondément, dans l'épaisseur des muscles; les lieux d'élection sont les fesses, la région lombaire, les parois abdominales, plus rarement les bras et les cuisses.

On les répète tous les cinq, huit, quinze jours.

Elles sont douloureuses, surtout les injections de sublimé, et, malgré les précautions aseptiques les plus minutieuses, déterminent souvent des indurations du volume d'une amande en moyenne, qui persistent pendant un temps très long et se terminent quelquefois par une suppuration à laquelle il faut donner issue.

Elles provoquent aussi parfois de la salivation, à laquelle on ne peut remédier par la suppression du médicament, puisque le but recherché par l'injection des préparations insolubles est une action lente et prolongée et cette lentenr d'absorption, qui pouvait être un avantage, devient alors un inconvénient assez grave.

On peut avoir recours à ce procédé, lorsque les voies digestives sont en mauvais état et ne peuvent supporter l'administration stomacale des médicaments.

Voilà, il me semble, la conclusion qu'on peut tirer des communications qui ont été faites au Congrès de dermatologie de Paris et de la discussion à laquelle elles ont donné lieu.

Les injections hypodermiques de préparations arsenicales comme traitement général en dermatologie ne sont pas, jusqu'à présent, entrées dans la pratique. (*A suivre.*)

LES MOYENS DE RENDRE INOFFENSIVE L'ANALGÉSIE COCAÏNIQUE

Le docteur Gauthier (de Charolles) publie, dans la « Revue générale de clinique et de thérapeutique », le travail suivant, intéressant par ses applications pratiques :

Actuellement l'usage de la cocaïne, comme anesthésique local, est devenu général. Son efficacité constante n'est plus à démontrer, et les services que rend, en chirurgie courante, ce précieux agent sont incontestés. Entre des mains expérimentées, la cocaïne a singulièrement étendu le domaine de l'analgésie locale, et un grand nombre d'opérations importantes qui, naguère, ne pouvaient être pratiquées qu'au moyen de l'anesthésie générale, le sont aujourd'hui sans endormir le malade. C'est là un progrès énorme pour la pratique chirurgicale civile, à la campagne surtout, où, avec l'emploi des anesthésiques généraux, l'assistance d'un aide est le plus souvent nécessaire.

Mais, par cela même qu'elle est un agent thérapeutique puissant, et qu'à l'exemple de la morphine et du chloroforme, elle demande à être employée avec art et prudence, la cocaïne a rencontré de nombreux et violents détracteurs. On l'a accusée de produire les plus graves méfaits et on a mis à son actif de nombreux cas de mort. M. Reclus qui, dès la première heure, a été le champion convaincu de l'analgésie cocaïnique, a fait, à la vérité, bonne justice de ces statistiques désastreuses, en démontrant que les cas de mort authentiques sont, en somme, fort restreints, et que, dans tous les cas, les accidents graves se sont produits avec des doses non maniables et une technique défectueuse.

Il n'est pas douteux, en effet, qu'à l'origine les injections cocaïniques étaient faites à trop haute dose et à un titre de solution trop élevé. Nous-même, lorsqu'il y a cinq ans nous publiions le résultat de notre pratique, nous tombions dans cette exagération, en indiquant comme dose nécessaire 5 à 25 centigrammes et, comme titre de la solution, 10 p. 100.

Avec le temps et l'expérience, la formule utile s'est dégagée, la technique s'est précisée et, aujourd'hui, on est d'accord sur les points suivants :

1° Dose de 1/2 à 2 centigrammes pour les petites opérations; de 5 à 6 centigrammes pour les opérations d'une certaine importance; très rarement dépasser 15 et ne jamais atteindre 20 centigrammes pour les opérations à large champ ;

2° Dans les cas où on arrive aux fortes doses (de 5 à 15 centigrammes), morceler la quantité à injecter en un plus ou moins grand nombre d'injections;

3° Abaisser le titre de la solution à 1 ou 2 p. 100;

4° N'opérer le malade que couché;

5° Éviter soigneusement de pousser l'injection dans une veine.

Voilà donc des règles générales bien précises, dont il ne faut jamais se départir. En s'y conformant, on serait, au dire des partisans de la méthode, à l'abri de tout accident sérieux. Mais il en est de la cocaïne comme des autres alcaloïdes, ses effets physiologiques sont très variables, suivant les sujets, et il faut compter toujours avec les idiosyncrasies et l'intolérance de certaines personnes pour certains médicaments. Il est vrai qu'à ces règles générales on ajoute, comme recommandation spéciale, que la cocaïne étant un agent vaso-constricteur et ischémiant, il faut en être tout particulièrement parcimonieux à l'égard des vieillards, des artério-scléreux, des cardiaques, des anémiques, des neurasthéniques, des cachectiques. Mais, en vérité, est-il toujours possible de deviner les idiosyncrasies, de reconnaître, par exemple, l'irritabilité vaso-motrice de certains sujets?

Nous nous rappelons une jeune femme de vingt-cinq ans, ne présentant en apparence aucune de ces contre-indications; une injection de 2 centigrammes de cocaïne lui est faite au niveau de la première molaire supérieure droite, — étant couchée. Deux minutes après, surviennent des sueurs froides, pâleur excessive, lipothymies, tremblement, tétanie des quatre membres, angoisse précordiale, accélération de la respiration. Cet état, réellement très inquiétant, dura environ une demi-heure. Nous avons vu encore pareils phénomènes, se produisant dans de pareilles conditions, chez quatre ou cinq sujets, avec des doses variant de 2 à 3 centigrammes de cocaïne. Et nous ne parlons pas des cas extrêmement fréquents où des cocaïnisés à 1 ou 2 centigrammes éprouvent un certain malaise, de la loquacité, des pleurs involontaires, etc.

Même en se conformant aux règles précédemment énoncées, la sécurité n'est donc jamais complète. En fait de sécurité, l'idéal de la cocaïnisation consisterait à pouvoir disjoindre les deux actions — locale et générale — du médicament. Comme anesthésique local, la cocaïne se comporte, à l'égard de la sensibilité, absolument comme le curare à l'égard de la motilité (curare sensitif); c'est, en dehors de toute absorption, par une influence directe sur les terminaisons nerveuses qu'elle produit son effet. Cette action locale, périphérique, est la seule *utile* pour l'analgésie; tandis que l'action générale, celle qui suit l'absorption du médicament, est la cause de tous les accidents. C'est là l'action *nocive* qu'il faudrait annihiler ou neutraliser.

Dans ce but, différents moyens ont été imaginés. Robson et Coming ayant indiqué que la bande d'Esmarch était un moyen de renforcer et de prolonger l'effet de la cocaïne, en empêchant la substance injectée d'être entraînée par la circulation, Kummer, par une déduction toute naturelle, a recommandé ce subterfuge pour rendre l'injection, non seulement plus efficace, mais moins dangereuse.

Ce procédé ne pouvant être utilisé que pour certaines régions, le docteur J. Coming (de New-York) a eu, dans ces derniers temps, recours à un autre moyen, très ingénieux, visant au même but, mais qui a le défaut d'être assez compliqué. On injecte sous la peau d'abord une solution de cocaïne à 2 ou 3 p. 100, mais en laissant l'aiguille en place, on adapte à cette aiguille une autre seringue remplie de beurre de cacao liquéfié par la chaleur, et on injecte ce liquide; enfin, on soumet la région aux pulvérisations d'éther. Le refroidissement produit par ces pulvérisations amène la solidification du beurre de cacao injecté. La circulation dans les capillaires de la peau se trouvant suspendue par suite de cette solidification, la solution de cocaïne n'est pas absorbée, mais reste en place, continuant à agir sur la terminaison des nerfs sensibles et à entretenir ainsi l'anesthésie. Dès qu'on cesse les pulvérisations, le beurre de cacao, se liquéfiant par la chaleur du corps, est absorbé. De sorte qu'en renouvelant et en suspendant alternativement les pulvérisations d'éther, on morcelle à son gré l'absorption du poison.

Marchandé prétend qu'en prenant l'oléo-naphtine stérilisée comme véhicule, on rend l'absorption plus lente et les accidents consécutifs moins redoutables.

J. Glück ajoute quelques gouttes d'acide phénique pur liquide à une solution cocaïnique forte (15 p. 100), qu'il emploie en badigeonnages sur les muqueuses, et croit que l'acide phénique empêche la résorption de la cocaïne en produisant la formation d'une mince escarre sur la muqueuse. Ce moyen n'est pas appliqué, bien entendu, aux injections intradermiques.

A côté de ces procédés, qu'on peut appeler *mécaniques*, nous avons songé à un moyen d'un autre ordre, consistant à annihiler l'action générale de la cocaïne — sans nuire à son action locale — en ajoutant à sa solution une substance ayant une action physiologique contraire, neutralisante.

La trinitrine nous semblait répondre admirablement à cette indication. A l'encontre de la cocaïne, c'est le médicament vasodilatateur par excellence, agissant merveilleusement contre les symptômes d'ischémie cérébrale et cardiaque, produisant son effet, comme la cocaïne, quelques minutes après l'injection, mais un effet absolument inverse. Avec une injection de II ou III gouttes de la solution alcoolique de trinitrine au 100ᵉ, on voit, au bout de une ou trois minutes, la peau devenir chaude, le visage rougir, se congestionner, les yeux s'injecter, les oreilles bourdonner et se produire une céphalalgie assez prononcée pour que le sujet croie que « son crâne se dilate et est prêt à éclater ».

Nous avons donc songé à associer la trinitrine à nos injections de cocaïne et, depuis bientôt deux ans, nous faisons usage de la solution suivante :

Eau.	10 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne. .	20 centigrammes.
Solution alcoolique de trinitrine au 100ᵉ.	x gouttes.

Chaque seringue de Pravaz contenant ainsi 2 centigrammes de cocaïne et I goutte de solution trinitrinée.

Nous affirmons que, depuis ce temps, nous avons cessé d'observer les petits accidents dont nous étions témoins auparavant avec pareille dose de cocaïne seule. Nous ne couchons pas nos malades à propos d'extractions dentaires et autres opérations sur la face. Il nous est arrivé plusieurs fois d'injecter, pour des opérations à assez large surface, 10 et 12 centigrammes de cocaïne (additionnés par conséquent de V et VI gouttes de solution trinitrinée), et tout s'est passé jusque-là sans la moindre alerte.

Sommes-nous tombé sur une heureuse série de sujets peu sensibles à l'action de la cocaïne? Nous ne le pensons pas : notre expérience porte sur un laps de temps assez long et sur un très grand nombre de cas, puisque nous ne pratiquons pas la plus légère intervention sans nous servir du médicament. Subissonsnous l'illusion née de l'enthousiasme? Non plus : car nous rapportons en toute sincérité ce que nous avons vu.

TRAITEMENT DE LA GALE A L'HOPITAL SAINT-LOUIS

D'après le « Journal des connaissances médicales », M. le professeur Fournier formule ainsi le traitement de la gale :

En premier lieu, le malade se met complètement à nu et se frotte du cou au pied pendant une demi-heure avec du savon noir. Pendant une deuxième demi-heure, il se met dans un bain

et continue ses frictions; puis, une fois qu'il est sorti du bain, on lui étend sur le corps une couche de pommade sulfo-carbonée, dite pommade d'Helmerich. Le patient se rhabille, reste ainsi englué pendant vingt-quatre heures, et ce n'est que le lendemain qu'il prend un bain. Naturellement, on passe les vêtements à l'étuve à 110 degrés, afin de les débarrasser des parasites qui pourraient s'y trouver.

La théorie du traitement est facile à exposer : les frictions et le bain ouvrent les terriers dans lesquels se tiennent les sarcoptes, la pommade les tue.

La frotte donne des résultats excellents. Sur 12294 malades traités en 1890, c'est à peine si 3 ou 4 p. 100 n'ont pas été guéris dès la première fois qu'ils l'ont subie.

Malheureusement, comme cette méthode est dure et rude, les éminents médecins de Saint-Louis, MM. Bazin, Hardy, Lailler, Vidal, Besnier, se sont successivement ingéniés à la rendre plus rapide, moins douloureuse, tout en la conservant toujours économique, prompte et sûre.

M. Fournier formule ainsi la lotion, dite Bourguignon, qu'il préconise en ville :

Glycérine	200 grammes.
Gomme adragante	5 —
Fleur de soufre	100 —
Sous-carbonate de potasse	35 —
Essence de menthe	} *àà* 1gr50
— de lavande	
— de cannelle	
— de girofle	

Dans les hôpitaux de Vienne, on donne la préférence au traitement lent qui exige l'hospitalisation du malade pendant trois à cinq jours pour les hommes et cinq à sept pour les femmes.

La pommade employée est la suivante :

Naphtol β	15 grammes.
Savon noir	50 —
Craie	10 —
Axonge	100 —

TRAITEMENT DES TUBERCULOSES LOCALES DES MEMBRES PAR LA STASE VEINEUSE.

M. Bier a imaginé de traiter les tuberculoses locales des membres, en provoquant une stase veineuse au sein du foyer tuberculeux. Grâce aux recherches d'Helferich, on savait déjà qu'il est possible de développer une forte stase veineuse dans un membre, et de maintenir cette stase pendant assez longtemps, sans que l'intéressé courre un danger sérieux.

Pour atteindre ce résultat, Helferich procède de la façon suivante : on enveloppe le membre sur lequel on se propose d'agir, à partir et au-dessus de la jointure qui sera le siège de la stase veineuse. Immédiatement au-dessus de cette jointure, on applique un tube ou une bande en caoutchouc, qu'on maintient modérément serrée, au moyen d'une pince qui saisit les deux bouts. Au-dessous du lien constricteur on a placé une couche de feutre ou d'ouate, destinée à protéger la peau et les nerfs sous-jacents contre les suites d'une pression exagérée. Une première fois le lien constricteur reste appliqué pendant quelques minutes seulement, puis pendant une heure, deux heures, et finalement pendant trente-six heures de suite. Le patient n'est pas long à apprendre à mettre en place et à enlever le lien constricteur; dès lors, il est superflu qu'il séjourne à demeure dans un hôpital.

C'est ce procédé de traitement mécanique que M. Bier a eu l'idée de faire servir au traitement de la tuberculose des jointures. Voici la relation succincte d'un cas traité de la sorte.

Un homme de quarante-quatre ans, de faible constitution, dont l'habitus extérieur était absolument celui d'un phtisique, avait le coude droit considérablement tuméfié; les contours de la jointure étaient complètement effacés. Le pourtour mesurait 5 centimètres de plus qu'à gauche. L'avant-bras était fixé en flexion et en pronation, faisant avec le bras un angle d'environ 160 degrés. Au niveau de la jointure malade, la peau était pâle, luisante, sillonnée de veines dilatées. Bref, l'aspect extérieur était bien celui d'une tumeur blanche. La jointure était douloureuse au palper. Les mouvements étaient très limités. Les muscles du bras étaient atrophiés. Engorgement de deux ganglions lymphatiques. Matité sous-claviculaire et respiration bronchique au sommet gauche. Bacilles de la tuberculose dans les crachats.

En l'état de choses, il n'y avait pas beaucoup à espérer d'un traitement par les injections intra-articulaires d'iodoforme. Une résection, permettant d'enlever les foyers tuberculeux, pouvait seule donner des chances sérieuses de guérison. En cas d'échec, l'amputation s'imposait. C'est dans ces conditions que le malade fut traité par la nouvelle méthode de Bier. Sous l'influence de ce traitement, les contours de la jointure malade sont redevenus normaux; la mensuration ne dénotait plus de différences entre les deux coudes. L'œdème a disparu. La palpation même très énergique ne développait plus de douleur, le squelette de la jointure paraissait normalement constitué. Les mouvements actifs et passifs imprimés à l'avant-bras n'occasionnaient plus de souffrances au malade. La jointure fonctionnait de nouveau très bien; seule la supination était encore défectueuse. L'engorgement ganglionnaire avait disparu. Bref, la jointure pouvait être considérée comme guérie.

M. Buschke, assistant de M. Bier, après avoir donné la relation de ce cas, a exprimé l'espoir que le nouveau procédé de traitement serait loyalement mis à l'épreuve chez un grand nombre de malades et par de nombreux chirurgiens. (*Rev. intern. de thérap. et pharm.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 septembre 1893. — Présidence de M. LE FORT.

LECTURE

Prophylaxie du choléra. — M. BROUARDEL. Dans de précédentes séances, M. Babès vous a lu des mémoires montrant qu'en 1890 la Roumanie, contrairement aux autres pays de l'Europe, avait échappé à l'épidémie cholérique grâce aux quarantaines, suivant l'ancien système, appliquées dans toute leur rigueur. Cette rigueur avait été telle, que l'on n'avait pas hésité à fusiller deux personnes qui avaient tenté de forcer une quarantaine terrestre. Par contre, en 1893, les quarantaines n'ayant plus été appliquées, la Roumanie a été envahie par le choléra au même titre que les pays voisins.

De là à conclure que la conférence de Dresde, en supprimant les quarantaines, avait adopté une mesure qui pouvait devenir funeste, il n'y avait qu'un pas : M. Babès l'a franchi.

Il n'est pas douteux que la suppression pure et simple des quarantaines, sans les remplacer par des moyens similaires, mais beaucoup plus simples que les anciens, expose en effet l'Europe à l'infection cholérique; mais tel n'est pas le résultat poursuivi par la conférence de Dresde.

En présence des graves inconvénients des quarantaines, qui permettaient la désinfection par l'aération et surtout par le temps, on s'est demandé si l'on ne pourrait pas obtenir le même résultat au moyen d'autres procédés de désinfection rapide.

On n'a pas tardé à voir que ces moyens existaient, et c'est précisément l'adoption de ces moyens par les puissances représentées à Dresde qui fait l'objet des résolutions de la conférence.

La conférence de Dresde a adopté un système basé sur la stérilisation par la vapeur sous pression, au lieu de compter, comme dans le système ancien, sur l'action du temps. Les compagnies ont compris qu'elles avaient intérêt à munir leurs navires

d'étuves à désinfection, et de la sorte on peut ne pas arrêter dans les ports les navires suspects. Quant aux navires infectés, on peut désinfecter les hardes et marchandises et ne retenir que pendant cinq jours les passagers non malades. Quant aux communications par voie terrestre, il suffit de désinfecter les hardes, ce qui demande vingt minutes, d'arrêter les voyageurs malades et de soumettre les autres, munis d'une carte de circulation, à cinq jours de contrôle, mais en les laissant circuler.

Mais avec ce système commencent des responsabilités importantes pour les municipalités et pour l'État.

Les municipalités, d'abord, doivent assainir à l'avance les villes, surtout au point de vue des eaux dont, après bien des contestations, le rôle prépondérant pour la propagation de la fièvre typhoïde et le choléra commence à être partout admis. Elles doivent éviter les épandages suspects, assainir les quartiers et les maisons malsains. Dans une ville bien assainie, une épidémie est vite arrêtée.

En outre, dès les premiers cas suspects, la municipalité doit avertir les autorités compétentes, car alors les mesures seront vite efficaces. Or, trop souvent, pour éviter à la fois la panique et l'arrêt du commerce, les villes, les ports, surtout, dissimulent aussi longtemps qu'elles peuvent. Elles vont ainsi directement à l'encontre de leurs intérêts, car : 1° l'épidémie sera bientôt difficile à arrêter; 2° les consuls étrangers avertissent très vite leur gouvernement, souvent sur la foi de renseignements erronés, et l'interdit qu'on voulait éviter est mis, parfois même, sur une ville qui n'a pas le choléra.

On conçoit dès lors quel doit être le rôle de l'État pour veiller à ce que les municipalités remplissent leurs devoirs; à cet égard, nous avons fait de grands progrès. En outre, l'État doit s'entendre avec les gouvernements voisins pour que partout soient établies les mêmes mesures, à la fois efficaces et aussi peu vexatoires que possible pour les voyageurs et pour le commerce. C'est ce qui a été fait à la conférence de Dresde où, dans leur ensemble, les mesures proposées par le Comité d'hygiène ont été adoptées à la presque unanimité. Seuls le Portugal, la Grèce, la Turquie, insuffisamment outillés, n'y ont pas souscrit. Quant à l'Angleterre, elle a demandé une exception qui lui a été accordée : laisser libres, mais avec une carte de circulation, les voyageurs non malades des navires infectés, comme ceux des transports terrestres. Mieux outillée que les autres États, elle nous montre la voie du progrès et si, dans cinq ans, cette pratique lui a donné de bons résultats, nul doute que tous les États ne l'adoptent.

COMMUNICATION

Ulcère de l'estomac. — M. G. SÉE fait une communication sur ce sujet et il termine par les conclusions suivantes :

1° Il existe deux espèces d'ulcères gastriques, qui sont tous deux le résultat de l'hyperchlorhydrie, aidée par des conditions anatomiques et des troubles circulatoires entièrement distincts de la gastrite aiguë ou chronique.

2° L'ulcère le plus grave, mais néanmoins curable, c'est l'ulcère saignant, s'ouvrant largement par déchirure d'un vaisseau altéré, ou de temps à autre en quantité modérée, pour se cicatriser ensuite temporairement ou définitivement. Ici, l'hyperchlorhydrie ne peut et ne doit être recherchée que dans les périodes d'accalmie des hémorragies, à l'aide du sondage qui constitue un véritable danger à tout autre moment. Une fois l'hyperchlorhydrie nettement reconnue, elle prime tout autre traitement; il n'y a plus à s'occuper que de deux moyens, à savoir : les anti-acides, surtout les nouveaux alcalins ou alcalino-terreux, d'une autre part, le régime lacté, carné, albumineux, qui seul peut neutraliser ou consommer l'acide chlorhydrique en excès. Pourquoi s'acharner alors à cette banale dilatation qui, dans le cas présent, n'est qu'un effet secondaire, soit du spasme pylorique provoqué par l'excitant acide, soit de la cicatrice de l'ulcère, avec rétrécissement du pylore et rétro-dilatation de l'estomac? Que peut faire le lavage en pareil cas? Que peut faire, surtout, « l'abstinence des boissons »?... si ce n'est de concentrer le suc gastrique, surchargé d'acide chlorhydrique, qu'il s'agit, au contraire, de délayer par des boissons abondantes à la température ambiante.

3° L'ulcère peptique simple, non saignant, expose à d'incessantes méprises. On le traite tantôt pour une gastralgie par les moyens les plus violents appelés nervins; tantôt pour des vomissements nerveux par les dérivatifs (vésicatoires, pointes de feu), tantôt enfin pour une dyspepsie baptisée en Allemagne du nom de « nerveuse ». Au milieu de toutes ces découvertes, on oublie l'antique catarrhe stomacal, très démodé malgré son indiscutable importance; on oublie la colique hépatique quand elle est dépourvue d'ictère.

Or, il n'y a qu'un moyen de faire cesser une pareille confusion, c'est l'analyse du suc gastrique. Dès que le réactif de Gunzbourg ou phloroglucine vanillée accuse l'hyperchlorhydrie, vous pouvez éliminer la gastralgie et la dyspepsie dite « nerveuse », qui n'est pas une dyspepsie, car le suc gastrique est normal; vous pouvez négliger les vomissements nervo-moteurs, qui sont presque toujours un symptôme d'origine éloignée comme dans le tabes dorsalis.

Le catarrhe gastrique se distingue facilement; il est franchement anacide et nécessite un traitement tout opposé à l'hyperchlorhydrique ulcère. Il faut considérer aussi la lithiase biliaire, basée aujourd'hui sur la doctrine microbique des calculs, doctrine absolument étrangère à l'arthritisme, qui est une hypothèse diathésique; à la goutte, qui subit en ce moment une véritable évolution biologique. Dans la lithiase, les alcalins ne sont pas à négliger, malgré leur discordance avec l'état chimique du suc gastrique, qui n'a rien d'hyperchlorhydrique. Enfin, n'oublions pas une maladie qui a la chimie gastrique la plus variée au point de vue de l'acide chlorhydrique : la chlorose, qui, cependant, constitue très fréquemment le fond de l'ulcère gastrique ou plutôt la prédisposition la plus énergique.

4° Le diagnostic de l'ulcère simple comporte naturellement des difficultés en regard des autres hyperchlorhydries, particulièrement de celle qui est primordiale. On ne peut établir de soupçons que d'après la nature paroxystique des douleurs et par la plus grande fréquence des vomissements dans l'ulcère; les autres caractères sont pour ainsi dire identiques dans les deux cas.

Il ne reste, pour compléter le diagnostic différentiel de la grande classe des hyperchlorhydries entre elles, qu'à signaler une maladie nouvelle, grave, bien décrite, il y a dix ans, par Reichmann (de Varsovie) sous le nom de gastro-succorrée, et bien étudiée récemment par d'autres médecins polonais très distingués, qui ont vu une sécrétion hyperacide absolument continue jour et nuit.

Son point de départ est dans l'hyperchlorhydrie non interrompue et suivie de la disparition des cellules dites capitales, en même temps que d'une activité inverse des cellules à revêtement ou gastro-sécrétoires. La persistance de la sécrétion de l'estomac est tout à fait caractéristique et facile à vérifier; il n'y a point de méprise possible.

LECTURE

Pied-bot paralytique; transplantation musculo-tendineuse. — M. PHOCAS (de Lille) lit une observation de transplantation musculo-tendineuse faite pour corriger un pied-bot paralytique. Il s'agit d'une opération conservatrice et d'une véritable restauration musculaire.

Le résultat obtenu, tout en n'étant pas un succès thérapeutique complet, mérite cependant d'attirer l'attention.

Voici l'observation résumée : Enfant de quatre ans. Pied-bot valgus paralytique creux, talus. Les muscles extenseurs des orteils étaient sains, les muscles adducteurs étaient paralysés et le triceps sural était parésié.

Le plan opératoire était le suivant :

Anastomoser un muscle adducteur, c'est-à-dire un muscle frappé de paralysie, avec un muscle resté sain.

L'opération fut conduite de la façon suivante : incision au

niveau du cou-de-pied découvrant le jambier antérieur et l'extenseur propre du gros orteil; section du jambier (muscle adducteur); anastomose du bout périphérique du jambier dans une boutonnière musculaire de l'extenseur propre.

Au bout de quatre mois, le résultat était le suivant : quand l'extenseur se contracte, sa contraction fait agir aussi le jambier antérieur.

Il est permis de penser qu'en multipliant les opérations de ce genre autour de l'articulation, on arrive à faire agir les tendons des muscles paralysés et à corriger par conséquent les mauvaises attitudes dues aux paralysies partielles.

La séance est levée.

La contagion du cancer. — Il a été beaucoup question, dans ces dernières années, de la nature infectieuse et de la contagiosité possible du cancer; nous trouvons, dans un journal américain, la mention d'une série de cas, ayant évolué dans une même ferme, qui ne manque pas d'intérêt. Elle est communiquée par le docteur Helen Baldwin (1) :

Ier cas, en 1852, Mme B. M., âgée de quarante-neuf ans, cancer de l'intestin.

IIe cas, en 1860, R. K. M., fils de la malade I, âgé de trente-trois ans, cancer du nez et de la langue.

IIIe cas, en 1860, Mme R. K. M., femme du malade II, âgée de quarante-cinq ans, cancer de l'utérus.

IVe cas, en 1882, B. M., autrefois marié à la malade I, âgé de quatre-vingt-sept ans, épithélioma de la lèvre.

Ve cas, en 1846, Mme A. K. M., mère du malade IV, âgée de soixante-seize ans, cancer de l'estomac.

Il n'est pas à la connaissance de l'auteur que des parents de ces individus aient succombé à des maladies cancéreuses en dehors de cette ferme. Plusieurs auteurs ont déjà prétendu, on le sait, qu'il y a des habitations infectées par le cancer, de même qu'il y en a d'infectées par la tuberculose.

(1) Baldwin. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, septembre 1893.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les quatre places suivantes ont été déclarées vacantes à l'Académie de médecine :

1° Dans la neuvième section (médecine vétérinaire), en remplacement de M. Reynal;

2° Dans la quatrième section (thérapeutique et histoire naturelle), en remplacement de M. Marotte;

3° Dans la septième section (accouchements), en remplacement de M. Devilliers;

4° Et dans la deuxième section (pathologie médicale), en remplacement de M. Peter.

— L'Académie des sciences est autorisée à accepter le legs que lui a fait M. Alberto Lévi d'une somme de 50 000 francs, à la condition de remettre les revenus de ladite somme, placée en rente 3 p. 100, à l'Institut Pasteur, pour poursuivre les études et expériences sur le microbe de la diphtérie.

L'Institut Pasteur est également autorisé à recevoir le legs ci-dessus aux conditions imposées par le testateur.

Hygiène et traitement du diabète (3e édition), par le docteur E. Monin. 1 vol. in-12. — Prix 3 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 109. — SAMEDI 23 SEPTEMBRE 1893. 66e ANNÉE. SAMEDI 23 SEPTEMBRE 1893. — N° 109.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Angines pseudo-diphtéritiques, par M. LEBON, interne des hôpitaux de Paris. — INTÉRÊTS PROFESSIONNELS. Le privilège du médecin en cas de faillite. — VARIÉTÉS. Mort et autopsie de Colbert. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

Angines pseudo-diphtéritiques.

Par M. LEBON,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

L'angine diphtéritique est la plus importante et la plus fréquente des angines pseudo-membraneuses, mais elle n'est pas la seule. A côté d'elle, il existe des angines à fausses membranes beaucoup moins graves, non contagieuses, et qui doivent en être complètement séparées. Ces angines, qui ne sont jamais suivies d'accidents paralytiques, étaient inconnues il y a quelques années.

Depuis longtemps cependant, la nature non diphtéritique de certaines angines à exsudat membraneux avait été soupçonnée. Bretonneau séparait de la diphtérie l'angine couenneuse de la scarlatine. Trousseau, Lasègue admettaient l'existence d'angines pseudo-diphtéritiques. Mais cette manière de voir était généralement repoussée. Toute angine s'accompagnant de la présence dans la gorge de fausses membranes résistantes, adhérentes à la muqueuse, se détachant par lambeaux et ne se dissociant pas dans l'eau, était regardée comme une angine diphtéritique.

Cette question ne pouvait être tranchée que par la découverte de l'agent pathogène de la diphtérie.

Comme nous le verrons, en effet, les angines pseudo-diphtéritiques offrent le tableau complet, tantôt des angines diphtéritiques bénignes, tantôt des angines diphtéritiques infectieuses.

Le début et la marche de ces angines diphtéroïdes, c'est-à-dire sans bacilles de Lœffler, ne diffèrent que par de très légers détails du début et de la marche des angines diphtéritiques vraies. L'examen de la gorge, plus important, ne peut cependant permettre d'affirmer d'une façon certaine la nature de l'affection.

Quant à l'examen histologique des produits pseudo-membraneux, il présente moins d'importance encore. Dans tous les cas, même dans l'angine herpétique (Laboulbène, Leloir), la structure de la fausse membrane est absolument identique. Toujours elle est formée de cellules épithéliales et de fibrine. Les cellules épithéliales sont irrégulières, d'apparence vitreuse et forment par places des blocs homogènes avec des prolongements ramifiés. Ces cellules sont plus nombreuses dans les parties profondes. Elles sont situées dans les mailles d'un réseau formé par des fibrilles de fibrine disposée par couches. Parfois la fibrine est amorphe avec aspect finement grenu.

La muqueuse recouverte par ces fausses membranes paraît, en général, saine dans la diphtérie et dans un certain nombre d'angines pseudo-diphtéritiques. Elle est cependant le siège de lésions inflammatoires prononcées. Le revêtement épithélial a disparu. Les fausses membranes reposent sur le chorion muqueux infiltré de leucocytes.

L'examen bactériologique des fausses membranes a seul pu permettre de prouver l'existence d'un certain nombre d'angines pseudo-membraneuses non diphtéritiques. Dans la diphtérie on trouve toujours isolé, beaucoup plus souvent associé à des streptocoques ou à des cocci le bacille de Klebs-Lœffler, dont la spécificité est aujourd'hui bien démontrée. Dans les angines à fausses membranes non diphtéritiques, le bacille de Lœffler fait toujours défaut. On trouve soit le streptocoque, soit le staphylocoque, soit le pneumocoque, ou enfin des cocci. C'est tantôt à l'un, tantôt à l'autre de ces microbes qu'il faut attribuer le développement des fausses membranes.

Il est, en effet, bien démontré que le bacille de Lœffler n'a pas seul le pouvoir de déterminer sur les muqueuses ou sur les plaies la production d'exsudats membraneux.

Frænkel (1) a montré, depuis longtemps, que le staphylococcus pyogenes pouvait provoquer dans la bouche des lésions pseudo-membraneuses semblables à celles de la diphtérie.

Talamon a retiré des fausses membranes diphtéritiques un micro-organisme qui, déposé sur la muqueuse excoriée du bec du pigeon, produisait des fausses membranes (2).

Penzoldt est arrivé au même résultat avec des cultures de microbes variés retirés de la gorge de sujets atteints de diphtérie.

Le streptocoque trouvé dans l'angine scarlatineuse précoce [Bourges (3)], dans des angines avec ou sans bacilles

(1) E. FRÆNKEL. Ueber die sogenannte stomatitis aphtosa besom ders in ætiologischer und anatomischer Berichung, *Arch. f. pathol. Anat.*, sept. 1888, t. CXIII.

(2) TALAMON. *Progr. méd.*, 17 fév. et 20 juin 1881.

(3) BOURGES. *Les angines de la scarlatine*, Th. de Paris, 1891.

de Lœffler (Boulloche), inoculé à des pigeons, donne naissance à des fausses membranes (1).

Prudden était si bien convaincu de cette faculté du streptocoque qu'il lui attribuait le développement des fausses membranes dans la diphtérie.

Avec un pneumocoque trouvé dans la salive, Boulloche a obtenu des fausses membranes dans la trachée du lapin.

Tous les microbes trouvés dans les angines pseudo-diphtéritiques se rencontrent normalement dans la bouche et ne peuvent être considérés comme étant les organismes pathogènes de la maladie primitive, dans les cas où l'angine pseudo-membraneuse s'observe dans le cours d'une affection générale. Une lésion quelconque de la muqueuse buccale ou de la muqueuse pharyngée a donc de grandes chances pour s'infecter et se recouvrir de fausses membranes, sans que, pour cela, le malade soit atteint d'angine diphtéritique.

Dans quelques cas la lésion de la muqueuse est très faible et passe inaperçue. L'angine alors attire seule l'attention. Parfois, au contraire, la lésion de la muqueuse est plus importante, persiste pendant un temps plus long, et se retrouve au-dessous du dépôt pseudo-membraneux. C'est ce qui a lieu dans la syphilis, les brûlures de la gorge par les liquides trop chauds, la plaie qui succède à l'amygdalotomie et dans l'angine herpétique qui, depuis longtemps, a été séparée de la diphtérie bien que, à une certaine période de son évolution, elle devienne une angine-pseudo-membraneuse véritable. Dans d'autres cas enfin, les fausses membranes apparaissent dans le cours d'une angine simple chez des malades atteints de scarlatine, de rougeole, de fièvre typhoïde ou de variole.

Les angines pseudo-diphtéritiques peuvent donc se diviser en deux groupes, les angines primitives et les angines secondaires.

II

Les angines pseudo-diphtéritiques primitives sont fréquentes. Baginsky (2) a trouvé 36 angines non diphtéritiques, sur 154 angines pseudo-membraneuses. Martin (3) a examiné 200 malades envoyés au pavillon Trousseau, à l'hôpital des Enfants-Malades comme atteints de diphtérie. Sur ses 200 enfants, 166 seulement étaient atteints d'angines pseudo-membraneuses, et 36 d'entre eux avaient des angines sans bacilles de Lœffler.

Angines a coccus. — Ces angines ont été signalées pour la première fois par Roux et Yersin qui, dans leur troisième mémoire, en ont publié trois observations.

Martin en a recueilli 25 cas.

Dans les formes sévères de ces angines à coccus, on observe de l'inappétence, de la prostration, et une température très élevée, dès le premier jour, trop élevée pour de la diphtérie, 40 degrés.

Ces formes graves sont, du reste, rares; et les angines de cette variété ont, en général, pour caractère une grande bénignité. La courbe de la température est peu élevée, et descend rapidement à la normale. Les urines ne renferment pas d'albumine, l'engorgement ganglionnaire est nul ou peu marqué et la guérison se fait rapidement sans que les malades présentent de signes d'intoxication.

Dans la première observation de Roux et Yersin (1), l'état général de l'enfant est resté excellent pendant toute la durée de l'angine qui a évolué sans fièvre. Dans la deuxième, il s'agit d'un enfant de deux ans et demi qui, entré à l'hôpital le 16 avril, en est sorti le 22 sans que la température rectale ait dépassé 39 degrés le soir. Le troisième malade guérit en quatorze jours, sans avoir jamais présenté aucun symptôme alarmant.

Une particularité de ces angines, signalée par Martin, est leurs récidives fréquentes. L'un des malades, examinés par lui en janvier 1892, avait été vu par Roux et Yersin, en 1890, et était déjà entré au pavillon Trousseau en 1889. Cet enfant a eu cinq attaques d'angine à coccus.

Les angines à cocci pourraient se compliquer de croup et nécessiter la trachéotomie. Dans un cas de croup avec angine, l'ensemencement sur sérum n'a donné que des colonies formées de coccus, et jamais de colonies de bacille diphtéritiques. L'enfant, après avoir rejeté des fausses membranes ne contenant pas de bacille, est sorti guéri sans qu'il eût été nécessaire de lui faire une trachéotomie (Martin).

Les fausses membranes de ces angines se reproduisent rapidement lorsque la gorge a été nettoyée. Elles ressemblent d'une façon absolue aux fausses membranes diphtéritiques. Cependant la fausse membrane à coccus est peu épaisse, souvent peu étendue, moins élastique et d'un blanc plus mat que la fausse membrane de l'angine diphtéritique.

Les cocci paraissent appartenir à trois espèces. L'espèce la plus fréquente est un petit coccus, disposé souvent en diplocoque, qui se trouve parfois dans les fausses membranes en cultures presque pures. Ce coccus, déjà décrit par Roux et Yersin, se cultive bien sur sérum et sur gélose nutritive. Il forme sur sérum, au bout de vingt-quatre heures, des colonies nombreuses, ressemblant à celles de la diphtérie, mais plus humides, plus transparentes, et qui se dépriment à leur centre. Elles ne liquéfient pas le sérum, ni la gélatine.

Ce coccus se colore bien par le bleu de Lœffler, le bleu composé et aussi par la méthode de Gram.

A côté de ce coccus, il en est d'autres qui paraissent pouvoir produire également des angines pseudo-diphtéritiques.

Dans un cas, on a trouvé un coccus plus gros et liquéfiant le sérum (Martin).

Angines a staphylocoques. — Les observations d'angines pseudo-membraneuses à staphylocoques sont peu nombreuses.

Martin, dans son travail, en rapporte deux exemples. Dans un cas, l'ensemencement sur sérum a donné des colonies de staphylococcus albus. L'enfant mourut le septième jour de sa maladie avec des symptômes infectieux. Dans un autre cas, l'ensemencement a donné des colonies de staphylococcus aureus. L'enfant sortit guéri au bout de quelques jours.

A la suite d'une communication de Sevestre à la Société médicale des hôpitaux sur plusieurs cas de stomatite diphtéroïde reconnaissant pour cause le staphylococcus

(1) Boulloche. *Les angines à fausses membranes.*

(2) Baginsky. *Arch. f. Kinherheilk.*, 1891, S. 418, et *Berl. med. Wochens.*, fév. 1892.

(3) Martin. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, mai 1892.

(1) Roux et Yersin. Contribution à l'étude de la diphtérie (3e mém.), *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1890, p. 385.

aureus, Netter a rapporté un cas d'angine pseudo-diphtéritique produite par le staphylococcus aureus.

Il s'agissait d'une jeune femme qui fut prise subitement, pendant la nuit, de fièvre et de douleur dans la gorge. Deux jours après, l'amygdale droite était recouverte d'une fausse membrane gris jaunâtre; une fausse membrane plus petite se trouvait sur l'amygdale gauche. Les ganglions sous-maxillaires étaient tuméfiés et douloureux. Les préparations et les cultures faites pendant trois jours ne montrèrent jamais de bacille diphtéritique, ni pseudo-diphtéritique. Il se développa à peu près exclusivement des colonies très nombreuses de staphylococcus pyogenes aureus et de très rares colonies de streptocoques.

Les fausses membranes diminuèrent rapidement. Le sixième jour, il n'en restait plus trace.

Ces angines pourraient être confondues avec des angines diphtéritiques bénignes. Presque toujours elles se terminent par la guérison. Dans certains cas, cependant, l'état général est bien plus mauvais que dans les angines à coccus (1).

ANGINES A STREPTOCOQUES. — Les angines à streptocoques sont les plus fréquentes de toutes les angines pseudo-membraneuses, non diphtéritiques, primitives ou secondaires.

Elles peuvent se présenter sous deux formes et faire croire soit à une diphtérie d'intensité moyenne, soit à une diphtérie grave, infectieuse.

Dans les formes bénignes, le début de l'angine est presque toujours marqué par de la fièvre, de la courbature, une céphalée vive et parfois même par un frisson. Un début lent et insidieux est exceptionnel.

L'exsudat peut être formé simplement de détritus épithéliaux, plus souvent il est constitué par des fausses membranes véritables, blanches, adhérentes à la muqueuse, recouvrant les amygdales, mais pouvant s'étendre aux parties voisines.

Dans tous les cas, la muqueuse qui entoure les exsudats membraneux est rouge, enflammée. L'adénopathie sous-maxillaire est constante et apparaît rapidement, la face est congestionnée, les yeux sont brillants, l'état général est assez bon.

Dans les formes graves, l'affection s'annonce par une fièvre très intense. La température monta à 39 degrés et oscille, pendant toute la durée de l'angine, entre 39 et 40 degrés. Les fausses membranes, très adhérentes, recouvrent les amygdales, le voile du palais, la paroi postérieure du pharynx, et peuvent s'étendre sur la langue et les lèvres. Comme dans la diphtérie elles peuvent faire saillie sur la muqueuse, mais il n'est pas rare de les voir entourées par un bourrelet que forme sur leur bord la muqueuse enflammée. Elles sont alors en contre-bas, enchatonnées. Dans cette forme, le jetage est fréquent. Un écoulement abondant par les narines, d'abord muqueux, puis séro-sanguinolent, puriforme, annonce l'envahissement des fosses nasales par les exsudats membraneux. L'haleine est fétide et prend une odeur gangréneuse, les ganglions du cou sont gros et douloureux, la face est bouffie, l'albuminurie est constante.

La guérison qui est la règle dans les formes bénignes est plus rare dans les formes infectieuses. La mort survient, en général, au bout de quatre à six jours.

Il est presque impossible de reconnaître, sans examen bactériologique, une angine streptococcique bénigne d'une diphtérie légère.

Le début des deux affections n'est pas absolument identique. La diphtérie a un début lent et insidieux, tandis que l'angine à streptocoque a un début brusque, marqué par du malaise, de la courbature et de la fièvre. Les phénomènes inflammatoires sont plus marqués dans l'angine pseudo-diphtéritique. L'isthme du gosier et le pharynx sont rouges, la luette peut être tuméfiée, les amygdales sont gonflées, anfractueuses, la douleur est considérable, la déglutition pénible. L'engorgement ganglionnaire, précoce dans l'angine à streptocoques, n'apparaît que tardivement dans l'angine diphtéritique.

Les fausses membranes de la diphtérie présentent une surface sèche et ont une résistance fibreuse, tandis que les fausses membranes à streptocoques, très adhérentes, sont imprégnées de liquide, comme œdémateuses, mélangées de flocons fibrineux, moins élastiques, plus friables (Barbier). Au-dessous d'elles, la muqueuse, au lieu de paraître saine, est ulcérée, et ces ulcérations sont très douloureuses.

La couleur de l'exsudat n'est pas la même dans les deux cas. Les fausses membranes diphtéritiques sont plus blanches, plus nacrées, les fausses membranes de l'angine à streptocoque sont jaunâtres ou brunâtres.

Ces angines pseudo-diphtéritiques ne diffèrent donc de la diphtérie vraie que par des nuances difficiles à apprécier. Lorsque l'angine diphtéritique commence par de la fièvre, lorsque les phénomènes inflammatoires du côté de la gorge sont un peu prononcés, lorsque la muqueuse pharyngée, au lieu de paraître saine, présente des ulcérations, le tableau des deux affections est exactement le même.

Dans le cours des angines pseudo-membraneuses à streptocoques, on peut voir survenir des accidents laryngés, grâce à l'extension au larynx de l'inflammation de la muqueuse, de l'isthme du gosier. Ces accidents peuvent faire croire à un croup véritable et ne contribuent pas peu à obscurcir le diagnostic.

Dans les formes graves, on peut, comme dans les diphtéries toxiques, voir apparaître, sur les membres supérieurs ou inférieurs et sur le tronc, des taches d'un rouge écarlate, ou une éruption miliaire rouge. Ces éruptions ressemblent parfois à l'exanthème de la scarlatine. Il devient alors bien difficile de savoir si l'on se trouve en présence d'une angine scarlatineuse, d'une diphtérie avec érythème, ou d'une angine streptococcique simple. Il est même possible que, dans les angines diphtéritiques, les érythèmes soient dus au streptocoque qui s'associe souvent au bacille de Lœffler et détermine des angines hypertoxiques presque toujours mortelles.

L'apparition de l'érythème dans une angine streptococcique assombrit toujours le pronostic. La mort survient dans plus de la moitié des cas.

Les angines à streptocoque ne sont pas contagieuses, mais elles récidivent souvent.

Dans ces angines, les ensemencements sur sérum donnent un grand nombre de petites colonies punctiformes qui ne grandissent jamais beaucoup. La nature du streptocoque trouvé dans les cultures n'a pas été exactement déterminée. D'après William Hallock, ce streptocoque aurait tous les caractères du streptocoque pyogène et de l'érysipélocoque.

---

(1) NETTER. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 26 juin 1891.

Barbier a décrit un streptocoque qu'il désigne sous le nom de diplo-streptocoque et qui se développe rapidement sur sérum de Lœffler. Au bout de vingt-quatre heures, il donne de larges colonies qui forment ensuite une surface étalée et comme vernissée, très transparente. Le diplo-streptocoque pris sur un milieu solide est immobile, paraît non capsulé et se présente toujours sous l'aspect d'un diplocoque ou de courtes séries de diplocoques. Les deux grains en sont espacés, égaux, arrondis, plus petits généralement que ceux du streptocoque pyogène ou de l'érysipélocoque, et toujours égaux entre eux pour un même élément. Dans le bouillon on l'obtient sous forme de longues chaînettes, mais formées de diplocoques placés bout à bout. L'inoculation sur la muqueuse bucco-pharyngée excoriée du pigeon a entraîné la formation des fausses membranes (1).

Angines a pneumocoques (2).— La seule observation connue d'angine pseudo-diphtéritique où le développement de la fausse membrane paraît dû au pneumocoque, a été publiée par M. Jaccoud.

Un jeune homme de dix-neuf ans est pris subitement de frissons avec douleur dans la gorge. Le lendemain les phénomènes s'exagèrent, les ganglions sous-maxillaires deviennent douloureux, la perte d'appétit est complète, la déglutition très pénible.

Au bout de quarante-huit heures, le malade entre à l'hôpital avec tous les signes d'un état général grave. En examinant la gorge, on voit que l'amygdale droite est recouverte d'une fausse membrane solide, adhérente, qui fait porter le diagnostic d'angine diphtéritique.

Les symptômes généraux vont en s'aggravant pendant les premiers jours, le gonflement ganglionnaire augmente et s'accompagne d'une tuméfaction générale du cou. La température dépasse 39 degrés le soir.

D'abord localisées à droite, les fausses membranes s'étendent sur la luette et l'amygdale du côté gauche. Enlevées, elles se reproduisent avec rapidité.

Le pronostic était considéré comme grave. Cependant, dès le neuvième jour, la température tombe à 37 degrés et les fausses membranes cessent de se reproduire. La guérison fut rapide. Ce malade avait donc présenté tous les signes d'une diphtérie grave. Or, à aucun moment, on ne découvrit dans les fausses membranes de bacille de Lœffler. Au contraire, dans tous les examens on trouvait en très grande abondance et presque à l'exclusion d'aucun autre microbe le pneumocoque de Frænkel-Talamon (3).

III

Angines pseudo-diphtéritiques secondaires. — *Angine pseudo-diphtéritique de la scarlatine.* — Les angines pseudo-diphtéritiques secondaires sont encore mal connues.

Les angines pseudo-membraneuses qui se développent dans le cours de la rougeole, de la fièvre typhoïde, de la variole, ont été l'objet de peu de recherches.

L'angine scarlatineuse, plus fréquente, a été seule bien étudiée au point de vue bactériologique. Cette angine, dont on connaît aujourd'hui la nature, fut pendant longtemps considérée tantôt comme une angine diphtéritique vraie, tantôt comme une angine d'une nature spéciale.

Bretonneau, le premier, a séparé l'angine scarlatineuse à fausses membranes de la diphtérie. Trousseau défendit la même opinion. Mais, à la suite des observations de croup dans la scarlatine, rapportées par Graves, il admit cependant que l'angine qui se développe vers le huitième ou le neuvième jour de la scarlatine est de nature diphtéritique.

MM. Laboulbène et Sée adoptèrent cette division des angines scarlatineuses en angines du début et angines tardives. Pour ce dernier, l'angine tardive elle-même ne serait pas due à la diphtérie, contrairement à ce que prétendait Trousseau.

Peter, Niemeyer, MM. Grisolle, Archambaut, Cadet de Gassicourt, Jenner, affirment que toutes les angines avec exsudat membraneux, observées dans la scarlatine, reconnaissent pour cause la diphtérie.

Halbey, Heubner, Gallard, Négrié soutiennent, au contraire, que l'angine scarlatineuse est toujours une angine pseudo-diphtéritique.

Enfin, MM. Béhier et Hardy, Jaccoud, Filatow, Legroux, Sevestre pensent que la diphtérie ne vient compliquer la scarlatine que lorsque les fausses membranes apparaissent vers le huitième ou le dixième jour.

Cette manière de voir est défendue par M. Bourges, qui divise les angines à fausses membranes de la scarlatine en angines précoces et angines tardives.

Les premières sont dues au streptocoque, les secondes au bacille de Lœffler.

Angines pseudo-membraneuses précoces. — La scarlatine, à son début, est toujours marquée par l'apparition dans la gorge d'une éruption rouge sombre, souvent piquetée, qui devance l'exanthème.

A cette angine érythémateuse qui peut, suivant les cas, s'accompagner ou non de la présence sur les amygdales d'un enduit pultacé, succède en général une angine à fausses membranes.

C'est vers le deuxième ou le troisième jour de la maladie que le dépôt pseudo-membraneux se montre le plus souvent. En même temps, on constate un engorgement plus ou moins marqué des ganglions sous-maxillaires, qui deviennent douloureux. Parfois, dans les cas graves, les régions sous-maxillaires et sous-hyoïdiennes deviennent le siège d'une tuméfaction considérable.

La température s'élève de nouveau, si elle était redevenue normale, ou elle se maintient élevée pendant huit à dix jours, c'est-à-dire pendant toute la durée de l'angine.

Les fausses membranes qui recouvrent d'abord les deux amygdales s'étendent peu à peu aux piliers et au voile du palais et même jusqu'aux lèvres. Dans des cas exceptionnels, on pourrait les voir s'étendre au larynx, aux bronches, aux fosses nasales, à la trompe d'Eustache et à la conjonctive.

Ces fausses membranes adhèrent très fortement à la muqueuse et se reproduisent rapidement. En les détachant on fait saigner la muqueuse. Blanches au début, elles devien-

(1) Morel. *Contribution à l'étude de la diphtérie*, Th. de Paris, 1891. — Barbier. *Rev. des mal. de l'enf.*, nov. 1892, et *Arch. de méd. expérim.*, 1892. — Martin. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1892. — Jacquet et Renault. Angine pseudo-membraneuse à streptocoques, *Gaz. des hôpit.*, 3 mars 1892.

(2) Jaccoud et Menetrier. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 mars 1891.

(3) M. Jaccoud a publié deux nouvelles observations d'angines pseudo-membraneuses à pneumocoques dans la *Semaine médicale* du 19 juillet 1893.

nent rapidement grisâtres, et sont souvent piquetées de taches noires. Au-dessous d'elles la muqueuse est ulcérée.

Ces angines peuvent être bénignes ou graves.

Lorsque l'angine est bénigne, les fausses membranes s'étendent peu, l'adénopathie sous-maxillaire est faible, l'état général satisfaisant.

Dans les formes graves, l'angine est plus marquée et sa durée plus longue. Les ganglions du cou sont gros et très douloureux, les fausses membranes tapissent toute la gorge. Les symptômes généraux peuvent être très prononcés, et le malade prendra un aspect typhique ; souvent la fièvre persiste après l'angine, car les complications sont fréquentes (broncho-pneumonie, néphrite, bubons).

Dans les formes septiques, l'angine attire presque seule l'attention. L'adynamie est très marquée. La face est bouffie, le cou considérablement gonflé, l'haleine très fétide. Les fausses membranes, très épaisses, s'étendent rapidement au pharynx, aux piliers, au voile du palais, à la luette à laquelle elles forment une sorte de capuchon, comme dans la diphtérie. Au-dessous d'elles, la muqueuse est le siège d'ulcérations profondes. Il y a une véritable gangrène. C'est dans cette forme qu'on peut observer du coryza pseudo-membraneux.

Ce sont ces angines que Bretonneau, puis Trousseau séparaient de la diphtérie, se fondant sur leur début brusque, la forte élévation de température, les troubles digestifs, leur peu de tendance à gagner le larynx, leur faible mortalité. A tous ces signes, Trousseau ajoutait la rougeur de la gorge, la blancheur des fausses membranes, les ulcérations de la muqueuse, la suppuration fréquente des adénopathies.

L'angine pseudo-membraneuse précoce apparaît vers le deuxième ou le troisième jour de la scarlatine. Presque toujours elle se montre après l'éruption, parfois en même temps qu'elle, rarement avant. Toujours elle suit immédiatement l'angine érythémateuse du début.

L'angine précoce de la scarlatine est une angine à streptocoques. Jamais on ne trouve dans les fausses membranes le bacille de Klebs (Heubner, Frænkel, Raskin, d'Espine et Marignac).

Sur dix-huit angines pseudo-membraneuses du début de la scarlatine, Bourges n'a trouvé qu'une seule fois le bacille de Lœffler. La scarlatine s'était, dès son début, compliquée de diphtérie. Dans les dix-sept autres cas, l'angine paraissait due à un streptocoque. Ce streptocoque, qui se trouvait associé au staphylococcus aureus, au staphylococcus albus, au bacterium coli commune, est identique à celui qui produit l'angine érythémateuse : dans les cas d'infection généralisée, on le retrouve dans le sang, la rate, les ganglions. Inoculé aux animaux, il entraîne toujours la mort, mais sa virulence diminue à mesure qu'on s'éloigne du moment où il a été retiré de l'organisme vivant. Il n'a déterminé la production des fausses membranes que sur la muqueuse du bec du pigeon.

Lœffler l'a retrouvé dans le pus des arthrites développées chez les animaux inoculés. Pour lui, ce streptocoque serait différent du streptocoque pyogène, mais s'en rapprocherait beaucoup.

D'après Bourges, ces deux streptocoques seraient identiques. De plus, rappelant les observations de Noirot, Laret, Hertzka, où l'érysipèle est venu compliquer la scarlatine, et l'observation de Heubner, qui, en faisant une injection dans l'amygdale d'un enfant atteint d'angine scarlatineuse, reçut dans la figure un débris de fausse membrane et fut, quelques jours après, atteint d'un érysipèle de la face, il rapproche ce streptocoque de l'érysipélocoque.

L'*angine scarlatineuse tardive*, qui peut apparaître vers le dixième jour de la scarlatine, mais en général se montre dans le cours de la deuxième ou troisième semaine, qui, dans tous les cas, n'apparaît qu'après l'éruption, lorsque la fièvre a disparu, est une angine diphtéritique.

Dans les fausses membranes, on retrouve le streptocoque associé au bacille de Lœffler. Sur quatre angines examinées par M. Bourges (1), une seule n'était pas diphtéritique.

Le diagnostic de l'angine pseudo-diphtéritique de la scarlatine et de l'angine diphtéritique est très difficile. On admet cependant que, dans l'angine scarlatineuse, les symptômes généraux sont plus marqués, les fausses membranes sont plus blanches, plus adhérentes, plus épaisses. Les ulcérations de la muqueuse pharyngée sont plus fréquentes dans la scarlatine, mais peuvent s'observer dans la diphtérie (2).

L'apparition dans certaines diphtéries graves d'un rash scarlatiniforme augmente encore la difficulté du diagnostic. Mais le rash scarlatiniforme apparaît toujours tardivement et desquame rarement.

Angine pseudo-diphtéritique de la rougeole. — Les angines pseudo-membraneuses de la rougeole sont, dans la majorité des cas, des angines diphtéritiques. Les malades meurent rapidement avec des accidents laryngés. Quelquefois l'angine ressemble à une diphtérie bénigne. Les fausses membranes sont petites, blanchâtres, faciles à détacher. Elles tapissent les amygdales et peuvent s'étendre sur la muqueuse buccale.

Dans deux cas d'angine pseudo-diphtéritique, à la suite de rougeole, Boulloche n'a trouvé que des streptocoques.

Les angines pseudo-membraneuses observées dans le cours de la fièvre typhoïde, de la variole, du choléra, paraissent provenir d'une infection secondaire par le bacille de Lœffler.

Cependant, dans la laryngite pseudo-membraneuse des varioleux, les fausses membranes peuvent être produites par le staphylocoque pyogène [Netter (3)].

Angines pseudo-diphtéritiques de la syphilis. — Les angines syphilitiques à fausses membranes peuvent s'observer à la première période de la syphilis, chez des sujets atteints de chancre de l'amygdale, et pendant la période secondaire.

A l'examen de la gorge d'un sujet atteint de chancre amygdalien, d'aspect diphtéroïde, on voit l'une des amygdales, beaucoup plus grosse que l'autre, faire saillie entre les piliers du voile du palais. La surface est tapissée d'une fausse membrane grisâtre, très adhérente, qui la recouvre presque entièrement.

Les phénomènes généraux peuvent être très marqués. La température oscille entre 38 et 39 degrés, le pouls est fréquent, l'alimentation difficile à cause de l'anorexie et de la gêne de la déglutition, l'haleine fétide, la fatigue extrême.

---

(1) H. Bourges. Loc. cit.

(2) Wurtz et Bourges. Recherches bactériologiques sur l'angine pseudo-diphtéritique de la scarlatine, *Arch. de méd. expérim.*, 1er mai 1890.

(3) Netter. Soc. méd. des hôpitaux.

Le début de l'angine peut être marqué par des frissons et des maux de tête violents.

L'amygdale est le siège d'une induration prononcée, induration qui accompagne toujours l'accident primitif, et qu'on peut sentir en portant un doigt au fond de la gorge ou par le toucher bi-digital.

Le voile du palais, les piliers, l'amygdale du côté opposé sont rouges. Lorsqu'on détache la fausse membrane, on voit au-dessous d'elle une excavation inégale, anfractueuse, à bords irréguliers.

Un signe important pour le diagnostic est l'unilatéralité de la lésion. Il ne faut pas oublier cependant que le chancre amygdalien n'est pas forcément unique, et qu'on peut en voir un sur chaque amygdale.

Au bout de deux à trois semaines, la guérison du chancre est complète, et on voit apparaître les accidents secondaires de la syphilis, roséole, syphilides papuleuses, plaques muqueuses des organes génitaux et de la bouche.

Ces plaques muqueuses peuvent se recouvrir de fausses membranes et faire croire à une diphtérie.

Le début des angines pseudo-diphtéritiques secondaires peut être lent et insidieux, ou brusque avec des phénomènes aigus. La fausse membrane, toujours peu épaisse, n'est pas limitée à une amygdale, comme dans les cas de chancre, mais tapisse les piliers du voile du palais, l'amygdale du côté opposé, le voile du palais, le pharynx. La paroi postérieure du pharynx est cependant rarement envahie.

La fausse membrane, généralement d'une couleur blanc grisâtre, peut être d'un blanc mat, ou au contraire noirâtre, ressemblant à une plaque de gangrène. Elle est adhérente à la muqueuse. Lorsqu'on la détache, on détermine toujours une petite hémorragie, et on trouve au-dessous d'elle la muqueuse ulcérée.

Les bords de la fausse membrane sont surélevés ou entourés par la muqueuse qui forme autour d'eux un bourrelet d'un rouge vif.

Les amygdales sont tuméfiées et indurées. Les ganglions du cou sont augmentés de volume. Les ganglions sous-maxillaires sont plus rarement pris que les ganglions péri-pharyngés, situés sur les côtés du pharynx, au-devant des muscles sterno-cléido-mastoïdiens.

En même temps que l'angine, il peut exister des accidents secondaires du côté de la peau ou des muqueuses, mais l'angine peut être tardive et n'apparaître que plusieurs années après l'accident primitif.

Dans certains cas, les phénomènes généraux nuls ou peu marqués, la longue durée de l'affection, la présence d'accidents secondaires font écarter immédiatement le diagnostic de diphtérie. Lorsque, au contraire, l'angine a un début brusque, fébrile, lorsque les accidents secondaires font défaut, et surtout lorsque les accidents du côté du pharynx s'accompagnent de laryngite, on peut hésiter à faire le diagnostic d'angine pseudo-membraneuse de nature syphilitique et croire à une angine diphtéritique vraie pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Les plaques muqueuses diphtéroïdes guérissent très lentement. Sous l'influence du traitement mercuriel et des cautérisations, les fausses membranes disparaissent peu à peu, laissant de larges ulcérations qui se cicatrisent assez rapidement. Il est très rare de voir la fausse membrane tomber en une seule fois et laisser au-dessous d'elle une muqueuse intacte.

L'étude bactériologique de ces angines pseudo-membraneuses n'a pas été faite encore d'une façon complète.

Dans un cas, M. Bourges n'a pas trouvé de bacille de Lœffler, mais un streptocoque virulent pour le lapin.

Boulloche, dans un autre cas, a trouvé des cocci, des streptocoques et un bacille ayant tous les caractères du bacille de Lœffler, mais ne produisant pas de fausses membranes chez les cobayes (1).

Angines pseudo-membraneuses consécutives à l'amygdalotomie. — L'ablation des amygdales chez les enfants est toujours suivie de lésions inflammatoires de l'arrière-bouche et de l'apparition de fausses membranes au niveau de la plaie. Cette angine s'accompagne de fièvre, de douleurs dans la gorge et de dysphagie.

La fausse membrane a tous les caractères de la fausse membrane diphtéritique. Elle est difficile à détacher, récidive sur place, mais ne s'étend jamais au delà de la plaie opératoire.

Cette angine rappelle les angines diphtéritiques bénignes. M. Chantemesse, qui a pratiqué l'examen bactériologique dans plusieurs cas de ce genre, a trouvé des streptocoques, plus rarement des staphylocoques, et de petits bacilles ressemblant absolument au bacille de la diphtérie. Dans les cultures, les colonies de ce bacille étaient toujours rares et leur inoculation n'a jamais produit aucune infection chez les cobayes. Il ne s'agissait donc pas des bacilles de Lœffler.

L'ulcération du frein de la langue, qu'on observe dans la coqueluche, peut être également le point de départ de fausses membranes.

M. Siredey a communiqué à la Société médicale des hôpitaux l'observation d'une jeune fille de six ans qui présenta, vers la deuxième semaine de sa coqueluche, une ulcération du frein recouverte de fausses membranes. Ces fausses membranes s'étendirent, au bout de quelques jours, sur le plancher de la bouche et sur la face inférieure de la langue et firent craindre une diphtérie (2).

Angine herpétique. — L'angine herpétique ou angine couenneuse commune doit être rangée parmi les angines pseudo-membraneuses secondaires pouvant simuler l'angine diphtéritique.

Dans l'angine herpétique, l'apparition des fausses membranes n'est pas un phénomène nécessaire et constant. Les vésicules d'herpès peuvent se rompre et donner lieu à de petites ulcérations qui ne se recouvrent pas d'un exsudat membraneux. Le développement des fausses membranes indique une infection secondaire, comme dans les angines précédentes.

La fausse membrane herpétique est résistante, ne se dissocie pas dans l'eau et a la même structure que la fausse membrane de la diphtérie. Elle est adhérente, ne pénètre pas dans les orifices cryptiques de l'amygdale et ne fait pas

(1) PIVAUDAN. *Les syphilides buccales*, Th. de Paris, 1884. — BOURGES. Les angines diphtéroïdes de la syphilis, *Gaz. hebd.*, 9 avril 1892. — P. LE GENDRE. Contribution au diagnostic du chancre syphilitique de l'amygdale, *Arch. gén. de méd.*, 1884, vol. I. — HAUTTEMENT. Th. de Paris, 1888. — BALZER et BARTHELEMY. *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. SYPHILIS. — A. ROBIN. *Leçons de clinique et thérapeutique médicales.* — ROBIN et DEGUERET. Sur l'angine diphtéroïde de la syphilis secondaire, *Gaz. méd. de Paris*, 18 juillet 1891. — BOULLOCHE. *Les angines à fausses membranes.*

(2) CHANTEMESSE. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, séance du 26 juin 1891. — A. SIREDEY. *Idem.*

saillie sur la muqueuse. Son contour est polycyclique; sa couleur est d'un blanc éclatant.

Dans l'angine herpétique, les phénomènes généraux sont très marqués, la déglutition est pénible, très douloureuse, l'engorgement ganglionnaire est faible, l'albuminurie est exceptionnelle.

Malgré les différences que nous venons d'indiquer, il n'est cependant pas toujours facile de reconnaître une angine herpétique, à moins qu'on ne retrouve dans la gorge des vésicules d'herpès intactes.

Les angines pseudo-membraneuses déterminées par des brûlures de la gorge n'ont pas encore été étudiées au point de vue bactériologique.

Chez certains malades atteints de diphtérie légère, les fausses membranes peuvent être réduites à une simple tache blanchâtre, située sur l'une des amygdales. La nature diphtéritique de l'angine est alors presque toujours méconnue. Les malades sont considérés comme atteints d'une angine blanche, sans gravité, non contagieuse, et n'étant pas isolés peuvent communiquer aux personnes qui les entourent une angine diphtéritique grave. Nous devons donc dire quelques mots des angines simples, bien que ces angines ne puissent être considérées comme des angines pseudo-diphtéritiques.

Dans l'*amygdalite folliculaire*, les amygdales rouges, tuméfiées, sont couvertes de petits points blanchâtres, difficiles à enlever et siégeant au niveau des cryptes amygdaliennes. En pressant sur les amygdales, on voit sortir une matière blanche, s'écrasant sous le doigt, caséeuse.

L'*amygdalite aiguë* s'accompagne de la production de plaques blanches, de petites dimensions, faciles à détacher, ces plaques se trouvant sur les amygdales, sur la voûte du palais, et très rarement sur la muqueuse du pharynx. Elles se dissocient dans l'eau.

Certains auteurs pensent que dans ces amygdalites on peut voir se développer de véritables fausses membranes. Le diagnostic, dans ces cas, ne serait possible que par l'examen bactériologique.

L'*angine pultacée* survient chez des individus affaiblis, pendant la convalescence d'une maladie grave. Les plaques blanches, molles, peu adhérentes, qui recouvrent la muqueuse buccale, la muqueuse du voile du palais, les amygdales, sont formées de cellules épithéliales et se désagrègent dans l'eau.

Le *muguet* s'observe chez des enfants atteints d'athrepsie ou chez des individus déjà cachectisés. L'enduit blanchâtre, crémeux, formé par un semis de points saillants, a l'aspect de lait caillé. Cet enduit n'offre aucun des caractères des fausses membranes.

Les enfants atteints d'*angine ulcéro-membraneuse* présentent toujours dans la bouche des lésions semblables à celles de la gorge, c'est-à-dire des ulcérations recouvertes d'un dépôt grisâtre qui s'enlève facilement et ne forme pas une membrane résistante.

L'*angine gangréneuse* est consécutive à une maladie générale ou plus rarement primitive. En examinant la gorge, on voit une plaque de gangrène noire, entourée par la muqueuse congestionnée et boursoufflée. Lorsque la plaque de gangrène se détache, elle laisse une ulcération profonde, comme on en trouve dans certaines angines pseudo-diphtéritiques. L'angine gangréneuse pourrait être facilement confondue avec une angine diphtéritique compliquée de sphacèle, mais non avec une angine diphtéritique ordinaire.

IV

Il est important pour les malades et pour les personnes qui sont autour d'eux de faire rapidement le diagnostic de la nature d'une angine avec exsudat membraneux, pour établir le pronostic et éviter la contagion.

Sauf pour certaines angines streptococciques qui se présentent, dès leur début, comme des angines infectieuses, la guérison est la règle dans les angines pseudo-diphtéritiques. Ces angines ne sont pas contagieuses. Les malades peuvent donc ne pas être isolés, car ils ne présentent aucun danger pour leur entourage et ils ne doivent pas être placés près de diphtéritiques et exposés ainsi à contracter une affection souvent mortelle, lorsqu'ils sont transportés dans un hôpital.

Enfin les accidents paralytiques, toujours à craindre dans la convalescence de la diphtérie et dus à la toxine du bacille de Lœffler, n'ont jamais été observés dans les autres angines à fausses membranes. Il ne serait pas impossible, cependant, de les voir survenir à la suite d'angines à pneumocoques ou à streptocoques. Les troubles nerveux peuvent s'observer à la suite de toutes les maladies infectieuses et ont été signalés à plusieurs reprises, à la suite de la fièvre typhoïde, de la pneumonie. On est même parvenu à déterminer des paralysies chez des animaux, en inoculant le streptocoque, l'érysipélocoque, le bacterium coli commune (1).

Le diagnostic des angines pseudo-diphtéritiques secondaires est possible par un examen très attentif du malade. Nous avons montré cependant, à propos de chacune d'elles, que ces angines ne diffèrent de la diphtérie que par des nuances difficiles à apprécier.

Les angines pseudo-diphtéritiques primitives ressemblent souvent, d'une façon complète, à l'angine diphtéritique vraie. Le diagnostic n'est possible que par la recherche du bacille de Lœffler.

Le bacille de Lœffler peut être recherché directement dans les fausses membranes ou par ensemencement sur sérum coagulé.

La fausse membrane retirée de la gorge est essuyée avec du papier buvard, de façon à enlever le mucus buccal, puis frottée sur des lamelles. Ces lamelles sont séchées à la flamme et colorées soit au bleu de Lœffler, soit au violet de gentiane, d'après la méthode de Gram, soit au bleu composé de Roux et Yersin (2). On aperçoit alors les bacilles de Lœffler réunis en amas. Ce sont des bacilles assez longs, ayant à peu près la longueur du bacille de la tuberculose, mais plus épais, les uns gros, les autres plus allongés, parfois légèrement incurvés, granuleux et inégalement teintés.

Par ce procédé, les bacilles diphtéritiques peuvent passer

(1) H. Roger. Atrophie musculaire expérimentale, *C. R. de l'Acad. des sc.*, 26 oct. 1891; — *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 25 juin 1892. — Vaullard et Vincent. Soc. méd. des hôpit., 1890. — Bourges. Soc. de biol., 22 fév. 1893. — Gilbert et Lion. Soc. de biol., 13 fév. 1892. — Manfredi et Traverna. *Giorn. intern. delle sc. med.*, 1888.

(2) Ce bleu est composé de violet de dahlia et de vert de méthyle. On mélange 1 partie d'une solution aqueuse à 1 p. 100 de violet à 3 parties d'une solution aqueuse de vert à 1 p. 100, et on ajoute assez d'eau pour avoir une belle teinte bleue, pas trop foncée. Il suffit de mettre sur la lamelle une goutte de ce bleu, d'appliquer celle-ci presque aussitôt sur la lamelle porte-objet en essuyant l'excès de matière colorante. Sous le microscope, on voit que, parmi tous les bacilles des fausses membranes, ce sont les bacilles diphtéritiques qui se colorent le plus vite et avec le plus d'intensité. (Roux et Yersin.)

inaperçus. Il est donc préférable de faire des ensemencements sur sérum.

On ensemence avec une aiguille de platine deux ou trois tubes, sans recharger l'aiguille, et on porte ces tubes dans une étuve à 35 ou 37 degrés.

Le bacille de Lœffler se développe rapidement et forme des colonies apparentes au bout de dix-huit heures. Au bout de vingt-quatre heures, les colonies se distinguent d'une façon très nette. Elles forment des taches arrondies, blanc grisâtre, dont le centre est plus opaque que la périphérie. Les colonies petites et très serrées sur le premier tube semé sont moins abondantes et mieux développées sur les deux autres.

Près des colonies diphtéritiques, on voit quelquefois des colonies formées par un coccus et qui ne diffèrent que peu de celles du bacille de Lœffler. Cependant leur surface est plus humide et leur centre n'est pas plus épais que leurs bords. Après trente-six heures et quarante-huit heures de séjour à l'étuve, elles sont moins volumineuses que les colonies diphtéritiques du même âge et prennent une teinte jaune.

Au bout de vingt-quatre heures, les colonies de streptocoques sont encore très petites. Elles se présentent sous l'aspect de petits points grisâtres.

Les colonies du staphylococcus aureus se développent surtout après vingt-quatre heures.

La recherche du bacille de Lœffler n'exige que des connaissances bactériologiques rudimentaires et peut être pratiquée par tous les médecins. Elle présente un grand intérêt, puisque ce n'est que par l'absence du bacille diphtéritique dans les fausses membranes ou les cultures qu'il est possible d'affirmer la nature non diphtéritique de certaines angines.

Une cause d'erreur peut être la présence dans la bouche du bacille pseudo-diphtéritique, mais les colonies de ce bacille dans les cultures ne sont jamais très abondantes, tandis que les colonies diphtéritiques vraies sont toujours nombreuses.

V

Le traitement des angines pseudo-diphtéritiques diffère peu du traitement de la diphtérie.

Le traitement local est très important. Il convient de faire, toutes les deux heures environ, dans la gorge des malades, des irrigations avec une solution antiseptique, eau boriquée, solution phéniquée à 1/2 p. 100, eau naphtolée, sublimé à 1/2 p. 1 000. Ces irrigations ont le grand avantage de nettoyer la bouche, de détacher les fausses membranes peu adhérentes et de calmer en même temps la douleur. Si les malades ont du coryza couenneux, on fait également des irrigations dans les fosses nasales. Ces irrigations seront faites soit avec une seringue, soit avec un irrigateur, mais toujours avec assez de force. Très rarement l'eau pénètre dans la trachée en très petite quantité. Plus souvent, les malades avalent une partie du liquide. Il est donc préférable d'employer pour les lavages une solution d'acide borique.

Les fausses membranes sont enlevées avec des tampons d'ouate. Leur décollement doit être suivi de badigeonnages avec une solution faiblement antiseptique, glycérine salolée, collutoire au tanin, solution d'acide salicylique, jus de citron. Il faut avoir soin, en détachant les fausses membranes, de ne pas excorier la muqueuse.

Les malades atteints d'angine pseudo-diphtéritique à la suite de chancre ou de plaques muqueuses des amygdales doivent être immédiatement soumis au traitement mercuriel. Le traitement local ne sera pas négligé. La gorge est nettoyée avec soin et lorsque les fausses membranes sont enlevées, on touche les ulcérations avec le crayon de nitrate d'argent.

Dans les angines pseudo-diphtéritiques graves, on doit appliquer le traitement de l'angine diphtéritique. Il doit être fait de même dans les angines sur la nature desquelles on hésite, lorsque l'examen bactériologique n'a pas été pratiqué.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le privilège du médecin en cas de faillite.

L'« Union médicale du Nord-Est » rapporte le fait suivant : Mme X... est décédée en décembre 1891 d'une hystérectomie vaginale pour épithélioma utérin. Guérison, puis récidive et, dix mois après, mort.

Par arrêt du 17 janvier 1893, le Tribunal civil de la Seine avait décidé que le privilège au profit du médecin ne peut être étendu à la maladie qui a duré plusieurs années, avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation. Le législateur, en édictant un privilège, a voulu, ajoute l'arrêté, limiter ce privilège aux frais occasionnés par la dernière crise, ayant entraîné la mort du malade.

Notre estimé confrère rémois, M. Guelliot, estima qu'étant donné cette jurisprudence, il y aurait lieu d'en appeler au Tribunal de commerce de Reims, demander une consultation à M. Déligand, avocat-conseil de l'Association générale des médecins de France. Cette consultation, dont voici le texte, mérite d'être rapportée intégralement.

La question proposée se présente dans les termes suivants :

Le médecin peut-il être admis comme créancier privilégié, à la faillite du mari, pour soins donnés à la femme, dont le décès est survenu une année après, par suite de récidive?

Cette question doit être examinée à deux points de vue, que M. Déligand, l'avocat-conseil de l'Association générale, discute en ces termes :

Le privilège édicté par le § 3 de l'article 2101 s'applique-t-il aux soins donnés à la femme du failli?

L'affirmative a été contestée, par ce motif que les privilèges sont de droit étroit, et que le § 3, de même que les §§ 1, 2 et 4 de l'article 2101 ne paraissent s'appliquer qu'aux créances nées d'un fait personnel au débiteur.

Cette opinion trouve son appui dans les termes du § 5 — même article — qui accorde spécialement le privilège pour les fournitures faites au débiteur « et à sa famille ».

Ces mots « et à sa famille » ne sont pas employés pour les autres privilèges : on en conclut que la disposition du § 5 est exceptionnelle et que les autres privilèges doivent être restreints aux créances contre le débiteur seul.

Cependant, l'opinion contraire paraît devoir être admise :

Le mari est, en effet, comme chef de l'association conjugale, débiteur des honoraires du médecin; c'est à lui que le médecin fait confiance, contre lui qu'il doit agir en paiement de ces honoraires et prendre au besoin un jugement de condamnation; on ne saurait donc refuser le caractère de créance privilégiée à celle qui a pour cause des soins donnés à la femme, sans méconnaître

à la fois les principes qui régissent les obligations maritales et le but même en vertu duquel le privilège a été créé.

Cette question n'a, d'ailleurs, dans le cas dont s'agit, qu'un intérêt théorique; car les autres circonstances de fait ne sont pas favorables à l'admission du privilège.

La femme du failli, ayant en définitive succombé au mal pour lequel elle avait été opérée une année auparavant, peut-on dire que les soins qui lui ont été donnés antérieurement sont des soins de « dernière » maladie?

Oui, évidemment, au sens scientifique du mot.

Non, au sens légal de l'article 2101, dont la disposition exceptionnelle au droit commun doit être restreinte dans des termes étroits.

La Cour de cassation avait posé le principe que la dernière maladie de l'article 2101 était celle qui avait été suivie du décès du débiteur.

Cette jurisprudence n'a pas été suivie unanimement, et quelques tribunaux et cours d'appel ont admis que le privilège s'appliquait également au cas où la maladie s'était terminée par la guérison.

La loi du 30 novembre 1892 a mis fin à cette controverse, en décidant que la créance du médecin serait privilégiée, quelle que fût l'issue de la maladie.

Mais toutes les décisions judiciaires les plus opposées sur le principe ont toujours envisagé une maladie « continue », aboutissant à la mort ou à la guérison, des soins donnés sans interruption.

Dans l'espèce proposée, un long espace de temps, qui n'a pas été moindre d'une année, s'est écoulé entre l'opération et le décès; le malade a été guéri, au moins en apparence, et si les derniers accidents qui l'ont emporté ont pu être déterminés par un mal ancien et latent, ils n'en constituent pas moins des manifestations nouvelles, exigeant un traitement nouveau, etc.

Vraisemblablement, un autre médecin a été appelé auprès de la malade, et réclame aussi ses honoraires à la faillite, pour soins de dernière maladie. Or, il ne peut pas y avoir place pour deux créances privilégiées, ayant la même origine, avec des dates aussi éloignées l'une de l'autre.

Le deuxième médecin consulté sera nécessairement privilégié, puisque ces soins ont été interrompus par le décès; le premier médecin, en ne se faisant pas payer, a suivi, comme les autres créanciers, la foi du débiteur : il sera traité, comme eux, au marc le franc, par la faillite.

En résumé, c'est la récidive qui, survenant une année après la première opération et déterminant la mort, constitue, suivant moi, la dernière maladie, dans le sens de l'article 2101, et j'estime qu'en l'état actuel de la législation, il n'y a pas lieu à privilège pour les soins antérieurs.

La solution ne me paraît pas douteuse, s'il y a eu, au moment de la récidive, intervention d'un autre médecin, remplaçant le premier : s'il en était autrement, et si le médecin qui a pratiqué la première opération a été le médecin unique de la maladie produisant seul à la faillite, il pourrait avoir quelque chance d'être admis par privilège.

Il ne serait pas impossible de faire interpréter en sa faveur les dispositions combinées de l'article 2101 du Code civil et de la loi du 30 novembre 1892.

VARIÉTÉS

Mort et autopsie de Colbert.

Dans une série de documents inédits sur Colbert, publiés dans l' « Annuaire-Bulletin de la Société de l'histoire de France » (1874), nous trouvons les intéressants détails suivants sur la mort de Colbert :

MORT DE COLBERT

Le 6 septembre 1683, à trois heures du matin, Colbert mourait dans son hôtel de la rue Vivien. Usé par un labeur incessant de près de quarante-cinq années, accablé par les émotions des luttes qu'il avait eu trop souvent à soutenir, soit contre ses rivaux ou ses propres enfants, soit contre ce maître qui s'appelait Louis XIV, il succombait à d'horribles souffrances, qui firent de son agonie un véritable supplice de plusieurs jours. Suivant son habitude, le public voulut voir dans cette mort un événement extraordinaire, un drame, même un crime; non seulement on parla de haines mortelles et de disgrâce, mais le mot de poison fut aussi prononcé. Cette dernière supposition était aussi gratuite et absurde que la première avait de fondements. La santé du ministre avait toujours été fort mauvaise : dès le temps de la Fronde, en 1650, les excès de travail et les anxiétés amenaient chez lui de fréquents accès de fièvre; en 1663, c'était la goutte, puis un délabrement d'estomac qui fit croire à une tentative d'empoisonnement, et enfin des fièvres violentes, qui ne cédèrent qu'à l'action du quinquina, en 1680. A cette dernière date, il y avait déjà longtemps que les douleurs morales compliquaient le mal physique; chaque jour la lutte avec Le Tellier s'envenimait davantage, chaque jour le grand ministre voyait s'écrouler quelque pierre de l'édifice laborieusement élevé dans la première partie de son règne; c'en était fait de l'ascendant qu'il avait si heureusement exercé sur l'esprit du maître, et il n'y avait plus de merci à attendre d'un Louvois triomphant pour le malheur de la France. Ces faits de division dans les conseils ministériels étaient publiquement connus et commentés (1), et il y a tout lieu d'en croire l'ambassadeur vénitien Foscarini, lorsqu'il raconte dans sa relation officielle la cause et les débuts de la dernière maladie.

Le roi, dit-il, s'était plaint fort durement, soit de la mauvaise construction des bâtiments élevés à Versailles par le jeune et insouciant Colbert d'Ormoy, soit de la lenteur marquée du contrôleur général à fournir l'argent que Louvois absorbait sans relâche. Le désespoir agissant sur un tempérament fort bilieux, une crise de gravelle atroce se produisit, fut aussitôt déclarée mortelle, et, au dire de l'ambassadeur, Colbert, refusant toute nourriture qui eût prolongé cette vie de tourments, renonçant même à réclamer pour ses enfants la protection et la gratitude à laquelle ils avaient tant de droits, Colbert n'aurait plus demandé qu'à mourir en paix.

Probablement ce récit a été dramatisé par Foscarini; il se trouve contredit en bien des détails, et surtout en ce qui concerne cette fin de « désespéré », par le correspondant parisien d'une des gazettes qui se publiait en Hollande. Suivant celle-ci, Colbert conserva jusqu'à son dernier soupir « un jugement sain et entier ». Loin de s'abandonner au désespoir, il ne se préoccupa que de régler, pour le repos de sa conscience et le bien de sa famille, ses affaires spirituelles et temporelles; malgré d'horribles souffrances, que la médecine était impuissante à calmer, sa mort fut

(1) Voyez les détails que Philibert de Lamare a recueillis sur ces querelles journalières entre le parti Le Tellier d'une part, comprenant le chancelier, Louvois et l'archevêque de Reims, et d'autre part, Colbert, l'archevêque de Paris, le P. de La Chaise, le maréchal de Villeroy (*Mélanges*, ms. Fr. 23251, n° 958). Le même recueil (n° 1008) cite un épisode caractéristique : « Il y eut en 1682 une assez grosse querelle entre M. Colbert et M. de Louvois, sur ce qu'au conseil, en présence du roi, M. de Louvois ayant voulu blâmer la conduite de M. Colbert au sujet de la conversion des rentes sur l'hôtel de ville, disant que cela avoit ruiné le crédit du roi, M. Colbert répartit que, lorsqu'il plairoit au roi, il rendroit bon compte de son administration, et qu'il souhaitoit que lui, M. de Louvois, en rendît un aussi bon des 60 millions qu'il lui avoit fournis la dernière campagne. Sur cela, M. le chancelier, prenant la parole, leur dit : « Comment, Messieurs, vous perdez le respect que vous devez au roi en vous querellant en sa présence ! » Et ainsi il rompit adroitement le coup à une dispute dans laquelle il prévoyoit que M. de Louvois, son fils, n'auroit pas l'avantage. »

calme et magnifique, comme celle d'un grand homme et d un bon chrétien.

Une pièce curieuse, retrouvée par M. Ed. de Barthélemy dans les archives de Mme la princesse de Montholon-Sémonville, confirme et complète, d'une façon émouvante, le récit de la *Gazette de Leyde* (septembre et octobre 1683).

« M. Colbert décéda hier, à trois heures du matin, et il est mort avec la même force de jugement et la même présence d'esprit qu'il avoit toujours eue en la plus forte santé. Il a édiffié toute sa famille par les véritables sentimens de christianisme qu'il a inspirés à un chascun en particulier, en paroissant le premier persuadé et pénétré de tout ce qu'il disoit avec tant de force et de présence d'esprit, qu'on a doutté que le père Bourdaloue, qui ne l'a point abandonné pendant huit jours, comme estant son confesseur ordinaire, fust capable de dire des choses plus belles que celles qu'il a dites en mourant (1)... Il souffroit des douleurs si violentes, qu'on estoit obligé de le mettre dix fois par jour dans le bain, et les médecins, qui ne connoissoient point son mal, par une ignorance qui leur est assez ordinaire, ne luy faisoient prendre que de l'eau de poulet, au lieu de luy donner de bonne nourriture qui l'eust mis au moins en estat de résister plus longtemps à sa maladie, qu'on a trouvée d'une nature qu'il ne pouvoit pas vivre ni résister longtemps à quatre pierres qu'on lui a trouvées dans le rein. Voilà la cause de sa perte. »

L'auteur de cette lettre, qui n'est point signée, et le correspondant de la *Gazette*, qui donne à peu près les mêmes détails, presque dans les mêmes termes, étaient tous deux bien informés quant à la nature du mal. Voici comme pièce justificative de leur récit, le procès-verbal de l'autopsie du corps de Colbert, retrouvé par hasard au milieu de la masse des pamphlets et des épigrammes que Clairambault avait pieusement recueillis sur son premier patron (2). On jugera quelles tortures l'illustre ministre avait dû subir avant d'échapper par la mort à la disgrâce du souverain qui lui devait sa grandeur, à l'ingratitude des peuples pour la prospérité desquels il avait constamment travaillé.

HISTOIRE DE CE QUI A ESTÉ TROUVÉ A L'OUVERTURE DU CORPS DE MONSEIGNEUR COLBERT, FAITE LE 7 SEPTEMBRE 1683, A SEPT HEURES DU MATIN

L'extérieur du corps estoit de la couleur et de la figure convenable, le parmicule de la graisse estoit fort espais, la couleur, la situation et la consistence des boyaux estoit naturelle, mais la graisse qui les environnoit, aussy bien que le mézentère, l'épiploone et le parmicule, paroissoient jaune comme d'une teinture empruntée de la bile.

La couleur et la consistence de la rate estoit un peu différente de celle qui appartient à cette partie. Le foye avoit de l'altération dans sa couleur et dans sa substance, un peu plus de dureté qu'il ne luy convient. La vésicule du fiel qui luy est attachée estoit petite et rétressie par l'espaisseur de ses membranes, qui approchoient du calleux. Elle renfermoit une matière purulente aqueuse, sans mauvaise odeur, et plusieurs petits corps solides, capables, néanmoins, de se fondre au feu, dont une partie occupoit le col.

En ouvrant la capsule du ren gauche, dont la figure estoit irrégulière, au moins par embas, il est sorty une matière grisastre, séreuse et purulente. La membrane adipeuse, espaissie et condensée, formoit un corps dur vers la partie supérieure de ce mesme ren. Dans le ren ouvert, on a trouvé la partie inférieure occuppée d'une pierre, grosse, inesgalle, ayant une saillie pointue qui respondoit au bassinet, la partie supérieure gastée par une matière purulente et ses manelons pressez par une pierre ronde accompagnée de plusieurs pierretes.

Il y avoit aussy, dans l'endroit de l'uretère joignant le ren, une pierre grosse comme une médiocre fève et, un travers de doigt plus bas, il y avoit une autre pierre assez grosse, en forme de croissant, bouchant, à ce qu'il sembloit, exactement l'uretère.

Le ren droit, beaucoup plus petit qu'il ne faut, estoit marbré dans sa substance extérieure et couvert de phlyctènes. Il contenoit une matière purulente et séreuse. La teste de l'uretère estoit beaucoup dilatée par une énorme pierre en forme de croissant, extérieurement graveleuse, jaunastre du costé du ren et persée depuis la partie qui regarde le ren jusqu'à celle où se trouve le vuide du croissant.

La substance des deux uretères, dilatée et enfermant des pierres, estoit calleuse.

La vésie, où l'on a encore trouvé de l'urine, estoit bien conditionnée ; le pancréas très bon.

La substance de l'estommach, très beau au dehors, estoit très unie au dedans. Il y avoit, du costé gauche, de petites marques rougeastres, formées par des vénules dilatées.

Le cœur et le poumon estoient en bon estat.

Cette pièce, quoique non signée, paraît bien authentique. L'autopsie avait été pratiquée par le chirurgien Morel et l'embaumeur Gastelier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 20 septembre 1893, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Roux, Chont, Petit-Didier, Chassagne, Brun, Chaix, Monsarrat, Olivier de Sardan, Fourcaud, Tudlitz, Sordoillet, Gachon, Houdeville, Rispal, Derrien, Moullade, Gibory, Morizot et Lachaux.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens de première classe Dubois, Clément, Lacaze, Delahaut, Prothière, Barrière, Desgraves, Dumesny, Bellot, Charpentier, Michels, Lauxerrois, Daltroff, Delasalle et Legrand.

— *Hospices civils de Marseille.* — Le lundi 4 décembre 1893, à huit heures du matin, un concours sera ouvert à l'Hôtel-Dieu pour trois places d'élèves internes.

Un autre concours sera ouvert, le lundi 18 décembre 1893, à trois heures du soir, dans le même hôpital, pour vingt places d'élèves externes.

Ces deux concours auront lieu devant la Commission administrative, assistée d'un jury médical.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence.

Les candidats pour le premier concours auront, de plus, à justifier du nombre de douze inscriptions et d'un an de service actif dans un hôpital comme externes ou comme stagiaires.

— Le choléra sévissant assez gravement à Constantinople, M. Chantemesse vient d'être envoyé dans cette ville, sur la demande du gouvernement ottoman, pour présider à l'installation des moyens de combattre ce fléau.

— *Mission sanitaire.* — M. Martin-Durr, délégué sanitaire du ministère de l'Intérieur, se trouve dans le département du Finistère depuis trois semaines. Arrivé à Quimper le 25 août, il était à Brest le 26, où il a fait, avec M. le sous-préfet de Brest, une première visite à l'île Molène.

Le 27, M. Martin-Durr, étant à la mairie de Brest, a demandé une première fois le nettoyage des rues de la ville.

(1) Colbert avait toujours été très pieux et sa dévotion n'était nullement entravée par les constantes préoccupations du ministère. L'abbé Gallois lui avait fait un bréviaire particulier, sur le plan du cardinal Guidonis, et il le disait exactement tous les jours. De plus, il récitait le psautier entier en une semaine et lisait dans son année l'Ancien et le Nouveau Testament. (Miscellanées du P. Léonard de Sainte-Catherine de Sienne; Arch. nat., MM 824, f° 65.)

(2) Ms. Clair. 1170, f° 169.

Le 28, il est retourné à Molène, où il a organisé un hôpital qu'il a mis à la disposition du docteur Bourdon, et le service de désinfection, que le maire, M. Masson, a surveillé lui-même.

Après avoir séjourné cinq jours à Molène et visité l'île de Trielen, où il a approuvé toutes les mesures prescrites par M. le docteur Bourdon, dont le dévouement est au-dessus de tout éloge, M. Martin-Durr a fait, avec M. le sous-préfet de Châteaulin et M. le docteur Baley, médecin des épidémies, un voyage à Crozon et à Camaret.

La semaine dernière, il a fait une tournée d'inspection dans l'arrondissement de Brest, puis à Douarnenez, à Crozon et à Camaret, laissant dans toutes les communes des instructions aux municipalités.

Vendredi, après avoir visité une dernière fois Molène et constaté la disparition de l'épidémie, M. le délégué sanitaire a pu donner la libre pratique aux pêcheurs de l'île, où il n'y a pas eu de décès depuis dix jours.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs A. Bellile (de Chindrieux), Béziat (de Vorey), Dax (de Sommières), Métivier (de Paris) et F.-P. Ricard, médecin principal de la marine en retraite.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le méro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Atlas de cystoscopie, par le docteur Émile Burckhardt, privat-docent de chirurgie et ancien chef de clinique de la clinique chirurgicale de Bâle (Préface du professeur A. Socin). 1 vol. gr. in-8° avec 24 planches en couleurs. — Prix : 15 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Des phénomènes de synopsie (audition colorée), photismes, schèmes visuels, personnifications, par Th. Flournoy, professeur extraordinaire de psychologie expérimentale à l'Université de Genève. 1 vol. in-8° avec 82 figures dans le texte. — Prix : 6 francs. — Paris, Félix Alcan.

Thérapeutique des maladies de l'estomac et de l'intestin (*Bibliothèque de thérapeutique médicale et chirurgicale*, publiée sous la direction de MM. Dujardin-Beaumetz et Terrillon), par le docteur Albert Mathieu, médecin des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-18 jésus de 400 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Influence du travail intellectuel sur les variations de quelques éléments de l'urine à l'état physiologique, par le docteur Henry Thorion, ancien chef des travaux chimiques à la Faculté de médecine de Nancy. 1 vol. gr. in-8° de 120 pages avec 7 planches. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

De la valeur et des effets du lait bouilli et du lait cru dans l'allaitement artificiel, par le docteur H. Drouet. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 110. — MARDI 26 SEPTEMBRE 1893. 66e ANNÉE. MARDI 26 SEPTEMBRE 1893. — N° 110.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : **20 c.** — Avec Supplément : **30 c.**

PHLEGMON DE LA GAINE HYPOGASTRIQUE

AVEC PROLONGEMENTS FESSIER ET ISCHIO-ANAL

Par M. P. LAUNAY,
Interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

M. Delbet (1) nous montre qu'il faut considérer dans le tissu cellulaire du bassin chez la femme deux régions bien distinctes caractérisées par le passage de vaisseaux d'origines différentes : 1° la région du ligament large avec artère utéro-ovarienne et lymphatiques du fond de l'utérus, de la trompe et de l'ovaire; 2° la région du pédicule hypogastrique traversée par les branches intra-pelviennes de l'iliaque interne, les lymphatiques du col et de la portion supérieure du vagin.

Chacune de ces régions peut être le siège de suppuration, d'où deux variétés de phlegmons : 1° phlegmons du ligament large, rares; 2° phlegmons du pédicule vasculaire, plus fréquents.

Ces derniers se développent dans une région limitée en arrière par l'aponévrose sacro-recto-génitale, dont fait partie l'ancien ligament utéro-sacré, en avant par la partie postérieure et inférieure de l'aponévrose ombilico-vésicale qui suit le trajet de l'artère ombilicale jusqu'à l'échancrure sciatique, en haut par la convergence de ces deux feuillets, en bas par l'aponévrose périnéale supérieure recouvrant la face supérieure du releveur de l'anus. En dehors, cette loge repose sur l'échancrure sciatique et s'ouvre sur la fesse; en dedans, elle aboutit au col de l'utérus et au dôme vaginal, à la vessie et au tissu cellulaire interposé.

Dans cette loge se trouvent les branches pelviennes de l'hypogastrique, artères et veines, des lymphatiques, des ganglions, des nerfs et l'uretère.

Suivant le tissu cellulaire qui entoure toutes les branches de l'hypogastrique, le pus développé dans cette loge peut se propager dans plusieurs directions.

Trois du côté des viscères, dit M. Delbet :

Prolongements rectal, vésical, vaginal.

En dehors du petit bassin, cinq autres directions :

(1) DELBET. *Suppurations pelviennes*, 1891.

1° Prolongement abdominal antérieur donnant naissance au plastron abdominal, suivant l'artère ombilicale ;

2° Prolongement crural antérieur, suivant le tronc de l'artère hypogastrique; et la fosse iliaque;

3° Prolongement crural interne par le trou obturateur, suivant les vaisseaux obturateurs ;

4° Prolongement fessier, suivant l'artère fessière à travers l'échancrure sciatique ;

5° M. Delbet ajoute que le pus peut passer au travers de l'aponévrose périnéale supérieure, au travers du muscle releveur de l'anus, dans la fosse ischio-rectale et se faire jour au voisinage de l'anus.

Voici l'observation d'un de ces phlegmons présentant les deux derniers prolongements : fessier, ischio-anal.

Mme A. M..., vingt-six ans, sans antécédents héréditaires ou personnels importants, ayant déjà eu un enfant il y a deux ans, était enceinte d'un second enfant au commencement de l'année 1893.

Bien portante pendant sa grossesse, elle accouche chez elle dans les premiers jours d'avril.

Pendant neuf jours, elle se porte bien ; le neuvième jour, elle se lève et le soir est prise de fièvre et de frissons avec douleur dans le sein droit. Un abcès du sein se développe et s'ouvre spontanément. De ce moment, la malade commence à souffrir dans la fesse gauche, douleurs lancinantes, continues, empêchant tout sommeil, malgré le sulfate de quinine et l'antipyrine qu'elle prend alors.

Les jours suivants, fièvre, inappétence, etc.

Cette douleur est d'abord prise et soignée pour une névralgie sciatique. Enfin, continuant à souffrir, la malade entre le 3 juin 1893, deux mois après son accouchement, à la Pitié, dans le service de M. le professeur Tillaux.

A ce moment, on se trouve en présence d'une femme très affaiblie. Elle se plaint de douleurs vives dans la fesse gauche. Il existe là du gonflement, et M. Tillaux n'y trouve pas de fluctuation nette. L'examen des organes génitaux montre un utérus dévié et refoulé à droite. Dans le cul-de-sac postéro-latéral gauche on constate une tuméfaction mal limitée, de l'empâtement, pas de fluctuation. Cet empâtement ne remonte pas dans la fosse iliaque gauche et ne peut être senti par le palper abdominal seul.

La malade est mise au repos. Cependant les douleurs persistent, de l'œdème se développe dans la grande lèvre du côté gauche.

Le 10 juillet, M. Jalaguier, remplaçant M. Tillaux, décide une intervention. Il existe toujours du gonflement de la fesse, mais on n'y peut trouver de fluctuation nette. Une incision, comme pour la ligature de l'artère fessière, est pratiquée sur la fesse gauche. Après avoir traversé le grand fessier, on tombe sur une

poche remplie de pus et au fond de laquelle le doigt sent le rebord osseux de la grande échancrure sciatique. Là les trousseaux fibreux du canal de Bouisson sont écartés et la communication avec la fosse hypogastrique étant facilitée, une nouvelle quantité de pus sort par l'échancrure. Lavage abondant; drainage.

Le pansement est ensuite changé tous les deux jours; des lavages boriqués faits par le drain ramènent un peu de pus. De ce jour les douleurs cessent, la malade reprend des forces et redevient gaie.

Le 18 juillet, huit jours après la première opération, on commence à noter de la rougeur dans la région périnéale gauche, près de l'anus. L'œdème de la grande lèvre augmente. Cette région est empâtée et douloureuse.

Le 20 juillet, la rougeur et la tension de cette région augmentant, une incision est pratiquée à hauteur de l'anus, sur les limites de la fesse gauche et du périnée; le pus s'écoule abondamment, la sonde cannelée introduite par la plaie s'enfonce profondément dans la fosse ischio-anale. Lavage de la cavité et drainage.

Les jours suivants les pansements sont renouvelés assez fréquemment. La suppuration devient de moins en moins abondante pour cesser à la fin de juillet. La malade s'alimente, reprend des forces et commence à se lever au commencement d'août. Les drains enlevés, la région fessière est alors souple et indolente. Le toucher vaginal ne dénote plus qu'une induration assez grande avec légère tuméfaction du cul-de-sac gauche et postérieur.

La malade sort de l'hôpital le 6 septembre, complètement guérie; les deux plaies sont cicatrisées.

Nous sommes donc bien en présence d'un de ces phlegmons de la gaine hypogastrique, faisant saillie vers le vagin et non vers l'abdomen comme le phlegmon du ligament large proprement dit, et ce phlegmon, suivant l'artère fessière, s'est propagé à travers l'échancrure sciatique dans la région fessière; puis, plus tard, soit au travers du releveur de l'anus, soit en suivant le trajet des vaisseaux honteux internes derrière l'épine sciatique, il a fusé vers la fosse ischio-anale, pour se faire jour près de l'anus.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Considérations générales sur le traitement des dermatoses (1).

Par le docteur Ch. Lailler,
Médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis.

III

TRAITEMENT TOPIQUE

Les topiques jouent un plus grand rôle et surtout un rôle plus appréciable dans le traitement des dermatoses à tel point qu'au temps d'Hébra, en Allemagne, ils étaient employés presque exclusivement.

Des progrès considérables, depuis un quart de siècle, ont été faits dans ce mode de traitement et les heureux résultats obtenus en chirurgie par l'antisepsie ont été un encouragement à suivre la même voie dans la mesure du possible pour le traitement topique des dermatoses.

On craint moins qu'autrefois les lavages à grande eau et on se sert plus habituellement d'eau préalablement bouillie et contenant des substances antiseptiques en solution.

Acide borique au trentième.

Résorcine au centième et au deux centième.

Sublimé au millième et au deux millième.

On a presque complètement renoncé à l'emploi des éponges qu'on a remplacées par des pelotes d'ouate hydrophile, qu'on détruit après chaque pansement.

Les lavages faits, les lésions bien détergées, on les essuie par pression et sans frotter avec des compresses de linge usé, puis, suivant les indications, on fait l'application du topique.

A. 1° *Topiques purulents.* — On emploie à peu près indifféremment les poudres d'amidon, de riz, de fécule, de lycopode, de talc, soit seules, soit mêlées à de l'oxyde de zinc, à du sous-nitrate de bismuth. La poudre de talc est peut-être celle que les malades préfèrent à cause de son onctuosité.

B. 2° *Liquides.* — Eau : on emploie assez souvent les compresses imbibées d'eau simple, à toute température avec ou sans irrigation.

Pour empêcher les compresses de sécher vite, on les recouvre d'un tissu imperméable, toile gommée, gutta-percha laminée, tissu caoutchouté, ou bien on additionne l'eau d'un huitième ou d'un dixième de glycérine.

L'eau sert encore d'excipient pour un assez grand nombre de produits.

C'est ainsi qu'on emploie des décoctions de racines de guimauve, de graines de lin, de gelée du Japon de 1 à 4 p. 100 suivant la consistance qu'on veut obtenir. Cette décoction est d'une préparation assez longue, mais elle a le grand avantage d'être inaltérable à l'air. On peut encore additionner l'eau d'acide phénique à 1 à 4 p. 100. L'eau est la base de topiques pâteux qui rendent les plus grands services dans la thérapeutique des dermatoses; ce sont les cataplasmes préparés avec la farine de graines de lin, l'amidon ou la fécule de pommes de terre et les glycérés d'amidon simples ou médicamenteux.

Les cataplasmes de farine de graines de lin avaient été proscrits à cause de la facilité avec laquelle ils fermentaient, ce qui les rendait très irritants. On fabrique, depuis quelques années, de la poudre de lin déshuilée à l'aide du sulfure de carbone, qui conserve les propriétés émollientes de la farine de graines de lin, grâce au mucilage qu'elle retient; elle peut rester longtemps appliquée sans s'altérer et devenir irritante.

Les cataplasmes d'amidon ou de fécule, indifféremment, doivent être appliqués presque froids. Ils devront être préparés de la façon suivante, pour être bien homogènes. On doit préalablement délayer, dans un peu d'eau tiède, la quantité de fécule qu'on veut employer, de façon à obtenir une sorte de lait épais, puis on a dans un vase de l'eau bouillante dans laquelle on projette le lait préparé; en quelques instants la fécule est cuite et forme une masse homogène qui doit avoir une consistance légèrement pâteuse que l'expérience apprend rapidement à obtenir. Il est bon d'enduire les bords du cataplasme, qui doit être mis dans de la tarlatane, d'un corps gras quelconque pour les empêcher de durcir et d'adhérer à la peau, surtout quand elle est velue, ce qui rend leur enlèvement quelquefois très pénible.

Le glycéré d'amidon, préparé d'après la formule du codex, est un peu épais; il convient d'y ajouter à la fin de l'opération 15 à 20 p. 100 d'eau de laurier-cerise qui, en même temps, corrige un peu son odeur fade.

Le glycéré d'amidon peut servir d'excipient pour un certain nombre de produits médicamenteux et être substitué

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 1021.

aux pommades; mais il est souvent moins bien toléré.

C. L'alcool est quelquefois employé comme topique; l'application en est assez douloureuse; plus son degré est élevé, plus il est astringent. Pour ralentir son évaporation, on peut lui associer la glycérine dans la proportion d'un tiers ou d'un quart.

Mais c'est surtout comme excipient des produits médicamenteux que l'alcool est employé dans la thérapeutique cutanée. Citons comme exemple les teintures d'iode, de cantharides, de benjoin, de camphre, etc.

D. Les *huiles* sont aussi employées soit seules, soit comme excipients de substances médicamenteuses maintenues en suspension.

On recherche de préférence celles qui rancissent le moins facilement, l'huile d'amandes douces, l'huile de ricin qui doit, à sa solubilité dans l'alcool à 95 degrés, d'être souvent employée comme cosmétique capillaire.

En Allemagne et quelquefois en France, on pratique des onctions d'huile de foie de morue.

Le cérat, qui est un mélange d'huile d'amandes douces et de cire, est souvent employé comme excipient; il rancit peut-être un peu moins facilement que l'axonge.

E. *Graisses animales.* — L'axonge ou saindoux et les suifs rancissent facilement. Servant presque exclusivement comme excipients médicamenteux, ils sont de moins en moins employées depuis que l'industrie a fourni des produits à peu près inaltérables et paraissant avoir une action analogue quand ils sont bien préparés. Ce sont surtout la vaseline ou pétroléine extraite du pétrole d'Amérique, de consistance un peu molle, n'ayant ni goût, ni odeur et une autre préparation plus récemment employée, de consistance huileuse, qu'on paraît extraire des pétroles du Caucase, par filtration et pression à chaud, et qui est d'un grand usage dans la parfumerie sous le nom d'huile de vaseline.

Depuis quelques années, on a beaucoup vanté, en Allemagne surtout, sous le nom de lanoline, un produit extrait du suint de la laine des moutons qui aurait la singulière propriété d'être miscible à l'eau et absorbable par la peau recouverte de son épiderme intact.

Cette substance a une odeur assez désagréable; employée pure comme excipient médicamenteux, elle est collante; associée à la vaseline, elle est plus maniable; jusqu'à présent son usage a été assez restreint, du moins en France.

F. On se sert assez souvent, comme topiques, d'onguents et d'emplâtres qui sont des préparations complexes où les huiles et les graisses jouent le rôle d'excipient, et dont la consistance est telle qu'ils se ramollissent à une douce chaleur, et suivant leur composition peuvent adhérer plus ou moins intimement à la peau.

Tel est l'emplâtre simple, composé seulement d'axonge, d'huile d'olive et de litharge; on remplace quelquefois cette dernière par de l'oxyde de zinc.

On les emploie le plus souvent à l'état de sparadraps, c'est-à-dire étendus sur un tissu de lin, de coton et même de soie.

Les plus usités sont le sparadrap à l'emplâtre simple, le diachylon gommé, le sparadrap de Vigo *cum mercurio*, le sparadrap à la glu de Beslier, le sparadrap ou emplâtre rouge de Vidal composé de minium 250 et de cinabre 150, emplâtre de diachylon 20. Comme la plupart renferment des résines et des térébenthines, ils sont plus ou moins irritants.

Il y a quelques années, Unna a préconisé des pansements à l'aide de colles médicamenteuses, appliquées sur des étoffes légères et dont il a modifié la composition à plusieurs reprises.

Il fait surtout usage de préparations d'ichtyol et de résorcine, qu'il considère comme des médicaments réducteurs agissant par soustraction d'oxygène et dont l'action topique est très différente, suivant qu'ils sont appliqués à faible ou à forte dose.

A faible dose, jusqu'à 10 p. 100 environ, ces substances produiront une modification de la couche cornée, qui devient plus épaisse, plus compacte et plus dure, dont la partie superficielle se détacherait sous forme d'une membrane de l'épaisseur d'une feuille de papier. A dose plus élevée, il se formerait de la pustulation et même des bulles.

Si la résorcine est une préparation bien définie, facile à manier, il n'en est pas de même de l'ichthyol (sulfo-ichthyolate d'ammoniaque), très vantée par les médecins allemands, employée par eux à l'intérieur et à l'extérieur, presque comme une panacée. Ce produit ne paraît pas avoir donné des résultats aussi favorables entre les mains des médecins français qui l'ont employé; il est assez irritant et sa couleur noire et son odeur pénétrante font qu'il est difficilement subi par les malades.

On prépare maintenant en France des produits analogues à ceux de Unna, dont la composition est très variée; ils permettent de limiter les applications topiques aux surfaces malades, ce qui est un avantage réel.

Depuis assez longtemps déjà, pour éviter la gêne que causent les pommades et à laquelle les nouveaux emplâtres remédient en partie, on a essayé de remplacer les graisses par des excipients qui, en se volatilisant plus ou moins rapidement, laissent sur les surfaces où ils sont déposés une lamelle adhérente et élastique : telles sont les traumaticines et les collodions.

G. La traumaticine est une solution de gutta-percha purifiée; une partie pour neuf de chloroforme.

Dans cette traumaticine on suspend, on dissout, quand cela est possible, une certaine proportion du produit que l'on veut appliquer et qui se trouve plus ou moins uni à son excipient.

On a eu souvent recours à du collodion auquel on incorporait également le médicament actif dans une proportion convenable.

Mais le collodion a un double inconvénient : il retient dans ses mailles le principe actif et en annihile l'action ou du moins la rend difficilement dosable; de plus, il se rétracte plus ou moins et cause quelquefois des douleurs assez vives pour qu'on soit obligé de l'enlever.

Dans ces derniers temps, j'ai essayé une nouvelle préparation qui n'a plus l'inconvénient de se rétracter, mais a encore celui de rendre difficile le dosage du principe actif. C'est une solution du vingtième au dixième de celluloïde dans de l'acétone pur qui n'est pas plus irritant que l'éther.

D'après des essais en cours d'exécution, voici quel serait le meilleur moyen de l'utiliser.

On dépose sur la partie malade le médicament qu'on veut employer, préalablement dissous, quand cela est possible, dans de l'alcool, de l'éther ou même de l'acétone. Ce médicament déposé en une ou plusieurs couches, suivant son degré d'activité et le résultat qu'on veut obtenir, est, après évaporation de son dissolvant, recouvert à l'aide d'un pinceau ou simplement à l'aide du doigt, d'une couche de solution de celluloïde dans l'acétone qui, s'évaporant rapi-

dement, laisse sur le médicament un enduit protecteur, adhérent, élastique, insoluble dans l'eau, qui le maintient en place pendant deux ou trois jours.

Le prurit est diminué dans une certaine mesure et le grattage est rendu un peu plus difficile.

H. Vers 1866, le docteur Colson (de Beauvais) eut l'heureuse idée de substituer aux cataplasmes l'enveloppement des parties malades par des tissus enduits de caoutchouc. Ce procédé a passé rapidement dans la pratique et il rend les plus grands services. Il paraît agir surtout en condensant la perspiration cutanée insensible et en tenant les surfaces malades dans un état permanent d'humidité maintenue à la température du corps.

L'enveloppement peut être pratiqué avec toute substance imperméable assez souple pour s'appliquer plus ou moins complètement sur les surfaces malades; mais ce sont les tissus caoutchoutés qui remplissent le mieux ces conditions.

Ce sont habituellement des tissus de coton, enduits de caoutchouc d'un seul côté, ayant une certaine fermeté; quelquefois, au contraire, minces et souples; il nous a semblé que les tissus appelés draps à alèses, qui servent à garnir les lits des grands malades, étaient ceux qui convenaient le mieux; quelquefois, cependant, des tissus plus souples, s'appliquant mieux sur les surfaces malades, chez les enfants surtout, doivent être préférés.

Cet enveloppement doit être renouvelé de deux à quatre fois et plus dans les vingt-quatre heures, suivant l'abondance du suintement.

Le même morceau de tissu peut servir pendant un assez long temps; il suffit de le passer à l'eau tiède légèrement savonneuse, de l'essanger et de l'essuyer avec un linge sec; il vaut mieux en avoir un de rechange, afin que celui qui vient d'être enlevé sèche complètement avant d'être réappliqué.

C'est le côté lisse qui doit porter sur la peau. A chaque pansement on lave doucement la place avec de l'eau tiède et on l'essuie avec un linge appliqué à plat, bien tendu et sans frotter.

Il n'est pas nécessaire que le tissu se moule sur les surfaces malades, il vaut même mieux qu'il y ait entre eux une sorte d'atmosphère humide et tiède; il doit être maintenu lâchement et ne pas être serré par des liens étroits qui font corde et gênent la circulation.

Dans les premiers jours de l'application, si la surface malade est étendue et suintante, le liquide peut être assez abondant pour s'échapper et salir le lit. On peut se borner à éponger le liquide et à interposer sous le caoutchouc du linge usé destiné à l'absorber sans renouveler le pansement plus de trois à quatre fois dans les vingt-quatre heures, à moins que l'odeur fétide qui s'en échappe n'incommode trop le malade.

En général, ce suintement n'est abondant et fétide que dans les premiers jours et il cesse d'être une gêne à laquelle il faille remédier.

Les malades et souvent les médecins qui n'en ont pas l'expérience sont effrayés par l'apparence de l'éruption à la levée du premier appareil; le liquide abondant retenu dans les plis du caoutchouc est laiteux et d'une odeur nauséabonde; la peau est d'un rouge vif, macérée, on dirait que le sang va s'échapper en nappe; le caoutchouc est à peine enlevé, que la peau devient rosée; si on l'essuie par l'application d'un linge tendu entre les deux mains et sans frotter, ou après quelques minutes d'exposition à l'air, on voit une mince pellicule épidermique apparaître à la surface malade, comme une couche de vernis.

Il ne faut pas tarder à appliquer de nouveau le pansement, le bien-être qu'il a amené habituellement cesserait bientôt, le prurit se reproduirait, aussi les malades sont-ils les premiers à demander à être de nouveau pansés.

Quand ce mode de traitement doit avoir un heureux résultat, le suintement devient moins abondant et moins odorant, la peau est d'un rouge moins vif, la pellicule épidermique plus épaisse, il n'est plus nécessaire de renouveler le pansement que deux fois dans les vingt-quatre heures; on arrive à ne plus pratiquer l'enveloppement que la nuit; le jour, on se borne à une abondante application de poudre de talc, de lycopode ou d'amidon.

Enfin, quand il n'y a plus de suintement, que la peau ne présente plus qu'une coloration rosée et un peu de moiteur, que l'épiderme devient plus épais et plus résistant, on cesse l'enveloppement, sauf à y revenir pendant quelques heures dans les jours suivants pour assouplir l'épiderme qui tend à se rétracter et à se fendiller; c'est le point difficile de ce traitement.

On a recours à l'enveloppement, surtout dans les affections suintantes; il rend aussi de grands services pour certaines affections qui sont le siège d'un prurit dont il diminue presque toujours l'intensité; en ce cas, il n'y a pas de production abondante de liquide, mais seulement une humidité poisseuse de la peau qui redevient sèche dès que le caoutchouc est enlevé.

L'enveloppement n'est jamais généralisé d'une façon absolue, même dans les éruptions occupant toute la surface du corps, mais on emploie souvent un vêtement complet, veste et culotte recouvrant le tronc et les membres; le plus souvent, il est partiel; le plus souvent, aussi, il est pratiqué à l'aide d'un tissu enduit de caoutchouc lâchement adapté aux surfaces malades. On se sert cependant de caoutchouc pur en lames dites feuilles anglaises pour la confection des masques pour la face, des calottes pour le cuir chevelu, des gants, des chaussettes, des suspensoirs pour le scrotum; ils ont l'inconvénient de ne pas être solides et de se déchirer facilement sous la traction des doigts quand on les applique. Ils ont une qualité qui est tantôt nuisible, tantôt utile : ils sont élastiques et, par conséquent, compressifs. Cette compression peut être utile, à la condition d'être modérée et attentivement surveillée. Sous son influence, les membres enveloppés dans des manchons de caoutchouc conservent une grande liberté de mouvements et le gonflement dont ils peuvent être le siège diminue rapidement; ils laissent aux malades plus de liberté pour vaquer à leurs occupations.

Nous allons passer en revue les régions du corps où se fait le plus habituellement l'enveloppement et indiquer le mode d'enveloppement qui leur convient le mieux.

Pour l'enveloppement simultané du tronc et des membres, on se sert d'un tissu un peu ferme, il se compose d'une sorte de veste et d'un pantalon; le haut de ce dernier est maintenu à la taille, à l'aide d'une coulisse.

Ces vêtements doivent être cousus en surjet, caoutchouc contre caoutchouc, pour éviter la saillie des coutures, la face caoutchoutée portant, bien entendu, contre la peau.

Pour le cuir chevelu, on se sert de calottes en feuille anglaise d'un seul morceau; il faut les prendre un peu aisées, autrement elles serrent trop la tête et sont difficilement supportées.

Dans ce cas, on les remplace par une coiffe en tissu de caoutchouc, confectionnée de façon à s'adapter le plus exactement possible à la surface de la tête.

On trouve, dans le commerce, des masques en caoutchouc dévulcanisé; ils ont, en général, l'inconvénient d'avoir des nez trop petits, ce qui gêne pour l'adaptation à la figure; on les maintient avec des cordons fixés derrière la tête.

On peut faire l'enveloppement partiel du front, du nez, des paupières, de la lèvre supérieure, du menton. La feuille anglaise doit être employée de préférence; on la découpe de manière qu'elle s'applique le plus exactement possible sur les surfaces malades et on la maintient par des cordons en caoutchouc fixés derrière la tête et un peu tendus, afin de déterminer une légère compression qui peut être un auxiliaire utile.

Pour les éruptions du pied qui occupent, le plus habituellement, les doigts et la face plantaire, le meilleur mode d'application du caoutchouc consiste en une sorte d'escarpin découvert, ne recouvrant que la face dorsale des doigts, toute la plante du pied et le talon.

Pour les mains, suivant le siège de l'éruption, l'enveloppement peut être partiel ou général.

Quand il doit être général, on trouve, dans le commerce, des gants en feuille anglaise; mais ils sont volumineux et raides, on peut leur substituer sans inconvénient des gants en peau souple, de castor ou de Suède, par exemple, doublés d'une mince feuille de tissu caoutchouté, mais c'est surtout dans l'enveloppement partiel de la paume de la main que les gants doublés de caoutchouc à la face palmaire seulement sont supérieurs aux gants tout en caoutchouc.

Il est une précaution que nous ne saurions trop recommander quand on a recours au traitement par le caoutchouc, c'est de l'appliquer plutôt en deçà qu'au delà des limites du mal, parce que le contact du liquide morbide retenu entre le caoutchouc et la peau est une cause fréquente de l'extension de l'éruption. Quand il s'agit des membres inférieurs, il convient de les maintenir dans l'horizontalité pour éviter, au début du traitement, que le liquide accumulé ne coule sur la face dorsale du pied et n'y détermine une éruption par son contact prolongé.

Un moyen de remédier en partie à cet inconvénient, c'est d'interposer, entre la surface malade et le caoutchouc, une compresse ou une couche d'ouate hydrophile qui absorbe le liquide et l'empêche de couler.

Récemment M. Jacquet a préconisé l'emploi du bandage ouaté compressif inspiré de celui de M. Guérin pour combattre le prurit; il semble donner de bons résultats, il ne peut malheureusement être appliqué que sur les membres, il a l'inconvénient d'immobiliser les malades et de ne pas laisser voir l'état de la peau : c'est surtout dans l'urticaire et le lichen qu'il donne de bons résultats.

BLENNORRAGIE ET TUBERCULOSE

Par le docteur A. Breton,

Ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin-adjoint à l'hôpital de Dijon.

Au dernier Congrès de la tuberculose, M. le professeur Verneuil attirait l'attention sur les maladies infectieuses comme agents provocateurs de la tuberculose. Il citait notamment l'influence de la grippe, des fièvres éruptives, de la malaria et MM. Legroux, Baivy (de Namur), celle de la coqueluche.

Depuis longtemps, on recherche dans les associations microbiennes chez un même malade, la façon dont réagit l'organisme et l'action réciproque que peuvent avoir l'une sur l'autre deux maladies infectieuses.

M. le docteur Souplet a montré, dans son excellente thèse inaugurale, que la blennorragie ne devait plus être regardée comme une affection locale, mais que, vu ses manifestations multiples, elle devait rentrer dans le cadre des maladies générales à caractère infectieux.

En publiant l'observation qui suit, nous voulons donc montrer quelle action cette dernière peut avoir sur la marche d'une tuberculose et comment une maladie infectieuse se surajoutant peut en hâter l'évolution.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-quatre ans, fils d'un père alcoolique qui n'a jamais toussé, et d'une mère morte également de tuberculose pulmonaire, quelque temps après le décès de son enfant. Rien à signaler du côté des grands-parents paternels. Le grand-père maternel serait, selon toute probabilité, mort tuberculeux pulmonaire.

Ce malade avait un frère âgé de vingt ans, bien portant, qui a été atteint de bronchite à l'âge de cinq ans, de pneumonie à l'âge de treize ans. De constitution robuste, il exerce maintenant la profession pénible de serrurier-forgeron et n'offre aucune trace de tare tuberculeuse. Une sœur, âgée de douze ans, est au contraire chétive, pâle, peu développée; elle a été atteinte déjà de plusieurs bronchites, mais l'examen de sa poitrine ne révèle présentement aucune lésion pulmonaire suspecte.

Notre malade travaillait dans un bureau à Paris, se trouvant toutefois dans les meilleures conditions d'hygiène. Il y a cinq ans, il fut pris, pour la première fois, d'une bronchite au printemps de 1888. Il s'anémia ensuite, dépérit un peu sans suspendre ses occupations. Le 14 juillet de la même année, à la sortie d'un bal de nuit, il fut pris d'un refroidissement qui l'obligea à se faire soigner pendant deux mois à l'hôpital de la Charité. Depuis cette époque, il toussait chaque année. Il y a trois ans, il eut sa première hémoptysie. Dès lors, de fréquentes bronchites le firent s'aliter souvent pendant quelques jours.

Nous voyons ce malade pour la première fois en octobre 1892. Il est grand, de teint pâle, assez musclé, bien qu'ayant perdu de son poids progressivement. Il a peu d'appétit, transpire pendant la nuit, tousse beaucoup, n'a plus craché de sang depuis cinq ou six mois, n'a pas de diarrhée. A l'auscultation pulmonaire, dans les deux fosses sus-épineuses, on entendait de petits craquements fins avec râles nombreux concomitants. En avant de la poitrine, il y avait surtout des râles fins avec craquements après effort de toux. Le diagnostic de tuberculose pulmonaire fut confirmé par l'examen bactériologique des crachats.

Loco dolenti, on appliqua des pointes de feu, de la teinture d'iode, des cataplasmes sinapisés. A l'intérieur, par accoutumance, le malade arriva à prendre par jour deux cuillerées à soupe de la solution suivante :

Créosote pure de bois de hêtre .	} *āā*	10 grammes.
Phénol Adrian.	}	
Rhum		500 —

qu'il supportait à merveille.

Sous l'influence du traitement et d'une hygiène sévère, l'appétit revint, le poids augmenta, les forces réapparurent; bref, l'état général devint excellent.

Localement, l'examen minutieux de la poitrine pratiqué en décembre, deux mois et demi après le début de la médication, ne permettait plus que d'entendre de l'obscurité respiratoire accompagnée de râles, mais les craquements avaient disparu.

L'auscultation fut maintes fois contrôlée par un de nos collègues qui constata la rétrocession des phénomènes primitifs.

Tel était l'état très satisfaisant de ce malade, quand, fin décembre 1892, il contracta une seconde blennorragie. La première datait de trois ans et s'était radicalement passée.

Nous ignorons quel motif poussa le malade à cacher son écoulement, car ce ne fut qu'après un mois de durée qu'il se décida à l'avouer.

Nous constatâmes alors une blennorragie sur son déclin, sans aucune complication contre laquelle fut dirigé le traitement classique. Mais en même temps, à dater de la seconde quinzaine de janvier 1893, l'état général et l'état local pulmonaire s'aggravèrent. La tuberculose prit une marche rapide et notre malade y succomba en février, six semaines après le début de son écoulement.

Notre ami M. le docteur Parmentier (de Paris) a lui-même observé un fait de ce genre.

Dans cette observation, nous voyons donc une tuberculose pulmonaire, paraissant en voie d'amélioration, recevoir un vigoureux coup de fouet d'une blennorragie et prendre, grâce à cette nouvelle infection, une allure rapidement fatale.

Nous nous sommes demandé ce qu'il en serait résulté si l'écoulement gonococcique avait été avoué et convenablement traité dès le début ? Le malade eût-il pu résister ?

Ce qui nous paraît avéré, c'est que cette maladie infectieuse générale, contractée par notre tuberculeux, l'a certainement placé dans des conditions défavorables pour lutter contre le bacille de Koch et, vu le moindre degré de résistance du terrain, sa virulence s'est accrue et a causé une mort rapide.

Nous avons pensé qu'il était utile de relater ce cas, car, à notre connaissance, nous n'avons point trouvé d'observation citée, analogue à la nôtre.

REVUE DE LA PRESSE

Emploi de la créosote dans la scrofule. — D'après Sommerbrodt, l'emploi de la créosote serait aussi favorable dans les diverses manifestations scrofuleuses qu'il l'est dans la tuberculose pulmonaire. Le médicament doit être donné à hautes doses, les doses faibles restant sans action. Un enfant de sept ans supporte jusqu'à 1 gramme par jour, qu'on peut administrer en capsules, dans du lait ou dans du vin. Mais on aura le soin de débuter par des doses beaucoup plus faibles, qui seront augmentées graduellement. Afin d'assurer la tolérance stomacale, il est bon de donner la créosote après les repas. (*Berl. Klin. Wochens.*)

Traitement de l'ostéomalacie. — Sternberg, se basant sur sept observations antérieures et sur quatre cas nouveaux, conclut que, dans l'ostéomalacie, le phosphore donné dès le début de l'affection est presque un spécifique. Les guérisons qu'il assure sont définitives. Il importe donc de faire le diagnostic précoce de l'ostéomalacie, souvent confondue avec les maladies du système nerveux, les affections articulaires ou osseuses. Le traitement par le phosphore doit être longtemps continué. Sternberg est, comme dose, arrivé jusqu'à 5 milligrammes par jour (!). Il n'a jamais observé d'effet fâcheux. Le médicament doit être suspendu s'il survient, au cours du traitement, quelque affection fébrile intercurrente (influenza, angine, embarras gastrique). Cette dose de 5 milligrammes par jour sera un maximum. Elle ne sera atteinte que très graduellement, des accidents d'intoxication ayant été signalés avec des doses de 4 milligrammes seulement par d'autres auteurs. Chez les femmes encore jeunes, présentant un bassin très rétréci, Sternberg préfère, au traitement par le phosphore, le traitement par la castration ovarienne. La castration donne de bons résultats contre l'ostéomalacie et, de plus, elle met à l'abri des grossesses ultérieures, qui nécessiteraient une opération césarienne. (*Zeits. f. Klin. Med.*)

Effet de l'atropine sur l'œil chez l'enfant. — On connaît la tolérance qu'ont les enfants pour toutes les préparations belladonées. D'après Carpenter, cette tolérance existerait également pour la pupille dans les instillations d'atropine. La dilatation manque parfois, et surtout elle est tardive, ne se fait qu'au bout de plusieurs heures. Ce fait mérite d'être connu, car souvent, en répétant les instillations, on produit des accidents d'intoxication générale avant d'être parvenu à activer la dilatation pupillaire. (*The Lancet.*)

Le traitement de l'obésité. — Hirschfeld discute les divers régimes proposés contre l'obésité. Il montre que tous les régimes ayant pour base une alimentation insuffisante ont l'inconvénient de produire non seulement la perte de graisse cherchée, mais la perte des matières albuminoïdes. Quels que soient les aliments choisis, cette dénutrition des albuminoïdes est difficile à éviter. Comme exercices, on doit proscrire tous les exercices violents que le cœur, chargé de graisse, supporterait mal. C'est surtout quand un obèse qui, après une cure d'amaigrissement, s'est laissé aller à reprendre son régime et son oisiveté ordinaires et a réengraissé rapidement, que le cœur se montre intolérant et que toute fatigue devient des plus dangereuses. Dans le choix des exercices, il faut s'attacher à faire fonctionner la totalité des muscles. C'est par ce fonctionnement général seul qu'on peut obtenir, sans surmenage du cœur, l'effet d'amaigrissement. (*Zeits. f. Klin. Med.*)

Asa fœtida dans le cas de fausses couches habituelles. — Chez les femmes ayant fait plusieurs fausses couches consécutives, Tarazzo recommande l'asa fœtida pour prévenir l'avortement. Il la donne à doses graduellement croissantes allant peu à peu de 10 à 60 centigrammes par jour, puis diminue graduellement cette dose maxima. Le traitement doit être continué pendant toute la durée de la grossesse. (*Centralbl. f. Gyn.*)

Inhalations d'oxygène dans les vomissements du choléra. — Trivus a employé avec succès les inhalations d'oxygène contre les vomissements du choléra. Ces inhalations ont réussi même à la période algide. (*Medical Rec.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 21 septembre 1893, ont été nommés :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les médecins auxiliaires de deuxième classe Laurent, Arnould, Mesny, Condé, Avérous, Brun-Bourguet, Poret, Lallemant, Barrau, Audibert, Normand, Damian, Traonoüez, Baray, Hernandez, Giraud, Meslet, Reboul, Brugère, Lucas, Carbonel, Grimaud, Aubert, Durand, Prigent, Nouaille, Nègre, Faucheraud, Reygondaud, Le Floch, Rapuc et Pellan.

— *Ecole du service de santé de la marine à Bordeaux* (*concours d'admission en* 1893). — Voici, par ordre de mérite, les noms des candidats admis à cette École : MM. Guillon, Prouvost, Lowitz, Regnault, Sauzeau de Puyberneau, Caillet, Le Strat, Mathis, Chaze, Gibert, Guyot, Bertray, Laffay, Chagnolleau, Ferris, Féraud, Fraissinet, Couderc, Bireaud, Cras, Portes, Paucot, Ganducheau, Brunet, Mul, Le Nadam, Michel, Charézieux, Guilliod, Le Dantec, Chartres, Dupuy, Germain, Rapin, Féray, Lartigue, Mayer, Louarn, Bouët, Marmey, Pichon, Pichez, Astier, Aquaronne, Regnier, Renault, Andrieux, Roux, Quesseveur et Martin.

Les candidats devront se présenter, à l'École, le 20 octobre prochain, avant midi. Ils auront à contracter à Bordeaux les engagements spéciaux exigés par l'article 29 de la loi du 15 juillet 1889 sur le recrutement de l'armée.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Richelot père, décédé à l'âge de quatre-vingt-sept ans.

M. le docteur Richelot a été, pendant de longues années, méde-

cin consultant au Mont-Dore et gérant de l'« Union médicale »; il était chevalier de la Légion d'honneur.

Nous adressons à son fils, notre distingué confrère des hôpitaux, l'expression de notre vive condoléance.

— Les écoles municipales d'infirmiers et d'infirmières de la Pitié et de la Salpêtrière ouvriront leurs cours professionnels les lundi 2 (Salpêtrière) et mardi 3 octobre (Pitié), à huit heures du soir. L'enseignement comprend les cours suivants : cours d'administration, éléments d'anatomie et de physiologie, pansements, soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés, hygiène et petite pharmacie.

Les personnes qui désirent suivre ces cours doivent s'adresser : pour l'École de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, de neuf heures du matin à midi; pour l'École de la Pitié, rue Lacépède, 1, de huit heures du matin à cinq heures du soir.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en leur recommandant le Lait stérilisé et en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Étude sur le dermographisme, par Toussaint Barthélemy. Bel in-8° de 300 pages, illustré de 17 planches hors texte. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Des meilleurs moyens d'anesthésie à employer en art dentaire, par le docteur E. Sauvez, professeur suppléant à l'École dentaire de Paris. In-8° de 150 pages, illustré de figures dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La plus grande partie de la séance a été consacrée à des rapports de prix. La parole a été ensuite donnée à M. Laborde, qui a communiqué de nouvelles observations de rappel à la vie par les tractions rythmées de la langue. Les faits de ce genre se multiplient, et il y a tout intérêt à les divulguer, l'ingénieux procédé de M. Laborde pouvant rendre les plus grands services dans des circonstances très diverses, ainsi que le prouvent, de nouveau, les observations que MM. Aubin (de Marans), Goriton (de Paris), Springer (d'Alençon) et Vigneau (de Salies-de-Béarn) ont communiquées à M. Laborde.

HOPITAL MILITAIRE DE LILLE

Traitement du paludisme dans ses formes éloignées et hors de son foyer d'origine.

Par M. H.-E. Collin,
Médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Lille.

Il semblera peut-être téméraire à un médecin à qui la pathologie coloniale est relativement étrangère, de traiter du *paludisme* sans avoir reçu, à propos de ses manifestations si variées, l'enseignement, tout au moins, de cette école africaine toujours ouverte, et où, bien que moins nombreux qu'autrefois, les éléments d'instruction subsistent toujours à cet égard.

Néanmoins, comme, d'une part, il est fréquent d'observer en France, généralement sous des formes plus ou moins modifiées, parfois cependant dans leur pureté native, les effets du paludisme exotique; comme, d'autre part, la conception pathogénique et thérapeutique que chacun en peut avoir, est aujourd'hui guidée, non seulement par une intuition personnelle plus ou moins instinctive et raisonnée, mais encore et surtout par les acquisitions bactériologiques dont le mérite revient à M. le professeur Laveran, il est logique qu'on puisse, en dehors du foyer de production, instituer à son égard une méthode rationnelle de traitement, en ce qui a trait principalement à ses manifestations plus ou moins éloignées, mais non moins graves pour cela, du paludisme, tel qu'il nous est donné de l'observer dans nos hôpitaux.

A cet égard Lille, par son contingent colonial, m'a offert l'occasion de recevoir, dans mon service, un certain nombre de cas de paludisme, soit sous forme de cachexie palustre avec lésions organiques diverses, soit comme fièvres ou accès périodiques de types variés, sans détérioration ni générale ni localisée profonde. Or, je puis dire que tous ces cas ont été, sinon absolument guéris (le temps m'a manqué pour le constater), du moins sensiblement améliorés, tant au point de vue des manifestations fébriles proprement dites qu'à celui de la déchéance plus ou moins générale qui en était la suite.

Ma manière de procéder repose (je crois devoir le dire tout d'abord) avant tout sur la notion de l'état infectieux, d'intoxication, pour ainsi dire permanent, dans lequel se trouvent les paludiques, ceux surtout chez lesquels (bien que dépaysés) plusieurs manifestations, quelles qu'elles soient, de cette intoxication spéciale, se sont déjà produits antérieurement au moment où ils sont l'objet de notre observation.

Le temps n'est plus aujourd'hui où, dans la thérapeutique paludéenne, l'on ne voyait, et, par conséquent, l'on ne visait que l'une des expressions du paludisme, *la fièvre* et avec elle *la périodicité*, à l'exclusion de l'état intermédiaire, ou consécutif, moins apparent, et par cela même plus trompeur, véritable processus d'accumulation qui, abandonné à lui-même, trouvait le champ libre pour de nouvelles explosions dont l'extrême gravité parfois n'avait d'autre cause que l'imprudent répit laissé à l'élément homicide qu'on était, après tout, excusable de ne point poursuivre, puisqu'on en ignorait alors l'existence.

Certains esprits sagaces, cependant, doués d'une prescience quelque peu méconnue dans son actualité, et dont l'avenir a pleinement justifié la valeur, avaient, il y a longtemps déjà, tenté d'ébranler cette doctrine aussi peu conforme à la vérité qu'elle était préjudiciable à une saine et efficace intervention. Qu'il me soit permis de citer, à ce titre, de M. le médecin principal de première classe Renard, un mémoire manuscrit sur la fièvre intermittente, datant de 1873, et cité, par le conseil de santé d'alors, parmi les meilleurs travaux scientifiques de l'année, dans lequel j'ai été heureux de rencontrer les idées qui sont aujourd'hui

les miennes, et qui forment la base de la méthode que je préconise. Mon intention n'est pas, dans ce modeste travail, de passer en revue tous les modes d'administration du quinquina et de ses dérivés dans le traitement de la « malaria ». Je n'ai d'autre but que de mentionner ici la méthode que je mets en œuvre et à laquelle je crois avoir dû du succès, malgré l'accusation d'*anachronisme thérapeutique* qu'on portera sans doute contre moi dans cette circonstance.

En effet, logiquement, comment agir autrement? Dans les conditions où, en France, nous observons les paludiques, malades extérieurs pour la plupart (Tonkin, Dahomey, Soudan, Madagascar, Algérie), le type primordial de l'infection s'est généralement plus ou moins transformé depuis leur départ du pays d'origine. Or, est-il possible, avec cette déviation morphologique, due, pour une certaine part, à l'émigration, d'en retrouver le caractère originel, et partant de savoir *quel jour et à quelle heure* se présentera telle ou telle expression du type habituel qui nous échappe? Évidemment non; et, cependant, il n'est pas douteux que le malade que nous avons entre nos mains ne soit en état permanent d'intoxication, en état constant d'*imminence morbide*, comme on disait jadis, pouvant déterminer, au moment où nous y penserons le moins, et sans que le sujet, si ancien fébricitant qu'il soit, puisse toujours le pressentir, un danger plus ou moins immédiat, résultant de ce nouvel assaut de l'imprégnation malarique. Dans cette éventualité, n'est-il pas rationnel de fournir au malade une garantie contre cette occurrence possible, pour tenter de diminuer d'autant les chances d'intoxication accumulée, dont les moindres conséquences sont de prolonger indéfiniment une situation critique et de moindre résistance contre des affections intercurrentes toujours à craindre.

Étant donc donné que l'agent curatif (la quinine) s'attaque directement au germe et le détruit, tout au moins qu'il s'oppose à son développement, en modifiant le milieu intérieur, ne semble-t-il pas, *a priori*, logique de maintenir avec des repos (comme dans tout traitement de longue haleine d'ailleurs), et pendant un laps de temps dont les résultats acquis feront apprécier la durée, de maintenir, dis-je, le sujet sous l'influence du médicament préventif?

Ceci dit, voici comment je procède.

Comme il est rare qu'à leur entrée à l'hôpital les fébricitants n'offrent pas un certain état saburral de la muqueuse digestive, je commence généralement par leur administrer, soit un éméto-cathartique (sulfate de soude 20 grammes, émétique 5 centigrammes, eau 200 grammes), soit 2 à 2gr50 d'ipéca. Les premières voies étant ainsi dégagées, suivant le plus ou moins de rapprochement des accès, l'état plus ou moins profondément cachectique du malade, j'administre, et autant que faire se peut, *en solution* (à la condition, cela va sans dire, que la tolérance gastrique sera aussi parfaite que possible), une dose *quotidienne et fractionnée* de 0,80, 0,60, 0,50, 0,30 *de sulfate de quinine*, en diminuant successivement ces doses tous les quatre ou cinq jours, par exemple, suivant l'effet obtenu, c'est-à-dire suivant que je parviens soit à espacer sensiblement, soit à supprimer les accès.

Ce traitement, ou plutôt, *cette influence quinique* doit se prolonger, *même en l'absence de toute manifestation fébrile*, pendant trois semaines, sous la réserve toutefois, si, pendant cette période, de nouveaux accès viennent à se produire, surtout avec les mêmes caractères que les accès du début, de revenir à la dose initiale de quinine. Je n'ai jamais dépassé de 80 centigrammes à 1 gramme.

Au bout du temps indiqué, et après un repos de quelques jours, *pour tous les cas indistinctement*, au sulfate de quinine je fais succéder l'*arsenic*, sous forme *d'arséniate de soude*, *véritable complément du sel quinique*, et que je donne de la façon suivante :

Vin de quinquina.	100 grammes.
Arséniate de soude. . . . 0,005 à	1 centigr.
Alcoolé de noix vomique. . . x à	xx gouttes.

(M.) pour les vingt-quatre heures.

En même temps que l'arséniate de soude, je donne également le *fer*, selon la formule ci-après qui joint aux effets modificateurs du globule sanguin propres à cette substance les propriétés stomachiques et déconstipantes de la rhubarbe :

Fer réduit.	} ââ
Rhubarbe.	} 3.00
Extrait mou de quinquina.	q. s.

pour 60 pilules, de 2 à 4 par jour.

L'arsenic et le fer sont continués simultanément pendant un mois à six semaines, au bout desquels je laisse reposer le malade de toute médication.

Il va sans dire que l'*hydrothérapie*, sous forme de douches générales et locales sur la rate et le foie, est, elle aussi, un puissant agent de modification; j'ai soin de l'utiliser pendant la deuxième période du traitement. Toutefois, ainsi que le font remarquer MM. Kelsch et Kiener, elle est d'un emploi délicat, en raison de la facilité avec laquelle le froid provoque le retour des accès de fièvre. Il joue, en quelque sorte, le rôle du traumatisme, au point de vue du réveil aigu du paludisme. C'est une remarque que j'ai pu faire à plusieurs reprises. Ce n'en est pas moins un moyen dont il convient de ne pas se démunir; un ou deux accès, isolés généralement, ne pouvant prévaloir contre le bénéfice que confère l'hydrothérapie.

Ai-je besoin d'ajouter, enfin, que l'alimentation est aussi réparatrice que possible, tout en tenant compte évidemment du plus ou moins d'atonie de l'estomac? C'est dans le but de la combattre qu'au mélange de vin de quinquina et d'arséniate de soude j'ai soin d'ajouter l'alcoolé de noix vomique qui imprime à l'organe une stimulation des plus favorables à l'assimilation.

A ce moment, le malade est généralement sensiblement amélioré; il est *blanchi*, pour me servir d'une expression dont ce qui va suivre justifiera l'emploi, surtout si l'imprégnation malarique n'a point été trop considérable. Mais il s'en faut bien souvent qu'il soit guéri et, dans la plupart des cas, si les accès fébriles proprement dits ont plus ou moins pris fin, il n'en subsiste pas moins un état de misère, parfois très prononcé, malgré cette première *cure* dont l'insuffisance ne tarderait pas à se manifester. Aussi, au bout d'un temps variable, dont la tolérance offerte par le sujet pour le traitement dont il a déjà subi l'épreuve, ainsi que les résultats obtenus, marqueront surtout le terme, on revient à la méthode, avec cette modification, toutefois, que si l'on a affaire à la cachexie *sans accès*, le traitement partiel, arsenical et ferrugineux, sera seul remis en œuvre et qu'au contraire on le reprendra dans sa totalité, si de nouveaux assauts fébriles viennent témoigner d'un réveil de l'agent originel d'intoxication.

Telle est, dans son ensemble, la médication que j'emploie contre les manifestations plus ou moins éloignées du paludisme, hors de son foyer d'origine. Elle n'a rien qui me soit personnel dans ses éléments et elle ne diffère de la thérapeutique si raisonnée et si en relief, instituée par M. Laveran, que par deux points dont j'ai tâché, dans ce travail, de faire ressortir l'importance : l'administration du sulfate de quinine (à défaut du chlorhydrate qui, dans nos hôpitaux, de France tout au moins, est réservé pour les injections hypodermiques) et de l'arsenic (acide arsénieux ou arséniate de soude), suivant certaines conditions que je crois justes et qui consistent dans leur emploi relativement prolongé, d'une part, et dans le retour à la méthode, plus ou moins modifiée suivant les indications, après un certain laps de temps, d'autre part.

D'ailleurs j'assimile, et c'est là que je veux en arriver, j'assimile, dans ses indications, le traitement de la cachexie palustre, ou plutôt, d'une façon générale, du paludisme, à celui de la syphilis. Cette conception de ressemblance entre deux intoxications spécifiques, si différentes cependant, à certains points de vue, l'une de l'autre, je la trouve exposée déjà, en un chapitre spécial (comparaison avec la syphilis), dans le mémoire auquel je fais allusion plus haut.

Pour moi, j'estime qu'il y a, tout au moins, similitude dans la succession des accidents de la syphilis et des manifestations du paludisme : *accidents primitifs* dans l'un et l'autre (chancre induré pour la syphilis, accès fébriles francs ou larvés, simples ou pernicieux pour le paludisme) ; *accidents secondaires* et *tertiaires* (ceux que chacun sait pour la syphilis, cachexie aiguë et chronique, dégénérescences organiques plus ou moins généralisées, pour le paludisme).

Deux autres ordres de faits, réservés encore quant à leur admission définitive, mais reconnus en principe, ne plaident-ils pas, d'autre part, en faveur de cette similitude? Je veux parler de l'*inoculation* et de la *transmission héréditaire* du paludisme.

En ce qui concerne les inoculations faites sur l'homme et suivies de succès, n'avons-nous pas les injections hypodermiques que Dochmann, en 1880, pratiqua, avec le contenu de vésicules d'herpès développés chez des fébricitants, sur cinq sujets dont trois contractèrent de la sorte des accès de fièvre?... N'avons-nous pas également les faits plus récents, communiqués en 1886, à la Société médicale des hôpitaux, par M. Laveran, au nom de MM. Marchiafava et Celli, qui déterminèrent des accès chez plusieurs personnes par des injections intra-veineuses de sang pris sur des sujets infectés de malaria? (Kelsch et Kiener, p. 846.)

En ce qui a trait à la transmission héréditaire, ne trouvons-nous pas dans ces derniers auteurs et dans M. Laveran (Du paludisme et de son hématozoaire) des faits qui tendent à démontrer que *le paludisme peut être congénital?* A leur propos, Kelsch et Kiener ajoutent (p. 848) : « De pareils faits ne peuvent s'expliquer que par une infection congénitale qui ne répugne pas à la physiologie pathologique, puisqu'il est démontré aujourd'hui, du moins pour le charbon et la tuberculose, que les germes figurés peuvent traverser la barrière placentaire. » M. Laveran, de même, écrit (p. 159) : « La transmission du paludisme de la mère au fœtus se concilie très bien avec les notions que nous possédons aujourd'hui sur la nature parasitaire de la maladie. »

Donc, *transmission par inoculation*, *transmission par hérédité*, voilà deux ordres de faits qui rapprochent encore, si je puis dire, le paludisme de la syphilis.

Que de fois, enfin, n'est-il pas arrivé à un médecin quelque peu attentif et initié aux arcanes morphologiques du Protée paludique, d'avoir raison, avec quelques doses de quinine, d'un phénomène pathologique jusque-là méconnu quant à sa cause originelle et qui n'était qu'une des nombreuses formes, parfois très éloignées du début de l'intoxication, de *la diathèse désormais acquise* créée par la malaria! Or, ce que des traitements parfois longs et variés n'avaient pu faire, une intervention *spécifiquement opportunite* l'avait réalisé sans effort. Il semble d'ailleurs que, comme pour la syphilis, chaque expression morbide nouvelle, dont le sujet, plus ou moins anciennement infecté, sera l'objet désormais, devra participer, par quelque côté, d'une étiologie à laquelle, en raison du sommeil parfois prolongé de ses manifestations antérieures, il semblait qu'on n'eût point à songer tout d'abord.

Je crois inutile d'étendre davantage les considérations auxquelles je viens de me livrer; celles que j'ai émises me paraissant de nature à établir, *a priori*, tout au moins cette ressemblance que je poursuis, mais dont, je le reconnais, l'importance doctrinale n'est que fort relative. Je n'en veux tirer qu'une conclusion au point de vue thérapeutique, *c'est la nécessité d'un traitement chronique pour une affection chronique*. Cette formule, que j'emprunte à M. Fournier (Traitement de la syphilis, p. 528), l'auteur semble l'appliquer également au paludisme et, partant, implicitement reconnaître quelque parité entre cette dernière intoxication et la syphilis quand, après avoir fait ressortir la nécessité d'un traitement chronique pour la goutte et la scrofule, il ajoute : « et de même pour le rhumatisme et de même pour le paludisme. »

Or, l'expression résumée de cette thérapeutique comparée, si je puis m'exprimer de la sorte, me semble résider dans la proposition suivante : *Le sulfate (ou le chlorhydrate) de quinine et l'arsenic (acide arsénieux ou arséniate de soude) sont au paludisme ce que le mercure et l'iodure de potassium sont à la syphilis*; et j'ajouterai que, comme pour la syphilis, la méthode de choix est certainement celle des *traitements successifs*, préconisée déjà par M. Laveran et que je me crois autorisé à modifier quelque peu pour les raisons que j'ai tenté de développer dans le cours de ce travail.

Pour terminer, qu'il me soit permis de répondre de la façon suivante aux objections formulées contre l'administration un peu prolongée de la quinine :

1° Je n'ai jamais observé, pour ma part, dans les cas confiés à mes soins, que l'usage de ce sel, à la manière dont je le prescris, ait été nuisible en quoi que ce soit. Je sais parfaitement qu'il existe, à l'égard de son plus ou moins de tolérance, des *idiosyncrasies* spéciales dont il m'a été donné d'observer des exemples et dont un des plus typiques m'a été fourni par une jeune fille atteinte de fièvre typhoïde grave, chez laquelle quelques prises de sulfate de quinine avaient déterminé une cécité complète, heureusement passagère. Mais, outre qu'il s'en faut que ces effets, d'origine purement nerveuse, soient fréquents, on en serait quitte, le cas échéant, pour suspendre le traitement et s'en tenir à la stricte indication des phénomènes présents. Je n'ai jamais observé davantage que la quinine soit inutile : en effet, si, pour une raison quelconque, le médicament cessait prématurément d'être prescrit, la reprise des accès était presque de règle et il me fallait, dans ce cas, revenir, soit à la dose initiale, soit tout au moins à la dose abandonnée.

2° Je ne pense pas, d'autre part, qu'administrée comme

je l'administre, c'est-à-dire avec des interruptions parfois fort longues, la quinine puisse user son action et rester sans effet pour le retour possible de nouveaux accès. Elle les préviendra au contraire, en quelque sorte, et grâce à l'imprégnation quinique de l'organisme, ces retours offensifs seront certainement moins graves.

3° Il ne me semble pas, enfin, que le point de vue économique puisse se trouver sensiblement compromis par ces doses préventives du sel anti-paludique; et l'on peut dire que le prix de revient du traitement sera, en grande partie, compensé par la diminution des journées passées à l'hôpital par les malades en traitement.

Cette médication, d'ailleurs, ne vise pas seulement les malades des hôpitaux. Elle s'adresse aussi bien aux malades à domicile, à ceux de la clientèle civile, quand il s'en trouve dans le cas que j'ai en vue, qu'à ceux de la « pratique » militaire, si je puis ainsi dire; et, sans déprécier en quoi que ce soit nos confrères, j'estime qu'il ne peut qu'être utile, pour certains d'entre eux, de disposer d'une « technique » spéciale à mettre en œuvre dans des circonstances sortant quelque peu du cours habituel de leurs observations.

Je ne saurais plus opportunément clore ce travail, et à la fois mieux en justifier le but, qu'en le complétant par la relation suivante qui m'est personnelle, et dont celui qui en fait les frais est actuellement dans mon service :

Dels..., soldat d'artillerie de marine, a fait, au Soudan, un séjour de plus d'une année, du 15 octobre 1891 au 2 décembre 1892.

A peine arrivé à Kita, il est pris de *fièvre paludéenne, à type quotidien*, qui dure dix-neuf jours, sans accès pernicieux toutefois, mais d'une intensité suffisante cependant pour qu'au bout de ce temps on crût devoir l'évacuer sur un « sanitarium » établi à 500 mètres au-dessus du poste en question.

Pendant tout le reste de son séjour au Soudan, et malgré des pérégrinations diverses, dont quelques-unes le remettent en contact avec l'élément malarique, il n'est en butte qu'à des accès isolés et d'une violence moindre que ceux du début.

Quoi qu'il en soit, sensiblement anémié déjà, il est renvoyé en France en congé de convalescence, et il arrive dans sa famille, près de Lille, le 15 février 1893.

Quelques jours à peine après son retour, *il est pris de nouveaux accès de fièvre, sans type déterminé cette fois*. En même temps, et pour la première fois, ses jambes commencent à enfler. Par surcroît de misère organique générale, enfin, il se met à cracher du sang, en petite quantité, il est vrai, et pendant quelques jours seulement.

Le médecin qu'il fait appeler, en présence des accès qui lui sont signalés, prescrit du sulfate de quinine (*cinquante centigrammes*) *à peu près* chaque jour, *en une seule dose*, poursuivant la périodicité qu'il ne parvient pas à atteindre. En effet, ces accès, à type modifié, je le répète, se prolongent pendant six semaines, quotidiens parfois, tierces entre temps, quartes même à l'occasion, n'offrant, en un mot, aucune prise qui permette de les saisir sur le fait.

C'est pendant ces *fausses accalmies* que le médicament était suspendu, jusqu'à ce qu'un nouvel accès le fît reprendre dans les mêmes conditions.

Ils cèdent toutefois, ainsi que je viens de le dire, au bout de six semaines, mais non, comme on va le voir, sans laisser après eux une intoxication profonde. Dans les premiers jours de mai, en effet, Dels... s'aperçoit que son ventre gonfle; il ne peut plus boutonner ses vêtements; et bien que n'ayant plus, à partir de ce moment, de nouveaux accès de fièvre, il sent ses forces l'abandonner peu à peu, en même temps qu'il a conscience de l'aggravation survenue dans son état.

Bref, il entre à l'hôpital de Lille le 19 juin.

Je n'ai pas de peine à constater, à son arrivée, une altération profonde de tout l'organisme, un état cachectique avancé déjà, et qui se caractérise : 1° d'une façon générale, par une décoloration, avec teinte subictérique diffuse des tissus; 2° d'une manière plus spéciale, par un œdème prononcé des membres inférieurs, surtout autour des malléoles, et par un épanchement ascitique considérable, sous lequel, malgré son abondance, on reconnaît facilement une rate presque doublée de volume et un foie notablement hypertrophié. De plus, signe complémentaire d'une détérioration générale avancée, et que je n'ai point à envisager ici au point de vue d'une association microbienne possible, les deux sommets du poumon sont le siège d'une respiration rude et soufflée, indemne de râles cependant.

Devant cette ascite, je le répète, d'une abondance notable, je songe tout d'abord à pratiquer la paracenthèse. Mais sachant, par expérience, combien une première ponction de cette nature en appelle de suivantes, non sans dommage pour le malade, malgré le bien-être momentané qu'elles lui confèrent, je me décidai à attendre. Je n'eus qu'à me louer de cette abstention. Sous l'influence d'une médication que j'appellerai « à triple effet » en raison des multiples indications à combattre (cirrhose probablement commençante du foie — ascite consécutive — phénomènes stéthoscopiques du poumon, sans compter la misère générale profonde, conséquence naturelle d'un complexus pathologique aussi sérieux), j'eus la satisfaction de voir l'état de mon malade s'améliorer progressivement dans tous ses détails, y compris l'œdème des malléoles rapidement disparu, et l'ascite dont il ne reste presque plus aujourd'hui aucune trace. Ai-je besoin de dire que, fidèle à ma méthode dans cette phase du paludisme, j'administrai largement le vin de quinquina et l'arsenic, laissant de côté, par prudence dans le cas particulier, le fer et l'hydrothérapie, en raison des hémoptysies précédentes dont l'emploi de ces adjuvants habituels du traitement aurait pu déterminer le retour.

Quelle conclusion peut-on tirer, au point de vue spécial, qui m'intéresse, de cette observation écourtée, mais suffisamment explicite dans ses grandes lignes pour les besoins de la cause que je soutiens?

Il me semble inutile, dans ce cas, d'insister sur la virulence du poison malarique. Elle s'impose à l'esprit, tant par la succession des phénomènes morbides, que par ce fait qui en démontre péremptoirement la nocivité que, sur 16 Européens qui participaient à l'occupation du poste de Kita, 12 succombèrent aux atteintes de la « malaria ».

C'était donc, on peut le dire, dès le principe, un paludisme *fort* dans son essence, et qui, cependant, nous a fourni la preuve que, de même que, pour la syphilis, il n'est guère possible de conclure de la dimension du chancre au plus ou moins de gravité ultérieure de l'infection, on ne saurait davantage, pour le paludisme, augurer de l'avenir d'après les manifestations du début.

Ici, en effet, elles se sont traduites par l'expression courante de la « malaria » sans perniciosité, et consécutivement, par un sommeil *apparent* du germe qui ne s'est, pour ainsi dire, réveillé que de longs mois après son éclosion.

Eût-il été possible d'en prévenir, ou tout au moins d'en atténuer les suites relativement si sévères?...

Pour ma part, je le crois. C'est, à mon sens, pour n'avoir pas traité *méthodiquement* la précédente poussée fébrile pure, survenue chez Dels... depuis son retour dans ses foyers, que le germe infectieux, ayant en quelque sorte libre carrière, en a, si je puis dire, abusé pour préparer cet état de déchéance organique que j'ai esquissé plus haut à grands traits.

Si, au lieu d'administrer la quinine au hasard d'une périodicité insaisissable, *au petit bonheur*, qu'on me passe l'expression, *et en une seule dose*, *insuffisante d'ailleurs tout au moins au début*, le confrère en question avait eu cette conception de l'influence quinique prolongée, obtenue par des doses *quotidiennes*, *fractionnées et suffisantes* du sel anti-paludique, on peut être fondé à penser qu'il aurait eu plus de chances de rencontrer l'ennemi qui profitait des armistices de chaque jour pour se dérober d'abord et se livrer ensuite à de nouveaux assauts, agrandissant de plus en plus la brèche quand il savait la place inefficacement défendue.

DÉPLACEMENT DU NERF CUBITAL

EN AVANT DE L'ÉPITROCHLÉE, A LA SUITE D'UNE SIMPLE CONTUSION DU COUDE

Par le docteur A.-F. Plicque,

Médecin-adjoint à la Compagnie du Nord, ancien interne des hôpitaux.

Les déplacements du nerf cubital sont fréquents dans les grands traumatismes du coude. A la suite des fractures, des luxations, le nerf est souvent chassé de sa situation normale derrière l'épitrochlée. Les faits où ce déplacement du nerf se produit à la suite d'un traumatisme minime, où ce déplacement constitue à lui seul presque toute la lésion, semblent, au contraire, des plus rares. A ce titre, l'observation suivante offre donc un certain intérêt.

Le 1er juillet 1893, M. B..., chauffeur à la Compagnie du Nord, en se reculant brusquement sur sa machine, se contusionnait la partie interne du coude gauche sur le tranchant d'une barre placée dans le fourgon. La contusion ne fut pas très forte. Mais elle détermina un engourdissement de toute la main avec gonflement et teinte violacée qui persistèrent plusieurs heures.

Le 3 juillet seulement le malade vient à la consultation. Il a dû interrompre son service depuis l'avant-veille; souffrant très peu à l'état de repos, il souffre beaucoup au moindre mouvement. A l'examen, on constate en arrière de l'olécrâne un très léger épanchement sanguin avec une excoriation des plus minimes. Toutes les saillies osseuses ont conservé leurs rapports normaux. Pourtant les mouvements d'extension ne sont pas complets et sont particulièrement douloureux. Le malade lui-même attire l'attention sur un nerf qu'il sent se tendre à la partie antéro-interne du bras pendant ces mouvements. Le malade étant assez maigre, on sent très bien cette corde arrondie roulant sous le doigt. La pression détermine de l'engourdissement dans le petit doigt. Il s'agit donc bien du nerf cubital passé en avant de l'épitrochlée. Rien de pareil n'existe du côté droit, quoique peut-être le nerf cubital soit un peu plus mobile qu'à l'état normal.

En refoulant d'avant en arrière le nerf cubital, l'avant-bras étant en demi-extension, on parvient assez facilement, bien qu'au prix d'assez vives souffrances, à ramener le nerf derrière l'épitrochlée. Mais cette réduction n'est que temporaire; dans les mouvements de flexion, on voit le nerf se tendre, puis passer brusquement par-dessus la saillie osseuse à la façon d'une corde d'arbalète qui se détend. Le malade, à ce moment, éprouve une douleur et un engourdissement des deux derniers doigts.

Intrigué par cet accident rare et très embarrassé pour le traitement, je me contentais, la réduction faite à nouveau, de pratiquer un léger massage et d'appliquer un appareil ouaté compressif immobilisant le bras dans l'extension presque complète. Je priai le blessé de se rendre le lendemain matin à Lariboisière dans le service de M. le docteur Périer. M. Périer voulut bien examiner le malade avec moi. Il fut vu également par MM. Worms, Picqué, Delbet, qui se trouvaient dans le service. La réduction du nerf s'était maintenue depuis la veille. Mais le ressaut en avant de l'épitrochlée se reproduisit au premier mouvement de flexion un peu prononcé. Il fut convenu qu'on continuerait quelques jours le massage et l'appareil ouaté immobilisant en demi-extension le nerf réduit. Il fut convenu aussi qu'on pratiquerait la suture de la gaine du nerf si la réduction définitive était impossible à obtenir par l'appareil seul. Fort heureusement les suites furent exceptionnellement simples et rapides. Après trois séances de massage et après que l'appareil ouaté eût été maintenu huit jours, la fixité du nerf paraissait assurée. On continua néanmoins à faire porter l'appareil pour éviter tout grand mouvement de flexion. Mais le blessé commençait à se servir de son bras. Dès le 11, il reprenait un travail très modéré et dès le 18, il pouvait faire le service de chauffeur sans la moindre gêne dans les mouvements. Depuis deux mois qu'il continue ce dur service, le déplacement du cubital ne s'est pas reproduit.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 septembre 1893. — Présidence de M. Le Fort.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend des lettres de candidature : 1° de M. Railliet, qui se porte à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire; 2° de M. Landouzy, qui se porte à la place vacante dans la section de pathologie médicale.

COMMUNICATION

Les tractions rythmées de la langue dans l'asphyxie.— M. Laborde relate de nouvelles observations qui lui ont été communiquées par divers médecins.

M. le docteur Aubin (de Marans) communique un cas de rappel à la vie d'un nouveau-né en état de mort apparente :

A la suite d'une application difficile de forceps, M. Aubin a reçu un enfant bien conformé, mais absolument cyanosé, inerte, qui n'a tout d'abord présenté aucune réaction et n'a poussé aucun cri. Les battements du cordon n'existaient plus et sa section a donné issue à du sang absolument noir. Confiant la délivrance à la sage-femme, il a pratiqué immédiatement sur l'enfant les tractions rythmées de la langue, et, après un quart d'heure, on observait de légers efforts respiratoires. La cyanose avait diminué avant même que les mouvements de la respiration aient été perceptibles, ce qui prouve que, sous l'influence des tractions, l'hématose se faisait, pour ainsi dire, à l'état latent. La manœuvre a été prolongée pendant vingt minutes environ, jusqu'au moment où l'enfant a poussé les premiers cris. Ce nouveau-né est, à l'heure actuelle, en parfaite santé.

M. le docteur Goriton adresse l'observation suivante :

Il soignait une jeune femme de vingt-six ans qui était atteinte d'adénopathie trachéo-bronchique d'origine tuberculeuse probable. La malade avait des accès de suffocation très intenses. Un jour, à cinq heures du matin, l'accès eut une telle violence qu'on vint aussitôt chercher M. Goriton. On venait au-devant de lui lui dire que tout était fini, qu'elle venait de rendre le dernier soupir. Il trouva la malade livide et inerte, n'ayant plus de mouvements respiratoires, même légers, n'ayant plus de pouls ni de battements du cœur. Il pensa au procédé de M. Laborde qu'il mit à exécution sur-le-champ. Il saisit la langue qu'il étira fortement par un mouvement lent et bien rythmé, 35 à 40 fois par minute environ. Le premier phénomène un peu saillant fut la disparition progressive de la pâleur sur les pommettes et autour du nez surtout.

Trois minutes à peine s'étaient écoulées, que l'on saisit un léger mouvement des ailes du nez; ce mouvement devient manifeste de plus en plus, et à la cinquième minute il se produit un léger soupir. On fait alors deux injections d'éther. Les soupirs se renouvellent plus profonds, et l'on voit la cage thoracique se soulever par instants.

Au bout d'une demi-heure, les battements du cœur, le pouls re-

paraissaient, la malade recouvrait une certaine sensibilité et la respiration se faisait régulière.

La malade est entièrement revenue de cet état de mort apparente. La maladie dont elle était atteinte a malheureusement continué son évolution; et elle a fini par succomber, définitivement cette fois, le 29 mai 1893, plus de trois mois après cette alerte.

M. Goriton ajoute qu'il n'a pas souvent assisté à une scène plus émouvante. Les parents, le mari surtout, étaient stupéfaits. Il était lui-même un peu stupéfié, car il ne croyait pas à la possibilité d'une résurrection.

Ce fait constitue une démonstration nouvelle de la puissance du procédé de la langue dans tout cas de mort apparente asphyxique, quelles qu'en soient la cause et la nature.

M. le docteur Springer (d'Alençon) adresse également une note sur un cas de mort apparente par asphyxie, avec rappel à la vie par ce procédé.

Trois hommes venaient d'être retirés inanimés d'une fosse à fumier qui recevait, en outre, les résidus d'une fabrique d'eau de Seltz. De ces trois hommes, F..., tombé le premier et retiré le dernier, avait séjourné environ vingt minutes au fond de la fosse. L... et C..., descendus successivement pour lui porter secours, tombent sur lui et sont retirés, C... au bout de quelques minutes, L... un peu plus tard.

Après une demi-heure pour L... et trois quarts d'heure pour C..., ils ont repris toute leur connaissance par les moyens ordinaires : respiration artificielle, frictions, affusions froides, etc. F..., qui ne présentait plus ni pulsations, ni mouvements respiratoires appréciables, ne donne encore aucun signe de vie au bout de vingt à vingt-cinq minutes, bien qu'énergiquement soumis au même traitement que ses camarades; sa langue est vivement saisie et à sa grande joie M. Springer obtient, dès la deuxième traction, une inspiration bientôt suivie d'une série d'autres. Pendant une heure et demie, les mouvements respiratoires se ralentissent et cessent dès que les tractions sont suspendues, et ce n'est qu'après ce temps qu'il m'est possible d'abandonner sans inconvénient la langue. Le malade ne sort définitivement du coma qu'après trente-six heures d'excitations de toute espèce.

Certains points de cette observation paraissent devoir attirer l'attention : et d'abord la longue durée du coma qui témoigne de la profondeur de l'intoxication et permet, en quelque sorte, de se rendre compte du pouvoir excitant intense exercé par les tractions sur les centres respiratoires, alors que plus de vingt minutes de respiration artificielle n'avaient donné qu'un résultat absolument négatif. Elle montre en second lieu qu'il ne faut pas se hâter d'abandonner le malade et que, pour parer à toute éventualité, il est nécessaire, au moins dans les cas analogues à celui-ci, de se tenir prêt à recommencer pendant un temps assez long et sans se décourager les manœuvres de traction, quelque précaire que puisse paraître au premier abord le résultat final.

L'application du même procédé vient d'être heureusement appliquée à l'asphyxie avec mort apparente, consécutive à des accès éclamptiques.

M. le docteur Vigneau (de Salies-de-Béarn) adresse à M. Laborde la lettre suivante :

Dans le numéro du 12 août du *Concours médical*, j'ai lu votre article, reproduit d'après la *Gazette des hôpitaux*, sur votre procédé de tractions rythmées de la langue dans les diverses asphyxies. Je me fais un plaisir de vous communiquer l'observation suivante que vous pourrez compter à l'actif des résurrections dues à votre procédé.

« Le 17 du mois dernier, une jeune femme est prise d'attaques d'éclampsie vers les sept heures du soir. On court chez tous les médecins de la station : j'arrive le premier.

Il s'agit d'une primipare de dix-neuf ans, mariée depuis neuf mois, accouchée normalement depuis une demi-heure. Chloro-anémique depuis l'âge de seize à dix-sept ans, œdème considérable des membres inférieurs depuis plusieurs mois, sans que son état eût attiré l'attention d'une vieille sage-femme pour lui faire suivre un régime spécial.

Les attaques d'éclampsie se succèdent avec une intensité et une rapidité effrayantes; la malade est maintenue avec peine sur son lit; j'ordonne une saignée, pas de lancette; pendant qu'on court en chercher une et une potion au chloral et au bromure, les attaques ne discontinuent pas.

Je pratique une forte saignée : deux assiettes à soupe...

Trois confrères, les docteurs Dupourqué, Petit et Dufourq, arrivent successivement; encore quelques attaques, puis la malade ne bouge plus, ne respire plus, son pouls cesse d'être perceptible. La mort est apparente.

Je fais deux injections d'éther sans résultat efficace.

Les cris, les hurlements des nombreux assistants, le départ du prêtre, de confrères qui viennent d'ausculter le cœur... tout confirme la mort.

Au milieu de l'égarement général, je demande une aiguille et un fort fil (je n'avais pas de pinces) et suis assez heureux pour pouvoir saisir la langue entre les dents contractées sur un bouchon que j'avais, à mon arrivée, introduit entre les maxillaires.

On m'a abandonné le cadavre, et seul, penché sur le corps, tandis que je pratique les tractions rythmées en tenant entre mes dents le fil passé à sa langue, je fais avec les mains et les avant-bras des pressions thoraco-abdominales énergiques. Après une quinzaine de minutes, je crois reconnaître une inspiration; le pouls n'est pas revenu, à peine un léger susurrus au cœur; je reprends les tractions... et finalement, dix minutes après, la respiration et la circulation sont rétablies.

Je ne dirai que deux mots de ce qui a suivi : Potion bromo-chloralée, lavements *idem*, glace sur la tête, diurétiques, lait.

Le lendemain la cécité disparaissait; actuellement la malade est guérie.

Il y a quelques jours, un des confrères qui m'avait assisté au début me disait : « Vous avez eu un beau succès, grâce au procédé Laborde », et comme c'est tout à fait mon avis, je suis heureux de le reporter à son auteur en le lui signalant. »

L'idée ingénieuse d'opérer les tractions de la langue à l'aide d'un fil passé dans celle-ci et tenu entre les dents, de façon à permettre en même temps l'usage des mains pour pratiquer simultanément les pressions thoraciques de respiration artificielle, peut, au besoin, favoriser la réussite du procédé, et elle mérite d'être retenue, surtout pour les cas où l'opérateur est seul et sans aide : mon confrère a su en tirer, comme on vient de le voir, un excellent parti. Mais je n'oserais proposer, en principe, cette modification technique du procédé, dans la crainte que les tractions linguales ne soient pas pratiquées avec la même facilité et la même efficacité qu'avec l'intervention manuelle.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle du 23 septembre 1893, M. Petit, médecin-major de deuxième classe au 27e régiment de dragons, a été affecté au 1er régiment de cuirassiers par permutation avec M. Joly, médecin-major de deuxième classe.

— L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le vendredi 27 octobre 1893.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le vendredi 20 octobre, à quatre heures.

Seront admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878. Les épreuves porteront sur la chimie, la physique et l'histoire naturelle.

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de deuxième année. Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie, la myologie, l'angiologie et l'histologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » la première partie du deuxième examen probatoire. Les épreuves porteront sur la névrologie, la splanchnologie, l'anatomie des régions, l'histologie et la physiologie.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » la deuxième partie du second examen probatoire. Les épreuves sont : une composition de médecine et de chirurgie. Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

5° Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint, qui ont été admis à chacun de ces grades avec la mention « bien » pourront obtenir, sans concours, une bourse de première année.

— La Société d'anthropologie de Paris est autorisée à accepter le legs, que lui a fait le docteur Louis-Jules Fauvelle, d'une rente annuelle de 667 francs en 3 p. 100 sur l'État français pour constituer, tous les trois ans, un prix de 2 000 francs à titre de récompense ou d'encouragement à tout travail inédit, comme ouvrage spécial sur la structure du système nerveux ou l'étude des manifestations de la force connues sous le nom d'influx nerveux.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bichemin (de Chapelle-sur-Loir), Loiselot (de Passavant), Pignot (de Paris).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le méro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Les hémorrhoïdes (*Bibliothèque Charcot-Debove*), par le docteur OZENNE. 1 vol. in-16, rel. d'amateur, tête dorée. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Étiologie et formes cliniques des psychoses puerpérales,

Par M. le docteur Édouard TOULOUSE,
Médecin-adjoint de l'asile Saint-Yon.

L'apparition de troubles intellectuels durant ou après l'accouchement a été notée par les plus anciens observateurs. Hippocrate, qui les a signalés, les attribuait au transport des lochies à la tête. Cette théorie étiologique humorale a dominé jusqu'au seuil du XIXe siècle et a été défendue par Puzos, Levret, Daguin, Van Swieten, qui tous expliquaient la folie par la déviation vers le cerveau des lochies, des menstrues et du lait. Avec Esquirol, les doctrines cèdent le pas aux faits. Ce grand médecin a donné la première monographie documentée des troubles mentaux des nouvelles accouchées et des nourrices. Bien que réservé sur le terrain étiologique, il combattit les idées métastatiques de ses prédécesseurs et fit une place considérable à la prédisposition nerveuse. Quelques années après, Marcé écrivit sur la question un traité, qui est devenu classique. Le premier, il s'occupa assez longuement des désordres psychiques de la grossesse. Il admit la nature sympathique du délire transitoire de l'accouchement, mais insista, pour les autres folies puerpérales, sur la prédominance étiologique de la prédisposition, tout en indiquant l'influence des autres causes morales ou physiques. Morel, qui était son contemporain, exprima des idées pathogéniques analogues; cependant il se demanda, fidèle en cela à son principe de classification basée sur l'étiologie, s'il ne fallait pas faire de la folie des accouchées une maladie spéciale, à cause de certains de ses symptômes, qui lui paraissaient intimement liés aux modifications physiques et morales qu'imprime la puerpéralité à tout l'organisme de la femme. Les continuateurs du célèbre aliéniste de Saint-Yon, et notamment M. Magnan, développèrent surtout cette idée générale que la prédisposition est le fait dominateur dans l'étiologie des maladies mentales. Aussi la plupart des travaux en France essayèrent de prouver que la puerpéralité n'est, pour une prédisposée, qu'une occasion banale à délirer, et que les psychoses ne se ressentent en rien, dans leur forme et leur évolution, de ce facteur; les thèses de Mme de Gorsky et de Garcia Rijo, par exemple, exposent bien cette doctrine.

Mais à l'étranger un mouvement différent se produisait dans ces dernières années. Déjà Griesinger avait attribué les psychoses puerpérales à l'action du sang vicié sur le cerveau. Plus tard Donald Fraser, Campbell-Clark, Hansen apportèrent des faits à l'appui de cette théorie et soutinrent que la plupart des psychoses puerpérales avaient des conditions somatiques nécessaires, parmi lesquelles les infections post-partum tenaient le premier rang. Ces idées, vite répandues en Allemagne, en Angleterre et en Russie, pénétrèrent aussi en France. D'abord exposées par M. Parant dans une revue critique, elles trouvèrent des défenseurs dans M. Faure, et surtout dans M. Lallier, dont le travail résume tout ce qui a paru d'intéressant dans cette question. Je citerai encore un récent mémoire d'un médecin russe M. Jdanof, publié dans une revue française, qui apporte des arguments nouveaux en faveur de l'étiologie infectieuse de certaines psychoses puerpérales; un article de M. Ballet; et, enfin, un petit travail qui m'est personnel, et où j'ai relaté une observation de délire à forme de confusion hallucinatoire aiguë et survenue chez une nouvelle accouchée, délire qui dura peu et parut s'amender sous l'influence d'un traitement antiseptique. En dernier lieu, je conseillerai la lecture du remarquable rapport, au dernier Congrès des aliénistes, de MM. Régis et Chevalier-Lavaine sur les auto-intoxications dans les maladies mentales, et où se trouve un chapitre intéressant sur la question qui nous occupe.

Il est nécessaire de s'entendre sur les termes «psychoses puerpérales». Et d'abord quelles sont les limites de la puerpéralité? Celle-ci étant l'ensemble des modifications déterminées par la fécondation et ses conséquences, il est clair qu'elle comprend la grossesse, l'accouchement, les suites de couches et l'allaitement. D'autre part quels sont les délires liés à la puerpéralité? Quelques auteurs voudraient éliminer les troubles intellectuels passagers occasionnés par la fièvre ou certaines localisations cérébrales des accidents infectieux des suites de couches. Mais, comme je le faisais remarquer dans une Revue sur les délires fébriles, il n'y a pas de différences essentielles entre ces derniers et les délires vésaniques. Je m'occuperai donc de tous les désordres psychiques qu'on observe durant toutes les périodes de la puerpéralité.

I

ÉTIOLOGIE

Fréquence des psychoses puerpérales. — 1° *Relativement au nombre d'accouchements.* — Marcé a réuni diverses statistiques d'après lesquelles il y aurait pour 1000 accouchements 2 aliénées (Reid), 5,5 (Gream), 1 (Béhier). Ces statistiques ont été dressées par des accoucheurs, qui n'observent guère que les folies post-partum; elles pèchent donc par défaut. Cependant on peut dire que les troubles intellectuels ne sont pas un accident commun de la puerpéralité. Il serait intéressant de comparer les statistiques citées plus haut, qui datent d'avant 1858, avec des statistiques récentes, afin d'établir la part d'influence des progrès antiseptiques sur la fréquence des psychoses puerpérales. Je n'en connais pas de quelque importance. M. Lallier dit simplement que M. Bar et d'autres accoucheurs ont remarqué dans ces dernières années une diminution des cas de troubles mentaux liés à l'accouchement.

2° *Relativement aux autres genres de folie.* — Il semblerait que la question qui vient d'être posée pourrait être résolue autrement, en recherchant par exemple si le nombre des cas de psychoses puerpérales a diminué relativement au nombre des autres cas de folie. Ainsi, pour 100 aliénées, Esquirol trouvait 8,2 puerpérales en 1838, Parchappe 5,5 en 1843, Marcé 3,7 en 1858, et M. Faure 2,1 en 1890. Mais il faut tenir compte que, durant ces derniers temps, il y a une tendance dans certains milieux à proscrire la dénomination de folie puerpérale, qui a disparu ainsi quelque peu des certificats de séquestration.

3° *Relativement aux périodes de la puerpéralité.* — En totalisant les chiffres donnés par Esquirol, Mac-Donald, Marcé et Mme de Gorzky, on trouve que dans le nombre des cas de folie puerpérale de toutes les périodes, ceux de la grossesse entrent dans la proportion de 11,6 p. 100 et sont les moins nombreux; ceux de l'accouchement dans celle de 52,4 p.100 ou de la moitié, et ceux de la lactation dans celle de 35,9 p. 100, ou environ du tiers.

Milieu social. — Esquirol a écrit que les cas de folie des nouvelles accouchées étaient plus fréquents chez les riches oisives et menant une existence excitante, et que les cas de folie après le sevrage étaient au contraire plus communs chez les pauvres mal nourries et débilitées. La condition de *fille-mère* a été aussi incriminée, à cause des privations matérielles et des émotions dont elle est souvent accompagnée.

Age. — C'est entre vingt-cinq et trente ans que les psychoses puerpérales sont le plus fréquentes, c'est-à-dire durant la période de la plus grande fécondité. Marcé a remarqué que plus la femme s'éloignait de cet âge et surtout se rapprochait de la ménopause, plus elle avait des chances de devenir aliénée à l'occasion d'une grossesse.

Constitution physique du sujet et maladies intercurrentes. — L'*anémie* serait, d'après Marcé, une cause prédisposante énergique de la folie puerpérale, qu'elle soit primitive ou amenée par de nombreuses grossesses, par des hémorragies ou un allaitement prolongé. On conçoit que toutes les causes d'affaiblissement physique, les *écarts de régime*, la *tuberculose* ou certaines *maladies intercurrentes* puissent avoir cette influence. Parfois, dans les cas de maladies infectieuses, *fièvre typhoïde* et *scarlatine* (Campbell-Clark), ou d'intoxications aiguës, *alcoolisme*, *chloroforme* (Webster), les troubles psychiques peuvent être déterminés par des poisons venus du dehors, qui les produisent directement ou contribuent à leur éclosion.

Influences physiques. — Le *refroidissement* a été incriminé par Esquirol, qui l'a observé 10 fois sur 92 cas. Le même auteur a noté l'influence étiologique de la *foudre* chez une nourrice devenue aliénée à la suite d'un coup de tonnerre. Il a aussi rapporté le fait d'une nouvelle accouchée qui délira une première fois après avoir senti l'odeur du musc, et une seconde fois pour avoir respiré celle d'une peinture qui se trouvait dans la boutique de son mari.

Causes morales. — Esquirol a cité la *crainte* de retomber malade, si l'accouchée a eu un accès antérieur de folie, le *désespoir* d'avoir été abandonnée, les *dissensions domestiques*, les *frayeurs* causées par la guerre (1814 et 1815). La *pudeur* blessée par les premiers rapports conjugaux (Morel), l'*accouchement gémellaire* chez une femme pauvre (Savage), l'*ennui de la grossesse*, les *mauvais traitements*, les *embarras d'argent* ont encore été signalés. De tous temps d'ailleurs la susceptibilité des puerpérales aux émotions a été connue. A Rome, une couronne suspendue à la porte des nouvelles accouchées rendait leurs maisons inviolables; à Harlem, leurs demeures étaient aussi interdites aux huissiers et aux agents de police. Quelle influence réelle faut-il accorder aux causes morales? Esquirol admettait cette étiologie dans 50 p. 100 des cas, tandis que Hansen, en Allemagne, ne la trouve que dans 2 p. 100 des faits. Morel et Marcé leur accordent un rôle adjuvant. C'est l'opinion probablement la plus juste. On sait que les émotions retentissent fortement sur les puerpérales. Baudelocque fut appelé, d'après M. Féré, à la suite de l'explosion de la poudrière de la plaine de Grenelle, par 62 femmes en péril ou en état d'avortement. Les émotions favoriseraient même, d'après les accoucheurs, l'apparition des complications des suites de couche, même de la fièvre puerpérale, en rendant l'organisme plus faible et partant plus susceptible à l'infection.

Causes liées directement a l'état puerpéral. — *Conception.* — Esquirol et Marcé ont cité des cas où la folie paraissait avoir débuté au moment de la conception et avait duré tout le temps de la grossesse pour disparaître au moment de l'accouchement. Il est difficile de démêler dans ces cas le rôle exact joué par la conception, qu'il n'est d'ailleurs pas toujours facile de dater exactement.

La *multiparité* a été incriminée par Marcé (75 p. 100), par More et la plupart des auteurs à cause des fatigues antérieures. Cependant Jdanof accuse au contraire la primiparité, qu'il a rencontrée 45 fois sur 100, en faisant remarquer que les primipares sont plus sujettes aux complications des suites de couches.

Sexe de l'enfant. — Certaines femmes deviennent aliénées à l'occasion de la grossesse (Marcé) ou de l'accouchement (Esquirol) de garçons et restent indemnes lorsqu'elles sont enceintes de filles. Est-ce parce que le garçon plus gros déterminerait une parturition plus laborieuse? Cette explication n'est guère valable lorsque les troubles psychiques sont antérieurs à l'accouchement.

Alternance et périodicité. — Esquirol a observé des femmes

qui devenaient aliénées chaque deuxième couche, d'autres au troisième ou au cinquième mois de chaque allaitement.

Accidents et suites de couches. — Ils ont été tous incriminés : les douleurs violentes, les hémorragies, l'application du forceps, le travail laborieux, et généralement tout ce qui met obstacle à une prompte délivrance. De même toutes les complications des suites de couches ont été invoquées et notamment les accidents infectieux, sur lesquels il sera revenu plus bas en même temps que sur l'éclampsie.

Retour de couches. — Signalée d'abord par Baillarger, cette cause a été acceptée par Marcé, qui l'a rencontrée 11 fois sur 44 cas. Cependant Esquirol avait remarqué que les troubles mentaux étaient au contraire quelquefois dissipés par le rétablissement de la menstruation.

Sevrage. — Quand il est brusque, il serait, d'après Esquirol, une cause assez fréquente de folie. Marcé attribue la même influence à l'*allaitement prolongé* à cause de la débilitation qu'il provoque.

Éclampsie. — Dans ces derniers temps on s'est occupé d'élucider la nature des rapports qui unissent les psychoses puerpérales à l'éclampsie. Dans 100 cas d'éclampsie, Braun a rencontré des troubles intellectuels 8,3 fois, Wieger 7,1, Seegen 4,3, Olshausen 6, ce dernier d'après une statistique portant sur 515 cas. D'autre part les délires post-éclamptiques seraient, relativement au nombre total des psychoses puerpérales, dans la proportion de 5 p. 100 environ d'après Schwegel et Mac-Donald, cités par M. Lallier. Donc numériquement les troubles intellectuels ne seraient pas très rares dans l'éclampsie, et les délires de cette catégorie entreraient pour une certaine part, bien que minime, dans le nombre total des psychoses puerpérales. Les désordres mentaux suivent en général d'assez près les convulsions; mais ils peuvent survenir un, deux, trois jours après elles. Souvent ils apparaissent après une période de coma. Quelquefois ils semblent remplacer l'attaque éclamptique ou ils alternent avec elle. Ni le nombre des crises convulsives, ni leur intensité ne paraissent avoir une action pathogénique évidente. Enfin les accès délirants apparaissent à la suite de toutes les éclampsies de la grossesse, du travail et surtout de celles qui suivent l'accouchement.

Quelle est la pathogénie de ces délires post-éclamptiques? Sont-ils liés à l'albuminurie, puisqu'on les a observés alors qu'il n'y avait pas d'attaques convulsives et que l'urine était albumineuse? Certains auteurs ont émis cette opinion et pensent qu'il existe un rapport entre certaines folies puerpérales et l'albuminurie de la grossesse, rapport analogue à celui qui unit les troubles psychiques à la maladie de Bright. Mais d'autre part on a cité des faits, très rares à la vérité, où les désordres mentaux paraissaient occasionnés par une éclampsie sans albuminurie, qui dans ces cas ne pouvait être rendue responsable du délire.

La question d'ailleurs doit être envisagée à un point de vue plus général. Depuis les travaux de M. Bouchard, on tend de plus en plus à admettre que l'éclampsie est causée par un état d'auto-intoxication, amené principalement par l'insuffisance fonctionnelle du foie et des reins. Les poisons fabriqués normalement dans les tissus, ou reçus du dehors par l'estomac n'étant plus suffisamment détruits ou éliminés provoquent une intoxication générale, qui se manifeste par l'élévation de la toxicité du sérum sanguin et l'abaissement de celle de l'urine (Chambrelent), et aussi par les attaques convulsives et les troubles intellectuels. L'albuminurie, les convulsions et le délire ne seraient que des symptômes de la même maladie, et pourraient être associés ou isolés, si bien que l'on serait en droit d'admettre une éclampsie convulsivante et une éclampsie délirante. Dans ces derniers temps une nouvelle théorie s'est élevée, défendue par MM. Doléris et Butte, Combemale et Bué, d'après laquelle l'éclampsie serait une maladie microbienne. La confirmation de cette doctrine ne changerait pas beaucoup l'explication donnée plus haut. Le délire serait toujours ressortissable à une intoxication qui dans ces cas serait d'origine microbienne extérieure, au lieu d'être surtout d'origine intérieure.

Infection. — Les auteurs qui admettent cette cause donnent des statistiques. Ainsi des signes d'infections ont été notés chez les puerpérales aliénées 86 fois sur 100 par Hansen, 66 fois sur 100 par Jdanof, 50 fois sur 100 par Campbell-Clark, et 70 fois sur 100 par M. Lallier. Si l'on tient compte que ces auteurs ont établi leurs statistiques sur des documents tout récents, on sera étonné du nombre des infections puerpérales qu'elles découvrent, à une époque où ces maladies tendent, grâce à l'antisepsie, à devenir de moins en moins fréquentes. Aussi les accoucheurs, frappés de cette coïncidence, sont tentés, ainsi que M. Bar et M. Porak, de voir là un rapport étiologique presque exclusif.

Quelles sont les complications infectieuses qui paraissent avoir occasionné des troubles mentaux? Toutes ont été citées, qu'elles s'exercent par la voie lymphatique (lymphangites, phlegmons, péritonite), ou par la voie veineuse (phlébite, endocardite, pyohémie). D'après M. Lallier, ce dernier mode serait le plus fréquent (19 fois sur 29 cas). Le délire peut apparaître avant que les symptômes infectieux soient manifestes, et dans ces cas on peut se demander si quelques-uns de ces derniers ne sont pas les effets plutôt que la cause de la folie; mais le plus souvent ils sont antérieurs en date. Comme pour l'éclampsie, ce n'est pas l'intensité de la durée des phénomènes infectieux, ni leur localisation, qui peuvent expliquer l'apparition du délire. Celui-là survient dans des complications graves et dans des complications bénignes, et dure parfois aussi longtemps et d'autres fois beaucoup plus longtemps que la maladie somatique. On s'est demandé si la fièvre ne serait pas la vraie cause des troubles mentaux. Or, bien que souvent elle et le délire suivent une marche parallèle, il arrive aussi que l'élévation thermique n'est pas en rapport, pour le début, la durée ou l'intensité, avec les désordres psychiques. Si l'on admet donc l'influence étiologique de l'infection dans la production des psychoses puerpérales, il faut croire que l'intoxication est là encore la cause de tout, et que fièvre et délire ne sont que ses symptômes. On doit aussi rapprocher ces psychoses de celles qui se produisent dans les autres maladies infectieuses, les fièvres éruptives, le rhumatisme, etc.

Prédisposition vésanique. — Presque tout le monde est d'accord pour admettre la nécessité d'une certaine prédisposition dans l'étiologie des psychoses puerpérales, comme de toutes les autres formes d'aliénation mentale. Mais tout le monde ne s'entend pas sur l'importance de ce facteur. Les uns pensent que la prédisposition est tout, qu'une accouchée ou une femme enceinte délirera parce qu'elle est une héréditaire et que l'accident puerpéral a réveillé la tendance vésanique, qui aurait pu se manifester à l'occasion de n'importe quel autre accident physiologique ou patho-

logique. Mme de Gorsky, élève de M. Magnan, a trouvé sur 35 aliénées puerpérales 33 prédisposées et 2 à antécédents inconnus. Par contre, Schüle déclare que l'hérédité n'a aucune part dans la production des psychoses puerpérales. Entre ces deux opinions extrêmes, il y a toutes sortes d'avis intermédiaires. D'où vient donc cette divergence de vues ? C'est qu'on ne s'entend pas sur cette notion de l'hérédité et de la prédisposition. Les uns n'admettent que l'hérédité similaire et des parents directs; d'autres acceptent l'hérédité de transformation et des collatéraux. Certains sont très rigoureux sur les preuves de cette tare ; les autres, très accueillants, au point qu'on verra le cancer, la tuberculose, un père vif, un oncle fainéant, comme autant de preuves d'une hérédité névropathique. Et comment en serait-il autrement ? L'hérédité, la prédisposition sont des conceptions vagues, encore tout empreintes de l'empirisme le plus grossier. Certes on sent bien que chacun porte en lui de certaines tendances morbides qui font, de quelque partie de son organisme, un terrain tout prêt à la localisation d'un traumatisme ou d'une infection. Mais ce n'est là qu'une sensation obscure, mal définie. Aussi vouloir transformer cette impression en une notion rigoureusement établie et suffisant à expliquer tous les cas particuliers, c'est prouver un singulier dédain des faits qu'il est possible de contrôler.

Tout en admettant cette prédisposition qui est, non seulement à l'origine des vésanies, mais plus ou moins aussi à l'origine de toutes les maladies, même des fractures et des luxations — car il y a des os plus aptes que d'autres à se briser et à sortir de leurs capsules articulaires — il ne faut pas se leurrer de cette ombre d'étiologie. Il est utile de ne pas négliger l'étude des autres conditions de développement des psychoses, des conditions anatomo-physiologiques. Dans cette voie, on tient quelque chose, des faits qui ne sont pas chimériques et qui peuvent nous conduire à des clartés plus grandes. Par exemple, s'il est prouvé que l'infection est une des circonstances fréquentes de la folie post-puerpérale, que lorsqu'elle existe, le délire affecte une certaine évolution, on possédera une notion étiologique d'une certaine importance. Pouvoir rapporter ces troubles mentaux à tout un groupe de désordres psychiques par intoxication ayant la même physionomie clinique, savoir qu'ils ont une évolution spéciale et, de ce fait, avoir les éléments d'un pronostic plus sûr, connaître les lésions somatiques auxquelles ils ressortissent et peut-être obtenir parfois la guérison ou l'amélioration de l'état mental par la modification de l'état physique, sont des résultats précieux. Et ce n'est pas en répétant que la prédisposition est la raison dernière des phénomènes morbides de l'esprit et en s'interdisant de ce fait toute autre recherche qu'on les atteindra.

II

FORMES CLINIQUES

La division en psychoses de la grossesse, de l'accouchement, d'après l'accouchement et de l'allaitement, est quelque peu artificielle au point de vue clinique. Ainsi les troubles intellectuels liés à l'éclampsie ont une physionomie spéciale, à quelque moment de la puerpéralité qu'ils apparaissent. Cependant à chaque période correspond un type clinique plus fréquent. C'est celui-là qui sera décrit.

Psychoses de la grossesse. — Ce sont les plus rares. La prédisposition paraît jouer là le rôle principal, bien qu'actionnée par les troubles de nutrition constants dans la grossesse, surtout quand elle se complique d'éclampsie.

Obsessions et impulsions. — Les principaux caractères de l'état mental de la femme enceinte se réduisent en des obsessions et des impulsions morbides, probablement liées le plus souvent à une hérédité chargée. Quand ces symptômes sont développés, ils sont du domaine de la pathologie mentale et même de la médecine légale. Les tendances au vol, à l'incendie, à l'homicide et au suicide ont été observées. M. Georget raconte l'histoire d'une femme enceinte de cinq mois qui noya, dans un puits, trois de ses enfants et s'y précipita ensuite elle-même. Marcé cite une autre femme qui, durant sa grossesse, essaya d'empoisonner son mari, dans une impulsion qu'elle dit être irrésistible. Mais parfois il semble que la puerpérale profite de son état pour se livrer à des délits, notamment au vol. Telle cette femme qui avait tenté de forcer la porte d'une chambre où se trouvaient des objets de prix; pour sa défense, elle prétexta qu'elle croyait son mari enfermé dans cette pièce avec une maîtresse et qu'elle avait agi sous l'empire d'une violente jalousie (Marcé). Jadis, où le préjugé voulait qu'on ne contrariât point la satisfaction des *envies*, les femmes enceintes ne se refusaient rien. Témoin cette femme dont le mari traita avec un boulanger pour qu'il lui permît de se laisser mordre l'épaule (Marcé). Dans l'appréciation des actes commis par les femmes enceintes, il faut donc examiner avec soin les circonstances du délit et rechercher si le sujet n'a pas profité de son état de grossesse pour satisfaire un penchant vicieux, notamment un penchant au vol.

Époque de début des psychoses de la grossesse. — Les psychoses mieux caractérisées de la grossesse peuvent survenir à n'importe quel mois, même au moment de la conception. Chez certaines femmes, à accès périodiques correspondant avec l'état de grossesse, le retour des troubles intellectuels peut faire soupçonner qu'elles sont enceintes, avant l'apparition des signes physiques (Marcé). Rares avant le troisième mois, les psychoses non conceptionnelles deviendraient de plus en plus fréquentes vers le septième et, d'après Savage, celles qui surviendraient avant le quatrième mois seraient plus curables que celles qui apparaîtraient après.

Aspect clinique. — On a observé les formes vésaniques les plus dissemblables, des états maniaques, des états mélancoliques, ceux-ci plus fréquents que les autres, et des délires systématisés, notamment de persécution. D'après les auteurs, toutes ces psychoses n'ont pas paru présenter de caractères cliniques spéciaux; elles en ont peut-être dans leur évolution, mais il faut se rappeler qu'il n'y a pas encore en médecine mentale de types auxquels on puisse comparer ou opposer des syndromes psychiques. Cependant, lorsqu'on lit les observations publiées, on trouve que ce sont les états de dépression avec idées mélancoliques ou avec stupidité qui seraient les plus fréquents. Ces malades essayent quelquefois de se suicider, sous l'empire d'hallucinations qui souvent, chez les filles-mères, reprochent la faute commise. Il y a des cas, toutefois, où les désordres mentaux ont une physionomie particulière, c'est lorsqu'ils accompagnent l'éclampsie. Mais comme ils se retrouvent plus fréquemment durant l'accouchement, ils seront décrits au chapitre suivant.

Évolution. — Il est rare que les psychoses naissent et se terminent durant le cours de la grossesse, ainsi que l'ont observé Esquirol et Boivin. Le plus souvent, surtout lors-

qu'elles ont débuté dans une période avancée, elles durent assez longtemps et franchissent d'ordinaire l'accouchement. L'influence de la parturition sur les troubles intellectuels développés durant la grossesse a été diversement interprétée. Marcé a noté que, dans un peu moins de la moitié des cas, l'accouchement amène la guérison. Morel attribue cette influence curative à ce fait que les troubles psychiques seraient alors étroitement liés avec les perturbations somatiques de la grossesse et disparaîtraient avec elles. Dans ces cas, il s'agirait de psychoses symptomatiques, dont l'évolution, étroitement liée à celle de la grossesse, en ferait des vésanies spéciales, à défaut de caractères cliniques constants. Marcé avait cru remarquer que ce sont les folies conceptionnelles qui se comporteraient ainsi. Voilà donc une notion qui, confirmée, ne serait pas indifférente au pronostic de l'affection et prouverait que cela vaut la peine d'étudier les maladies mentales dans leurs rapports avec les états somatiques et non pas uniquement en elles-mêmes.

Cette heureuse influence, bien qu'inconstante, de l'accouchement sur la terminaison des psychoses, a poussé certains médecins à conseiller la grossesse comme moyen de traitement de l'aliénation mentale. Or, bien que toutes les périodes de la puerpéralité ont eu parfois des effets curatifs sur des psychoses, en général la grossesse et même l'accouchement n'ont pas d'action heureuse sur elles, quand elles sont antérieures à la fécondation. Dans tous les cas, c'est un moyen thérapeutique peu rationnel, extra-scientifique et même dangereux, puisque parfois l'accouchement exaspère le délire, et l'on ne saurait trop le défendre.

Pronostic. — Il se déduit en partie des détails donnés plus haut et on peut le formuler en quelques propositions. Les psychoses de la grossesse sont, en majorité, curables à échéance plus ou moins longue. Celles qui paraissent directement liées à l'éclampsie auraient l'évolution la plus courte. Ce qui semble dominer le pronostic dans ces psychoses, c'est leur forme ainsi que les antécédents de la malade. Un délire diffus, qui se rapproche des délires fébriles ou toxiques, aura plus de chance de disparaître qu'un délire plus ou moins fortement systématisé, tel qu'un délire des persécutions, par exemple. De même, la connaissance d'accès antérieurs peut faire présager comment les choses se passeront, car les accès sont souvent analogues. Parfois l'accouchement amène la disparition de l'état vésanique, et l'on a quelque droit d'escompter favorablement sa venue, si la psychose a débuté avec la grossesse.

Psychoses de l'accouchement. — La rareté des documents ne permet pas de dire leur fréquence. Courts en général, ces délires ne sont, le plus souvent, observés que par les accoucheurs. La parturition, par l'intensité des douleurs ou la longueur du travail, provoque, chez la plupart des femmes, un état d'excitation passager. Parfois cette excitation devient plus considérable et se transforme en manie, généralement de brève durée; aussi l'a-t-on appelée manie transitoire de l'accouchement. Ce n'est pas toujours un travail long et difficile qui provoque cet accident et l'on a noté des accès maniaques dans des accouchements faciles. Ordinairement, c'est au moment de l'expulsion du fœtus ou même du placenta que le délire éclate. La femme, souvent, s'arrête de pousser, se met à chanter, à crier, à invectiver ceux qui l'entourent; elle veut sauter hors du lit et se livre à quelques actes désordonnés. Tout cela dure peu et, en quelques heures, le calme revient. Mais cependant on a cité des cas où cette excitation maniaque se prolongeait durant plusieurs mois. Toutefois ces cas sont rares et ne changent pas le pronostic ordinairement bénin de l'affection.

Voilà une forme de délire lié à l'accouchement. Un second est en rapport avec les attaques éclamptiques. Il n'apparaît pas toujours au moment de la parturition, comme celui décrit plus haut, et on le rencontre aussi dans la grossesse. Le plus souvent, il survient de quelques heures à peu de jours après l'accouchement. Appartenant à trois moments différents, il devait pourtant trouver une place dans cette description. Il me semble qu'il est naturel de le rattacher à la parturition, car c'est elle qui exaspère l'éclampsie, qui est sa génératrice; d'autre part, il ne s'éloigne jamais beaucoup de l'accouchement comme les autres délires post-partum, dont il diffère d'ailleurs beaucoup cliniquement.

On a vu plus haut, à propos de l'étiologie, quelques détails sur les rapports des troubles intellectuels avec l'albuminurie, et l'intensité et la forme des convulsions éclamptiques. Voici, en général, comment le délire évolue. La malade a eu, au moment de l'accouchement ou peu après, plusieurs attaques qui l'ont laissée dans un état comateux. Tout à coup, elle se réveille, s'agite, parle, crie, croit voir des gens ou des bêtes autour d'elle, a peur, se lamente, pleure, dit des paroles sans cohésion logique. Ce délire rappelle beaucoup, comme on le voit, les délires toxiques; d'ailleurs, c'en est un. Il dure de quelques heures à un, deux, trois jours; puis, soudainement, après quelquefois une nouvelle période de coma, la malade revient à elle. Il est rare que ces troubles intellectuels se fixent et se prolongent dans une évolution de quelque durée.

En résumé, ce qui caractérise les délires de l'accouchement, c'est, qu'ils soient liés ou non à l'éclampsie, leur brièveté, leur curabilité et leur caractère hallucinatoire. Quelquefois, il est vrai, bien que rarement, la fièvre s'allume, l'excitation augmente et le délire aigu amène la mort.

Ces psychoses de l'accouchement s'accompagneraient parfois d'actes criminels. Esquirol et Marcé ont cité des accouchées qui auraient, dans un de ces accès, tué leurs enfants. Joerg a rapporté aussi le cas d'une négresse qui, au milieu d'un travail long et douloureux, se serait ouvert le ventre et aurait fait l'extraction du fœtus. Mais M. Tardieu critique ces faits qui ne lui paraissent pas suffisamment circonstanciés pour qu'on puisse en tirer des conclusions générales. Il ne pense pas que les infanticides signalés aient été exécutés sous des impulsions réellement morbides. Et de fait, les délires maniaques de l'accouchement ne paraissent pas devoir produire, au milieu du trouble intellectuel qu'ils provoquent, des impulsions quelque peu conscientes à l'infanticide. Les malades de ce genre seraient plutôt capables de blesser quelqu'un de leur entourage ou leur enfant dans leur agitation désordonnée.

Psychoses post-partum. — Ce sont les plus fréquentes et aussi les plus connues. On a vu plus haut qu'elles formaient à elles seules environ la moitié des cas de folie puerpérale. Il n'est pas aisé de dire nettement les limites exactes de cette période post-partum. Car si, physiologiquement, l'accouchement se termine à l'expulsion du placenta, et si la lactation commence quelques heures après la parturition, il n'en est pas de même au point de vue des psychoses. Certains troubles intellectuels, observés quelques heures après l'accouchement, paraissent devoir être

rattachés, par leur étiologie ou par leur forme, à l'acte même de la parturition, aux fatigues, à l'ébranlement nerveux, à l'auto-intoxication éclamptique aiguë qu'il provoque. D'autre part, les désordres mentaux, qui surviennent lorsque la lactation s'établit, ne semblent pas tous être sous la dépendance de ce phénomène; et on ne lui attribue guère avec raison que les psychoses tardives, survenant à partir de la sixième semaine environ. Ce moment qui coïncide avec le retour de couches, lorsque l'allaitement n'a pas lieu, divise assez naturellement la période post-partum en deux parties : la première, pendant laquelle la matrice et ses annexes reviennent progressivement à leur état anatomo-physiologique normal, et qui présente surtout les dangers inhérents à la blessure utérine; et la seconde, où la lactation, rejetée d'abord au second plan dans la genèse des troubles morbides, reste le seul phénomène ultime de la puerpéralité, pouvant troubler les processus nutritifs de la femme. Mais il ne faut pas oublier que cette division, juste dans ses grandes lignes, n'a surtout qu'une utilité d'étude. Car les causes qui mettent leur empreinte sur les psychoses, se confondent dans toutes les périodes perpérales. De même que l'éclampsie apparaît dans la grossesse, pendant et après le travail, de même l'infection peut survenir à la suite d'un abcès mammaire comme après le traumatisme utérin. Il n'y a donc que des *formes moyennes* pour chaque période puerpérale.

Conditions d'apparition. — Le début de ces psychoses est variable. Elles apparaissent de quelques heures à deux mois après l'accouchement, c'est-à-dire à tous les moments. Cependant, si on consulte la statistique d'Esquirol, portant sur 54 puerpérales devenues aliénées dans les deux mois suivant l'accouchement, on remarque que les deux tiers (37) l'étaient devenus dans les deux premières semaines, alors que l'autre tiers (17) était tombé malade dans un espace de temps qui comprend les six autres semaines. Marcé avait remarqué que les psychoses post-partum pouvaient se diviser en deux groupes relativement au moment de leur apparition. La majorité se montraient dans les dix premiers jours; une faible minorité survenaient vers le cinquième ou la sixième semaine, c'est-à-dire au moment du retour de couches. Ainsi, sur 44 malades, le début de la folie avait eu lieu 33 fois dans les dix premiers jours, et 11 fois vers le quarantième jour. La période intermédiaire ne contenait pas de cas.

Ces chiffres ont leur signification, et ils sont un argument en faveur de l'hypothèse de l'infection dans l'étiologie des délires qui suivent l'accouchement. J'ai voulu contrôler ce fait d'une autre manière et j'ai relevé, dans la thèse de M. Lallier, la date d'apparition des troubles intellectuels dans les 34 observations de psychoses qu'il présente comme liées à une infection, et où le début est exactement indiqué. Sur ces 34 cas, 4 seulement débutèrent après le quinzième jour, au dix-neuvième, vingt et unième et trentième, bien qu'ils semblèrent, malgré cela, liés à un état infectieux; et des trente autres, 24, c'est-à-dire la grande majorité, se montrèrent dans les dix premiers jours. Il semble donc vraisemblablement établi par ces chiffres que, si la plupart des psychoses post-partum apparaissent de bonne heure, c'est que la plupart aussi sont probablement sous la dépendance des accidents infectieux.

L'infection paraît donc être une des conditions principales de la production des troubles intellectuels dans cette période de la puerpéralité. Elle est ordinairement d'origine utérine; mais elle peut avoir une autre porte d'entrée, et notamment la mamelle. Les abcès du sein, qui surviennent généralement plus tard, sont quelquefois précoces; et on a cité des cas où ils semblaient avoir occasionné le délire dans les trois premières semaines qui suivent l'accouchement. Ces faits appartiennent plutôt à la période de l'allaitement, puisqu'ils sont, en somme, sous la dépendance d'un accident survenu durant la lactation; mais, par leur pathogénie et leur symptomatologie, ils ont encore plus de rapports avec les délires post-partum.

On a vu plus haut que toutes les complications puerpérales étaient représentées dans l'étiologie des troubles intellectuels : je ne reviendrai pas là-dessus.

Les rapports d'évolution des accidents suites de couches avec les désordres psychiques ne sont pas encore très connus. Pour que ces derniers soient réellement produits par l'infection, il faut qu'ils surviennent ultérieurement. Or, on s'est demandé si certains symptômes somatiques, tels que la fièvre, la suppression des lochies et du lait, étaient les causes ou les effets des troubles mentaux. Une pareille question paraît, au premier abord, oiseuse; car l'infection se localisant, en général, d'une manière apparente dans un organe, pour produire de la métrite, de la péritonite ou même de l'endocardite, il est facile de montrer qu'elle est la première en date. Cependant, il est des cas où cette localisation paraît manquer, tout au moins cliniquement, et l'on sera porté à rattacher au début de la folie puerpérale des symptômes qui dépendent de l'infection de l'organisme. Dans beaucoup d'observations où les recherches n'ont pas été dirigées vers les phénomènes infectieux, ou dans d'autres qui sont incomplètes, par suite du manque de renseignements nécropsiques, on voit cette tendance dans l'interprétation de la subordination des symptômes.

On a insisté aussi sur la fièvre, comme signe pathognomonique de l'infection, et l'on a recherché si elle apparaissait constamment avant les troubles intellectuels. Le plus souvent elle semble précéder ces derniers; mais, au fond, cette question n'a pas l'importance que certains auteurs lui accordent. Car la fièvre est, comme le délire, et à part les cas douteux où elle peut le provoquer de toutes pièces, un simple symptôme de l'infection, qui est leur véritable cause à tous les deux. Le retour de couches a aussi été incriminé, notamment par Marcé qui y attachait une grande importance.

Symptômes. — Bien que toutes sortes de formes vésaniques puissent survenir post-partum, il en est une que l'on retrouve partout et que j'aurai surtout en vue au cours de cette description. Dans cette vésanie particulière on observe ordinairement deux groupes de symptômes, les uns physiques, les autres psychiques, aussi importants les uns que les autres.

Les prodromes passent bien souvent inaperçus, car ils se confondent avec le début de l'accès vésanique. On a noté parfois un changement dans le caractère de l'accouchée, qui devient plus irritable et plus difficile à soigner ou indifférente à son entourage, ou encore de la tristesse, du mutisme. Mais voilà que des symptômes de haute gravité apparaissent. Après quelques frissons, la fièvre éclate, le pouls est rapide, et en même temps l'accouchée accuse une douleur dans l'abdomen qui a perdu la souplesse d'auparavant, se plaint de maux de tête ou d'oppression, selon la localisation de l'infection puerpérale. Les lochies se suppriment ordinairement et parfois prennent un aspect louche

et une odeur fétide, en même temps que les seins semblent se vider et s'affaissent. La langue est blanche, l'appétit est nul, la constipation s'établit. Le délire survient; il est ordinairement bruyant, comme dans les fièvres graves. Les malades se montrent agitées, veulent se lever, et on a souvent de la peine à les maintenir au lit. Elles parlent tout haut, tiennent des discours sans suite, et manifestent dans leurs propos des hallucinations de la vue et de l'ouïe à caractère pénible. Cet état se maintient pendant quelque temps. Quand la terminaison doit être funeste, apparaissent des symptômes typhiques, de la carphologie, du subdelirium; quelquefois l'excitation s'accroît, la température s'élève, et les malades meurent en état de délire aigu. Mais, ordinairement, la guérison survient soit tout à coup, après quelques heures ou quelques jours de maladie, soit progressivement après une phase plus ou moins longue de stupidité.

Les anciens auteurs, Marcé notamment, décrivaient séparément une forme maniaque et une forme mélancolique de la folie puerpérale, mais cette division est arbitraire et nullement exacte. On verra que, le plus souvent, il n'y a pas, à proprement parler, de manie ni de mélancolie, mais un état vésanique où domine soit une excitation désordonnée des facultés cérébrales, soit une faiblesse tout aussi désordonnée de ces mêmes facultés, état dans lequel les symptômes généraux sont, à peu de chose près, toujours les mêmes et certainement les plus graves. Ce sont ceux-là que je vais analyser avant d'en arriver à la description des caractères du délire, qui n'est, en somme, lui-même qu'un des symptômes de la maladie et peut-être pas le plus important ni au point de vue pronostique, ni au point de vue étiologique.

Prodromes. — Très souvent il n'y en a pas, ou, du moins ils ne sont pas remarqués. D'ailleurs, lorsque la psychose est d'origine infectieuse, comment distinguer, parmi les symptômes, ce qui lui appartient en propre et ce qui appartient à l'infection générale? Quoi qu'il en soit, on assiste parfois à un début soudain des accidents mentaux. Une nouvelle accouchée s'endort en bonne santé; tout à coup elle se réveille, en criant que son enfant est mort, et tombe aussitôt dans un accès maniaque (Marcé). Quand le début est progressif, on constate ordinairement un changement d'humeur, de la loquacité, une certaine agitation. Au moment où, par l'apparition du délire, la folie est manifeste, on peut remarquer un changement dans la physionomie de la malade. Le facies serait, d'après Esquirol, caractéristique. Mais, comme le fait observer Marcé, ce facies ne serait autre que celui de la nouvelle accouchée, aux traits tirés, fatigués, et quelque peu bouffis et pâles, décomposés encore par l'excitation fébrile. L'odeur des maniaques puerpérales serait aussi fournie par toutes les sécrétions et excrétions qui suivent l'accouchement, c'est-à-dire par les lochies, le sang, le lait, et aussi par les altérations des sécrétions normales, de la sueur, par exemple (Campbell-Clark). La fièvre est fréquente : dans les cas où il existe des symptômes d'infection, on peut dire qu'elle est la règle. Elle s'accompagne alors de la rapidité du pouls, de la blancheur de la langue, d'une soif intense, symptômes qui accompagnent ordinairement les pyrexies. On s'est demandé si les troubles mentaux, apparaissant chez des puerpérales fébriles, étaient bien de la folie puerpérale, d'autant que, parfois, dans ces cas, ils ne durent que quelques heures. C'est là une question à négliger, comme je l'ai déjà dit dans ma dernière revue sur les psychoses post-influenziques. Il n'y a rien qui sépare le délire fébrile du délire vésanique, hormis la fièvre, qui encore se montre parfois dans les psychoses (délire aigu, paralysie générale).

Symptômes physiques. — La peau est sèche, pâle, jaunâtre, couverte souvent d'acné. La langue est chargée, ai-je dit, même lorsqu'il n'y a pas de fièvre, et surtout dans les formes dépressives. L'anorexie est, en général, accusée; et les malades refusent quelquefois de manger. Les vomissements sont ordinairement liés aux lésions péritonéales ou encore sont des symptômes de l'intoxication. Il existe, le plus souvent, de la constipation, et le ventre est très souvent tendu, ballonné, douloureux; ce symptôme d'ailleurs est en rapport avec les localisations abdominales de l'infection. Il en est de même des autres signes qui témoignent d'une action infectieuse soit sur le cœur (endocardite), soit ailleurs (abcès pyohémiques).

Mais un groupe de symptômes qui sont des plus intéressants à passer en revue sont les altérations des sécrétions, bien étudiées par Campbell-Clark, auquel j'emprunte la plupart des renseignements qui suivent. Ces altérations, probablement consécutives à l'infection, ont pour effet d'empoisonner aussi le sang et de créer ainsi de nouveaux excitants des troubles nerveux et cérébraux. La sueur se supprime fréquemment et donne à la peau cette couleur jaunâtre et cette odeur repoussante qu'elle présente dans ces cas. La salive est épaisse et parfois elle prend une coloration verdâtre. Les sucs digestifs et la bile sont diminués; d'autres fois cette dernière paraît plus abondante et colore fortement les urines. Les fèces sont sèches, dures et excessivement fétides. Dans la moitié des cas, il y a rétention ou diminution de l'urine. En outre, celle-ci présente des modifications importantes dans sa composition. Les chlorures, les phosphates et l'urée tombent souvent au-dessus de la moyenne. L'albumine aurait été rencontrée par Campbell-Clark 9 fois sur 23. M. Voisin citait dernièrement, au Congrès des aliénistes, une observation où la psychose post-partum paraissait être sous la dépendance de l'albuminurie. Savage aurait trouvé assez fréquemment du sucre; et on a vu plus haut que Campbell-Clark aurait constaté quelquefois des pigments biliaires abondants. Dans ces derniers temps, on a étudié le degré de toxicité urinaire dans les psychoses, et, tout récemment, au Congrès des aliénistes de La Rochelle, M. Ballet citait, au cours d'un mémoire sur cette question considérée à un point de vue plus général, le cas d'une nouvelle accouchée délirante, dont l'urine était hypertoxique. Mais, jusqu'à ce jour, les résultats obtenus dans cette voie de recherches sont encore trop incertains et même contradictoires pour en tirer une conclusion quelque peu solide.

Les mamelles sont tendues et douloureuses, ou se flétrissent et tombent. La suppression du lait a été observée par presque tous les auteurs et notamment par Campbell-Clark, qui l'a constatée 70 fois sur 100. Ce dernier auteur a aussi remarqué que les lochies se supprimaient ou diminuaient dans la proportion de 75 p. 100 et 80 fois sur 100 et avaient une odeur fétide, surtout lorsqu'elles prenaient un aspect purulent. D'après Rutherford-Macphail, Lewis aurait constaté que l'hémoglobine tombait au-dessous de la normale. Suivant Clouston, la température moyenne, dans les psychoses puerpérales, serait plus élevée que dans les autres maladies mentales, même plus que dans la paralysie générale.

Symptômes psychiques. — Marcé avait remarqué que sur 44 malades il avait eu 29 cas de manie, 10 cas de mélancolie, 5 cas de délires partiels et 2 cas d'affaiblissement intellectuel passager. Cette classification est tout à fait étroite. En relisant les observations de Marcé, on remarque que beaucoup de ses femmes n'étaient ni des maniaques, ni des mélancoliques, mais des malades chez lesquelles dominait de la confusion mentale, avec excitation ou dépression.

En lisant les observations des autres auteurs, et le nombre en est considérable, on s'aperçoit que si les formes psychopathiques de la puerpéralité sont des plus variables, et que si on peut observer dans cet état toutes sortes de complexus délirants, comme on en voit dans beaucoup d'autres circonstances, il est un type vésanique cependant que l'on rencontre fréquemment. C'est celui que Hamen appelle la *confusion mentale hallucinatoire aiguë*, et que j'ai décrit, dans ma dernière revue, à propos du travail de M. Chaslin sur la *confusion mentale primitive*.

Il y a en somme deux types assez tranchés. L'un est surtout caractérisé par l'excitation en même temps que par l'incohérence des idées. Il se rapproche assez des délires fébriles, dont il n'est, en somme, pas différenciable pathogéniquement, puisque comme eux il est sous la dépendance d'une infection générale aiguë. C'est celui-là que Marcé a eu surtout en vue dans sa description de la manie puerpérale, et qu'il compare justement aux délires fébriles et au delirium tremens. Les hallucinations sont nombreuses et ont généralement un caractère pénible, comme dans toutes les vésanies toxiques. Les malades voient des bêtes autour d'elles et dans leur lit, ou assistent à des scènes qui les épouvantent. Elles sont aussi le jouet d'illusions nombreuses, qui leur font reconnaître des personnes qu'elles n'ont jamais vues. Leur pensée est d'ailleurs très mobile, et leurs discours dénotent bien, par leur incohérence, la diversité et le désordre des sensations et des souvenirs qui roulent, pêle-mêle, devant leur conscience. L'attention est nulle et il est très difficile, sinon impossible, d'obtenir des réponses de quelque longueur ou de quelque justesse de ces malades. Il n'y a plus de synthèse psychologique possible, ni de direction donnée aux processus psychiques. Aussi les sujets peuvent manifester des idées délirantes de persécution, de grandeur, de mélancolie, etc., sans qu'elles n'aient aucune tendance à se systématiser ni même à durer quelque peu. De même les impulsions érotiques qu'on leur a prêtées sont tout aussi peu solides. On ne peut même pas appeler ainsi des mots ou des gestes impudiques, qui ne signifient pas un état mental nettement orienté vers l'érotisme. L'observation que j'ai récemment publiée est un exemple de ce type morbide.

Dans un second type, qui souvent succède au premier, c'est la dépression qui domine. Certaines observations relatées de mélancoliques répondent à celui-là, qui est en somme la confusion mentale à forme de stupeur. Les idées sont tout aussi incohérentes que dans le premier cas, mais elles sont moins nombreuses, et les malades moins bruyantes. Ce qui domine, c'est un état d'affaiblissement intellectuel apparent, une sorte de démence aiguë, ainsi qu'Esquirol l'appelait. Les sujets sont abattus, prostrés parfois jusqu'à la stupeur la plus profonde. Mais le plus souvent ces malades sont incapables de se diriger elles-mêmes. Il faut les faire manger, les habiller, les nettoyer et il leur arrive de gâter d'une façon intermittente. Quand on leur parle, elles paraissent dans un état perpétuel de rêverie, d'étonnement. Les sensations leur semblent nouvelles et les souvenirs n'apparaissent plus qu'à l'état de réminiscence. Parfois il y a une véritable amnésie, comme dans un cas de M. Séglas, où il y avait de l'astasie-abasie liée à cette perte de la mémoire. Ces états de stupidité sont quelquefois traversés de mouvements de colère, de fureur, de fuite, nullement raisonnés, mais dangereux cependant. Et ces malades, au cours de leurs accès, peuvent se blesser, en sautant d'une fenêtre par exemple.

Marche et pronostic. — D'une façon générale, on peut dire que les psychoses puerpérales évoluent assez rapidement et sont en grande majorité curables. Esquirol se demandait même à ce propos comment il se faisait que ces folies étaient si peu mortelles, alors que les accidents puerpéraux l'étaient tant — surtout à son époque. — C'est, en effet, un sujet digne de réflexion.

Les symptômes de guérison sont parfois le retour de flux supprimé, des lochies, du lait, des menstrues, des déjections alvines. Psychiquement, ils consistent surtout dans la cessation de l'agitation, pour le premier type, et dans l'augmentation de l'énergie, pour le second, et pour les deux dans la plus grande coordination dans les idées, la reconnaissance plus exacte de l'entourage, la récupération de la mémoire, parfois abolie. La convalescence est ordinairement lente dans la confusion mentale avec stupeur.

La guérison a lieu dans la moitié des cas (Esquirol et Marcé), dans les deux tiers (Clouston). Elle serait plus fréquente dans la forme avec agitation que dans la forme avec dépression, qui a de la tendance à devenir une confusion mentale avec stupidité à marche chronique et même incurable quelquefois. Les femmes jeunes seraient plus susceptibles d'amélioration que les vieilles. La majorité des malades qui guérissent seraient remises dans les six mois (Esquirol). Marcé avait remarqué que les agitées étaient plus vite guéries que les déprimées; les premières, en effet, le sont en majorité dans quatre à cinq semaines, et certaines d'entre elles ne sont malades que quelques jours, même quelques heures. Mais le pronostic des accès est en général favorable, il ne faut pas oublier qu'ils ont beaucoup de tendance à se reproduire à l'occasion d'un prochain accouchement.

Une des complications malheureusement assez fréquente est le délire aigu, qui, en somme, n'est que la forme maniaque avec plus de gravité, et qui est rapidement mortelle. La fièvre s'allume ou devient plus intense, les symptômes généraux s'aggravent. On observe quelquefois un état typhique, de la diarrhée, de la carphologie, des soubresauts de tendons, et la mort survient parfois dans le coma.

Psychoses de la lactation. — Elles ne nous arrêteront pas longtemps, à cause de leur peu de fréquence et de la difficulté qu'il y a à bien les séparer des psychoses post-partum. Ce qui les caractérise, c'est qu'elles surviennent à l'occasion de la lactation, de son établissement, de sa suppression ou de quelque accideut anormal. Ce n'est donc point seulement leur époque d'apparition; Marcé les divise en deux groupes : un premier comprend les cas qui se développent dans les premières semaines qui suivent la parturition; le second, ceux qui surviennent beaucoup plus tard, après huit, dix et vingt mois d'allaitement, ou encore quelques jours après le sevrage. Mais le premier groupe se confond, en somme, avec les psychoses post-partum. Je

crois qu'il ne faut pas essayer de fixer par des chiffres la période de l'allaitement au point de vue psychiatrique. Il est plus juste de dire que les troubles mentaux de la lactation sont tous ceux qui paraissent liés à cette fonction physiologique, qu'ils surviennent tôt ou tard, à l'occasion de son établissement ou de sa suppression.

Conditions d'apparition. — Dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, les désordres psychiques peuvent rarement être rattachés à l'allaitement. Cependant, lorsqu'il n'y a pas trace de phénomènes infectieux, que la période éclamptique est nettement terminée, si une accouchée est prise de délire, en même temps que son lait se supprime, on sera en droit d'attribuer ses troubles mentaux à cet accident. Et encore ne faut-il pas oublier qu'il est possible que cet arrêt fonctionnel puisse être l'effet et non la cause de la folie. Dans la majorité des cas, c'est après plusieurs mois d'allaitement que les psychoses de ce genre surviennent (16 fois dans 22 observations de Marcé). Dans ces faits, il s'agit le plus souvent de femmes débilitées, épuisées par une sécrétion lactée prolongée, surtout quand elles appartiennent à la classe pauvre et qu'elles se nourrissent mal. Enfin, en troisième lieu, les psychoses apparaissent encore au moment du sevrage. Il est très rare que ce dernier ait une heureuse influence sur un état mental morbide d'une nourrice; cependant Marcé en a cité un cas. Ordinairement au contraire il provoque des troubles mentaux. Esquirol a noté cette étiologie 19 fois sur 38 cas, et Marcé 6 fois sur 22 malades. Un dernier mode d'apparition des psychoses chez les nourrices, c'est à l'occasion d'un abcès du sein; mais alors on peut croire que l'infection joue là le rôle étiologique principal. Il reste donc, en somme, que les psychoses de l'allaitement sont amenés par deux accidents principaux, l'épuisement et la suppression de la fonction lactée, soit au début, soit surtout au moment du sevrage.

Comment expliquer ces faits? La suppression de cette fonction si importante agit-elle là au même titre que la suppression des menstrues ou d'un flux hémorroïdal, qui parfois a paru susciter des troubles mentaux? Mais cet accident, pourquoi est-il dangereux? Serait-ce qu'il détermine un obstacle à l'élimination de certains produits de désassimilation plus ou moins toxiques pour le système nerveux central? Quoi qu'il en soit, la coïncidence de la suppression du lait et des troubles mentaux a frappé tous les observateurs et même les modernes.

Symptômes. — Le début est variable. Tantôt la nourrice délire brusquement, à l'occasion d'un écart de régime ou d'une émotion; tantôt les désordres mentaux surviennent lentement. Mais ce qui est digne de remarque, c'est que le plus souvent les symptômes physiques sont les premiers en date, surtout dans les cas où l'épuisement semble être le déterminant des troubles intellectuels. La femme maigrit, pâlit, se plaint de palpitations de cœur, de mauvaises digestions, de la perte de l'appétit et du sommeil. Lorsque le délire survient dans un état d'épuisement, il n'est pas rare que la lactation persiste.

Les formes observées ont été des plus variables. Marcé a noté que, sur 25 malades, il y avait 11 mélancoliques, 11 maniaques et 3 délirantes partielles.

Bien que les observations publiées ne soient pas assez nombreuses pour fixer des types de psychoses de la lactation, il semble, à lire les observations publiées, que l'on peut démêler deux formes principales. Une première est représentée par ces délires à type de confusion mentale, qui apparaissent lorsque la nourrice est dans un profond état d'épuisement, Celle-ci est affaissée, paraît perdue; elle parle peu. On dirait une démente à la voir se livrer à des actes déraisonnables; quelquefois elle gâte. L'évolution est généralement d'assez longue durée. Une deuxième forme est donnée par les cas où la suppression du lait, amenée surtout par le sevrage, semble la cause des troubles mentaux. Dans les observations de ce genre, on rencontre assez souvent des accès d'excitation avec hallucinations, qui ne sont pas de longue durée. On peut rapprocher ces accès de ceux qui se produisent pendant ou peu après l'accouchement, à cause de leur rapidité d'évolution, de leurs caractères cliniques, et peut-être de leur signification pathogénique, étant tous probablement amenés par une auto-intoxication aiguë. Outre ces deux formes, il y aurait toutes sortes de psychoses observées, des états mélancoliques et maniaques et des délires systématisés, qui apparaîtraient là comme dans toutes les autres perturbations physiologiques et pathologiques.

Je ne parlerai pas des troubles délirants liés aux abcès du sein et qui sont le plus souvent à type de délire hallucinatoire aigu et qui, en somme, ne ressortissent pas immédiatement à la lactation.

Le pronostic varie avec la forme psychopathique. Cependant, il est ordinairement favorable. Marcé a trouvé sur 26 faits 20 cas de guérison et seulement 2 cas de mort. Comme toujours, ce sont les délires les moins systématisés, les plus diffus, les états maniaques et mélancoliques qui guérissent le plus, et surtout les formes aiguës, tels les troubles intellectuels transitoires qui éclatent après le sevrage.

III

On peut maintenant essayer de se faire une idée de ce qu'on appelle la folie puerpérale.

Au point de vue étiologique, les psychoses puerpérales sont soumises à des causes variées, dont certaines prédominent dans des formes spéciales. Au-dessus de tout plane la prédisposition, le plus souvent héréditaire, cette aptitude mystérieuse qui fait que tel alcoolique délirera alors que tel autre fera de la cirrhose hépatique ou de la paralysie musculaire. Mais cette moindre résistance du cerveau demande encore d'autres facteurs pour que la folie se produise. Sans eux elle resterait latente; avec eux elle se manifeste et probablement d'une manière propre à chaque groupe étiologique.

Quelle est la part des autres causes, des émotions, des actions physiques, des maladies incidentes? Il est difficile de la déterminer. Probablement ces actions s'ajoutent fréquemment ou se mêlent d'une façon complexe. L'influence de l'auto-intoxication de la grossesse et hypothétiquement de l'allaitement, ainsi que celle des infections post-puerpérales, paraît plus évidente et plus considérable.

On doit aussi se demander comment agit la puerpéralité, et s'il est juste de rapporter à elle certaines psychoses, en créant des manières d'entités morbides. Posée ainsi, la question ne peut recevoir de solution. On dit qu'il n'y a pas de folie puerpérale, pas plus que de tuberculose puerpérale ou d'autres maladies qui seraient appelées puerpérales pour leur apparition au cours de cet accident biologique. On a raison. Mais qu'est-ce que la puerpéralité? Elle est l'ensemble des modifications imprimées à l'organisme

par la grossesse et l'accouchement, ainsi que des accidents qui leur sont liés. La puerpéralité est donc un état complexe, comprenant des incidents physiologiques et pathologiques variés, une auto-intoxication dans la première phase, un traumatisme violent dans la seconde, des infections fréquentes dans la troisième. Il ne peut y avoir de troubles intellectuels correspondant à la fois à tous ces éléments étiologiques différents. Du moment, en somme, qu'il y a divers syndromes puerpéraux, il doit y avoir, leur correspondant, diverses formes de psychoses. Et c'est ce qui a lieu en effet. Le délire post-éclamptique, hallucinatoire et court, ne ressemble en rien au délire à forme de confusion mentale et à évolution chronique consécutif à l'épuisement causé par la lactation.

Il faut donc diviser ce bloc qu'est la puerpéralité et rapporter à chacun des éléments qui la composent les phénomènes morbides qu'on observe du côté du cerveau. On voit alors, *en laissant de côté des formes psychopathiques inclassables et développées à l'occasion de la puerpéralité*, on voit que l'auto-intoxication éclamptique détermine ordinairement un délire hallucinatoire aigu et bref, que l'infection post-partum produit soit un délire semblable à celui-là, soit, probablement si son action se prolonge, une vésanie à type de confusion mentale, qui peut aussi être provoquée par l'allaitement prolongé, tout comme le sevrage brusque doit probablement occasionner une auto-intoxication qui se traduit par des troubles intellectuels analogues à ceux que donne l'éclampsie.

En généralisant, on s'aperçoit que les délires courts et hallucinatoires, qu'ils soient post-éclamptiques, infectieux ou du sevrage, sont des délires toxiques, comme on en voit au début de toutes les maladies infectieuses, et que les délires chroniques avec stupidité se rencontrent à la suite de maladies aussi infectieuses ou encore épuisantes, telles que l'adynamie causée par l'allaitement. Certes, tout n'est pas clair là dedans et bien des types que nous voyons semblables seront différenciés plus tard et répartis dans des classes plus conformes à leur vraie étiologie. Cependant, ces observations comportent déjà avec elles leur enseignement. On sait, par exemple, qu'après l'éclampsie, les délires ne durent généralement pas et que ceux de l'allaitement prolongé ou ceux qui, survenues après une infection utérine, prennent une allure de stupidité, ont des tendances à la chronicité. Tout cela, on l'ignorerait si on s'était contenté de dire que la puerpéralité est un accident banal et qu'elle peut produire n'importe quels troubles psychopathiques. On voit, au contraire, que s'il n'y a pas de folie puerpérale, il y a des psychoses en rapport avec certains processus de la puerpéralité. C'est donc que chacun d'eux agit d'une façon un peu personnelle et que la prédisposition n'est pas une force aveugle, qui peut créer son délire, mais qu'elle est soumise, comme toutes les autres forces biologiques, à telle ou telle autre direction selon le facteur qui l'actionne. Ce n'est donc pas une occupation stérile que d'étudier de plus près les agents qui la provoquent, puisqu'ils imposent aux troubles mentaux qu'elle va susciter une empreinte que nous reconnaissons quelquefois.

Bibliographie. — Hippocrate. *Œuvres complètes*, trad. Littré. — Puzos. *Traité des accouchements*, 1759. — Levret. *Traité des accouchements*, 3e édit., 1776. — Daguin. *Essai philosophique sur le traitement de la folie*, 1792. — Van Swieten. *Commentaires*, Aph. 1329. — Esquirol. *Des maladies mentales*, 1838. — Joerg. *Die Zurechnungsfahigkeit der Schwangern und Gebarenden*, Leipzig 1837. — Parchappe. *Ann. méd.-psychol.*, 1843. — Reid. Puerper. Insan., *Journ. of Med. Psychol.*, 1848. — Mac Donald. Puerper. Insan., *Journ. of Med. Psychol.*, 1848. — Webster. *Journ. of Psychol.*, 1850, et *Arch. de méd.*, oct. 1850. — Wieger. Sur l'éclampsie urémique, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1854. — Baillarger. *Gaz. des hôpit.*, 8 nov. 1856. — Marcé. *Traité de la folie des femmes enceintes*, 1858. — Morel. *Traité des maladies mentales*, 1860. — Griesinger. *Des maladies mentales*, trad. Doumic, 1865. — Trousseau. *Cliniques médicales*, 2e édit., 1865. — Fritz. *Quelques considérations sur la pathologie de l'éclampsie*, Th. de Strasbourg, 1870. — Magnan. Folie puerpérale, *Gaz. méd.*, 1877. — Tardieu. *Étude médico-légale sur la folie*, 1872. — Boudrie. *Étude sur les causes de la folie puerpérale*, Th. de Paris, 1878. — Garcia Rijo. *Contribution à l'étude de la folie puerpérale*, Th. de Paris, 1879. — Doléris. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1883 et 1884. — Donald Fraser. A Case of puerper. mania, *The Glasgow Med. Journ.*, nov. 1885. — Doléris et Butte. Soc. de biol., 1886. — Bouchard. *Leçons sur les auto-intoxications*, 1887. — Campbell-Clark. Ætiol. pathol. and treatm. of puerper. insan., *Journ. of Ment. Sc.*, juillet 1887. — Hansen. *Zeits. f. Geburtsh. u. Gyn.*, Stuttgard 1888. — Gorsky (Mme de). *Considérations sur la folie puerpérale*, Th. de Paris, 1888. — Schule. *Traité des maladies mentales*, trad. Dagonet et Duhamel, 1888. — Parant. La folie puerpérale, *Ann. méd.-psychol.*, 1888. — Faivre. *Contribution à l'étude de la folie puerpérale chez les nouvelles accouchées*, Thèse de Lyon, 1890. — Séglas et Sollier. Folie puerpérale, amnésie, astasie, abasie, *Arch. de neurol.*, 1890. — Lallier. *De la folie puerpérale dans ses rapports avec l'éclampsie et les accidents infectieux des suites de couches*, Th. de Paris, 1892. — Combemale et Bué. Soc. de biol., 19 mars 1892. — Chambrelent. Soc. de biol., séance du 27 fév. 1892. — Rutherford Macphail. *Dict. of Phychol. Med.*, 1892, art. Blood of the insane. — Savage. *Dict. of Psychol. Med.*, 1892, art. Puerperal insanity. — Féré. *La pathologie des émotions*, 1892. — Ballet. Les psychoses puerpérales, *Méd. moderne*, 27 oct. et 3 nov. 1892. — Jdanof. Contribution à l'étiologie de la folie puerpérale, *Ann. méd.-psychol.*, 1893. — Toulouse. Psychoses post-influenziques et post-fébriles, *Gaz. des hôpit.*, 30 mai 1893; Délire infectieux de la période post-puerpérale, *Tribune méd.*, 31 août 1893. — Régis et Chevalier-Lavaine. Des auto-intoxications dans les maladies mentales (rapp. au Congr. des aliénistes). — Congr. de méd. ment. de La Rochelle, 1893 (communic. de MM. Ballet et Voisin).

Nota. — On trouvera des renseignements bibliographiques plus complets, surtout sur les rapports des psychoses puerpérales avec l'éclampsie et l'infection, à la fin de la thèse de M. Lallier, citée plus haut.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Concours d'admission en 1893.

Liste, par ordre de mérite, des candidats admis à cette École.

1. MM. Raymond, Séguinaud, Scheffer, Thollon, Julia, Danis, Guignot, Sacquépée, Langlois, Duméry.

11. Vandenbossche, Vignes, Folly, Le Bihan, Pinet, Costa, Job, Dejouany, Rouffiandis, Masson.

21. Trulié de Vaucresson, Dopter, Ardoin, Calais, Camus, Picon, Capmas, Maitre, Duffau, Massoulard.

31. Bourcier, David de Drézigné, Wagon, Théaulon, Pélissié, Martin, Taste, Angué, Fadeuilhe, Rabuson.

41. Vignal, Gabrielle, Faideau, Baills, Perrin, Bas, Cassan, Grall, Finck, Conte.

51. Béranger, Boudriot, Brun, Gauthier, Jacquemin, Dickson, Baron, Navas, Brisard, Bertelé.

61. Biérer.

Les trente premiers candidats admis devront se présenter à

l'École le 22 octobre prochain, soit de huit à dix heures du matin, soit de deux à quatre heures de l'après-midi ; les trente et un autres, le lendemain 23 octobre, aux mêmes heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Chenet est nommé médecin honoraire du Bureau de bienfaisance du XXe arrondissement de Paris.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Boudet (de Maringues) et Dossat (d'Uzeste).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Guide de diagnostic gynécologique à l'usage des praticiens, par M. le docteur Berlin (de Nice), avec une préface par M. le docteur Auvard, accoucheur des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8° carré de 224 pages, avec 69 figures, dont 1 hors texte. — Prix : 6 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Leçons de clinique obstétricale, par Ch. Maygrier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, recueillies par le docteur Demelin, chef de clinique de la Faculté. 1 vol. in-8° de 210 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

La thérapeutique suggestive et ses applications aux maladies nerveuses et mentales, à la chirurgie, à l'obstétrique et à la pédagogie (*Bibliothèque scientifique contemporaine*), par le docteur A. Cullerre, directeur de l'asile d'aliénés de la Roche-sur-Yon. 1 vol. in-16 de 318 p. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière.

La maladie et la mort de François II, roi de France, par le docteur Potiquet. 1 vol. in-16, double couronne avec portraits et vignettes dans le texte ; broché. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 113. — MARDI 3 OCTOBRE 1893. 66e ANNÉE. MARDI 3 OCTOBRE 1893. — N° 113.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Considérations générales sur le traitement des dermatoses (1).

Par le docteur Ch. Lailler,
Médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis.

IV

Une remarque importante qu'il convient de faire quand on compare la thérapeutique en Allemagne et en France, c'est la patience avec laquelle les malades étrangers supportent des procédés pénibles auxquels nos malades se soumettraient bien difficilement; nous nous efforçons dans la mesure du possible d'instituer un traitement qui permette aux malades de continuer à se livrer à leurs occupations. Il y a à la fois une question de race et de mœurs dont on doit tenir compte.

Quand on voit des malades soumis, par exemple, à des frictions de savon et maintenus emmaillotés dans des couvertures de laine pendant cinq à six jours de suite, d'autres séjourner des semaines entières dans une baignoire, on se demande comment ils peuvent supporter un pareil traitement; il ne nous a pas été possible de maintenir nos malades impunément dans le bain plus de soixante-douze heures, ni de leur appliquer dans sa rigueur le traitement par les frictions de savon noir et l'emmaillotement continué pendant plusieurs jours. Nous croyons savoir que depuis Hébra ces traitements violents ont été bien atténués.

Depuis une vingtaine d'années, l'intervention chirurgicale a joué un grand rôle dans la thérapeutique des affections cutanées, surtout depuis la découverte de l'anesthésie locale, de l'hémostase par la bande d'Esmarch et de l'antisepsie externe.

Les moyens les plus fréquemment employés sont :

Les scarifications, le raclage, la cautérisation ignée, l'électrolyse et les applications de nombreux caustiques.

Les scarifications, d'abord timidement employées, sont devenues d'un usage général, grâce aux travaux de Volkmann, de Balmanno-Squire et surtout de Vidal. Elles sont d'un usage courant dans le traitement du lupus.

On se sert pour les pratiquer de scarificateurs consistant en une lame mince d'acier, de 2 à 3 millimètres de largeur, taillée en pointe, montée sur un manche à pans de 10 à 12 centimètres de longueur du volume d'un crayon en bois. On en a un jeu de grandeurs différentes, suivant les surfaces que l'on doit scarifier.

On tient l'instrument comme une plume à écrire et on fait perpendiculairement à la surface malade des hachures parallèles, comme celles que l'on fait avec le crayon à dessin; elles doivent être espacées d'environ 1 millimètre et quand elles ont été faites dans un sens, elles doivent être répétées obliquement, de manière à faire avec les premières un angle d'environ 20 à 25 degrés; elles doivent déborder de 1 ou 2 millimètres les surfaces malades. Quant à la profondeur à leur donner, elle est indiquée par la sensation qu'éprouve la main de l'opérateur; les tissus malades dans le lupus sont extrêmement mous et l'instrument les traverse avec la plus grande facilité; quand sa pointe atteint les tissus sains, on sent nettement une résistance qui indique qu'on doit s'arrêter; c'est une expérience qu'on acquiert au bout de deux ou trois séances.

Comme les tissus sont habituellement bourgeonnants, il semble qu'on pénètre beaucoup plus profondément qu'on ne le fait en réalité; il faut autant que possible éviter de comprendre toute l'épaisseur de la peau, afin de ne pas laisser des traces trop visibles de l'opération; c'est surtout sur la peau saine des frontières de la lésion, que cette précaution est importante.

Cette opération n'est pas très douloureuse dans les tissus malades, mais il n'en est pas de même dans les tissus sains; elle donne lieu à un écoulement de sang assez abondant, qu'on arrête assez facilement par la compression à l'aide d'un tampon d'ouate hydrophile ou d'un morceau d'amadou.

Pour supprimer la douleur, ou au moins l'atténuer, on a recours à des pulvérisations d'éther, ou mieux à l'application d'un tampon d'ouate imbibé de chlorure de méthyle; ces moyens ont le grave inconvénient de durcir les tissus et de rendre la scarification beaucoup plus difficile, la main ne pouvant plus distinguer les tissus malades des tissus sains. Et si les malades ne sentent plus la douleur causée par l'instrument, ils sentent vivement celle causée par la réfrigération, qui est presque aussi pénible; aussi ne tar-

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 1042.

dent-ils pas à préférer se passer de ce procédé d'insensibilisation.

Dans ces derniers temps, on a proposé l'usage du chlorure d'éthyle conservé dans des tubes de verre fermés à la lampe; pour s'en servir, on brise l'extrémité effilée du tube et on laisse tomber le chlorure d'éthyle goutte à goutte sur le point que l'on veut insensibiliser; ce liquide n'est pas irritant et peu douloureux, mais aussi il a une action peu marquée, et son emploi ne paraît pas devoir se généraliser.

On a aussi recours à l'injection hypodermique de cocaïne qui insensibilise sans modifier la consistance des tissus, mais il y a des régions où cette injection est peu praticable, et elle a donné lieu quelquefois à des accidents assez inquiétants, de sorte qu'il vaut mieux obtenir des malades qu'ils se résignent à supporter la douleur de la scarification; on sait, du reste, qu'en général, chez les sujets lymphatiques, la sensibilité est assez émoussée.

Quand une opération douloureuse sanglante doit être pratiquée sur un membre, on peut amoindrir la douleur et obtenir en même temps l'hémostase en appliquant la bande d'Esmarch, mais en ce cas, il faut préalablement indiquer à l'encre les parties qui doivent être le siège de l'opération (scarification, raclage), parce que la lésion n'est pas plus constatable quand la peau a été complètement anémiée, qu'elle ne l'est sur le cadavre.

Après la scarification, la petite hémorragie qui en résulte s'arrête seule; tantôt on ne fait aucun pansement, le sang en se coagulant forme une surface croûteuse isolante; tantôt on applique une couche d'ouate hydrophile qui adhère en s'imbibant de sang; le plus souvent, maintenant, on applique un emplâtre adhésif, et en particulier l'emplâtre de Vigo, que l'on renouvelle tous les jours ou tous les deux ou trois jours, suivant les indications.

Au bout de huit ou dix jours, on renouvelle la scarification, et, s'il y a lieu, on l'étend à d'autres points malades, parce que, lorsque la lésion est étendue, il est préférable de ne l'attaquer que partiellement à chaque séance.

Les scarifications doivent être répétées un grand nombre de fois, à des intervalles plus ou moins rapprochés. C'est le moyen qui donne les résultats les plus satisfaisants, au point de vue de la cicatrice, qui est lisse, nette, se confond insensiblement avec les tissus sains, dont elle ne se distingue que par sa blancheur, sa minceur et l'absence de vascularisation.

On peut également pratiquer les scarifications sur les muqueuses, lorsqu'elles ne sont pas trop inaccessibles, telles que les lèvres, les gencives, les joues, la conjonctive; on doit procéder avec ménagement, quoiqu'il n'y ait pas là de cicatrisations vicieuses à redouter, mais à cause du peu d'épaisseur de la muqueuse. Sur les régions profondes, où l'on ne peut diriger le tranchant de l'instrument, on peut substituer le raclage avec de petites rugines construites exprès, dans les fosses nasales, par exemple.

Lorsque sur les membres ou le tronc il s'agit de lésions étendues où il est moins nécessaire d'obtenir une cicatrisation aussi irréprochable que possible, le raclage permet d'obtenir une guérison plus rapide. On a imaginé des instruments spéciaux pour les pratiquer; on trouve dans l'arsenal chirurgical un grand nombre d'instruments qui peuvent être adaptés à cet usage : les différents modèles de rugines, la curette de Volkmann, la rugine ovalaire d'Ollier (de Lyon); quelquefois pour une surface peu étendue, une simple lame de ciseaux.

L'important est d'enlever tous les tissus mous qui cèdent à une pression de médiocre énergie et de racler avec soin toutes les anfractuosités des bords de la plaie; il faut également racler ceux-ci, même recouverts de leur épiderme quand ils sont d'un rouge plus ou moins violacé, ils n'opposent qu'une faible résistance à la pression de l'instrument; la réparation se fera d'autant plus vite que les tissus malades auront été enlevés avec plus de soin.

L'hémorragie causée par le raclage est quelquefois assez abondante pour nécessiter quelques précautions.

Immédiatement après l'opération, il faut laver à l'eau froide et maintenir sur la plaie, pendant quelques minutes, un gâteau d'ouate imbibé d'eau bouillie; quand l'hémorragie est calmée, on l'enlève et on lui substitue un gâteau d'ouate hydrophile sèche, dont on applique deux ou trois couches; on maintient le tout avec un pansement adapté à la région qui est le siège du mal.

A moins que l'hémorragie ne soit assez abondante et persistante pour obliger d'enlever le pansement, on le laisse en place quatre ou cinq jours, même si la suppuration en imbibe les pièces; en ce cas, on surajoute deux ou trois couches d'ouate qu'on maintient à l'aide de compresses et de bandes.

A la levée de l'appareil, on trouve habituellement une plaie rosée, commençant à bourgeonner, recouverte d'une légère couche de pus de bonne nature.

On nettoie la plaie avec de l'eau bouillie pure ou additionnée d'acide phénique à 1 p. 100, on éponge légèrement et on applique un nouveau pansement sec à l'ouate hydrophile. Ces pansements doivent être renouvelés tous les quatre ou cinq jours. La cicatrisation, au bout d'un temps variable suivant l'étendue de la plaie, marche assez rapidement de la circonférence au centre; et quelquefois des points isolés de cicatrisation se forment sur quelques bourgeons charnus, de légers attouchements avec le crayon de nitrate d'argent, destinés à réprimer les bourgeons trop exubérants, activent la cicatrisation. Quand la surface de la plaie est très réduite, on peut se borner à la recouvrir de sparadrap et à la protéger contre les chocs par un léger pansement, même pendant quelque temps après la cicatrisation complète.

Si pendant le travail de cicatrisation on s'aperçoit que certains points paraissent encore constitués par du tissu morbide, il faut les toucher avec un caustique assez énergique comme le nitrate acide de mercure ou mieux encore avec un tampon d'ouate imbibé de chlorure de zinc en deliquium, et qu'on laisse appliqué pendant quelques secondes sur le point suspect en pressant modérément.

Les cicatrices qui résultent du raclage ne sont pas habituellement difformes, mais elles sont plus visibles que celles qui succèdent à la scarification; elles tranchent sur la peau voisine par leur couleur blanche; la peau, ayant été détruite dans toute son épaisseur, soit par la maladie, soit par l'instrument, est remplacée par une nappe de tissu cicatriciel.

En thérapeutique dermatologique, on a quelquefois recours aux cautérisations ignées par le thermocautère ou le galvanocautère et, depuis quelques années, on désorganise les tissus par l'électrolyse.

Si on veut détruire ou modifier profondément de larges surfaces, on se sert d'un gros thermocautère; si au contraire on ne veut faire que des ponctuations ou des cautérisations profondes mais étroites, on se sert de la pointe fine

du thermocautère droite ou courbée, suivant la région où l'on opère.

Il ne faut pas oublier que le galvanocautère ne s'éteint pas comme le fer rouge et il faut en avoir une expérience assez grande pour le manier convenablement.

Quand on veut faire des cautérisations encore plus fines et quelquefois dans des régions peu accessibles, on a recours au galvanocautère avec lequel on peut faire une ou plusieurs cautérisations ponctuées à la fois, suivant les formes données au fil de platine.

Pour éviter un écoulement de sang inutile, il ne faut pas porter le cautère au delà du rouge-cerise, mais la mesure est assez difficile à garder.

Si, au lieu de la chaleur développée par l'électricité, on veut utiliser son action chimique, on pratique ce qu'on appelle l'électrolyse.

On se sert d'une pile à courants continus; mais l'emploi de ce procédé exige encore une plus grande prudence et une plus grande habileté que pour le galvanocautère; nous l'avons essayé sans grands résultats pour obtenir la résolution d'adénopathies cervicales.

L'électrolyse en dermatologie n'est guère employée que pour la destruction des poils dans l'hypertrichose; nous renvoyons, pour plus ample informé, aux indications détaillées que donne M. Brocq qui en a une grande expérience dans son livre sur le *Traitement des maladies de la peau* (p. 656).

Les caustiques sont d'un usage journalier en dermatologie, soit qu'on veuille obtenir une modification légère des surfaces, soit qu'on cherche à détruire les tissus et à produire une eschare plus ou moins volumineuse; les premiers sont dits cathérétiques, les seconds escharotiques, division artificielle, leur action dépendant de leur degré de concentration, de l'étendue et de la durée du contact avec les tissus; mais commode pour le classement.

Le nombre des caustiques est infini, nous n'indiquerons que les plus usités, en donnant quelques détails sur leur mode d'emploi, leur action et l'indication pour chacun d'eux.

Nitrate d'argent. — Cette préparation est une des plus employées : en solution, en pommade, en crayon.

En solution, au dixième, au trentième, au centième. On l'applique à l'aide d'un pinceau.

En pommade, au dixième, au trentième, pour modifier les surfaces atones.

En crayon, à la fois pour exciter les plaies, réprimer les bourgeons et hâter la cicatrisation.

Nitrate acide de mercure. — Liquide employé dans les mêmes conditions que le nitrate d'argent; il est beaucoup plus énergique et doit être manié avec précaution; il modifie souvent des lésions qui ont résisté au nitrate d'argent.

Le deuto-iodure de mercure, amené à consistance de pommade par son mélange avec l'huile d'amandes douces et maintenu en place plusieurs jours, était souvent employé avec succès pour modifier profondément les lupus ulcérés ou non.

J'ai longtemps fait usage de la pommade suivante pour le pansement des lupus ulcérés.

Cérat simple	10	grammes.
Iodure de potassium.	5	centigr.
Deuto-iodure de mercure. . .	5	—

On nettoyait la plaie avec grand soin et on appliquait la pommade matin et soir, suivant l'abondance de la suppuration; elle avait l'inconvénient de causer de vives douleurs, mais elle déterminait assez rapidement une cicatrisation solide. On augmentait progressivement la proportion de l'iodure de potassium et de deuto-iodure, toujours à parties égales. Cette préparation mérite de ne pas tomber dans l'oubli.

L'acide lactique, introduit depuis peu dans la thérapeutique, est un cathérétique lorsqu'il est étendu d'eau; mais lorsqu'il est pur, à l'état sirupeux, c'est un caustique énergique, on l'emploie alors en attouchements pour modifier certains ulcères de mauvaise nature; si on le laissait longtemps appliqué, il pourrait aller jusqu'à l'escharification, en causant de vives douleurs; il n'est pas à employer dans ces conditions.

L'acide nitrique monohydraté est un caustique énergique qui cause une douleur vive, mais assez passagère; suivant la durée de son application, il produit une simple cautérisation superficielle ou une mortification plus ou moins profonde.

Le chlorure d'antimoine a une action analogue.

Les caustiques liquides sont difficiles à employer et exigent de l'attention et de l'expérience pour ne pas agir trop ou trop peu; aussi a-t-on imaginé, pour deux d'entre eux en particulier, de leur donner la forme solide : ce sont l'acide sulfurique et le chlorure de zinc.

Avec l'acide sulfurique et le safran ou le noir de fumée, on fait un mélange de consistance pâteuse, qui constitue un caustique énergique, mais ayant l'inconvénient de pouvoir fuser et de causer de vives douleurs.

Le chlorure de zinc, très déliquescent, peut être employé à l'état liquide ou mélangé à de la farine et constitue alors la pâte de Canquoin, du nom du médecin qui en a systématisé et généralisé l'emploi. Sous ces deux formes, c'est un caustique précieux et nous croyons devoir entrer dans quelques détails sur son emploi en dermatologie.

En deliquium, aussi concentré que possible, c'est un des agents les plus efficaces pour combattre la phagédénisme : la plaie doit être aussi bien nettoyée que possible et à l'aide d'un ou plusieurs pinceaux de charpie ou d'ouate hydrophile imbibés de chlorure de zinc, on en parcourt lentement tous les coins et recoins en appuyant assez fort le pinceau pour en exprimer un peu de chlorure de zinc de façon que rien n'échappe à son contact; cette application est assez douloureuse, tous les points touchés deviennent d'un blanc mat; on fait un pansement simple. Il s'est formé une eschare d'une épaisseur inappréciable à laquelle succèdent, au bout de quarante-huit heures, des bourgeons charnus de bonne apparence. Si, malgré une première application faite avec soin, la plaie continue à s'étendre, il faut en faire une nouvelle, puis bourrer la plaie d'iodoforme finement pulvérisé : un pansement tous les deux jours, à moins de suppuration abondante, est largement suffisant.

Mêlé intimement à de la farine de seigle ou de blé, le chlorure de zinc constitue ce qu'on appelle la pâte de Canquoin.

Elle peut être préparée extemporanément par le médecin lui-même qui peut ainsi doser la proportion du caustique.

Le chlorure de zinc, n'attaquant pas la peau revêtue de son épiderme, peut être mélangé par simple malaxation à l'aide des doigts en ayant soin toutefois de les recouvrir de farine pour éviter que la pâte adhère. Ainsi préparée, elle

est molle, souple, se moule facilement dans les anfractuosités des plaies; on la maintient par une compression légère à l'aide d'ouate et d'une bande. Son action est assez rapide, mais elle cause de vives douleurs. Au bout de huit à dix heures l'eschare est formée, on laisse le tout en place et, à moins de rares exceptions, elle se détache le quatrième ou cinquième jour laissant à nu une large anfractuosité qui bientôt bourgeonne, se comble et se cicatrise avec une rapidité étonnante.

Au lieu de s'en servir quand elle est molle, on fait sécher cette pâte à l'étuve en lui donnant la forme de plaques ou de cylindres plus ou moins gros, auxquels on a donné le nom de flèches et qu'on fait pénétrer de force au milieu des tissus ramollis que l'on veut détruire.

Que l'on fasse usage de la pâte molle ou dure suivant les indications qui se présentent, le résultat est le même.

Le très grand avantage du chlorure de zinc solidifié, c'est qu'il ne fuse pas et qu'on peut prévoir exactement l'étendue de son action.

On peut quelquefois s'en servir à l'état liquide en injections avec la seringue de Pravaz dans les tumeurs qu'on veut détruire, mais il faut être très prudent, n'injecter que quelques gouttes et à la partie la plus élevée de la tumeur, car il arrive de dépasser le but et de détruire inutilement des tissus qu'on aurait pu conserver.

Le caustique de Vienne rend souvent service; c'est un mélange pulvérulent de 5 parties de potasse et de 6 parties de chaux; il doit être conservé dans des flacons hermétiquement clos. Pour s'en servir, on en fait une pâte avec de l'alcool à 90 degrés, il agit sur la peau pourvue de son épiderme et son action s'étend un peu au delà de la surface qu'il recouvre, mais il détruit peu en profondeur.

On a l'habitude de circonscrire, avec une plaque de diachylon percée à son centre, la surface sur laquelle on veut l'appliquer; nous croyons ce procédé inutile : on voit mieux ce qui se passe en laissant la surface visible, il faut seulement avoir soin de préparer la pâte assez liquide pour qu'elle mouille la peau et pas assez pour qu'elle coule.

Ce caustique ne cause pas une très vive douleur et son action est rapide, elle se produit en quelques minutes, il a l'inconvénient de donner souvent lieu à une exhalation sanguine qui peut soulever et entraîner la pâte et amoindrir son action.

L'eschare qui en résulte est molle et diffluente comme de la gelée de groseille. C'est un inconvénient auquel on peut remédier de la façon suivante : Après avoir enlevé avec une spatule la pâte et la partie d'eschare qui la soulève, on saupoudre largement la surface détruite avec du tannin en poudre ou plus simplement avec de la poudre de tan tamisé et, avec une spatule, on en tanne l'eschare qui devient dure et sèche, mais qui se détache beaucoup plus lentement que celle produite par le chlorure de zinc; la réparation se fait aussi attendre plus longtemps, mais peut-être la cicatrice qui en résulte est-elle plus souple que celle qui succède au chlorure de zinc.

On fait avec la potasse et la chaux un mélange solide connu sous le nom de caustique Filhos que l'on renferme dans un tube de plomb, ou une enveloppe de gutta-percha; son emploi est assez commode pour détruire rapidement des bourgeons exubérants; mais sa conservation est si difficile qu'on en fait peu usage.

Les caustiques arsenicaux sont un peu délaissés à cause des accidents d'intoxication qui en sont quelquefois la suite, quand ils ne sont pas maniés avec prudence; ils rendent cependant de réels services pour la destruction d'épithéliomas inopérables à la face surtout quand ils sont profonds; ils agissent lentement, mais sûrement; ils ont l'inconvénient d'être et de rester longtemps douloureux.

Voici la formule du plus usité (poudre du frère Côme) :

Acide arsénieux porphyrisé.	1	gramme.
Sulfure rouge de mercure pulvérisé.	5	—
Éponge torréfiée pulvérisée.	2	—

On la mélange avec un peu d'eau gommée pour faire une pâte qu'on dépose avec soin sur la surface ulcérée et dans toutes ses anfractuosités; pour la maintenir en place et l'empêcher de couler, le meilleur moyen et tout à fait empirique est de le recouvrir d'une toile d'araignée un peu épaisse qui ne tarde pas à faire corps avec elle. L'eschare se détache avec une extrême lenteur et la douleur persiste presque jusqu'au moment de sa chute.

C'est un caustique à n'employer qu'exceptionnellement.

L'ALIMENTATION QUI PROCURE LE PLUS DE CHALEUR

ET LE PLUS DE FORCE MUSCULAIRE, INTELLECTUELLE ET MORALE

Le docteur Gallavardin publie, dans le dernier numéro du « Lyon médical », une étude intéressante qu'il termine par les conclusions suivantes :

Conformément à l'enseignement théorique et expérimental précédent, nous devons, pour accroître notre chaleur organique et nos forces musculaire, intellectuelle et morale, nous habituer, dès l'enfance, à digérer le mieux possible :

1° Toutes les matières grasses : lait, crème, beurre, chocolat, cacao, graisse de viande, moelle des os, huiles végétales et animales;

2° Les féculents, particulièrement ceux qui contiennent le plus de matières grasses ou sucrées;

3° Les diverses matières sucrées, miel, confitures, les fruits les plus sucrés;

4° Consommer le moins de viande possible, dont les savants précités nous ont montré l'infériorité et les inconvénients; sous ce rapport, le professeur Bouchard nous propose l'exemple des enfants anglais, dont, dit-il (p. 242), « l'alimentation se compose surtout de thé, de lait, de beurre, de graisse de riz, de pommes de terre, de fruits; la viande est donnée une seule fois par jour, et jamais un enfant anglais ne mange de viande après deux heures de l'après-midi »;

5° Les végétariens feraient preuve d'ignorance s'ils rejetaient en bloc toute la viande, car celle-ci contient deux parties ayant des propriétés différentes et même opposées, la partie maigre et la graisse;

La graisse de viande contient, comme le beurre, 83 p. 100 de matières grasses, et la moelle des os contient, comme l'huile d'olive, 96 p. 100 de matières grasses. Dès lors, la graisse de viande et la moelle des os devraient être utilisées par les végétariens comme leurs équivalents, le beurre et les huiles végétales;

6° Les matières grasses, féculentes et sucrées, sont les trois sortes d'aliments constituant les *véritables aliments d'épargne*, puisque, tout en augmentant la chaleur et les forces, ils ralentissent, diminuent l'usure des liquides et tissus de l'organisme.

Je suis étonné que, après avoir constaté ces faits, les auteurs n'aient pas donné à ces aliments la qualification précitée que je me vois, le premier, obligé de leur attribuer;

7° Il ne faut pas exclure de l'alimentation des pays chauds les matières grasses, parce qu'elles produisent de la chaleur que

leurs habitants ont en excès. Mais il est néanmoins avantageux qu'ils en consomment, quoique en plus petite quantité, parce qu'elle produit consécutivement de la force, et parce que, un observateur l'a constaté, elle calme la faim et la soif. Il semble que les indigènes des pays chauds aient fait cette dernière observation. Ainsi, le fellah, en Égypte, n'ayant pas de beurre ni d'huile à son service, se nourrit surtout de maïs, qui contient quatre fois plus de matières grasses que le froment. D'autre part, chez les nègres de l'Afrique équatoriale, le *caloulou*, plat national du Dahomey, est constitué par dix espèces de plantes nageant dans des flots d'huile de palme. Ces deux observations m'ont été rapportées par le R. P. Chautard, des Missions africaines de Lyon, qui a résidé dans ces deux pays. En outre, les habitants des pays tropicaux font une grande consommation du *gée* ou beurre conservé.

D'autre part, le professeur Grandeau (de Nancy) nous apprend qu'on récolte, dans le monde entier, 776400000 hectolitres de froment et 1 milliard d'hectolitres de maïs.

Il estime à 300 millions la quantité d'hectolitres de maïs consommé par l'homme. Or, Humboldt a remarqué que le maïs était consommé surtout dans les pays chauds, comme en Égypte, en Italie, dans l'Amérique tropicale, etc., peut-être parce que, sous un moindre volume, il calme la faim et la soif.

D'ailleurs, les matières grasses, qui constituent un aliment préservatif et même curatif du rachitisme, peuvent être consommées avec avantage dans ce but, même dans les contrées les plus chaudes du globe.

REVUE DE LA PRESSE

Traitement direct de la tuberculose pulmonaire par les injections interstitielles de chlorure de zinc. — M. Comby, chez trois malades de l'hôpital Tenon atteints de tuberculose pulmonaire localisée à un sommet, a pratiqué en tout seize injections intrapulmonaires de chlorure de zinc. Le titre de la solution a varié de 1 p. 50 à 1 p. 20. M. Comby n'a pas osé atteindre le titre de 1 p. 10 employé daus les tuberculoses chirurgicales. Ces injections ont été parfaitement tolérées par les malades. Elles ne sont pas douloureuses. Elles ne provoquent pas de sensation pénible quand on ne dépasse pas la quantité de III gouttes (trois divisions de la seringue de Pravaz) par injection. Les injections ont pu être répétées sans inconvénient tous les trois ou quatre jours. Le résultat thérapeutique a paru favorable.

M. Comby rappelle les autres tentatives faites avec le sublimé, la teinture d'iode, le naphtol camphré, l'iode phéniqué. Ces tentatives montrent, tout au moins, la tolérance du poumon pour les injections interstitielles. Il croit que les injections sous-cutanées, qu'on a opposées aux injections interstitielles, ne donnent pas, même à doses intensives, des résultats satisfaisants, et qu'il y a mieux à faire. Les tentatives d'action directe lui paraissent donc justifiées dans tous les cas où la tuberculose est localisée à un poumon, où l'état général est bon, où il n'y a pas de fièvre. (*Union méd.*)

Pansement du cordon ombilical à la glycérine.— Les anciens pansements du cordon ombilical exposaient à l'érysipèle et à la lymphangite. Les pansements antiseptiques actuels mettent à l'abri de ces complications, mais ils retardent d'une façon parfois très longue la chute du cordon. Souvent c'est le huitième, le dixième jour seulement, que le cordon se détache. D'après Lvow, en pansant le moignon ombilical avec de l'ouate hydrophile trempée dans la glycérine pure, on a un pansement mettant à l'abri de toute complication septique, et le cordon se détache du quatrième au cinquième jour. Pendant ces quatre jours on ne baignera pas l'enfant et on se bornera à changer, si elle est souillée, la bande extérieure qui maintient la ouate. A la chute du cordon, la plaie est couverte de bourgeons de bonne nature sans inflammation. Au bout d'une semaine, avec un pansement sec au sous-nitrate de bismuth ou à la poudre de talc, la cicatrisation est complète. (*Concours méd.*)

Exalgine dans le traitement de la chorée. — Lowenthal a traité trente-cinq cas de chorée par l'exalgine. Ce médicament calme assez bien les accidents choréiques, mais il n'abrège pas la durée de l'affection, la majeure partie des cas ayant persisté cinq, six semaines et plus. La dose ordinairement donnée a été de 20 centigrammes par jour. Les doses ont été parfois élevées jusqu'à 1 gramme. Ces doses élevées ont parfois déterminé des nausées, des vomissements, de la céphalée, des vertiges, de la cyanose. Il y eut même, dans trois cas, de l'ictère. En résumé, l'exalgine, à doses bien tolérées, ne donne dans la chorée d'effets réels que quand elle peut être employée à une période très rapprochée du début. (*Berl. Klin. Wochens.*)

Pharmacologie du pétrole. — L'emploi du pétrole tend à se répandre en thérapeutique, surtout en applications locales, dans le traitement des conjonctivites chroniques (Trousseau) et dans la diphtérie. M. Adrian a, dans une des dernières séances de la Société de thérapeutique, demandé s'il ne conviendrait pas de substituer au pétrole brut, mélange extrêmement complexe, le pétrole purifié. Il croit que, dans tous les cas, même si on emploie le produit brut, il y a avantage à isoler et purifier, par la rectification, chacun des composés : éther, essence, huile lourde, vaseline, paraffine, puis à les réunir de façon à former un mélange analogue au pétrole brut. M. R. Vigier pense, au contraire, en s'appuyant sur des travaux de M. Ribar, que le pétrole brut, surtout dans les applications pour la gorge, est préférable à ces composants. Ce pétrole brut détermine un certain degré d'anesthésie locale qui contribue à faire tolérer l'application. M. Delpech pense également que le produit brut est préférable. Pour neutraliser la mauvaise odeur du pétrole brut, on peut ajouter, à l'exemple de M. Ribar, un tiers d'eucalyptol. (Soc. de thérapeutique.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine (1), publié sous la direction de MM. Charcot, Bouchard et Brissaud.

La publication du « Traité de médecine » touche à sa fin ; le cinquième et avant-dernier volume vient de paraître. Il renferme les maladies du cœur, les maladies des vaisseaux sanguins, le rhumatisme articulaire aigu et les maladies des reins et des capsules surrénales.

La rédaction des maladies du cœur a été confiée à M. André Petit. M. Petit est un ancien chef de clinique du professeur Potain. Il était ainsi très bien préparé à écrire cette importante partie du « Traité de médecine ». On trouvera, chemin faisant, dans son travail, beaucoup d'idées inédites de M. Potain, que connaissent seuls ceux qui ont, pendant longtemps, fréquenté d'une façon assidue la clinique médicale de la Charité.

M. A. Petit a divisé son travail en quatre parties : les maladies du péricarde, les maladies du myocarde, les maladies de l'endocarde, les troubles fonctionnels et les névroses cardiaques. Il ne s'est pas contenté d'être le porte-parole de son maître, il a fait personnellement œuvre de critique et de clinicien ; il était difficile de faire mieux et plus complètement dans les limites d'espace attribuées à cette partie de ce compendium.

M. W. Œttinger a rédigé deux parties différentes, un peu surprises de se trouver réunies : les maladies des vaisseaux sanguins — qu'il a subdivisées en maladies des vaisseaux périphériques, artères et veines et maladies de l'aorte — et le rhumatisme articulaire aigu.

(1) T. V. Gr. in-8° avec fig. Prix : 20 francs. — Paris, G. Masson.

Ici se trahit l'incertitude des directeurs qui n'ont su où placer le rhumatisme articulaire aigu, et qui l'ont rapproché du cœur, sans doute à cause de ses relations avec l'endocardite. Bien qu'on ne sache pas exactement ce que c'est que le rhumatisme articulaire aigu, bien qu'il ne soit pas possible de fixer ses frontières et de le séparer nettement en clinique et en théorie du rhumatisme chronique déformant, c'est certainement des maladies infectieuses qu'il paraissait naturel de le rapprocher; peut-être trouvera-t-on aussi que 42 pages, pour exposer son histoire, ce n'est pas beaucoup. Il y a là une modification tout indiquée pour la seconde édition.

Les pages écrites par M. Œttinger ont une qualité très grande, la clarté et la netteté.

M. A. Brault s'est, depuis de longues années, particulièrement occupé de l'étude des maladies du rein et surtout des néphrites; il était difficile, pour ce chapitre, de trouver un auteur plus compétent. Voici la division qu'il a donnée à son exposition : tout d'abord, les grands symptômes du brightisme, les grands syndromes rénaux : l'albuminurie, l'œdème, l'hydropisie, l'anasarque, l'urémie ou toxémie rénale, l'hématurie et l'hémoglobinurie. Vient ensuite l'étude des principales formes des néphrites, précédée d'une discussion intéressante de l'histoire et des doctrines relatives aux néphrites et au mal de Bright; enfin, pour terminer, différentes lésions ou affections des reins : les dégénérescences graisseuse et amyloïde, la tuberculose, la syphilis, le cancer, la dégénérescence kystique, le rein mobile; puis la lithiase urinaire et la maladie d'Addison.

M. Brault a orné son texte de figures nombreuses et excellentes très bien faites pour mieux faire comprendre les descriptions d'anatomie macro et microscopiques.

Voici comment M. Brault conçoit le mal de Bright et ses rapports avec les diverses formes anatomo-pathologiques des néphrites, sujet, on le sait, très controversé : « Les lésions de départ et de terminaison des néphrites sont très variables; les causes qui donnent naissance à ces altérations de physionomie sont multiples, il n'y a qu'un élément qui conserve une apparente unité, c'est le groupement symptomatique correspondant aux dernières phases de la destruction du rein, et cela se conçoit aisément puisque ce syndrome est en rapport avec la perte de la fonction et que la fonction ne change pas. »

Le groupement en question, c'est en réalité la triade caractéristique du mal de Bright, l'albuminurie, l'œdème et l'urémie. Les lésions du rein aboutissent toutes à cette triade, quelles que soient leurs causes, cela plus ou moins rapidement, suivant que la destruction marche plus ou moins vite.

M. Brault ajoute encore : « En somme, les lésions rénales sont tantôt superficielles et passagères, tantôt générales et profondes, tantôt lentes à se produire, subissant des moments d'arrêt, mais aussi sujettes à retour, progressives et fatales. Dans ce dernier cas, elles aboutissent aux atrophies les plus marquées.

En tenant compte des deux facteurs les plus importants dans l'évolution de toute néphrite : 1° l'intensité du processus destructeur intimement lié à la cause qui le produit : 2° la durée de ce processus, on peut décrire successivement : des néphrites aiguës, des néphrites subaiguës, des néphrites chroniques, des dégénérescences et nécroses rapides, des dégénérescences lentes. Chacun de ces groupes comprend, non une forme définie, mais des manifestations diverses dont l'étiologie explique la raison d'être, et que certaines analogies permettent de rapprocher dans leur description d'ensemble. Pour rester dans le vrai, il faudrait rattacher l'étude de chaque néphrite à la maladie qui lui a donné naissance. »

Ces citations permettent de se rendre assez exactement compte du terrain sur lequel s'est placé l'auteur.

A chaque volume nouveau s'affirme le succès de cette œuvre considérable : MM. Petit, Œttinger et Brault y auront largement contribué.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Un singulier jugement.

Sous ce titre, le « Journal de médecine de Bordeaux » publie une lettre du docteur Bauzon (de Chalon-sur-Saône), adressée au « Concours médical » :

Monsieur le Directeur,

Permettez-moi de vous adresser un jugement de justice de paix que je ne qualifierai pas, et de vous demander quelles suites il comporte.

Certains de mes confrères croient que ce jugement doit être transmis à M. le garde des Sceaux, car, s'il était admis, nous ne pourrions pas aller en justice de paix.

Je tiens à votre disposition l'expédition de ce jugement; en attendant, voici les considérants :

« Attendu que le docteur Bauzon se prétend créancier de J... de la somme de 20 francs, formant le solde d'une créance de 120 francs pour soins médicaux donnés à la femme J..., sur laquelle 100 francs seulement ont été payés;

Attendu que J... conteste avoir jamais dû au docteur Bauzon 120 francs, qu'il prétend avoir tenu compte exact des visites qui ont été faites à sa femme; que la somme totale ne s'est élevée qu'à 100 francs par lui payés, et qu'il n'est pas douteux qu'en effet 100 francs ont été payés en différentes fois;

Attendu que la contestation porte non sur la rémunération de chaque visite, mais sur le nombre desdites visites;

Attendu qu'aux termes de l'article 1315 du Code civil, celui qui réclame l'exécution d'une obligation doit la preuve; que, quelque honorable que soit le demandeur, il ne saurait se soustraire à faire cette preuve par les moyens légaux;

Attendu qu'aux termes de l'article 1331 du Code civil, les registres et papiers domestiques ne sont point un titre, pour celui qui les a écrits; qu'ils ne sont même pas susceptibles de former un commencement de preuves par écrit, suffisant pour autoriser le juge de paix à déférer le serment et encore moins à autoriser la preuve testimoniale;

Attendu qu'aucune autre preuve n'a été offerte; qu'ainsi la demande n'est juridiquement pas justifiée;

Par ces motifs,

Statuant en dernier ressort, disons la demande non justifiée. Déboutons le docteur Bauzon de sa demande et renvoyons J... sans dépens, lesdits dépens liquidés à la somme de 7 fr. 50, non compris le coût du présent jugement. Ainsi jugé et prononcé en audience publique ordinaire de la justice de paix du canton nord de Chalon. Et tenue en la salle accoutumée à Chalon, Hôtel de Ville, le samedi 19 août 1893, par nous Joseph-Ferdinand Michaud. »

Ces considérants me suggèrent les réflexions suivantes :

1° Il est étrange et peu habituel de voir un débiteur commencer à payer sa dette avant d'être d'accord avec son créancier sur le total de la somme due;

2° Il est inouï, pour un juge de paix, d'accepter un compte établi par le débiteur sur une simple feuille de papier, et alors qu'il taxe lui-même le prix des visites à sa fantaisie (par exemple 4 francs pour des visites de nuit);

3° La théorie de M. le juge de paix permettrait à tous nos débiteurs de récuser leurs dettes, si nos livres ne doivent plus faire foi;

4° Quels pourraient bien être alors les moyens légaux de preuves demandés par M. le juge de paix?

5° Il n'est pas inutile de faire remarquer que le docteur Bauzon avait bien voulu produire ses livres alors qu'il n'y était pas tenu. — Pourquoi, s'ils ne faisaient pas titre, M. le juge de paix les avait-il demandés?

6° Enfin, pour une audience précédente, devant le même juge Michaud, le même J... n'avait pas craint d'invoquer la prescrip-

tion et de lever la main pour une note de 55 francs réclamée par notre confrère le docteur Cases.

J'ajoute que j'ai cru devoir donner connaissance à M. le juge de paix de quelques jugements relevés dans le « Concours médical ». Je les transcris ci-contre :

« 1° Avis de jurisconsultes :

Lorsque la somme ne dépasse pas 150 francs, la preuve par témoins et par simple présomption étant admissible, les livres des médecins doivent tout au moins servir de présomption et par suite faire la preuve contre le client ;

2° Le Tribunal de Libourne vient de décider que la nature particulière de l'exercice de l'art médical dispense les praticiens, soit de l'apport d'une preuve écrite, soit d'une justification par témoin du nombre de leurs visites, dès lors qu'ils produisent des documents de comptabilité d'un caractère suffisamment probant. »

Il y a mieux :

« Tribunal civil de la Seine (7e chambre). — Audience du 8 décembre 1884 :

Le client qui ne paie pas comptant le médecin, aux soins duquel il a recours, doit être considéré comme s'en étant rapporté aux notes du docteur pour constater le nombre des visites faites ; en conséquence, lorsque le client conteste le nombre des visites réclamées, c'est à lui qu'incombe la charge de la preuve. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — MM. les élèves internes et externes sont prévenus que les travaux anatomiques, pour la saison d'hiver, commencent aujourd'hui lundi 2 octobre 1893, dans l'amphithéâtre d'anatomie.

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique continueront à être faites par M. le docteur Lesage, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Les microscopes et autres instruments nécessaires aux recherches histologiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Célestin Riboulot, décédé à Nomeny (Meurthe-et-Moselle) dans sa trente et unième année.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

	3 mois	6 mois	1 an
FRANCE.	8 fr. 50.	16 fr.	30 fr.
UNION POSTALE.	10 fr.	18 fr.	35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Vraie séance de rentrée à en juger par la salle des pas-perdus, mais non encore par le nombre des communications, car nous n'en avons qu'une à signaler. Encore est-elle d'un savant étranger à la Compagnie.

M. Onimus appelle l'attention des médecins sur les erreurs auxquelles peuvent donner lieu les indications thermométriques. Il démontre que l'une des causes d'erreur réside dans l'état hygrométrique, et les variations que l'on observe, selon cet état hygrométrique, peuvent être assez considérables. On trouvera plus loin l'intéressante communication de M. Onimus.

Nous avons entendu dire que les ordres du jour des prochaines séances étaient assez chargés. Espérons-le pour le bon renom de l'Académie.

MÉDECINE PRATIQUE

Le régime et l'hygiène des névrosés, d'après le docteur Séguin (de New-York).

Par le docteur Albert Mathieu,
Médecin des hôpitaux.

Dans une brochure, dont nous avons signalé la traduction — faite, du reste, par l'auteur lui-même (1) — M. Séguin donne la formule générale du régime et de l'hygiène qu'il prescrit aux névropathes : c'est surtout aux neurasthéniques que ces règles s'appliquent. Quelques-unes de ses idées et de ses façons de faire paraîtront sans doute singulières aux médecins français; mais M. Séguin n'est pas le premier venu en neurologie, et la thérapeutique des névroses est encore si imparfaite qu'il y a lieu d'essayer contre elles des systèmes de traitement variés, même lorsqu'ils ont des allures très exotiques. Il faut dire, du reste, que beaucoup des préceptes de traitement donnés par M. Séguin nous paraissent tout à fait logiques et que plusieurs ont déjà fait leurs preuves.

Deux ordres de considérations ont surtout guidé l'auteur dans sa conception du régime des névropathes : la richesse du système nerveux en graisse et l'abus que font les Américains des féculents et des amylacés. Les névropathes auraient une véritable horreur pour les aliments gras; et c'est cependant de graisse que, d'après sa constitution chimique, le système nerveux aurait surtout besoin pour réparer les pertes dues à la dénutrition. Il faut progressivement les amener à augmenter la quantité de graisse qu'ils absorbent dans leurs aliments; il faut pour cela employer tous les moyens possibles.

Les Américains auraient une grande tendance à faire abus des aliments féculents et amylacés et à ne prendre qu'une quantité de viande insuffisante. M. Séguin tend à penser que l'abus des substances hydrocarbonées peut amener une modification de la nutrition du système nerveux de la même façon que l'alcool amène, à des doses peu élevées, mais régulièrement ingérées, la névrite périphérique. Il s'efforce donc de diminuer la quantité des amylacés dans l'alimentation des neurasthéniques et à y introduire la viande en plus grande abondance.

Enfin, il a remarqué que les névropathes, les femmes surtout, avaient une tendance très grande à restreindre dans une mesure excessive la dose de leur boisson quotidienne : il faut donc avoir la précaution de les amener à boire en quantité suffisante, de leur ordonner, par exemple, de prendre au moins un litre d'eau par jour.

Il nous serait difficile de porter un jugement sur l'abus que font les Américains des substances hydrocarbonées, bien que la théorie, donnée par M. Séguin, de l'influence d'une alimentation trop amylacée sur la genèse des névroses nous paraisse bien problématique. Nous sommes plus séduit par l'idée d'augmenter la proportion de la graisse dans l'alimentation des neurasthéniques, cela surtout par cette considération que certains de ces malades maigrissent de telle façon qu'il y a lieu de lutter par tous les moyens contre cette dénutrition, par cette autre encore que la graisse, à poids égal, développe par son oxydation dans l'organisme une quantité de chaleur beaucoup plus considérable que les amylacés. Elle est donc douée d'un pouvoir dynamogène beaucoup plus énergique.

Dans ce que dit M. Séguin du repos, de l'isolement, de l'hydrothérapie, de l'exercice, on trouvera une série de conseils qui nous paraissent fort bons.

(1) E.-C. Séguin, *Leçons sur le traitement des névrosés.*

Aux neurasthéniques et aux dyspeptiques, M. Séguin ordonne volontiers deux séances de repos par jour, de chacune une heure ou deux, dans une chambre tranquille. Les malades y seront seuls; les femmes ôteront leur corset. « Le malade doit être tout seul, et il doit lire ou s'occuper à songer aux jours heureux qu'il coulera lorsqu'il sera guéri. » La formule, sous cette forme, a des allures un peu naïves; il est cependant certain qu'amener les malades à songer à l'avenir avec espoir, et à rompre avec un passé plus ou moins noir, serait un idéal parfait. La difficulté est de le réaliser.

En tout cas, nous acceptons volontiers pour notre part le principe de ce repos quotidien et systématisé.

On sait déjà tout l'avantage qu'on peut tirer de l'isolement complet dans le traitement de certains cas d'hystérie et de neurasthénie; c'est la base du traitement de Weir-Mitchell. Nous croyons inutile d'y insister de nouveau.

Sur la pratique de l'hydrothérapie, l'auteur donne de très bons conseils.

« La douche froide peut être générale ou bien donnée seulement sur la colonne vertébrale; elle doit durer de 5 à 20 secondes, montre en main: le jet doit en être fort et la tête du malade sera toujours protégée par un capuchon en toile cirée. »

M. Séguin recommande aussi les frictions à travers un drap mouillé; elles dureront deux ou trois minutes et seront suivies d'un massage d'une durée de trente à quarante minutes pour les individus vigoureux, de dix à quinze minutes seulement pour les personnes délicates.

Les lotions à l'éponge, suivies de friction, dureront également deux minutes; en hiver, les malades auront les pieds dans un baquet d'eau chaude. « Si la réaction est lente ou incomplète, il est préférable de faire prendre l'ablution à l'heure de se coucher, à la condition que le malade se mettra au lit immédiatement après; la réaction sera ainsi complète. »

Chez les gens qui ont des brûlures des pieds ou des mains, on administrera des douches aussi chaudes que possible deux fois par jour. Dans le cas de refroidissement des extrémités, on ordonnera un bain d'eau très froide, pendant deux ou trois minutes, ou bien une douche froide.

Chez les femmes anémiques ayant un flux menstruel d'une abondance exagérée, M. Séguin fait donner des injections d'eau très chaude deux fois par jour, dès le premier jour de l'apparition des règles.

L'exercice réglé, systématisé, mesuré et dosé chaque jour est recommandé aux neurasthéniques.

« La marche et les autres exercices doivent aller jusqu'à une légère fatigue, mais non pas jusqu'à l'épuisement. »

« Je recommande tout spécialement de faire des inspirations profondes : le malade sera presque déshabillé ou vêtu d'un vêtement fort lâche; il sera debout, les deux bras croisés sur la poitrine, puis il étendra les bras horizontalement, son thorax se dilatera anisi peu à peu et sa respiration, lente, profonde, remplira sa poitrine, qu'il devra distendre le plus possible; la bouche sera largement ouverte. Ce mouvement, bien exécuté, est très fatigant; aussi six à huit inspirations, deux fois par jour, sont-elles suffisantes. Pratiqué soir et matin pendant des mois, ce simple exercice donne des résultats remarquables, la poitrine s'agrandit, la respiration devient normalement thoracique et l'état général se trouve amélioré. »

Lorsque les malades ne pourront pas sortir, leurs chambres seront aérées tous les jours. Les fenêtres seront ouvertes deux fois par jour pendant dix minutes à une heure; les malades seront vêtus comme pour sortir.

La température de la chambre des neurasthéniques ne dépassera jamais 18 à 20 degrés.

« Les bains généraux, tièdes ou chauds, d'une durée de dix à trente minutes, rentrent dans mon traitement. J'en fais surtout usage lorsqu'il y a de l'insomnie avec agitation considérable. J'ai eu lieu d'être satisfait des effets des bains chauds pris à l'heure du coucher dans des cas d'insomnie avec excitation et dans quelques cas de nervosisme. »

NOTE COMPLÉMENTAIRE
SUR LES LUXATIONS DU NERF CUBITAL

Par le docteur A.-F. Plicque,
Médecin-adjoint à la Compagnie du Nord, ancien interne des hôpitaux.

M. le professeur Poncet (de Lyon) a bien voulu nous écrire au sujet de l'observation de déplacement du nerf cubital que nous avons publiée le 28 septembre, dans la *Gazette des hôpitaux*. A sa lettre était joint un intéressant mémoire publié en 1890 par son élève, M. le docteur Marius Raymonenq, d'Hyères (1). Nous remercions vivement M. le professeur Poncet de son intéressante communication et en profitons pour compléter brièvement ce qui a trait au mécanisme, au diagnostic et au traitement de cette affection. Ces luxations du nerf cubital peuvent être, en effet, d'autant plus facilement méconnues, qu'elles sont plus rares. Ces luxations méconnues, les luxations incomplètement réduites ou maintenues, peuvent entraîner, ainsi que M. le docteur Raymonenq le montre dans deux observations, des troubles fonctionnels graves :

1° La luxation du nerf cubital est un accident très rare, et M. Raymonenq n'a pu en réunir que cinq observations. La première qui ait été publiée en France est celle présentée en 1888 à l'Académie de médecine par M. Poncet. Cette rareté s'explique par la solidité des moyens de fixation du nerf.

D'après les expériences de M. Raymonenq, la contraction du triceps jouerait un rôle prépondérant dans le mécanisme de la luxation. Parfois aussi, on peut invoquer la laxité du tissu fibreux qui forme la gaine du nerf, laxité fréquente chez les jeunes sujets, ou son atrophie à la suite de maladies cachectiques, comme la tuberculose. Comme cause déterminante, les efforts violents et brusques semblent agir plus souvent que le choc direct.

2° Le diagnostic, à la condition de songer à la possibilité de ces luxations, est des plus faciles. Le cordon dur, peu tendu, sans battements, roulant sous le doigt, cheminant de haut en bas et déterminant, quand on le presse, de la douleur dans les deux derniers doigts, la vacuité de la douleur épitrochléo-olécranienne sont pathognomoniques.

Comme complications immédiates, M. Raymonenq signale les névralgies, les paralysies. Comme complications ultérieures, il indique la persistance de douleurs névralgiques, de gêne des mouvements du coude quand le nerf est incomplètement réduit ou maintenu. Enfin, une malade observée par M. Poncet avait une luxation à répétition à tout mouvement un peu exagéré du coude.

3° Le traitement par la réduction et l'immobilisation a

(1) Raymonenq. *De la luxation du nerf cubital*, Lyon 1890.

donné, dans un cas d'Annequin, de très médiocres résultats, malgré une immobilisation de trente-six jours. On fut obligé, au bout de ce temps, de recourir à une opération. L'absence de toute réduction a laissé persister, dans l'observation de Blattmann, une infirmité réelle : le malade, après un long traitement ne pouvait plier le coude au delà de l'angle droit et gardait des douleurs. Aussi, M. Raymonenq estime-t-il que si la réduction de la luxation est aisée elle ne peut être définitivement maintenue que par une intervention chirurgicale. Il conseille le procédé de M. Poncet, qui consiste à reconstituer la gaine ostéo-fibreuse du nerf en utilisant le périoste et les tissus fibreux avoisinants. Voici la description de ce procédé :

« Je pratiquai directement sur le nerf déplacé, au niveau de l'articulation, une incision de 5 centimètres. Ce nerf reconnu, je me portai vers l'épitrochlée où je constatai son absence.

J'incisai avec un bistouri à courte lame les tissus fibro-périostiques et rétro-épitrochléens ; avec le détache-tendon, je détachai du squelette, sur une longueur de 3 à 4 millimètres, chaque lèvre de l'incision profonde, creusant ainsi une jonction ostéo-fibreuse pour recevoir le nerf déplacé.

Le cubital fut alors ramené derrière l'épitrochlée et maintenu en place au fond de la gouttière par trois points de suture au catgut et je réunis au-dessus du nerf les lèvres de la plaie fibro-périostique.

Réunion des bords de la peau par quatre points de suture de catgut ; immobilisation, réunion par première intention. Le nerf ne se déplace plus, quels que soient les mouvements du membre supérieur droit.

L'enfant a été revu en septembre 1890, c'est-à-dire deux ans et demi après. Il se sert très bien de son bras : pas de gêne, pas d'atrophie musculaire ; il peut vaquer à ses occupations ordinaires sans fatigue. »

Ce résultat est, on le voit, des plus satisfaisants. Toutefois notre observation montrant la possibilité de maintenir la réduction par l'immobilisation simple, au moins dans certains cas, il paraît sage d'adopter le plan de conduite qu'avait formulé notre maître M. Périer : 1° essayer pendant quelques jours les résultats du massage et de l'immobilisation, le nerf étant réduit ; 2° pratiquer la suture de la gaine, en cas d'échec seulement de ce procédé, une compression du nerf par la gaine suturée étant toujours à craindre. Dans notre cas, l'appareil d'immobilisation consiste en un simple appareil ouaté, renforcé par des attelles métalliques et immobilisant le membre en demi-extension. Nous n'avons cherché à exercer, comme on l'a fait dans les cas de Blattmann et d'Annequin, aucune compression directe sur le nerf. La durée du traitement fut très courte, dix-huit jours seulement, et le succès a paru complet. Mais il est évident qu'en cas de luxation, difficile à maintenir réduite, l'opération de M. Poncet se trouverait pleinement indiquée.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Injections mercurielles dans la syphilis. — A la suite de récentes recherches faites dans le service de M. Fournier, le docteur Eudlitz résume les principales règles du traitement hypodermique de la syphilis. « Les avantages de ce traitement sont l'exactitude du dosage et la rapidité des effets thérapeutiques. Les inconvénients sont la douleur et les réactions locales ; celles-ci peuvent être réduites à un minimum satisfaisant par un choix judicieux de la préparation et une bonne technique. Les cas de mort par intoxication mercurielle, observés à la suite des injections, ont toujours été dus à des lapsus médicaux. On ne devra point faire usage de cette méthode chez les malades atteints d'affection rénale ou de cachexie, quelle que soit la cause de cette cachexie. »

I. Les préparations insolubles sont préférables pour assurer la mercurialisation chronique. Elles seront évitées quand on ne pourra pas surveiller le malade, ou que celui-ci aura la bouche en mauvais état. Le calomel et l'oxyde jaune sont indiqués dans les cas graves. Dans les autres cas, l'huile grise ou le thymolacétate sont d'un bon emploi. Voici les doses conseillées par Eudlitz pour chacun de ces médicaments.

Calomel. — On emploiera la formule de Balzer :

Calomel à la vapeur	1gr50
Huile de vaseline.	15 grammes.

On fera d'abord une injection de 5 centigrammes pour éprouver la susceptibilité du malade. Puis, huit à dix jours plus tard, on pourra élever la dose en atteignant 10 centigrammes par injection si cela est nécessaire, à cause de la gravité des accidents.

Oxyde jaune. — L'oxyde jaune présente moins d'inconvénients que le calomel au point de vue de la réaction locale et de la salivation. Son action est presque aussi énergique. On emploiera la formule suivante :

Oxyde jaune de mercure . . .	1 gramme.
Huile de vaseline	10 —

On injectera tous les dix jours de 5 à 10 centigrammes. On emploiera de préférence les doses de 5 centigrammes.

Huile grise. — Ces injections sont moins actives que celles de calomel ou d'oxyde jaune, mais présentent moins d'inconvénients. On emploiera de préférence la formule de Neisser.

Mercure purifié.	20 grammes.
Teinture éthérée de benjoin . .	5 —
Vaseline liquide.	40 —

On n'injectera jamais de doses plus fortes que 5 à 10 centigrammes, qu'on espacera à des intervalles de huit jours. Le traitement ne devra pas être prolongé pendant plus d'un mois à six semaines.

Thymolacétate de mercure. — Ce sel est peu douloureux et agit bien. On se servira d'une suspension huileuse au dixième. Voici la formule de Barthélemy :

Thymolacétate de mercure . . .	1 gramme.
Huile d'olives pure et stérilisée.	10 —

La dose hebdomadaire sera de 5 centigrammes. Les doses de 10 centigrammes seront réservées pour les cas exceptionnels, car elles peuvent offenser la bouche. Indurations fréquentes quelquefois assez volumineuses, mais rarement assez douloureuses pour empêcher les occupations. La dose hebdomadaire de 5 centigrammes paraît correspondre à ce que pourrait produire une dose quotidienne de 6 à 7 centigrammes de proto-iodure.

II. Les préparations solubles à employer sont le sublimé, le peptonate de mercure, le bi-iodure de mercure, le sozo-iodolate de mercure.

Sublimé. — Les injections seront faites à la dose quotidienne de 1 centigramme d'après la formule :

Sublimé corrosif	1 gramme.
Chlorure de sodium.	6 —
Eau stérilisée.	100 —

Si les piqûres ne peuvent être répétées souvent, on pourra employer des doses plus fortes en espaçant les injections. La douleur serait presque nulle en ajoutant par seringue de Pravaz quelques gouttes d'une solution de morphine.

Peptonate de mercure. — On emploiera la formule de Delpech et Martineau :

Peptone en poudre	*åå*	9 grammes.
Chlorure d'ammonium. . .		
Sublimé corrosif.	6	—
Glycérine pure.	72	—
Eau distillée.	24	—

Cette solution normale filtrée est étendue de cinq fois son poids d'eau distillée et renferme 1 centigramme de sublimé par seringue de 1gr20. Dose : 1 centigramme par jour.

Bi-iodure de mercure. — Ce sel est peu douloureux. On peut injecter chaque jour 4 milligrammes (quatre milligrammes), d'après la formule suivante :

Bi-iodure de mercure . . .	4 centigrammes.
Huile stérilisée	10 grammes.

Sozo-iodolate de mercure. — Ce sel paraît le plus actif de tous, mais il est malheureusement un peu douloureux. On l'emploiera quand il faut une action rapide. Voici la formule de Schwimmer :

Sozo-iodolate de Hg	80 centigrammes.
Iodure de potassium. . . .	1gr60
Eau distillée	10 grammes.

On peut faire soit deux injections de 4 centigrammes par semaine (une demi-seringue de Pravaz), soit une seule injection hebdomadaire, d'abord de 6 centigrammes, puis de 8. Chez la femme on ne dépassera pas 6 centigrammes. On devra, dans tous les cas, commencer par la dose de 4 centigrammes.

On voit que les résultats de M. Eudlitz confirment et complètent l'excellente revue publiée dans ce journal par M. le docteur Raymond. Le travail de M. Eudlitz était donc intéressant à résumer.

Traitement des hémoptysies. — Eklund croit que les boissons froides, les fragments de glace qu'on donne dans l'hémoptysie sont plutôt nuisibles en augmentant la toux. Il préfère les boissons chaudes et mucilagineuses. Il fait souvent appliquer une vessie de glace au sommet du poumon, du côté qui paraît être le siège de l'hémorragie. Il conseille enfin les pilules suivantes :

Sulfate de quinine	4	grammes.
Ergotine.	2	—

Diviser en quarante pilules. Donner trois ou quatre fois par jour deux de ces pilules. (*Centralb. f. die Ges. Ther.*)

Résorcine dans l'ulcère de l'estomac. — Pope a employé dans seize cas d'ulcères de l'estomac la résorcine qui lui paraît indiquée en raison de ses propriétés antiseptiques, analgésiantes et hémostatiques. Il donne à jeun 30 centigrammes de résorcine en solution dans 30 grammes d'eau. Dans les cas graves, il insiste sur le régime lacté absolu, et surtout sur le séjour au lit. Dans quelques cas, il a employé l'alimentation par la voie rectale. (*Med. Rec.*)

Traitement de l'érysipèle par l'ichthyol. — M. Hallopeau, ayant été atteint de l'érysipèle de la face, essaya sur lui-même le traitement par l'ichthyol. La guérison fut complète après deux jours de traitement et trois jours de maladie. Ce traitement, dû à M. Juhel-Rénoy, consiste à circonscrire la plaque érysipélateuse par un badigeonnage circulaire fait avec la solution :

Gutta-percha.	*åå*	25 grammes.
Chloroforme.		
Ichthyol.	25	—

La plaque elle-même est recouverte; l'intérieur des narines est graissé avec la pommade :

Vaseline.	PE
Ichthyol.	

La douleur que provoquent ces applications est très supportable et très passagère. Le seul inconvénient est la coloration bariolée un peu persistante que l'ichthyol donne au visage (Soc. de thérap.). Dans la discussion qui suivit cette communication, M. Ferrand a vanté les bons effets de l'usage interne de la teinture d'iode, donnée à la dose de x gouttes matin et soir.

Emploi de l'ichthyol dans les fistules anales. — D'après Van der Willigen, des badigeonnages quotidiens à l'ichthyol auraient donné d'excellents résultats, et même la guérison (?), en huit à quinze jours, dans des cas de fistule anale. Les badigeonnages ne sont pas douloureux. Ce moyen pourrait, en tout cas, être essayé chez des tuberculeux avancés inopérables. (*Centralbl. f. d. Ges. Therap.*)

La duboisine dans le traitement de l'excitation maniaque et de la paralysie agitante. — Peterson aurait obtenu de bons résultats de la duboisine dans le traitement de l'excitation maniaque. Mendel l'aurait également employée avec succès contre le tremblement de la paralysie agitante. Les effets sont plus marqués et les dangers d'intoxication moindres qu'avec l'hyosciamide. On emploiera des doses de 1/3 à 1/4 de milligramme en injections sous-cutanées. Les effets calmants durent de trois à cinq heures. (*New-York Med. Journ.*)

Action de la chaleur dans la trichophytie. — M. J. Noir a obtenu, sans épilation, en un mois ou deux de traitement, de nombreuses guérisons dans la teigne tonsurante par le traitement suivant. Les cheveux étant coupés très ras avec des ciseaux et un savonnage minutieux au savon noir ayant été exécuté, on applique des compresses de tarlatane trempées dans une solution de sublimé au 1/2000 et portées à une température de 50 degrés environ. Une toile imperméable, maintenue par une bande de tarlatane, complète le pansement, renouvelé journellement avec le savonnage. Presque tous les malades ainsi traités appartenaient à la section des enfants idiots ou épileptiques de Bicêtre. Ils étaient sujets à des crises congestives ou épileptiformes; les applications chaudes ont toujours été bien supportées et n'ont jamais amené d'aggravation des phénomènes nerveux. Dans l'herpès circiné de la peau, les applications chaudes, employées par M. Ferrier, ont donné des guérisons encore beaucoup plus rapides que pour la teigne. (*Progrès méd.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 octobre 1893. — Présidence de M. Sappey.

CORRESPONDANCE

Elle comprend des lettres de candidature de MM. Blanchard, Laveran, Ferrand et Sevestre pour la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle ; de MM. Ribemont-Dessaigne et Porak pour la section d'accouchement, et de MM. Cadiot et Benjamin, pour la section de médecine vétérinaire.

LECTURE

Paradoxe thermométrique. — M. **Onimus** lit un travail sur ce sujet.

Nous désirons, dit-il, attirer l'attention des médecins sur les erreurs nombreuses auxquelles peuvent donner lieu les indications thermométriques.

Rien n'est plus typique, à ce sujet, entre la température marquée par le thermomètre et celle que nous ressentons, que ce qui se passe pendant les mois d'hiver au moment du coucher du soleil. Certains jours, et surtout lorsque la journée est belle, le thermomètre, à cinq heures de l'après-midi, marque la même température qu'à dix heures et même onze heures du matin, et cependant, au moment du coucher du soleil, on a froid et même très froid, et à dix heures du matin, on a chaud.

La discordance entre nos sensations et les indications thermométriques est tellement grande, que nous avons cru longtemps à des défectuosités des instruments. Il n'en est rien ; le fait est exact et, thermométriquement parlant, il fait aussi chaud à cinq

heures qu'à onze heures du matin, et cependant ce sont les thermomètres qui ont tort et nos sensations qui ont raison.

Un seul instrument cependant donne des indications qui concordent mieux avec nos sensations, c'est le thermomètre humide. Celui-ci se rapproche des conditions de notre organisme, car l'évaporation de l'eau sur la cuvette représente la température cutanée. Cette influence est tellement considérable, qu'on est tout étonné des écarts qui existent entre le thermomètre sec et le thermomètre humide ; ils varient presque toujours de 2 à 4 degrés, mais ils atteignent, à Monaco, facilement 6 degrés et plus. Le docteur Sambrech (de Toulon) a observé des différences de 10 degrés, lorsque les vents sont très secs.

Cependant le thermomètre humide même ne peut donner que des approximations, car l'évaporation étant l'élément important des indications du thermomètre humide, celle-ci n'est pas identique sur le thermomètre et sur le corps humain. D'un autre côté les phénomènes de radiation ont une influence moindre sur les thermomètres que sur notre organisme et le refroidissement que nous éprouvons pendant les belles journées de l'hiver tient surtout au rayonnement de toutes les parties de notre corps. C'est là un genre de refroidissement que les instruments physiques peuvent difficilement évaluer.

Dans tous les cas, ce refroidissement est le plus dangereux de tous, car il ne vient pas de l'extérieur à proprement parler, mais c'est une perte de calorique par radiation de tous nos organes. Il est plus difficile de s'en défendre et c'est pour cela que l'on ne saurait assez prémunir aussi bien les malades que les gens bien portants, contre les erreurs considérables des thermomètres, surtout des thermomètres ordinaires, à ce moment de la journée.

La différence entre les indications thermométriques et nos sensations peut même se produire non seulement à certains moments de la journée, mais pendant toute une journée. C'est ainsi que, lorsque le vent soufle du nord-ouest avec un ciel serein, le thermomètre monte le premier jour et cependant nos sensations révèlent un refroidissement considérable. Ce n'est que le lendemain que le thermomètre ordinaire indique la baisse de la température, mais celle-ci est alors inférieure à ce qu'elle est réellement, s'il survient un peu de pluie et si vers le soir le ciel redevient sec. On observe alors des gelées blanches, alors que le minimum thermométrique n'a pas atteint 0 degré.

De plus, dans l'intérieur des maisons, le refroidissement qui survient à la suite de perturbations atmosphériques dure souvent un jour de plus qu'à l'extérieur. C'est pour cela qu'on éprouve une sensation si pénible de froid dans les appartements et que l'on s'étonne qu'il fasse plus chaud dehors que dedans.

Nous ne voulons pas insister sur les autres erreurs auxquelles peuvent donner lieu les observations thermométriques, car nous ne voulons pas empiéter sur le domaine de la météorologie proprement dite. Nous nous permettons seulement de faire observer, qu'au point de vue médical, on devrait avoir d'autres moyens d'évaluer les changements atmosphériques. Non seulement les moyennes ne donnent que de mauvaises indications, mais d'un autre côté, nous avons à tenir compte de plus d'éléments que les météorologistes qui, d'un commun accord, prennent la température au nord et sous l'abri Renou.

C'est en plein air, c'est au soleil surtout que se promènent les malades, et les différences sont considérables, puisque souvent à l'ombre on a 15 degrés et 40 degrés au soleil. Même sans être exposé au soleil, mais uniquement par cela seul qu'on est en plein air, on éprouve des températures très différentes de celles que peut indiquer le thermomètre classique.

Nous pouvons résumer ainsi les observations que nous avons prises en plein air, et sous l'abri Renou, avec des thermomètres enregistreurs : en plein air et au soleil, c'est toujours à midi et à n'importe quel mois de l'année, que la température est à son maximum, tandis que sous l'abri le maximum varie selon les mois, il est par exemple de une heure à trois heures aux mois de janvier et février, de midi à trois heures au mois de mars, de onze heures et demie à trois heures au mois d'avril, de dix heures à cinq heures au mois de mai.

A l'ombre, ce maximum dure longtemps et ne présente pas de variation, à moins d'une perturbation atmosphérique.

A l'ombre le maximum est très instable, quelques nuages amènent rapidement un changement d'une dizaine de degrés. Le vent n'influe guère sur la marche générale, le maximum et le minimum varient aux mêmes heures, mais en plein air, les tracés obtenus sont formés par une série de hachures, à chaque instant il y a des différences de 5 degrés.

Les orages, les pluies n'agissent que d'une façon lente sur les tracés pris sous l'abri Renou ou dans les maisons, ils ont une action rapide et très marquée sur les tracés pris en plein air.

Dans tous les cas, et en reconnaissant ce qu'il y a de défectueux dans les observations thermométriques, nous croyons que celles prises en plein air donnent beaucoup mieux la physionomie du climat que celles prises selon les règles des climatologistes. On dirait avoir la représentation graphique des impressions de l'organisme. Avec des nuages, on a, en effet, une sensation très vive et très rapide de refroidissement. La chute du tracé est d'autant plus grande que la température était plus élevée à l'instant précédent.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 2 octobre 1893, ont été promus dans le corps de santé militaire et, par décision ministérielle du même jour, ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. Vigenaud, médecin-major de deuxième classe, médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Clermont-Ferrand, en remplacement de M. Regnier, décédé; maintenu provisoirement à son poste actuel. — M. Catteau, médecin-major de première classe, membre de la section technique de santé, en remplacement de M. Eichinger, retraité; maintenu provisoirement à son poste actuel.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Maire, en remplacement de M. Thomas, retraité ; maintenu au 86ᵉ d'infanterie. — Hornus, en remplacement de M. Cortial, décédé; désigné pour le 30ᵉ régiment d'infanterie. — Lamps, en remplacement de M. Pons, mis en non-activité; maintenu au 8ᵉ d'infanterie. — Lallemant, en remplacement de M. Bucquoy, retraité; désigné pour le 38ᵉ régiment d'infanterie. — Delatour, en remplacement de M. Boncour, retraité; désigné pour le 155ᵉ régiment d'infanterie. — Manquat, en remplacement de M. Vigenaud, promu; maintenu à son poste de répétiteur à l'école du service de santé militaire. — Lelong, en remplacement de M. Catteau, promu ; désigné pour le 162ᵉ régiment d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Thirion, en remplacement de M. Achard, mis hors cadre ; maintenu au 145ᵉ d'infanterie.—Notin, en remplacement de M. de Schuttelaère, mis hors cadres ; maintenu aux hôpitaux militaires de Tunisie. — Gury, en remplacement de M. Alvernhe, mis hors cadres ; maintenu au 151ᵉ d'infanterie. — Vallois, en remplacement de M. Perret, mis en non-activité; désigné pour le 2ᵉ régiment de hussards. — Dieu, en remplacement de M. Leroy, mis en non-activité; maintenu aux hôpitaux militaires de la division de Constantine. — Doublet, en remplacement de M. Maire, promu ; désigné pour le 18ᵉ d'infanterie. — Bergasse, en remplacement de M. Hornus, promu ; maintenu au 1ᵉʳ régiment de hussards. — Manoha, en remplacement de M. Lamps, promu ; désigné pour le 157ᵉ d'infanterie. — Douillet, en remplacement de M. Lallemant, promu ; désigné pour le 25ᵉ d'infanterie. — Delom-Sorbé, en remplacement de M. Delatour, promu ; désigné pour le 5ᵉ bataillon d'infanterie légère d'Afrique. — Descubes,

en remplacement de M. Manquat, promu; maintenu provisoirement au 107e d'infanterie. — Villiers, en remplacement de M. Lelong, promu; désigné pour le 4e régiment de zouaves.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. les chefs de clinique Lyon, Lion, Vaquez et Belin (clinique médicale); Villemin et Thiéry (clinique chirurgicale); Demelin (clinique obstétricale), Pactet (clinique des maladies mentales); Rochon-Duvigneaud (clinique ophtalmologique); Avirагnet (clinique des maladies des enfants) et Legueu (clinique des voies urinaires) sont maintenus pour un an dans leurs fonctions.

Sont institués pour un an : 1° chefs de clinique : M. Lafourcade (clinique chirurgicale), Wallich (clinique obstétricale), Wickham (maladies cutanées et syphilitiques) et Souques (clinique des maladies du système nerveux); 2° chef-adjoint : M. Gaston (maladies cutanées et syphilitiques).

— Par arrêtés du président du conseil, ministre de l'Intérieur, et sur la proposition du comité de direction des services de l'hygiène, des médailles d'honneur et des mentions honorables ont été décernées aux personnes ci-après désignées, en récompense de leur dévouement lors des épidémies de choléra et de typhus qui ont sévi en France en 1892-1893.

ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA 1892-1893

Médailles d'or. — MM. les docteurs Caudron, médecin adjoint du service des épidémies de l'arrondissement d'Abbeville; Duguet, médecin de l'hôpital Lariboisière, à Paris; Légée, médecin en chef du service des épidémies de l'arrondissement d'Abbeville, et Variot, chargé du service des cholériques à l'hôpital Trousseau, à Paris.

Médailles de vermeil. — M. le docteur Billiotte, médecin en chef de l'hospice des Sables-d'Olonne; Mme Cadoret, en religion sœur Saint-Léry, à l'hospice général de Nantes.

Médailles d'argent. — M. le docteur Benoist, médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Nazaire; M. Landowski, interne en médecine à l'hôpital Trousseau, à Paris; Mmes Degremont, en religion sœur Saint-Cyprien, à l'Hôtel-Dieu d'Abbeville, et Guillet, en religion sœur Sainte-Aglaé, supérieure du bureau de bienfaisance à Lorient.

Médailles de bronze. — MM. Baud et Péjaudier, élèves en pharmacie à l'hôpital temporaire du bastion 36, à Paris; Beauzamy, économe de l'hospice de Gonesse; Bichet, Cadel, Thouvenin et Tridon, faisant fonctions d'internes provisoires en pharmacie à l'Hôtel-Dieu annexe, à Paris; Pineau, infirmier à l'hospice des Sables-d'Olonne; Pitiot, garçon d'amphithéâtre à l'hôpital Saint-Antoine, à Paris; Mmes Francon, en religion sœur Amélie, à l'hospice de Gonesse, et Hauray, en religion sœur Saint-Jean-du-Calvaire, à l'hospice des Sables-d'Olonne.

ÉPIDÉMIE DE TYPHUS 1893

Médailles d'or. — MM. les docteurs Bonneau, à Mantes; Huber, médecin de l'Hôtel-Dieu d'Amiens; Lesage, médecin de l'hôpital de Beauvais; Meunier, médecin en chef de l'hôpital de Pontoise; Thibierge, médecin de l'Hôtel-Dieu annexe, à Paris; Josué, interne des hôpitaux de Paris, soldat au 51e de ligne, détaché à l'hôpital de Beauvais, titulaire d'une médaille d'argent en 1892 (choléra); Leroy, externe des hôpitaux de Paris, soldat au 51e de ligne, détaché à l'hôpital de Beauvais; Joret, directeur de l'Hôtel-Dieu, à Paris; Mme Chivouse, en religion sœur Valentine, supérieure de l'hôpital de Beauvais; Mmes Digonnet, en religion sœur Régis, et Perrien, en religion sœur Augustin, à l'hôpital de Beauvais, et Mlle Gendron, en religion sœur Sainte-Foy, à l'Hôtel-Dieu, à Paris.

Médailles de vermeil : MM. les docteurs Barrault, médecin de la prison de la Santé, à Paris; Bucquoy et Lancereaux, médecins de l'Hôtel-Dieu, à Paris; Bigeard et Vanverts, internes provisoires en médecine, à l'Hôtel-Dieu annexe de Paris, et Fritsch, infirmier à l'Hôtel-Dieu, à Paris.

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Fauvel, médecin de l'Hôtel-Dieu à Abbeville, et Lesseune, médecin à l'Hôtel-Dieu de Saint-Riquier; MM. Bernard et Touchard, internes à l'Hôtel-Dieu, à Paris; Berthelin, Bourg, Garoflid et Malartic, externes à l'Hôtel-Dieu annexe, à Paris; Roustain, interne provisoire à l'Hôtel-Dieu annexe, à Paris; Liégey, infirmier à l'Hôtel-Dieu à Paris; Lebon, infirmier à l'Hôtel-Dieu d'Amiens; Coulon, employé chargé du service de la désinfection à Beauvais, et Lecq, élève en médecine à l'Hôtel-Dieu d'Amiens; Mmes Miannay, en religion sœur Sainte-Bazile, à l'Hôtel-Dieu d'Abbeville, et Verdieu, en religion sœur Saint-André, à l'hôpital de Beauvais; Mlle Raflin, en religion sœur Saint-Alexandre, à l'Hôtel-Dieu à Paris.

Médailles de bronze. — MM. Chantier, interne en médecine à la prison de la Santé, à Paris; Barré, Peyré et Villecourt, internes en médecine à la Maison départementale de Nanterre; Maugery, externe en médecine à l'Hôtel-Dieu, à Paris; Couturieux et Savoire, internes en pharmacie à l'Hôtel-Dieu à Paris; Secques, interne en pharmacie à la Maison départementale de Nanterre; Boschat, Le Chevrel et Monasson, infirmiers à l'Hôtel-Dieu, à Paris; Lebrun, infirmier à l'hôpital de Chevreuse; MM. Colard, Duchemin, Gaillard, Gillot, Hugot et Mallet, désinfecteurs au service des étuves municipales, à Paris; Hanniquet et Limosin, chefs étuvistes au service des étuves municipales, à Paris; Mmes Fosset, Large et Raymond, infirmières à l'Hôtel-Dieu, à Paris; veuve Ridel et Leroux, infirmières à l'Hôtel-Dieu annexe, à Paris; Batais, en religion sœur Sainte-Louise, à l'hospice de Chevreuse, et Mlle Vion, en religion sœur Saint-Dominique, novice à l'Hôtel-Dieu, à Paris.

Mentions honorables. — Mme veuve Ferral, infirmière à l'hôpital de Mantes; Mlle Suri, garde-malade à l'hospice de Chevreuse; et M. Maudet, jardinier à l'hospice de Chevreuse.

— *Missions scientifiques.* — M. le docteur A. Rivière, interne lauréat des hôpitaux de Lyon, est chargé d'une mission scientifique à Vienne et dans les principales villes de l'Autriche, à l'effet d'y étudier l'art chirurgical, particulièrement au point de vue de la laryngologie, de la rhinologie et de l'otologie.

M. le docteur E. Poussié, membre de la Société asiatique, de la Société d'anthropologie et de la Société de géographie de Paris, est chargé d'une mission scientifique en Amérique (États-Unis, Mexique, Colombie, Venezuela, Bolivie et Pérou), à l'effet d'y poursuivre des recherches ethnographiques et de linguistique comparée.

— *Faculté de médecine de Paris.* — *Inscriptions.* — Le registre d'inscriptions du premier trimestre de l'année scolaire 1893-94, ouvert le jeudi 12 octobre, sera clos le samedi 18 novembre, à trois heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi.

1° Inscriptions de première, deuxième et troisième années de doctorat, — de première et deuxième années d'officiat, les jeudi 12, vendredi 13, samedi 14, mercredi 18, jeudi 19, vendredi 20, samedi 21, mercredi 25, jeudi 26, vendredi 27, samedi 28 octobre et les vendredi 3, samedi 4, mercredi 8, jeudi 9, vendredi 10 et samedi 11 novembre.

2° Inscriptions de quatrième année de doctorat, — de troisième et quatrième années d'officiat, les mercredi 15, jeudi 16, vendredi 17 et samedi 18 novembre.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et aux heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté.

MM. les étudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leurs inscriptions.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions de quatrième année de doctorat et de troisième et quatrième années d'officiat (sou-

mises au stage) ne seront distribués qu'à partir du mardi 14 novembre 1893.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, seront tenus de joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le quatrième trimestre 1892-93. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

Consignations pour examens. — Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les examens seront délivrés, à partir du lundi 9 octobre, le lundi et le mardi de chaque semaine, de midi à trois heures.

En ce qui concerne le premier examen de doctorat et les examens de fin d'année (officiat), les bulletins de versement ne seront délivrés que le lundi 9 et le mardi 10 octobre, conformément à l'avis déjà donné au mois de juillet.

Les consignations pour examens de fin d'année (officiat) ne seront reçues que sur présentation d'une autorisation spéciale. Sont dispensés de cette autorisation les élèves ajournés en juillet 1893.

Travaux pratiques. — Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs. Ils sont obligatoires pour tous les étudiants aspirant au doctorat ou à l'officiat. Ils sont facultatifs pour les étudiants ayant seize inscriptions.

Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés en prenant l'inscription trimestrielle correspondante.

Sont admis à prendre part aux travaux pratiques facultatifs, à la condition d'y être autorisés par M. le doyen sur leur demande écrite : 1° les étudiants ayant seize inscriptions ; 2° les docteurs français ; 3° les docteurs et étudiants en médecine étrangers à la Faculté.

L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire.

Les droits sont de 40 francs, payables en une fois.

Cartes d'étudiants. — Les cartes d'étudiants, pour l'année scolaire 1893-1894, seront délivrées au secrétariat de la Faculté, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et consignations.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 115. — SAMEDI 7 OCTOBRE 1893. 66e ANNÉE. SAMEDI 7 OCTOBRE 1893. — N° 115.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : **20 c.** — Avec Supplément : **30 c.**

REVUE GÉNÉRALE

Des luxations de l'extrémité supérieure des quatre derniers métacarpiens dans leurs articulations avec le carpe.

Par A. Orrillard, interne des hôpitaux.

I

Tandis que l'articulation carpo-métacarpienne du pouce est le type le plus parfait des articulations par emboîtement réciproque, les quatre autres métacarpiens sont réunis au carpe par de simples arthrodies munies de trois sortes de ligaments :

1° Un ligament interosseux étendu du grand os et de l'os crochu au côté interne de l'extrémité supérieure du troisième métacarpien ;

2° Quatre ligaments palmaires : un va transversalement de la face antérieure du trapèze au troisième métacarpien ; deux unissent le deuxième métacarpien au trapèze et au grand os ; le dernier va de l'os crochu au quatrième métacarpien ;

3° Sept ligaments dorsaux, beaucoup plus forts que les précédents. Deux réunissent le deuxième métacarpien, l'un au trapèze, l'autre au trapézoïde ; trois unissent le troisième métacarpien au trapézoïde et au grand os ; le quatrième et le cinquième métacarpien en ont chacun un qui va à l'os crochu.

Ajoutons que ces articulations sont encore consolidées par les forts ligaments qui unissent entre eux les quatre derniers métacarpiens.

Comme conséquence de ce mode d'articulation, il résulte que, tandis que l'articulation trapézo-métacarpienne est douée de mouvements variés et étendus, les quatre autres ne jouissent que de simples mouvements de glissement, à peu près nuls d'ailleurs pour le deuxième et le troisième métacarpien.

Ces notions rapides d'anatomie nous expliquent la rareté des déplacements au niveau de ces articulations. Leurs luxations sont en effet des plus rares et, parmi elles, celle qui est la plus fréquente est la luxation trapézo-métacarpienne. Cette lésion est bien connue et les exemples en sont assez nombreux. Il n'en est pas de même pour les articulations des quatre derniers métacarpiens qui, par leur nature, leurs rapports, semblent échapper à toute possibilité de déplacement. C'est ainsi d'ailleurs qu'avaient jugé Boyer, Cooper, Vidal, Nélaton.

Ayant eu l'occasion d'observer, en 1892, dans le service de notre maître, M. le docteur Marchand, à l'hôpital Saint-Louis, un cas de subluxation en avant du deuxième et du troisième métacarpien de la main gauche, nous avons fait quelques recherches sur cette lésion peu fréquente.

Nous avons pu recueillir 11 observations de luxation se rapportant aux articulations carpiennes des quatre derniers métacarpiens et avons pensé qu'un travail d'ensemble sur ce sujet aurait quelque intérêt.

Nous ne nous occuperons exclusivement que des luxations de l'extrémité supérieure des quatre derniers métacarpiens, laissant absolument de côté les déplacements de l'articulation trapézo-métacarpienne.

Observation (personnelle). — Le sujet de cette observation est un homme vigoureux de quarante-six ans, exerçant la profession de découpeur en métaux. Il n'a jamais été malade, a fait toute la campagne de 1870 et ne présente que quelques légères traces d'alcoolisme.

Ce malade entre salle Cloquet n° 18, à l'hôpital Saint-Louis, le 9 novembre 1892, pour un accident survenu dans les conditions suivantes :

Il travaillait à une machine destinée à produire des reliefs sur des plaques de métal, constituée essentiellement par une pièce rectangulaire douée de mouvements d'ascension et de descente qui pénètre dans une sorte de matrice, où le métal est déposé. A la suite d'une fausse manœuvre, la machine fut mise en mouvement à l'instant où le malade introduisait une plaque dans la matrice. Le coin, en s'abaissant, érailla fortement la face dorsale de la phalangette du médius de la main droite, tandis que la main gauche fut fortement comprimée par un des angles entre le coin et la matrice.

Amené immédiatement à l'hôpital, on constata les lésions suivantes :

Il existe, au niveau de la face dorsale de l'extrémité supérieure du deuxième métacarpien, une plaie linéaire de 2 centimètres environ laissant voir à nu le tendon extenseur du deuxième doigt. Cette plaie a intéressé une des veines dorsales de la main qui saigne abondamment. Elle donne accès dans une cavité produite par le décollement de la peau et assez étendue.

D'autre part, il existe au niveau de la crête du premier espace interosseux une plaie de 2 centimètres, linéaire, suivant exacte-

ment cette crête, par où font hernie les fibres musculaires du premier interosseux. Telles sont les lésions cutanées.

Il existe, en outre, une déformation de l'extrémité supérieure de la région métacarpienne. La main reposant sur sa face palmaire, on remarque, à ce niveau, un enfoncement formant encoche.

La palpation montre qu'elle est limitée en dedans par le quatrième métacarpien, qu'elle se perd insensiblement en bas et en dehors et qu'en haut elle est limitée par un rebord très net répondant à la ligne transversale menée de l'articulation trapézo-métacarpienne perpendiculairement à l'axe de la main. Cette ligne a été indiquée par M. Perrin comme répondant à peu près à l'interligne carpo-métacarpien (1).

Le rebord est donc formé par les os de la seconde rangée du carpe et en le palpant, on sent nettement une saillie anguleuse et sinueuse formée par le trapèze et le trapézoïde.

Au niveau de la face palmaire, cet enfoncement répond à une saillie située au-dessous du ligament antérieur du carpe et soulevant l'extrémité supérieure de l'éminence thénar et aussi la partie externe du creux palmaire. Le doigt, promené de haut en bas, vient buter contre cette saillie formée par l'extrémité supérieure des deuxième et troisième métacarpiens.

Vue par son profil externe, cette déformation donne l'opposé de la déformation de la fracture de l'extrémité inférieure du radius : c'est le dos de fourchette en bas.

En même temps existaient quelques signes fonctionnels. Très peu de douleur spontanée ou provoquée. Le pouce, le quatrième et le cinquième doigt avaient tous leurs mouvements. Les mouvements d'extension et surtout ceux de flexion étaient très limités pour le deuxième et le troisième doigt. Par rapport aux doigts de la main opposée, il y avait une légère diminution de longueur des doigts.

A cause du décollement énorme qui occupait toute la face dorsale de la main et pour permettre d'antiseptiser le foyer, on prolongea en bas la plaie qui existait. On eut ainsi sous les yeux le siège de la lésion.

En écartant les lèvres de la plaie, on voyait les deux insertions des muscles radiaux et les tendons extenseurs. Au-dessous d'eux s'apercevaient les faces cartilagineuses articulaires du grand os, du trapézoïde et du trapèze. La face dorsale de ces os, également parfaitement visible, présentait les insertions prises à ce niveau par les ligaments qui unissent le deuxième métacarpien au trapèze et au trapézoïde et le troisième au grand os et au trapézoïde. Tous ces ligaments étaient rompus. Le ligament interosseux unissant le deuxième au troisième métacarpien existait, mais nous n'avons pu nous rendre compte si celui qui unit le troisième au quatrième était ou non intact.

En présence de tous ces symptômes, le diagnostic porté fut celui de subluxation des deuxième et troisième métacarpiens en avant.

Il fut procédé immédiatement à la réduction. Tandis qu'un aide exerçait des tractions sur le deuxième et le troisième doigt, il nous fut facile, en prenant la partie malade à pleine main, de repousser d'avant en arrière les deux têtes métacarpiennes qui se remirent en place sans bruit et sans que le déplacement eût de la tendance à se reproduire.

Ceci fait, on réduisit la hernie musculaire du premier interosseux et la main malade fut appliquée sur une attelle et maintenue par un pansement ouaté. Au bout de quinze jours, les lésions articulaires étaient guéries et le malade put commencer à faire quelques mouvements. Bientôt, la plaie linéaire du premier espace interosseux était guérie et la seconde, siégeant au niveau du dos de la main, était en bon état, si bien que le malade put partir à Vincennes.

Les 11 observations qu'on retrouve dans la littérature médicale se divisent en deux classes, suivant qu'elles ont trait à des faits de luxation isolée d'un métacarpien seulement, ou bien à des faits de luxation simultanée de deux ou plusieurs de ces os.

Les premières sont au nombre de cinq. Les voici résumées dans l'ordre chronologique de leur publication :

Observation I [Blandin (1)]. — *Luxation incomplète du troisième métacarpien en haut.* — P..., âgé de vingt-quatre ans, trébuche, le 7 octobre 1844, sur un trottoir glissant. Pour se retenir, il porte instinctivement le bras gauche en dehors et la main correspondante fermée sur un rouleau de papier qu'elle tient, heurte une borne. Au moment de l'accident, peu de douleur, mais les doigts manquent de force, surtout le médius qui se refuse à obéir aux fléchisseurs ; bientôt apparaît du gonflement et il entre à l'Hôtel-Dieu.

Il n'y a point de plaie ; seulement une ecchymose linéaire, transversale, à la partie dorsale supérieure de la première phalange du médius et un craquement simulant la crépitation porte à croire à l'existence d'une fracture du troisième métacarpien.

Mise au repos, la main dégonfle et Blandin, le premier, annonce le quatrième jour un diastasis de l'extrémité carpienne, qui soulève la peau et fait un relief apprécié par l'œil. C'est en effet un diastasis forcé ou une luxation incomplète et ceci est démontré par la mobilité marquée de l'articulation dont le jeu est si obscur à l'état normal et qui prouve que les ligaments ont été déchirés complètement.

Obs. II [Jules Roux (2)]. — *Luxation du troisième os du métacarpe de la main droite dans son articulation carpo-métacarpienne.* — Le 16 février 1848, le sieur J..., âgé de vingt-trois ans, s'exposa, dans un état d'ivresse, à l'explosion d'une mine. Avec une fracture du crâne et une plaie de la cuisse gauche, on constata que la main droite présentait une fracture directe du deuxième métacarpien et une luxation du troisième dans son articulation carpo-métacarpienne. Cette dernière lésion était révélée par les signes suivants :

Tumeur dure, circonscrite et sous-cutanée, manifeste à l'œil et au toucher, correspondant à la région dorsale et moyenne du carpe, continue au troisième métacarpien et susceptible d'une mobilité obscure sous l'influence de tractions opérées sur cet os ; tumeur permanente dans tous les mouvements imprimés à la main, tumeur qu'on aurait pu prendre pour un os luxé appartenant au carpe lui-même, si elle n'eût été par trop distante de la ligne articulaire du poignet ; raccourcissement du médius rendu plus évident par la comparaison de sa longueur avec celle du même doigt de la main opposée ; inclinaison de l'os qui n'est plus sur le même plan que celui des autres métacarpiens.

Pour ramener à sa place ordinaire le métacarpien luxé, j'essayai d'abord inutilement de presser fortement sur son extrémité carpienne à l'aide de mes deux pouces arc-boutés contre cette extrémité, tandis que tous mes autres doigts se tenaient étroitement croisés dans la paume de la main du malade : mais la luxation fut promptement réduite dès que ce même effort eut été combiné avec une traction directe, opérée par un aide sur le médius. La saillie osseuse s'effaça en produisant un bruit particulier et le doigt correspondant reprit sa longueur et sa direction normales.

J. Roux met alors le doigt en extension, mais, à sa grande surprise, la luxation se reproduit ; elle ne se maintient réduite qu'en portant et maintenant la main et les doigts dans une flexion modérée.

Le malade étant mort d'encéphalite, voici ce que l'on trouva à l'autopsie du côté de la main.

---

(1) Perrin. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1875, p. 414.

(1) Blandin. *Journ. des connais. méd.-chir.*, 1844, 1er sem., p. 177 (résumée in *Gaz. des hôpit.*, 1844).

(2) Jules Roux. Luxation des os du métacarpe dans leur articulation carpo-métacarpienne, *Union méd.*, 1848, p. 224 (résumée dans la *Rev. méd.-chir. de Paris*, 1848).

Le médius fut porté dans l'extension et aussitôt la luxation se reproduisit. En disséquant la pièce, on vit l'extrémité carpienne du troisième métacarpien entièrement sortie de sa mortaise et reposant sur la face dorsale du grand os; tous les ligaments de l'extrémité luxée étaient rompus, à l'exception d'un lambeau fibreux qui la retenait encore très lâchement au deuxième métacarpien. Le ligament glénoïdien qui unit les extrémités phalangiennes des quatre métacarpiens était brisé. Le tendon du deuxième radial externe était dans le relâchement. Il y avait fracture du deuxième métacarpien et tous les ligaments de l'extrémité carpienne du quatrième métacarpien étaient rompus de telle sorte qu'il y avait imminence de luxation.

Obs. III [Bourguet (1)]. — *Luxation incomplète du second métacarpien en avant sans division des téguments; réduction le sixième jour de l'accident.* — Marius A..., quarante-cinq ans, était employé dans un moulin à vapeur et occupé, le 16 juin 1846, à frotter la machine qui était en mouvement. Le siège sur lequel il était assis s'étant déplacé et une chute étant imminente, il s'accrocha, de la main gauche, à une des barres parallèles que meut le piston. Ce dernier continuant son mouvement d'ascension, sa main se trouva engagée entre celles-ci et le cadre et eut à supporter une pression extrêmement forte qui porta presque exclusivement sur la partie postérieure et supérieure du deuxième os du métacarpe, en dessous de son articulation avec le trapézoïde; sous l'influence de ce violent effort, il se produisit une luxation incomplète en avant de l'extrémité supérieure de cet os.

Le malade négligea sa blessure les premiers jours, puis vint consulter. On constata les symptômes suivants :

Du côté de la paume de la main, on sent une tumeur osseuse anormale, située au-dessous du ligament annulaire antérieur du carpe, se continuant d'une manière évidente avec le deuxième os du métacarpe et obéissant aux mouvements imprimés à cet os.

A la région dorsale, dans le point correspondant à l'extrémité supérieure du second métacarpien, existe une dépression manifeste et au-dessus de cette dépression, une saillie anguleuse et sinueuse formée par les surfaces articulaires et par la face postérieure du trapézoïde et du trapèze.

Le doigt ne présente pas de déviation; il est plus court que celui du côté opposé de 4 à 5 millimètres; le métacarpien est incliné en avant et situé sur un plan antérieur aux autres, principalement vers sa partie supérieure.

On fait le diagnostic de luxation en avant et on procède à la réduction de la façon suivante :

Un aide fait de la contre-extension sur le poignet, un second fait de l'extension sur le doigt luxé; pendant ce temps, le chirurgien presse sur la tumeur de la paume de la main avec les deux pouces appliqués l'un sur l'autre et fait basculer en même temps en avant, au moyen des quatre derniers doigts de la main droite, l'extrémité inférieure du métacarpien. Cette manœuvre amène la réduction sans bruit. La guérison fut complète.

Obs. IV [Humbert (2)]. — *Luxation du deuxième métacarpien en avant.* — Le 24 février, Guillaume P..., conduisant une charrette, reçoit un coup de pied de cheval à la main droite qui, demi-fermée, tenait les guides.

Examiné immédiatement, on trouve les symptômes suivants :

L'index présente à la face dorsale de la première phalange une plaie linéaire très nette, oblique en bas et en dedans, s'arrêtant à la tête du deuxième métacarpien, puis quelques plaies contuses. Toute la région est le siège d'un gonflement assez considérable. Ces traces montrent où a porté la violence extérieure.

Au niveau de l'extrémité supérieure du deuxième métacarpien, on sent sous la peau une tumeur dure, circonscrite, sur laquelle le doigt peut reconnaître deux angles saillants séparés par une surface concave et qui se continue d'une manière évidente avec le reste de l'os dont elle suit les mouvements.

L'épaisseur des parties molles et la douleur empêchent de constater s'il existe une dépression correspondante dans la paume de la main.

Mesuré de son extrémité à celle du médius, l'index est plus court de 5 millimètres que celui du côté opposé. Ses mouvements sont impossibles, ceux des autres doigts douloureux.

En appuyant directement sur la tumeur d'arrière en avant, on ne détermine aucun changement dans sa position. Pour la réduire, il faut presser fortement en avant et en bas avec les deux pouces, pendant que des tractions sont exercées sur l'index. La réduction se fait avec bruit. Guérison absolue.

Obs. V. [Maurice (1)]. — *Luxation du quatrième métacarpien.* — Un ouvrier armurier essayait une cartouche nouvelle pour le fusil Chassepot. Après avoir posé sa cartouche dans le canon, il la poussait en avant à l'aide du verrou saisi de la main droite; mais avant qu'il ait eu le temps de fixer le verrou en le rabattant sur l'arrêt, la cartouche avait fait explosion. Le verrou, repoussé brusquement en arrière, l'avait frappé dans le milieu de la paume de la main, où il avait produit une plaie superficielle de peu d'importance avec une forte contusion. En même temps une saillie anormale s'était produite au dos de la main. Cette saillie dépassait d'un demi-centimètre environ le niveau des autres parties et elle correspondait juste à l'extrémité supérieure du quatrième métacarpien. La réduction fut facile et la guérison prompte.

En résumé, il a été publié :

Une subluxation en avant du deuxième métacarpien (Bourguet);

Une luxation en arrière du deuxième métacarpien (Humbert);

Deux luxations en arrière du troisième métacarpien (Blandin, Roux);

Une luxation en arrière du quatrième métacarpien (Maurice).

Voici maintenant la seconde série d'observations se rapportant à des luxations simultanées :

Obs. VI. [Foucher (2)]. — *Luxation du premier et du deuxième métacarpien en arrière avec une fracture du troisième, suite de l'éclat d'un fusil.* — Cette pièce a été recueillie à l'autopsie d'un individu de cinquante ans à qui, vingt ans auparavant, un fusil avait éclaté dans la main.

En même temps qu'une luxation du premier métacarpien et une fracture du troisième, voici ce que l'on constate :

Le métacarpe présente la saillie anguleuse formée par le cal du troisième métacarpien. En dehors et en arrière d'elle s'en trouve une plus considérable (15 à 18 millimètres), plus arrondie, se continuant avec le deuxième métacarpien, affectant la forme de l'extrémité supérieure de cet os et recevant le tendon soulevé du premier radial externe. C'est donc la tête du deuxième métacarpien déplacée en arrière et en haut, que l'on sent sous la peau.

La dissection a montré les particularités suivantes : intégrité des muscles palmaires, sauf de ceux de l'éminence thénar devenus fibreux.

Le tendon extenseur de l'index est dévié en dedans, contourne la saillie de la tête du deuxième métacarpien et contient dans sa gaine un assez grand nombre de concrétions fines, blanchâtres que nous retrouvons dans quelques articulations.

L'extrémité supérieure du deuxième métacarpien apparaît tout

(1) Bourguet. Observations pour servir à l'histoire des luxations des doigts et de la main, *Rev. méd.-chir. de Paris*, 1853, t. XIV, p. 94.

(2) Humbert. Luxation du deuxième métacarpien en arrière, clinique de Desormeaux, *Union méd.*, 1868, 3e série, t. V, p. 527.

(1) Maurice. *Ann. de la Soc. de méd. de Saint-Etienne et de la Loire*, 1868 (résumée dans la *Gaz. méd. de Paris*, 1868).

(2) Foucher. Soc. anat., 1856.

entière sur la face dorsale du carpe, sans déformation et recouverte de son cartilage. Cette extrémité a donc éprouvé un déplacement en arrière et en haut d'une hauteur de près de 2 centimètres; elle est maintenue dans sa position par deux bandes fibreuses considérables, dont l'une s'étale sur la face dorsale des os du carpe et l'autre s'étend à l'extrémité du troisième métacarpien. Le premier radial externe a suivi le deuxième métacarpien dans son déplacement.

Puis se trouvent les détails de la luxation du premier métacarpien.

Obs. VII. [Vigouroux (1)]. — *Luxation ancienne des quatre derniers métacarpiens de la main gauche produite par l'explosion d'un fusil.* — Le nommé L..., âgé de soixante-deux ans, meurt à l'hôpital Cochin d'une affection des voies urinaires. De son vivant, on avait remarqué une déformation considérable de la région métacarpienne gauche et, en outre, l'absence de l'index de cette main. Le diagnostic avait été : luxation des quatre derniers métacarpiens. Cette blessure avait été produite par l'explosion d'un fusil dans cette main, à l'âge de dix-huit ans.

A l'autopsie, voici ce que l'on trouva :

1° Une luxation complète en arrière des quatre derniers métacarpiens;

2° En même temps que l'extrémité supérieure des métacarpiens était portée en arrière, leur extrémité inférieure était portée en avant; il résultait du mouvement de bascule une luxation incomplète en arrière des premières phalanges des trois derniers doigts (l'index manquant);

3° Une soudure du deuxième métacarpien privé de son tiers inférieur avec le troisième.

Les articulations radio-carpiennes, médio-carpiennes et trapézo-métacarpiennes sont parfaitement normales et jouissent de tous leurs mouvements.

Les premières phalanges des trois derniers doigts sont dans l'extension; la flexion est impossible à cause de la saillie des têtes des métacarpiens. Les parties molles ne présentaient rien de remarquable; je noterai seulement comme détails secondaires que la peau adhérait par un tissu cicatriciel solide à la portion restante du deuxième métacarpien, et qu'il restait dans le tissu cellulaire de la paume de la main des grains de poudre, simulant au premier aspect de la mélanose.

Obs. VIII. [Erichsen (2)]. — *Luxation des quatre derniers métacarpiens en avant.* — Erichsen représente, dans son traité, un moule pris sur un malade de l'hôpital et déposé au University College Museum. Voici ce qu'il en dit : « La main était portée en avant et raccourcie et les os du carpe formaient une saillie arrondie et convexe sur le dos du métacarpe.

Cette saillie concave répondait à l'interligne des os du carpe et différait d'une façon si remarquable de l'aspect convexe de l'extrémité inférieure du radius et du cubitus, comme on le voit dans la luxation radio-carpienne que je pense qu'il ne pouvait y avoir le moindre doute sur la nature de la lésion présentée par le malade. »

Obs. IX. [Rivington (3)]. — *Luxation compliquée de tous les métacarpiens en avant.* — L'auteur publie un fait de luxation compliquée de tous les métacarpiens droit en avant. Il n'y a aucune description de la forme des parties. Il fallut enlever une partie des os déplacés et il resta un moignon de main qui put rendre plus tard grand service au malade.

(1) Vigouroux. Soc. anat., 1856.
(2) John Eric. Erichsen. *The Sc. and Art of Surg.*, London 1872, t. I, p. 385.
(3) M. Rivington. Compound dislocation of all the metacarpal bones of the right hand; operation; recovery with a serviciable hand, *The Lancet*, 1873, t. I.

Obs. X. [Tillaux (1)]. — *Luxation incomplète en avant des quatre derniers métacarpiens.* — L..., corroyeur, tombe d'une fenêtre d'une hauteur d'environ 3 mètres sur le dos, la main gauche prise sous lui et portant sur le sol par sa face palmaire en flexion.

Impotence fonctionnelle consécutive.

Ce qui frappe à l'examen, c'est la flexion de la main; de plus, le pli du poignet est plus profond que du côté opposé, il est anguleux, ce qui est dû à une saillie anormale du talon de la main.

Sur la face dorsale, il y a un peu de gonflement et au niveau de l'articulation carpo-métacarpienne existe une dépression appréciable à la vue et surtout au toucher. Elle est limitée en haut par la deuxième rangée du carpe.

A la même hauteur que cette dépression, mais du côté palmaire, il y a une saillie plus considérable du talon de la main.

Une extension modérée sur la main combinée à un mouvement de bascule du métacarpe réduit la déformation, qui reparaît en faisant la même manœuvre en sens inverse.

Aucun mouvement spontané n'est possible, mais on peut faire exécuter tous ceux qui se passent dans l'articulation radio-carpienne.

On réduit la luxation et on immobilise pendant dix jours. Guérison complète.

Obs. XI. [Poulet (2)]. — *Subluxation des cinq métacarpiens sur le carpe, réduction après un mois.* — Un cavalier désarçonné par son cheval est projeté, la main gauche étendue sur l'angle saillant d'un trottoir. Gonflement considérable qui empêche le diagnostic.

Un mois après l'accident, M. Poulet s'assure qu'il n'y a rien dans l'articulation radio-carpienne, qu'il existe sur la face dorsale une saillie osseuse anormale formée surtout par le grand os, qu'au-dessous de cette saillie est une dépression allant du trapèze à l'os crochu.

A la face palmaire, on note : la projection en avant du talon de la main avec disparition du creux palmaire et saillie d'une masse osseuse mal délimitée. La tabatière anatomique n'existe plus, les espaces interdigitaux sont plus rapprochés (2 centimètres) des apophyses styloïdes. Ce qui frappe surtout, c'est la saillie des os du carpe en arrière, l'agrandissement du diamètre antéro-postérieur du poignet et le raccourcissement de la main.

Le moule comparé à la figure donné par Erichsen montre que la déformation est plus prononcée dans le cas du chirurgien anglais et fait penser qu'ici la luxation est incomplète.

Poulet réduisit la luxation sous chloroforme, mais la déformation ne disparut qu'en partie.

II

Historique. — Les luxations des quatre derniers métacarpiens, au niveau de leurs articulations supérieures, ont été méconnues fort longtemps. Le premier fait très résumé et fort incomplet est contenu dans une note, parue en 1844, et se rapportant à un malade du service de Blandin. En 1848, J. Roux publie un assez long article au sujet de son observation personnelle et énumère avec complaisance tous les auteurs classiques de son époque qui tous nient la possibilité de ces lésions, bien que, dit Roux, « la science possède des faits bien constatés de luxation du métatarse dans leur articulation tarso-métatarsienne, où les conditions de solidité et d'immobilité ne le cèdent en rien à celles que présentent les articulations carpo-métacarpiennes ». Ajoutons, d'ailleurs, que l'observation de Blandin lui est inconnue.

En 1853, Bourguet, chirurgien de l'hôpital d'Aix, publie

(1) Tillaux. *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1875, p. 415.
(2) Poulet. *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1884, p. 902.

une série d'observations se rapportant à des luxations des os de la main; on y trouve le premier fait de subluxation du second métacarpien en avant. C'est en s'appuyant sur ces trois observations que Malgaigne écrit un chapitre d'ensemble dans son *Traité des fractures et des luxations*. En 1856, Foucher et Vigouroux présentent, à la Société anatomique, deux pièces concernant ces lésions. En 1868, Désormeaux fait une clinique sur une observation recueillie par Humbert et étudie rapidement le mécanisme de ces luxations; la même année, Maurice publiait son observation.

Dans son *Traité de chirurgie*, Erichsen figurait un exemple de luxation des quatre derniers métacarpiens en avant. Malgré la netteté de cette figure, cette observation est mise en doute par un certain nombre d'auteurs [Follin et Duplay, Le Dentu (1)]. En 1871, M. Polaillon, dans son article du *Dictionnaire encyclopédique*, relate les diverses observations connues à cette époque et parle d'une communication faite par Demarquay à la Société de chirurgie de Paris, en 1851. En se rapportant au mémoire indiqué, on trouve que cette année ce chirurgien lut un mémoire intitulé : *Recherches sur la luxation du pouce en arrière et sur le procédé qu'il convient d'employer pour la réduire*, suivi d'une observation de luxation incomplète de l'extrémité postérieure du second métacarpien en dedans. Cette luxation déjà difficile à se représenter devient bien douteuse, lorsqu'on lit la dernière phrase de ce même mémoire où il est dit que « M. Demarquay termine son mémoire en rapportant une observation de luxation incomplète de l'extrémité postérieure du premier métacarpien en haut et en dedans, sur la partie postérieure du trapézoïde et du second métacarpien (2) ». D'après cette phrase, nous croyons comprendre qu'il s'agit non d'une luxation du deuxième métacarpien, mais bien d'une luxation du premier.

La Société de chirurgie nomme, en 1875, une commission pour examiner un malade, présenté par M. Després et atteint de luxation médio-carpienne, et à ce propos M. Tillaux rapporte comparativement une observation de subluxation en avant des quatre derniers métacarpiens. C'est à cette époque et à propos de ces deux observations que Perrin conseille son point de repère.

Dans son *Traité de la chirurgie de la main*, M. Blum, en 1882, cite un certain nombre d'observations de luxations carpo-métacarpiennes, mais sans indiquer les sources bibliographiques : une de Chelius sur une luxation en avant du deuxième métacarpien, une autre de B. Anger sur une luxation du quatrième et du cinquième métacarpien.

L'une d'elles, publiée par Rinaldi (3) dans des termes fort obscurs d'ailleurs, se rapporte manifestement non pas à une luxation carpo-métacarpienne, mais bien à une luxation de l'extrémité inférieure du quatrième métacarpien, comme le démontre le mécanisme invoqué par l'auteur pour expliquer la production de la blessure constatée.

Enfin, en 1884, Poulet rapporte, à la Société de chirurgie, un cas de subluxation des cinq métacarpiens en avant.

Depuis cette époque, aucun travail d'ensemble n'a été fait sur ces lésions à part les quelques lignes qui se trouvent dans les traités classiques.

III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Dans le seul cas de luxation récente où l'on a pu examiner la pièce, on trouva l'extrémité du métacarpe entièrement sortie de sa mortaise et reposant sur la face dorsale du grand os; tous les ligaments étaient rompus, à l'exception d'un lambeau fibreux qui tenait encore très lâchement au deuxième métacarpien (il s'agissait d'une luxation en arrière du troisième métacarpien, cas de Roux). Le ligament glénoïdien qui unit les extrémités phalangiennes était brisé et le tendon du deuxième radial externe dans le relâchement. C'est à peu près les mêmes lésions que l'on retrouve dans l'examen anatomique de la pièce de Foucher qui était une luxation datant de vingt ans.

Vigouroux, dans l'examen de la luxation qu'il a examinée et qui datait de quarante-quatre ans, a vu une lésion secondaire très intéressante. Il y avait luxation en arrière des quatre derniers métacarpiens et, consécutivement, il s'était produit une bascule de l'extrémité inférieure des métacarpiens d'où résultait une luxation incomplète en arrière des premières phalanges.

Du reste, il est bien rare de trouver seulement les lésions de la luxation; la plupart du temps elles sont associées avec d'autres blessures : fractures des os voisins, plaies des téguments faites soit par contusion, soit par éclatement comme dans notre cas.

IV

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. MÉCANISME. — De l'examen comparé des observations ci-dessus, nous voyons que les luxations simultanées de deux ou des quatre métacarpiens sont plus fréquents que les luxations isolées d'un seul de ces os, et quand ce dernier cas se produit, le déplacement est bien plus fréquent en arrière qu'en avant (1 cas sur 5 observations). Ce dernier fait peut s'expliquer, il me semble, par la sorte de voûte formée par les extrémités supérieures métacarpiennes unies ensemble, voûte à concavité regardant en avant, et due à ce que les extrémités osseuses taillées en coin sont beaucoup plus épaisses du côté dorsal que du côté palmaire. De cette disposition résulte qu'il faut une puissance beaucoup plus grande pour faire pénétrer ce coin d'arrière en avant que pour le chasser en arrière.

Au point de vue anatomique, une chose à remarquer est qu'il n'existe qu'un cas de luxation complète en avant. C'est celui de Bourguet où il s'agissait d'une luxation du deuxième métacarpien et que l'auteur lui-même regardait comme incomplète. Mais Malgaigne, s'appuyant sur l'existence du raccourcissement de l'index qui était de 4 à 5 millimètres, ajoute : « M. Bourguet pense que sa luxation était incomplète; le raccourcissement du doigt, s'il était réel, serait, au contraire, un signe pathognomonique de luxation complète (1). » Or, ce raccourcissement était minime et nous croyons que, si la luxation avait été complète, si les surfaces articulaires n'avaient pas été en rapport au moins au niveau de leurs bords, le raccourcissement digital aurait

(1) LE DENTU. *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXI, p. 308.

(2) DEMARQUAY. *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1851-1852, p. 171 et 172.

(3) RINALDI. De la luxation en arrière de l'extrémité supérieure du quatrième métacarpien, *Alger méd.*, 1875, p. 73, et *Bull. gén. de thérap.*, 1876.

(1) MALGAIGNE. *Traité des fractures et des luxations*, t. II, p. 728, Paris, 1855.

été beaucoup plus considérable. Cette diminution nous semble simplement due à l'obliquité du métacarpien. Pour s'en rendre compte, il suffit d'ailleurs de mesurer sur un squelette de main articulé la distance qui sépare l'interligne carpo-métacarpien de l'extrémité inférieure des métacarpiens, puis de refaire cette même mesure après avoir produit une subluxation en avant. On voit alors que le premier chiffre est supérieur de 4 à 5 millimètres au second. Cette expérience prouve bien qu'il n'est pas nécessaire d'avoir une luxation complète pour avoir un raccourcissement du doigt et ce signe perd un peu de la valeur pathognomonique que lui avait attribuée Malgaigne.

Et d'ailleurs il nous semble très difficile, pour ne pas dire impossible, qu'il se produise des luxations complètes en avant. On trouve, en effet, dans cette région, une série d'obstacles contre lesquels viendraient buter les extrémités métacarpiennes, à moins qu'il n'y ait en même temps des fractures et des délabrements considérables.

Examinons en effet, successivement, chacune des quatre dernières articulations carpo-métacarpiennes : la cinquième vient buter contre la grande apophyse de l'os crochu, qui coupe court à tout chevauchement. Le quatrième pourrait, à la rigueur, glisser en dehors de cette même apophyse, mais il viendrait rencontrer, ainsi du reste que les deux autres métacarpiens, le bord inférieur du ligament antérieur du carpe qui s'oppose, lui aussi, à tout chevauchement. D'ailleurs, ce n'est pas encore le seul obstacle que rencontreraient les têtes métacarpiennes : le canal carpien n'est pas vide, il est rempli par les tendons fléchisseurs qui, par ce ligament carpien antérieur, sont suffisamment comprimés pour qu'un corps étranger comme une tête métacarpienne n'y puisse trouver place que difficilement.

De cette étude, il nous semble résulter que la luxation métacarpo-carpienne, complète en avant, est pour ainsi dire impossible; il n'y en a pas d'exemple, et jusqu'à ce jour on n'a eu affaire qu'à des subluxations.

La luxation en arrière est, au contraire, parfaitement possible, aucun élément anatomique ne s'opposant au chevauchement. Du reste, il existe des cas de dissection où l'on a trouvé les extrémités métacarpiennes reposant sur les faces dorsales des os du carpe (Foucher, Vigouroux, J. Roux). Il y a alors, nécessairement, raccourcissement du doigt, mais il y a là une cause d'erreur qu'il faut éviter. Pour apprécier ce raccourcissement, il faut ou comparer le doigt malade avec les doigts voisins, en tenant compte, d'ailleurs, des différences normales de longueur, ou bien prendre son point de repère supérieur au-dessus de l'articulation carpo-métacarpienne, à l'interligne radio-carpien par exemple.

La force qui produit ces luxations est toujours considérable : la preuve de ceci est fournie par notre observation même où la pression a été assez énergique pour produire l'éclatement de la peau sur la crête du premier espace interosseux. Cette force peut d'ailleurs agir de deux façons différentes, directement ou indirectement.

Cette puissance est directe lorsqu'elle est appliquée sur l'extrémité supérieure des métacarpiens, qui subissent alors une pression qui les repousse en avant ou en arrière, suivant le point d'application. Une partie de cette force est employée à rompre les ligaments, et si elle continue d'agir, le déplacement se produit. C'est ce qui est arrivé dans notre observation et dans celles de Roux, de Bourguet, de Maurice, de Foucher, de Vigouroux.

Au lieu d'être appliquée au point même de la lésion à produire, la force productrice peut agir indirectement sur l'extrémité phalangienne des métacarpiens, qu'elle transforme alors en levier. Il se produit alors un mouvement de bascule qui peut produire deux choses, suivant que les ligaments carpo-métacarpiens cèdent ou ne cèdent pas. Dans le premier cas, il y a luxation; dans le second, c'est le métacarpien qui se fracture, soit vers sa partie moyenne, soit vers son extrémité supérieure. Un exemple des plus nets de ce mécanisme est fourni par l'observation de M. Humbert. Il s'agissait d'un charretier, qui tenait ses guides de sa main droite à demi fermée. Il reçoit un coup de pied de cheval qui porte sur l'extrémité inférieure du deuxième métacarpien, où l'on retrouve les plaies contuses : il se produit une luxation en arrière de l'extrémité supérieure de ce métacarpien. M. Humbert pense que le choc a repoussé en avant l'extrémité inférieure de l'os rompant ainsi les ligaments de l'articulation supérieure, puis comme la force continuait d'agir, l'extrémité supérieure a basculé et les surfaces articulaires ont perdu leurs rapports normaux. C'est aussi à ce mécanisme, qu'il faut probablement rapporter la production de la luxation dans le cas de Tillaux, où la lésion était le résultat d'une chute sur le dos, la main gauche, prise sous le corps et portant sur le sol par la face dorsale. Le même mécanisme peut être invoqué dans les cas de Blandin et de Poulet.

Un certain nombre d'expériences cadavériques ont été faites par J. Roux (1); nous les rapportons ici.

« Pour exercer sur les quatre derniers métacarpiens une force capable d'en opérer la luxation, j'ai eu soin de fixer l'avant-bras ou le poignet du cadavre contre le bord d'une table à l'aide d'un étau solide. J'agissais alors sur les quatre métacarpiens à la fois, ou isolément sur chacun d'eux, tantôt dans le sens de la flexion, tantôt dans celui de l'extension de la main, et cela en employant une violence, soit *directe*, soit *indirecte*.

Dans la première série de mes expériences, la violence était *directe* et imprimée par un énorme levier ou un volumineux marteau. Voici les résultats que j'ai obtenus :

1° Fracture des os du métacarpe, presque toujours;

2° Fracture des os de l'avant-bras, rarement;

3° Séparation des extrémités carpiennes des métacarpiens sans luxation, moins rarement;

4° Luxation d'un ou de plusieurs de ces os dans leur articulation carpo-métacarpienne, plusieurs fois.

Dans la seconde série, la violence en quelque sorte *indirecte* était opérée par l'intermédiaire d'un fort lien terminé par deux anses, dont l'un embrassait un ou plusieurs métacarpiens, tandis que dans l'autre était engagé un levier puissant. Or, en me servant de ce levier comme d'un levier du troisième genre, j'ai produit :

1° Le plus souvent, la fracture des deux os ou de l'avant-bras;

2° Fréquemment, la fracture isolée des os du métacarpe;

3° Une fois, la luxation du poignet sans fracture aucune;

4° Quelquefois, la séparation des extrémités carpiennes des métacarpiens, sans luxation;

5° Assez rarement, la luxation des métacarpiens, soit en avant, soit en arrière, sans désordre trop considérable des parties molles.

(1) J. Roux. Loc. cit.

Ces résultats sont, dans leur ensemble, assez bien en rapport avec les faits que la théorie et la pratique fournissent et qui démontrent : 1° que la résistance des articulations qui composent le massif du carpe ou qui y sont annexées l'emporte sur celle des os de l'avant-bras et du carpe; 2° que les causes directes, telles que contusions fortes, éclats d'armes à feu, passage d'une roue de voiture, etc., fracturent ordinairement les os du métacarpe; tandis que les causes indirectes, les chutes, les fortes pressions sur la main, etc., sont suivies, le plus souvent, de la fracture des os de l'avant-bras; 3° enfin, que sous l'influence de ces deux genres d'agression, la luxation des métacarpiens est extrêmement rare. »

Se fondant toujours sur ces expériences et sur les faits de séparation sans luxation des têtes métacarpiennes, J. Roux émet l'hypothèse que peut-être, une fois cette séparation faite, les muscles radiaux interviennent pour achever la luxation dans le cas de déplacements concernant le deuxième et le troisième métacarpien.

V

Étiologie. — En considérant les différents cas publiés, on voit que ces lésions ont toujours été observées chez des hommes adultes, c'est-à-dire chez des sujets exposés à de grandes violences ou à de gros traumatismes. Et en effet, il est à remarquer, et ceci est bien expliqué par l'énorme solidité des articulations carpo-métacarpiennes, que ces lésions, pour se produire, ont besoin d'une violence considérable. L'explosion d'armes à feu, d'une cartouche (Maurice), d'une mine (Roux), sont les causes les plus fréquentes. Puis viennent les chutes, les pressions appliquées en certains points de la main, par de puissantes machines, les coups de pied de cheval, etc.

Comme le fait remarquer Roux, ces violences paraissent avoir d'autant plus d'action qu'elles agissent sur les premières phalanges des doigts fortement fléchis et dans la flexion extrême de la main sur l'avant-bras.

VI

Symptômes. — Au moment de l'accident, le malade éprouve, tantôt une *douleur* vive, qui le force à cesser son travail, tantôt, au contraire, ce symptôme est assez peu accusé pour que le patient puisse vaquer à ses occupations et rester plusieurs jours sans réclamer de soins. Du reste, comme il est rare que la luxation carpo-métacarpienne soit une lésion isolée, on comprend facilement que l'intensité de la douleur soit un peu subordonnée à la nature et à la gravité des lésions concomitantes.

Avec elle existent des troubles fonctionnels. Les doigts manquent de force, obéissent mal aux fléchisseurs et aux extenseurs. Quelquefois l'impotence fonctionnelle est absolue et les doigts sont immobiles.

Les mouvements de l'articulation radio-carpienne existent, mais généralement le malade n'ose pas mettre son articulation en mouvement.

Les symptômes les plus importants sont fournis par l'examen direct.

Les doigts sont fléchis et immobiles.

La main est le siège d'un gonflement plus ou moins considérable, qui se produit immédiatement ou peu de temps après la production de la blessure.

La région métacarpienne est irrégulière et le ou les métacarpiens déplacés ne sont plus sur le même plan que les autres.

Quant à la déformation, elle varie suivant que l'on a affaire à une subluxation en avant ou à une luxation en arrière.

1° *Subluxation en avant.* — Nous avons vu plus haut que la luxation complète avec chevauchement n'a pas été observée et doit être excessivement rare; on a donc affaire, le plus souvent, à une subluxation en avant.

Si tous les métacarpiens sont déplacés en avant, on a les signes suivants : la main est fléchie, le pli du poignet est plus profond que du côté opposé, il est anguleux et beaucoup plus saillant que du côté sain. Du côté de la face dorsale, on voit, au-dessous de l'articulation carpo-métacarpienne, une dépression considérable, répondant à la saillie du talon de la main et limitée en haut par une masse régulièrement convexe en bas, et qui n'est autre que la seconde rangée du carpe. Cette forme convexe de la saillie supérieure est bien différente, comme le fait remarquer et comme le figure Erichsen, de la saillie concave en bas fournie par le radius et le cubitus dans la luxation radio-carpienne.

En même temps que cette déformation, on constate la disparition de la tabatière anatomique (Poulet), l'agrandissement du diamètre antéro-postérieur du poignet.

Enfin, on trouvera dans les cas de subluxation en avant un léger raccourcissement des doigts dû presque exclusivement à l'obliquité prise par le métacarpien.

Il est facile de se représenter les déformations de la région que l'on rencontrera dans les cas de subluxatiou isolée de l'un ou l'autre des métacarpiens en avant.

2° *Luxation en arrière.* — La déformation que l'on constate dans ce cas est juste le contraire de la déformation dans la luxation en avant. Elle rappelle le dos de fourchette de la fracture de l'extrémité inférieure du radius, avec cette différence que le sommet de la convexité se trouve plus bas.

On trouve donc, soit au niveau de l'articulation carpo-métacarpienne, soit sur la face dorsale des os du carpe, une tumeur dure, plus ou moins volumineuse, suivant le nombre des os luxés. Elle est dure, manifeste à l'œil et au toucher, susceptible d'une mobilité obscure, si l'on vient à faire des tractions sur le ou les métacarpiens en cause.

Le métacarpien en cause n'est plus sur le même plan que ses congénères.

Du côté de la face palmaire, au contraire, il y a une dépression au niveau du talon de la main, mais elle est peu apparente, effacée qu'elle est par l'épaisseur même des parties molles sous-jacentes.

Enfin, c'est dans les cas de luxation en arrière, qu'on trouve, d'une façon nette et souvent considérable (2 cas, Foucher), le raccourcissement des doigts correspondants. Dans les cas de luxation des quatre os, la main dans son ensemble semble être très raccourcie.

La marche de ces affections est variable, suivant que la luxation est ou non réduite. Dans le premier cas, il ne reste, la plupart du temps, aucune déformation, sauf lorsqu'on agit longtemps après l'accident, comme dans le cas de Poulet, où subsistait une légère difformité.

Mais lorsque la réduction n'est pas faite, outre la déformation immédiate qui subsiste, on peut voir survenir des

déformations secondaires bien nettes, comme dans le cas de Vigouroux, où il y avait subluxation en arrière des premières phalanges des doigts, par suite du mouvement de bascule fait par les extrémités inférieures métacarpiennes en avant.

Généralement faciles à réduire, ces luxations ne laissent après elles que peu de troubles fonctionnels. Elles ne prennent de l'importance que lorsque l'on a affaire à des luxations ouvertes compliquées de plaies.

VII

Diagnostic. — Leur diagnostic n'est pas en lui-même difficile, mais il exige de la part du chirurgien une grande attention, à cause même de la rareté de la lésion. Il suffit, en effet, de savoir la chose possible, pour qu'en présence d'un cas de luxation carpo-métacarpienne on ne puisse se tromper.

Le meilleur point de repère sur lequel on pourra s'appuyer pour fixer son opinion est de tracer la ligne qu'indiquait Perrin à la Société de chirurgie. On prend comme point de repère l'articulation trapézo-métacarpienne et on trace une ligne transversale. Elle répond à peu près à l'interligne carpo-métacarpien et se trouve environ 12 millimètres plus bas que l'interligne carpo-carpien.

C'est en s'appuyant sur ce point de repère que la commission qui examina le malade de M. Desprès, conclut à une luxation médio-carpienne, tandis que quelques chirurgiens la considéraient comme une luxation carpo-métacarpienne.

Avec ces données, il est à peu près impossible de confondre ce genre de lésion avec les luxations totales ou partielles des os du carpe, et encore moins avec des luxations du poignet ou les fractures de l'extrémité radiale.

Quant aux fractures des métacarpiens, qui quelquefois siègent, comme l'a fait remarquer Cooper, près de leur extrémité supérieure, il n'y aura, pour éviter l'erreur, qu'à mesurer comparativement le métacarpien en cause avec celui du côté opposé. Du reste, la forme anguleuse de la saillie, son siège, la crépitation possible parfois, viendront lever tous les doutes.

VIII

Traitement. — La réduction est facile; on fait faire de l'extension sur le ou les doigts luxés, tandis que le chirurgien repousse en avant ou en arrière, suivant le genre de luxation, la tête métacarpienne en embrassant le poignet avec ses deux mains.

Il est à remarquer que les subluxations en avant se réduisent très facilement, sans qu'il soit besoin de faire de traction, en repoussant simplement en arrière la tête luxée.

La luxation réduite, il suffit d'appliquer un petit appareil ouaté avec une petite attelle qu'on laissera huit à dix jours en place. Après quoi on fera quelques séances de massage.

THÉRAPEUTIQUE

Iodoforme dans le choléra. — Neisser conseille dans le choléra l'emploi de l'iodoforme, l'agent le plus puissant pour empêcher la prolifération des micro-organismes. Il importe de donner l'iodoforme dès le début et, si possible, dès le stade prémonitoire. On peut aller jusqu'à 1 gramme par jour en doses fractionnées. (*Medical News.*)

Ipéca contre les morsures d'insectes. — Formule utile à connaître pour ceux que tourmentent les piqûres de moustiques :

Poudre d'ipéca. . . . . . . }
Alcool. . . . . } *áá* 15 grammes.
Éther sulfurique. . . . . . }

à appliquer sur les parties malades. (*Union méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 octobre 1893. — Présidence de M. Perier.

RAPPORT

Taille hypogastrique. — **M. Chauvel** fait un rapport sur plusieurs observations adressées par M. Chupin.

Dans la première, il s'agit d'une jeune fille de dix-sept ans, qui était atteinte de rétention d'urine causée par un calcul phosphatique développé autour d'un porte-plume. M. Chupin fit la taille hypogastrique, trouva le corps étranger et put l'extraire. Il n'a pas tenté de faire la suture et il a placé deux gros tubes, par la plaie, dans la vessie. Les suites de l'opération furent des plus simples, et la malade a bien guéri.

Suture tendineuse. — La seconde observation a trait à un enfant qui, en tombant dans un grenier sur un morceau de verre, se coupa l'artère radiale et plusieurs tendons. Un ouvrier qui se trouvait là appliqua sur la plaie un mouchoir sale, ce qui explique la suppuration qui survint dans la suite. M. Chupin fit la ligature de l'artère dans la plaie et sutura les deux bouts d'un tendon divisé. Quant à l'autre tendon, comme il ne trouva pas le bout inférieur, il sutura le bout supérieur à la masse musculaire. Il en résulta que le fonctionnement de la main ne fut pas tout à fait normal. M. Chauvel exprime le regret que M. Chupin n'ait pas recherché davantage le bout inférieur du tendon; le résultat eût été, en effet, beaucoup plus satisfaisant si les deux bouts du tendon avaient été suturés l'un à l'autre.

Appendicite à rechutes, double laparotomie. — Dans la troisième observation, il s'agit d'un infirmier de vingt-quatre ans qui, de mai 1892 à avril 1893, eut cinq attaques successives d'appendicite. A la suite de la troisième atteinte, le pus se fit jour dans la fosse iliaque par une fistule. M. Chupin voit alors le malade pour la première fois. Il le trouve très amaigri, avec de la fièvre le soir. Dans la fosse iliaque droite existent trois fistules. Du côté gauche, il y a de la douleur et de l'empâtement. On trouve du pus dans les selles. M. Chupin fait une première incision à droite, ne trouve pas de pus et détruit seulement quelques adhérences. Il fait une seconde incision plus haut, il ne trouve pas encore de pus. Quelques jours après, un flot de pus passe par la plaie en même temps que dans les selles. Le côté gauche restant douloureux et empâté, M. Chupin fait, de ce côté, une incision et donne issue à du liquide. Ce malade guérit, mais il eut une éventration. Ce fait montre une fois de plus que, si le traitement médical est suffisant dans bien des cas, il en est dans lesquels l'intervention chirurgicale s'impose.

M. Berger, relativement à la suture tendineuse, regrette, avec M. Chauvel, que M. Chupin n'ait pas poussé plus loin la recherche du bout inférieur pour le suturer au bout supérieur. On obtient, en général, de bons résultats de la suture tendineuse. M. Berger a pu le constater sur son propre domestique qui, en se coupant avec un morceau de verre, s'était déchiré le long extenseur du pouce, le court extenseur et le long abducteur. L'artère radiale n'était pas ouverte. M. Berger sutura ces trois tendons, bout à bout, avec des fils de soie qu'il coupa au ras. Il dut aller rechercher très haut les bouts supérieurs. Il obtint une réunion complète sans drainage. Il y a lieu d'apporter toujours le plus grand soin dans la reconstitution des tendons. M. Berger préfère la soie.

Quant aux éventrations consécutives aux incisions abdominales,

M. Berger, alors qu'il était chargé du service des bandages au Bureau central, a eu l'occasion d'observer un grand nombre de laparocèles consécutives à des ouvertures d'abcès de la fosse iliaque, presque toujours du côté droit. Les hernies traumatiques sont souvent difficiles à contenir et il est indiqué, dans ces cas, de faire une cure radicale, en faisant la réunion plan par plan.

M. RECLUS, à propos de l'observation de M. Chupin, relative à la suture tendineuse, rappelle avoir fait la suture du tendon d'Achille sur un individu qui était resté trois mois sans traitement. Il fit un avivement et quatre points de suture avec la soie. Le résultat fut très bon.

Dans le cas d'appendicite à rechutes signalé par M. Chupin, la suppuration de la fosse iliaque gauche est difficile à expliquer. On constate très souvent de la douleur du côté gauche, mais M. Reclus n'a jamais trouvé de suppuration de ce côté. Sur quatre malades opérés qu'il a pu suivre, M. Reclus en compte trois qui n'ont pas eu d'éventration consécutive, un seul a eu une éventration. Lorsqu'on a soin de faire l'incision très au-dessus de l'arcade de Fallope, on a moins de chance de voir se produire des éventrations consécutives.

M. CHAUVEL a eu l'occasion d'observer un certain nombre de ces éventrations consécutives à des ouvertures d'abcès de la fosse iliaque. Il y a donc lieu, dans les interventions de ce genre, de porter la plus grande attention à faire en sorte de prévenir, autant que possible, ces éventrations.

LECTURE

Luxation du pied. — M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture d'une observation adressée par M. Tachard, membre correspondant, observation relative à un cas de luxation du pied en dehors, guérie par la résection du cou-de-pied suivant le procédé de Polaillon.

M. ROUTIER cite un cas analogue.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Préparations artificielles d'anatomie.

Le profil de Louis XIV, conservé à Versailles, est dû, comme on le sait, à un sculpteur en cire nommé Antonin Benoist, et qui fit partie de l'Académie de peinture. Pendant soixante ans, Benoist exécuta de nombreux portraits, le « Cercle » représentant une partie des personnes les plus considérables de la cour. Deux brevets du roi lui donnèrent une sorte d'attache officielle. Louis XIV appréciait très haut les divers talents de son peintre et se prêtait à l'exhibition des figures les plus augustes. On a trouvé en copie, dans les papiers du ministre Croissy, le texte d'un privilège, en date du 31 mars 1688, à Versailles, pour « faire en cire et exposer en public les ambassadeurs de Siam, Maroc, Moscovie, Alger, doge de Gênes et autres, etc. ».

Plus tard, on trouve un Charles Thadée qui demande à « représenter en figures de cire, en petit, les merveilles du monde, qui sera une idée générale et historique de ce qui s'est fait de plus remarquable de siècle en siècle, depuis la création du monde ». Le privilège ne fut pas accordé; on donna à Thadée une simple permission de faire voir ce cabinet moyennant 5 sols par personne.

Un sieur Desrotois, qui dit avoir travaillé longtemps pour le service du roi, dans la ménagerie de Versailles, à faire des bougies de cire, avait trouvé le moyen de représenter en cire toutes sortes de fruits et de viande et plusieurs figures de forme humaine, demandait un privilège. Sa demande fut rejetée en octobre 1886.

Nous arrivons enfin à un précurseur de Talrich, un sieur Zumbo : le privilège suivant indique son talent et nos musées d'anatomie conservent probablement encore quelques-unes de ces pièces, dont l'auteur était inconnu.

PRIVILÉGE AU SIEUR ZUMBO POUR DES PRÉPARATIONS ARTIFICIELLES D'ANATOMIE

Louis, etc. A nos aînés et féaux conseillers les gens tenant nos Cours de parlemens, [maistres des] requestes ordinaires de nostre hostel et de nos palais, baillis, sénéchaux, juges, leurs lieutenans, et autres officiers qu'il appartiendra, salut. Nostre bien-aimé le sieur Zumbo, gentilhomme de Syracuse en Sicile, nous ayant fait remontrer que, par une longue étude et expérience, il auroit trouvé le secret de faire avec une très grande exactitude et délicatesse toutes sortes de préparations anatomiques des parties tant du corps humain que des animaux, par le moyen d'une préparation colorée qui luy est particulière (1), ce qui, sur un estat qu'il en a fait voir à nostre Académie royale des sciences, a esté jugé d'une très grande utilité pour l'étude de l'anatomie, il nous a fait supplier de luy permettre de faire dans nostre royaume toutes sortes de préparations artificielles de toutes les parties de l'anatomie générale et particulière, d'après des dissections de corps humains ou d'animaux, et autres ouvrages dont il a acquis le talent. Et désirant donner audit sieur Zumbo des marques de l'estime que nous faisons des personnes qui, par leur étude et leur application, font des découvertes utiles au bien du public, et lui procurer les moyens de continuer ses travaux et porter plus loin ses recherches, à ces causes, nous luy avons permis et accordé, permettons et accordons par ces présentes, signées de nostre main, de faire, dans nostre bonne ville de Paris ou dans telle autre ville qu'il voudra choisir pour sa demeure, dans toute l'étendue de nostre royaume, pays, terres et seigneuries de nostre obéissance, toutes sortes de préparations artificielles d'anatomie générale et particulière, d'après des dissections de corps humains ou d'animaux, d'en vendre et débiter, et d'en faire des discours et des démonstrations particulières, par luy ou par des médecins habiles dans l'anatomie, soit de la Faculté de Paris, soit des autres Facultés de médecine de nostre royaume, suivant les lieux où il fera sa résidence, tant sur les parties des corps naturels disséqués que sur sesdites préparations artificielles, pour en faire mieux connoître l'utilité et l'agrément, et d'admettre et recevoir auxdites démonstrations tous ceux qui voudront estre instruits de l'anatomie, en reconnaissant ses soins par une récompense honneste dont ils conviendront avec luy à cet effet; et ce pendant le temps de années consécutives, à condition néanmoins que, pour les démonstrations qu'il fera en nostre dite ville de Paris, il ne les pourra faire que sur des parties qui auront esté approuvées par l'Académie des sciences. Faisons défense à toutes personnes, de quelque qualité, condition et profession qu'elles soient, d'imiter ou contrefaire lesdites préparations artificielles d'anatomie, sous quelque prétexte que ce soit de changement ou augmentation dans la forme ou dans la matière ou autrement, et de s'en servir pour expliquer et démontrer l'anatomie sans le consentement par écrit de l'exposant, à peine de confiscation et de trois mille livres d'amende pour chacun des contrevenans, applicables un tiers à nous, un tiers à l'hospital du lieu où sera faite ladite confiscation, et l'autre tiers au profit du suppléant. Si vous mandons, etc.

Donné à Versailles le vingt-septième jour d'aoust, l'an de grâce 1701, et de nostre règne le cinquante-unième (2).

Et maintenant, après avoir admiré le buste en cire de

(1) Un premier privilège avait été accordé le 4 août 1701; les mots « préparation particulière » y sont remplacés par « représentation au naturel en cire colorée ». (Arch. nat., O¹ 45, f° 77.)

(2) Arch. nat., O¹ 45, f° 163 v°.

Louis XIV, allons faire un tour au musée Orfila et au musée de l'hôpital Saint-Louis, et reconnaissons que nos artistes modernes ne le cèdent en rien aux artistes du grand siècle.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury des concours de l'externat est définitivement arrêté de la manière suivante :

Président : M. Ricard; *Juges :* MM. Achard, Delbet, Giraudeau, Lebreton, Rochard et Widal.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — Sont nommés aides de clinique (emplois nouveaux) : MM. Beausoleil (maladies du larynx, des oreilles et du nez), Lamarque (maladies des voies urinaires) et Oui (maladies des femmes).

M. Faguet est maintenu, jusqu'au 30 octobre 1894, dans les fonctions de chef de clinique chirurgicale.

Sont maintenus :

1° Dans les fonctions de chef de travaux : MM. Tassaët, agrégé (travaux d'histologie); Chiché, agrégé (travaux d'anatomie pathologique), et Lagrolet (travaux de physiologie);

2° Dans les fonctions de préparateur : MM. Sellier (physiologie), Cannieu (anatomie pathologique), Dupouy (pharmacie), Messant (histoire naturelle), Venot (médecine expérimentale), Benech (hygiène), Lasserre (travaux pratiques d'histoire naturelle) et Favrel (travaux pratiques de chimie et de pharmacie).

— *Faculté de médecine de Lille.* — Un congé sans traitement est accordé, sur sa demande, à M. Leclerq, aide-préparateur de physique.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Sont nommés pour l'année scolaire 1893-94 :

1° Chefs de travaux de laboratoire : MM. Roux, Métroz et Bret (clinique médicale); Mondan et Dor (clinique chirurgicale); Vialeton, agrégé (anatomie générale et histologie); Coutagne (médecine légale); Didot, agrégé (physique); Bouveault (chimie organique et toxicologie); Bard, agrégé (anatomie pathologique); Doyon (physiologie); Rodet (médecine expérimentale et comparée); Barral (chimie minérale et pharmaceutique); Beauvisage (matière médicale et botanique) et Frenkel (chimie ophtalmologique);

2° Préparateurs de laboratoire : MM. Nicolle (clinique médicale); Courmont (médecine expérimentale); Lacroix, anatomie générale et histologie); Nicolas (clinique des maladies cutanées et syphilitiques); Paviot (anatomie pathologique); Briau (physiologie); Albertin (médecine opératoire); Maître (chimie minérale); Meschinet de Richemond (physique); Martin (médecine légale); Salvat (matière médicale et botanique); Tuja (anatomie) et Collet (pathologie générale), aide-préparateur;

3° Moniteurs : MM. Pittion et Tournier (clinique médicale); Adenot et Chantre (clinique chirurgicale); Fabre (clinique obstétricale); Rossigneux (clinique ophtalmologique) et Regaud (travaux pratiques d'anatomie générale).

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — Sont nommés pour deux ans : Aides-préparateurs, MM. Sempé (physique), Puig-Ametler (chimie) et Malbois (histoire naturelle); aide d'anatomie, M. Itié; aides de clinique, MM. Malzac (maladies des enfants) et Jalabert (clinique ophtalmologique).

M. Vires est institué, pour une période de trois ans, prosecteur.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Cochez est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales pour une période de neuf ans.

M. Fleury est réintégré, sur sa demande, dans les fonctions de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

— Par décision du Comité central italien, en date du 30 juillet dernier, le XI° Congrès, qui devait avoir lieu à Rome du 24 septembre au 1er octobre 1893, est renvoyé au mois d'avril 1894.

Tous les souscripteurs, qui ont versé le montant de leur cotisation au secrétariat général du Comité français, et qui, n'ayant plus l'intention de se rendre à Rome en 1894, désireraient être remboursés, doivent adresser de suite au secrétaire général de ce Comité une demande écrite de remboursement. Cette demande sera immédiatement transmise au Comité français, qui avisera dans le plus bref délai.

Jusqu'à présent, aucune demande de remboursement n'a eu lieu en Italie. La cotisation demandée à chaque adhérent ne doit pas être considérée comme une contribution aux frais généraux du Congrès et a toujours représenté, dans les sessions précédentes, le prix de revient des volumes des comptes rendus. Or, le renvoi du Congrès n'annule en aucune façon cette publication; il en recule seulement la date.

— *Faculté de médecine de Paris.* — *Exercices de dissection* (sous la direction de M. le docteur Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques). — Ostéologie : Les élèves de seconde année doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen d'ostéologie. Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai au bureau du chef du matériel (École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine), de midi à trois heures.

Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 16 octobre.

Les élèves qui prennent part à ces démonstrations sont invités à se faire délivrer la cinquième inscription, s'ils veulent conserver leur place et être admis à l'examen d'ostéologie.

Dissection : Les pavillons de dissection seront ouverts, à partir du lundi 6 novembre, tous les jours, de midi à quatre heures. Les prosecteurs, chefs de pavillon et les aides d'anatomie, dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon.

A. Les étudiants de première année ne prennent point part aux travaux anatomiques.

B. Les exercices de dissection sont obligatoires pour tous les étudiants de deuxième et de troisième année : les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le deuxième examen de doctorat (anatomie) s'ils n'ont disséqué deux semestres d'hiver complets.

C. Pour les autres étudiants et docteurs, les exercices de dissection sont facultatifs. S'ils désirent y prendre part, ils devront se munir d'une autorisation du doyen.

La mise en série sera faite dans l'ordre suivant : 1° élèves obligés, deuxième et troisième années (suivant la date de leur inscription à l'École pratique); 2° élèves non obligés et docteurs (suivant la date de leur inscription à l'École pratique.

Nota. — Nul ne peut être admis à l'Ecole pratique d'anatomie s'il ne s'est fait préalablement inscrire au bureau du chef de matériel et n'a reçu une carte d'entrée.

Ce bureau, 15, rue de l'École-de-Médecine, sera ouvert tous les jours, de midi à quatre heures, jusqu'au 15 novembre.

Pour recevoir une carte d'entrée, chaque étudiant devra présenter : 1° sa feuille d'inscription mise à jour par le secrétariat de la Faculté (cinquième inscription pour deuxième année, neuvième inscription pour troisième année, inscriptions prises aux dates indiquées par l'affiche spéciale du premier trimestre 1893-94); 2° la quittance constatant le paiement des droits.

Passé le 15 novembre, nul ne pourra être admis à l'École pratique d'anatomie sans une décision spéciale.

Médecine opératoire. — M. le docteur Poirier, assisté d'aides d'anatomie, fera, à partir du jeudi 19 octobre 1893, une série de démonstrations opératoires suivies d'exercices pratiques.

Ce cours ne pourra comprendre plus de quarante-huit élèves.

Il est spécialement destiné aux étudiants que les circonstances obligent à passer prochainement leur examen pratique de médecine opératoire.

MM. les étudiants qui désirent suivre ce cours devront en faire

la demande écrite (sur timbre de 60 cent.) au doyen de la Faculté, avant le jeudi 12 octobre.

— EXERCICES SPÉCIAUX DU SERVICE DE SANTÉ EN CAMPAGNE DANS LE GOUVERNEMENT MILITAIRE DE PARIS. — *Sommaire des conférences et programme des manœuvres.* — 10 octobre, matin, à huit heures et demie, aux docks du service de santé, boulevard Latour-Maubourg, n° 53 : Démonstration du matériel technique et des approvisionnements qui entrent dans la composition des diverses formations sanitaires; démonstration du matériel roulant et du harnachement attribué aux formations sanitaires.

10 octobre, soir, à deux heures, à la bibliothèque de la caserne Bellechasse : Conférence sur le fonctionnement des formations sanitaires de l'avant.

11 octobre, matin, à huit heures et demie, à la bibliothèque de la caserne Bellechasse : Conférence sur les ordres de mouvement, exécution des marches, la réglementation du service pendant les phases successives de combat, etc...

11 octobre, soir, à une heure, aux docks du service de santé, 53, boulevard Latour-Maubourg : Organisation des troupes du service de santé qui doivent prendre part aux exercices : ambulance divisionnaire, hôpital de campagne; réunion du personnel et du matériel; arrimage sur les voitures du matériel qui n'est pas chargé en temps de paix. — A trois heures : Départ des formations sanitaires pour la caserne des Tournelles, où elles stationneront jusqu'à la manœuvre du lendemain.

12 octobre, dans la matinée : Mise en route des formations sanitaires; manœuvre d'une division d'infanterie entre Aulnay-les-Bondy et Villepinte; fonctionnement des postes de secours et de l'ambulance divisionnaire. — Dans la soirée : Relèvement de l'ambulance divisionnaire par un hôpital de campgne.

13 octobre, dans la matinée : Évacuation des malades de l'hôpital de campagne sur l'hôpital d'évacuation installé à Pantin. Les évacuations seront effectuées par voie de terre et par eau; fonctionnement de l'hôpital d'évacuation. — A deux heures : Installation d'un train sanitaire improvisé.

14 octobre, matin, neuf heures : Embarquement de l'ambulance divisionnaire à la gare de Pantin (quai aux bestiaux); résumé et critique des opérations.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

5

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre........	1.33
Silicate acide } Arséniate » } Phosphate » } Sulfate » } sesqui-oxyde de fer; — de chaux.......; Chlorure de sodium.......; Matières organiques.......	0.44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

60

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-l'Abbé, Paris.**

12

LIQUIDES ORGANIQUES

d'après les **PROCÉDÉS** de

BROWN-SEQUARD



ADMIS DANS LES HOPITAUX

MÉDAILLE D'OR
Marseille 1893

La boîte de 12 ampoules de 3 c. c., **20 fr.** contre mandat accompagné de la carte du médecin traitant.

LABORATOIRE DE PRODUITS PHYSIOLOGIQUES
CHAIX et RÉMY
Rue de l'Orne, 10, Paris.

36

CÉRÉBRINE

(*Coca-Théine analgésique Pausodun*)

Migraines, Névralgies, Vertige stomacal, Zona, Courbature, Grippe, Coliques menstruelles. — C. BROMEE et C. IODEE : **Névroses, Névralgies** rebelles ou diathésiques, Etats congestifs du cerveau.

EUG. FOURNIER, pharmacien de 1re classe, ex interne des hôpitaux, *114, rue de Provence (Pharmacie du Printemps), Paris*, et toutes phies.

74

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

44

NI GASTRALGIES, NI ENTERALGIES !

ROB LECHAUX

La cuillerée à soupe contient :

Iodure de potassium recristallisé.	0gr 40
Extrait de quinquina calisaia. . .	0 20
Extrait de salsepareille	0 25

RACHITISME, SYPHILIS
ANÉMIES GRAVES
MALADIES DE LA PEAU
ADÉNOPATHIES STRUMEUSES

Envoi gracieux d'échantillons aux médecins.

164, rue Ste-Catherine, BORDEAUX, et phies.

34



La GOUTTE, la GRAVELLE, les RHUMATISMES sont guéris par les

SELS GRANULÉS EFFERVESCENTS DE LITHINE

de CH. LE PERDRIEL

Les *Sels granulés effervescents* sont de petits globules légers ayant l'aspect de cristaux amorphes, très poreux, qui se dissolvent instantanément dans l'eau et donnent un liquide parfaitement effervescent et transparent.

L'acide carbonique, qui se dégage pendant l'effervescence, facilite la solution, l'absorption, la digestion et l'assimilation de la substance active dont il masque la saveur particulière : ces avantages ont fait depuis longtemps adopter nos sels par les notabilités médicales.

11

CHLORÉTHYLE BENGUÉ



3f50

Médecins, 2f75

ANESTHÉSIE LOCALE — NÉVRALGIES

Dr BENGUÉ, phien, 34, rue La Bruyère, Paris.

241

LES PILULES DE VALLET

ont été approuvées par l'Académie de médecine après un rapport qui constate leur efficacité et leur supériorité sur les autres préparations ferrugineuses.

« Les **Pilules de Vallet** étant solubles dans les sucs digestifs, on n'a pas à craindre qu'elles traversent les organes sans produire d'effet. Mais la dissolution en est lente et graduelle, en sorte qu'elles n'offensent pas l'estomac, comme les préparations martiales liquides ou très solubles, qui produisent souvent de l'irritation ou de la gastralgie. » (Extrait du rapport de l'Académie de médecine de Paris.)

Dose : 2 à 8 par jour.

NOTA. — Les *véritables* **Pilules de Vallet** ne sont pas argentées, mais blanches, et sur chaque pilule le nom Vallet est imprimé en noir. Elles ne se vendent qu'en flacons de 3 francs et en demi-flacons de 1 fr. 50. Sur tous les flacons se trouve la signature *Vallet*, 19, rue Jacob, Paris.

20

VIN DE SECRETAN

au Quinquina, à l'Extrait fluide de Malt et aux Écorces d'Oranges amères.

Le **seul vin de Quinquina ne constipant pas et n'irritant pas les voies intestinales.**

Un verre à liqueur à chaque repas.

Dépôt central : SECRETAN, **52, r. Decamps, Paris.**

44

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;

2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

99

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE

Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

PRIX du flacon : **4** francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

48

Crayons intra-utérins.
Bougies uréthrales.
Suppositoires.
Balles rectales contre la constipation.



45

LIQUEUR CONCENTREE

BALSAMIQUE, ANTISEPTIQUE

Deux cuillerées par litre donnent instantanément une *excellente eau de goudron*, que l'on boit aux repas au lieu d'eau ordinaire, contre :



MALADIES DE LA PEAU
VOIES RESPIRATOIRES
VOIES URINAIRES
Diathèse furonculeuse
MALADIES ÉPIDÉMIQUES

Couper de 1 ou 2 parties d'eau pour *lotions, pulvérisations.*

Le flacon : **1 fr. 50**

Rue de Rennes, 105, Paris, et dans les pharmacies.

55

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phies.

46

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Viande crue, Alcool, Écorces d'oranges amères, **Phtisie, Anémie, Convalescence.**

Paris, 20, place des Vosges.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** D. — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 9 octobre 1893.

La prochaine semaine va inaugurer la série annuelle de nos concours hospitaliers. Plus d'un millier d'étudiants sont actuellement inscrits, soit pour être nommés externes des hôpitaux, soit pour briguer le titre si envié d'interne en médecine ou en chirurgie. Quelques-uns, les aînés, à la veille de quitter l'internat, vont encore une fois se mesurer avec leurs anciens compétiteurs pour l'obtention de la « médaille d'or » et des privilèges qui y sont attachés.

Cette avalanche de concours devait ramener les critiques, mille fois répétées, qu'on adresse à ce mode de recrutement du personnel médical de nos hôpitaux et de nos Facultés. Quelques-uns de nos confrères de Paris, de la province ou de l'étranger, n'ont pas laissé passer l'occasion et ils ont à nouveau rompu une lance contre cette institution qui serait la cause de tous nos maux.

Nous ne voulons point reprendre un à un tous les arguments et démontrer que, comme l'accorde un de nos confrères, si le concours n'est pas chose parfaite, du moins c'est encore ce qu'on a trouvé « de plus juste et de moins mauvais ». Cet aveu nous dispense d'un long plaidoyer.

Un des gros griefs invoqués contre le concours, c'est qu'il n'exclut pas le favoritisme, c'est vrai; mais il le diminue dans une large mesure; et si quelques « favorisés » ont franchi trop facilement les obstacles, ceux-là sont connus, appréciés à leur juste valeur, arrivent rarement aux situations très élevées, et, en réalité, constituent l'infime exception.

Attendons d'ailleurs que les détracteurs du concours aient proposé un système qui exclue le favoritisme!

Un grief autrement sérieux est celui qu'on pourrait adresser, non contre le concours lui-même, mais contre le nombre vraiment exagéré de concours qu'ont à subir les candidats avant de devenir des maîtres.

L'externat des hôpitaux; l'internat, la médaille d'or; si les candidats prennent la voie chirurgicale, l'adjuvat, le prosectorat, le clinicat, le Bureau central, l'agrégation telle est la liste trop longue des concours à subir, et dire qu'il en est encore qui rêvent du rétablissement du concours pour le professorat!

Il faut demander au concours ce qu'il est capable de donner, c'est-à-dire des notions sur le savoir, le jugement, et sur différentes qualités intellectuelles et professionnelles des candidats; mais quand il s'agit des grades élevés de notre hiérarchie universitaire, il serait regrettable que les candidats ne fussent pas suffisamment connus pour qu'ils eussent encore à faire montre de leur savoir et de leurs qualités. C'est aux professeurs à connaître leurs futurs collègues, à les apprécier, à les choisir, et à les appeler jusqu'à eux. S'ils se trompent, c'est que, hélas! ils l'ont bien voulu, c'est que mille influences ont vicié leur choix, comme elles auraient vicié leur décision si, institués en jury, ils avaient dû se prononcer.

Le concours au début des études médicales constitue une cause d'émulation des plus puissantes, qui entraîne notre jeunesse au travail, qui la prépare aux luttes de l'avenir. Ce serait un grand tort d'y toucher, à cette période des études. Cette émulation continue donne des résultats excellents qu'il est possible d'apprécier chaque jour. Mais il y a des réformes à apporter dans les concours terminaux, dont la multiplicité devient inutile et quelque peu paralysante.

Un de nos confrères étrangers s'exprime ainsi :

« Aucun médecin, dit-il, n'y peut arriver de bonne heure à une position scientifique importante; chacun doit, pendant des années, étudier les idées officielles de ceux qui peuvent être ses juges; il doit aussi faire grande attention aux idées préconçues et au parti pris de ces derniers; il ne peut pas se spécialiser de trop bonne heure et il ne doit pas être *prématurément original.*

Beaucoup de temps et d'efforts doivent être employés à des études qui seront plus tard inutiles et à des travaux qu'on laissera ensuite de côté.

A trente-cinq ou quarante ans, le chirurgien ou le médecin qui atteint la plate-forme a souvent perdu son originalité et sa verdeur. Il est la créature d'un système officiel, des mailles duquel il n'est pas libéré s'il aspire à entrer à l'Académie, à l'Institut ou à arriver au professorat.

Certainement ce système exclut les incompétents et diminue le favoritisme (sans l'exclure), mais il *comprime toute originalité et toute initiative.* Ceux qui ont pu se faire nommer aux hautes positions en tirent une grande élévation, s'ils

ne sont pas déjà trop fatigués et s'ils ont conservé de la vigueur scientifique. »

On doit reconnaître quelque bien-fondé à cette manière de voir. Mais la véritable objection a échappé à notre confrère du *British Medical*. C'est à tort qu'il dit qu'à trente-cinq ou quarante ans, le chirurgien chez nous a perdu sa verdeur et son originalité. Cette originalité si précieuse, il ne l'a jamais eue et n'a pu l'avoir. Si, favorisé par ses qualités, le chirurgien a clos de bonne heure l'interminable série de ses concours, il ne cesse pas pour cela d'être encore en tutelle ; on ne lui confie la direction d'un service hospitalier qu'à certaines périodes courtes et espacées. Ce n'est peut-être plus un élève, mais ce n'est certes pas encore un maître. Et notre organisation hospitalière est telle, à Paris, qu'un chirurgien nommé ne peut pas faire de chirurgie de trente à quarante et quelquefois à quarante-cinq ans !

Si nos confrères de l'étranger nous reprochent de ne pas être « prématurément originaux », la cause en est dans cette organisation si défectueuse et si anormale.

HOPITAL DE LA CHARITÉ

Étranglement crural à forme fruste ; traitement des hernies gangrénées.

Par M. le docteur Pierre Delbet,
Professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

J'ai dû opérer hier d'urgence la malade près de laquelle nous venons de nous arrêter au lit de la salle Gosselin. Son cas présente un si grand intérêt et comporte de tels enseignements que je vais y consacrer notre entretien d'aujourd'hui.

Cette malade, d'une maigreur squelettique, d'une pâleur cadavérique, dont l'état général est le plus misérable du monde, s'est présentée à la Charité, en se plaignant d'une tumeur de date récente qu'elle porte dans le pli de l'aîne du côté droit. Cette tumeur, située dans la région crurale, à la partie interne du triangle de Scarpa, présente des caractères nettement inflammatoires. La peau est rouge, adhérente, œdémateuse, épaissie, et la palpation révèle une fluctuation profonde. Les limites de la tuméfaction sont indécises ; elle est complètement immobile sur les parties sous-jacentes et il semble qu'on perçoive un pédicule s'enfonçant profondément sous l'arcade crurale. Pas de clapotement hydro-aérique : matité absolue. L'abdomen ne présente ni ballonnement, ni douleur à la pression.

La malade est incapable de nous fournir aucun renseignement précis. Elle ne sait pas depuis quand cette tumeur existe ; elle en souffre depuis une huitaine de jours. Elle ne croit pas être allée à la selle, ni avoir rendu de gaz depuis cette époque. Elle a vomi, mais elle vomit sans cesse depuis deux mois sous l'influence d'une maladie d'estomac et il ne lui semble pas que ses vomissements aient changé de nature dans ces derniers jours.

Il faut ajouter que dans l'aîne, du côté opposé, la malade présente une autre tumeur du volume du poing. Sur cette dernière, pas d'hésitation possible. Il s'agit d'une hernie crurale adhérente, irréductible, mais non étranglée. Ce qu'il y a de particulier, c'est que, sur cette hernie, il existe une fistule stercorale ancienne, résultat d'une ulcération produite par un bandage malencontreusement appliqué. Ce n'est pas seulement pour mémoire que je vous parle de cette fistule. Elle a pour nous un certain intérêt. En effet, sa présence est peut-être de nature à nous expliquer que les vomissements ne soient pas devenus fécaloïdes. Si la portion d'intestin qu'elle fait communiquer avec l'extérieur est située au-dessus de celle qui est étranglée du côté opposé, elle a pu permettre au bout supérieur de se vider.

Revenons à la tumeur de l'aîne droite, celle qui a déterminé l'entrée de la malade à l'hôpital. En présence de ce cas, que fallait-il faire? On pouvait raisonner de deux façons diamétralement opposées. L'une consistait à dire : « Il n'y a pas de phénomènes d'étranglement bien précis : l'abdomen n'est pas ballonné, les vomissements ne diffèrent pas de ce qu'ils étaient avant, la tumeur présente des caractères inflammatoires manifestes ; c'est peut-être une adénite, peut-être une épiplocèle enflammée. En tout cas, il n'y a pas d'urgence : temporisons ; » ou bien, au contraire, prenant le contre-pied, on pouvait dire : « La tumeur occupe une région où les hernies sont fréquentes. Elle présente un caractère important qui doit faire penser qu'elle est une hernie, c'est ce pédicule s'enfonçant profondément sous l'arcade de Fallope dans le canal crural. Les phénomènes fonctionnels sont, il est vrai, légers, mais ils existent incontestablement : constipation, coliques. Si les vomissements n'ont pas augmenté, du moins il y en a. Il est donc singulièrement probable qu'il s'agit d'une hernie, que cette hernie est étranglée ; sans doute en imminence de sphacèle. Il faut intervenir et intervenir sans retard. »

De ces deux manières de raisonner, l'une est déplorable, c'est la première ; ce serait une lourde faute que de s'y arrêter. C'est la seconde qui est bonne, qui est saine : il faut intervenir.

Cette discussion, on peut la répéter pour toutes les régions herniaires, et c'est toujours à la même conclusion qu'on doit s'arrêter. S'il est bien nécessaire d'être fixé sur ce point de pratique, nulle part cela n'est aussi important que pour la région crurale, car l'étranglement de la hernie crurale est de tous celui dont l'appareil symptomatique présente le plus de variations et d'irrégularités.

A côté des cas vulgaires, où tout est normal, où les symptômes cardinaux de l'étranglement sont nettement accusés, signes physiques du côté de la hernie, c'est-à-dire tension de la tumeur et douleur au niveau du pédicule, symptômes fonctionnels, c'est-à-dire rétention des matières et des gaz, vomissements alimentaires, bilieux, puis fécaloïdes ; à côté de ces cas vulgaires, il en est d'autres qui présentent des anomalies fort capables de tromper ceux qui les ignorent.

On peut diviser en deux groupes ces cas anormaux. Dans l'un, je rangerai les faits où l'appareil symptomatique excessif, exagéré en quelque sorte, se présente avec les apparences d'une gravité extrême ; dans l'autre, je placerai ceux où les symptômes réduits au minimum prennent une allure d'extrême bénignité.

Ce qui caractérise les premières, c'est l'adjonction, aux signes cardinaux de l'étranglement, de phénomènes nerveux anormaux. Gosselin et Berger, qui ont très complètement étudié ces phénomènes nerveux, les ont divisés en trois catégories :

1° Les phénomènes nerveux de la première période, qui consistent en douleurs d'une excessive intensité, irradiant

de la hernie dans tout l'abdomen, sans qu'il y ait pour cela de péritonite;

2° Les phénomènes nerveux de la seconde période, qui sont d'ordre général : altération profonde de la face, amaigrissement, pincement des narines, excavation des yeux, fréquence et faiblesse du pouls, affaiblissement de la voix, dyspnée, refroidissement des extrémités;

3° Les phénomènes nerveux insolites qui sont surtout des crampes et même des contractures tétaniformes des extrémités.

Je n'insiste pas sur ces faits; leur allure dramatique force l'attention et je tiens surtout à vous mettre en garde contre ces cas insidieux, dont les allures bénignes pourraient vous conduire à la temporisation pour le plus grand détriment de vos malades.

Je vous rappellerai d'abord qu'avec un étranglement très réel, les selles continuent parfois à se produire; il peut même y avoir de la diarrhée. S'agit-il, dans ces cas-là, de simples pincements latéraux qui, laissant libre une partie du calibre de l'intestin, permettent aux matières de cheminer? ou bien arrive-t-il, comme l'a soutenu M. Le Dentu, qu'avec un étranglement complet siégeant haut, le bout inférieur fournisse une hypersécrétion diarrhéique? Peu importe au point de vue clinique, car dans l'un et l'autre cas, il faut opérer.

Il y a donc des cas où la constipation manque. Eh bien! les vomissements peuvent manquer aussi. Sans doute, cela n'arrive guère que dans les premiers jours de l'étranglement, mais ce n'en est pas moins important à connaître, car vous savez bien que le pronostic, dans les hernies étranglées, dépend avant tout de la précocité de l'intervention.

Les symptômes, vous le voyez, sont parfois, ainsi que je vous le disais, réduits au minimum. Mais quel est le minimum nécessaire pour établir le diagnostic? C'est la grande tension de la hernie; c'est la douleur déterminée par la pression au niveau du pédicule; c'est, au point de vue fonctionnel, un certain état nauséeux accompagné de coliques. Gosselin a excellement formulé tout cela en disant : « Vous devez admettre qu'une hernie crurale est intestinale et étranglée quand vous la trouvez très tendue, quand, en pressant avec le doigt au niveau du pédicule, vous provoquez une douleur bien nette, et quand en même temps le patient a quelques coliques et de l'inappétence. » Voilà le minimum de symptômes avec lequel vous devez savoir poser le diagnostic de hernie crurale étranglée.

Cela est d'autant plus important qu'il n'y a aucun rapport entre le degré de la striction, la gravité de l'étranglement d'une part et d'autre part l'intensité des symptômes. Tel étranglement peu serré va se manifester par l'appareil symptomatique le plus dramatique, tandis qu'avec des symptômes d'allure tout à fait bénigne, on trouve parfois l'intestin sphacelé. C'est ce qui m'est arrivé l'an dernier, chez une femme que son médecin n'avait envoyée à l'hôpital qu'au bout de quatre jours, ne pouvant croire, tant les symptômes étaient légers, qu'il s'agissait d'un étranglement herniaire.

Dans notre cas, il me paraît certain, pour les raisons que je vous ai dites, qu'il s'agissait d'une hernie étranglée en imminence de phlegmon stercoral. Il fallait donc intervenir. Mais j'aurais pu grossièrement me tromper : mettons les choses au pire et supposons qu'il se soit agi d'une simple adénite. Cela était possible, puisque certaines adénites crurales donnent lieu à des phénomènes de péritonisme bien autrement accentués que ceux que nous observions chez notre malade. Que serait-il arrivé? Notre intervention eût été simplifiée, mais elle serait restée parfaitement légitime. Nous aurions incisé ou extirpé le ganglion suivant le cas; et c'était encore l'intervention qui convenait. Vous voyez donc qu'à opérer il y avait tout à gagner et rien à perdre, tandis qu'au contraire à s'abstenir, il n'y avait rien à gagner si mon diagnostic était erronné, mais tout à perdre s'il était juste.

J'ai donc opéré. Comme je m'y attendais, nous avons trouvé, sous un peu d'épiploon qui fut réséqué, l'intestin largement perforé. Toute l'anse était sphacelée. Ainsi surgissait une seconde difficulté de pratique bien autrement délicate que la première. Que fallait-il faire?

Toute l'anse étant sphacelée, il n'y avait pas à songer à faire ces sutures latérales qui donnent de bons résultats dans les cas de sphacèle très limité. Deux opérations seulement étaient applicables : l'anus contre-nature et l'entérectomie suivie d'entérorraphie. Entre ces deux grandes méthodes de traitement des hernies gangrénées se placent bien certains dérivés intermédiaires. Ainsi Bouilly et Assaky, puis Barrette ont proposé de faire l'entérorraphie, mais de la faire incomplète en laissant une fistule de sûreté. D'autre part, Wœlfler fait l'entérorraphie, mais il ne la fait pas immédiatement. Il laisse les parties sphacélées s'éliminer, et pratique la suture intestinale huit jours après. La fistule de sûreté ne me paraît avoir aucun avantage, et je crois qu'elle n'est guère employée aujourd'hui. Quant au procédé de Wœlfler, il consiste en somme à faire un anus contre nature, dont on entreprend la cure hâtivement. Ce procédé trouve ses indications dans certains cas, mais je le laisse de côté, pour m'occuper des deux grandes méthodes, anus contre nature d'une part, entérectomie et entérorraphie de l'autre.

Sans doute il vous semble extraordinaire qu'on puisse avoir l'idée de comparer ces deux méthodes, l'anus contre nature si facile, si simple, et l'entérorraphie si difficile, si compliquée, si grave. Gardez-vous de ces impressions vagues; elles sont trompeuses. Peu importe ce qui semble, il faut savoir ce qui est.

On s'imagine communément que les résections et les sutures intestinales sont d'une extrême gravité. C'est là un reliquat des idées d'autrefois dont il faut se débarrasser. Les sutures intestinales étaient graves surtout parce qu'elles se font dans le péritoine. Comme toutes les autres opérations intra-péritonéales, elles ont bénéficié de l'antisepsie. Une suture intestinale bien faite et portant sur l'intestin grêle (je laisse de côté les résections du gros intestin, qui méritent des considérations toutes spéciales) est une opération en elle-même bénigne. Quant aux difficultés techniques, elles sont réelles; il faut que le chirurgien y soit rompu. Il est d'ailleurs facile d'acquérir la dextérité et l'expérience nécessaires en s'exerçant sur l'animal vivant.

Comparons d'ailleurs les résultats des deux méthodes. Je ne saurais trop vous mettre en garde à ce sujet contre une erreur facile. Remarquez bien que le malade sur lequel vous pratiquez une résection suivie d'entérorraphie est, s'il ne succombe pas, complètement et définitivement guéri, car le danger du rétrécissement ultérieur de l'intestin est absolument chimérique, quand la suture a été bien faite. Au contraire, l'individu auquel vous aurez fait un anus contre nature, est, lorsqu'il ne meurt pas, bien loin cependant d'être guéri. Il est exposé à des accidents inflamma-

toires du côté de son anus artificiel. Il est exposé à mourir d'inanition si cet anus siège sur une partie élevée de l'intestin grêle. Il est en outre porteur d'une infirmité dégoûtante, dont il ne pourra être débarrassé qu'au prix d'opérations souvent multiples et sérieuses. Peut-être sera-t-on obligé de lui faire, plus tard, une entérectomie et une entérorraphie.

Voyons les faits. En 1891, Mikulicz a publié une statistique d'ensemble qui porte sur 175 hernies gangrénées.

Quatre-vingt-quatorze fois on a fait l'anus contre nature, et 72 malades sont morts : ce qui fait une mortalité de 76,6 p. 100.

Soixante-quatre fois la résection primitive suivie de suture (entérectomie et entérorraphie) a été pratiquée; 32 malades sont morts : ce qui donne une mortalité de 50 p. 100, notablement inférieure à la précédente.

Au lieu de cette statistique générale prenons la statistique personnelle de Mikulicz.

Dans 7 cas, il a fait l'anus contre nature, les 7 malades sont morts. Au contraire, sur 21 résections primitives, il a obtenu 14 guérisons; ce qui fait 67 p. 100 de guérisons : la mortalité tombe donc à 33 p. 100.

Ma statistique personnelle n'a pas, vous le pensez bien, l'importance de celle de Mikulicz, mais par une curieuse coïncidence, si on osait faire le pourcentage de mes chiffres à la vérité beaucoup trop petits, on arriverait exactement à la même proportion. En effet, j'ai pratiqué trois résections intestinales pour hernies (1), j'ai guéri deux malades, le troisième a succombé. Il est mort de congestion pulmonaire, comme cela arrive malheureusement à la suite des étranglements herniaires, quelque traitement qu'on leur fasse subir; et l'autopsie a permis de constater que la suture était en parfait état : il n'y avait pas la moindre trace de réaction péritonéale.

Vous comprenez qu'étant donné ces faits, je n'ai pas hésité hier à pratiquer la résection primitive, l'entérectomie suivie d'entérorraphie, bien qu'il y eût déjà un commencement de phlegmon, et vous avez pu voir, ce matin, que notre malade va très bien.

Est-ce à dire qu'il faille faire toujours et quand même la résection de l'intestin dans tous les cas de hernies gangrénées ? Évidemment non. Il est bien certain que le médecin de campagne mal outillé, mal aidé et souvent pas aidé du tout, ne peut pas faire une entérorraphie. Il faut pour cela, de toute nécessité, des instruments, des aides et aussi de l'exercice; c'est de la chirurgie de chirurgien et non de la chirurgie de médecin.

Il est bien certain encore que si on opère *in extremis*, si on se trouve en face d'un moribond sans résistance, il est sage de réduire le traumatisme au minimum et de faire rapidement un anus contre nature.

Mais hors ces cas, la résection primitive de l'intestin gangréné, suivie d'une entérorraphie bien faite, vaut mieux que l'anus artificiel.

N. B. — La malade, qui a été l'occasion de cette leçon, a parfaitement guéri de sa suture intestinale. Nous avons pu constater depuis que les vomissements, qui étaient antérieurs à l'étranglement herniaire et qui ont repris, sont dus à un cancer du pylore.

(1) Je dois dire que dans l'un de ces cas, qui sera publié plus tard, la hernie n'était pas gangrénée.

ASILE DE NANTERRE. — M. Sapelier.

Un cas de phlegmon laryngo-pharyngé dans le typhus exanthématique.

Par M. Villecourt, interne du service.

Le 5 avril dernier, pendant l'épidémie de typhus qui sévissait à la Maison départementale de Nanterre, il entrait dans le service du docteur Sapelier un malade atteint de typhus qui présentait des complications laryngo-pharyngées qui n'ont pas encore été signalées dans cette affection. La rareté du fait nous engage à le publier, car, croyons-nous, aucun fait semblable n'existe dans la littérature médicale française.

Le nommé V... (François-Auguste), âgé de quarante-cinq ans, cordonnier, entre le 5 avril 1893, salle 34, lit 1.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort à soixante-dix ans, sa mère vit encore et a soixante-douze ans. Une sœur décédée à trente ans, à la suite d'une péritonite.

Antécédents personnels. — A douze ans, il a eu une coxalgie, qui lui a raccourci fortement le membre inférieur du côté gauche; à quinze ans, plusieurs abcès du maxillaire inférieur avec nécrose de celui-ci. Est d'un tempérament scrofuleux.

Histoire de la maladie. — Le 5 avril, il se présente à la visite en se plaignant de lassitude et de courbature générale, de céphalée intense et d'un violent mal de gorge.

A l'examen clinique, ce qui nous frappe particulièrement, c'est un tremblement spécial, ressemblant à du tremblement alcoolique. La face est vultueuse, les yeux sont injectés et larmoyants, et la pression dans les fosses iliaques n'est pas douloureuse. Pas de gargouillement, pas d'exanthème ni de taches lenticulaires; l'abdomen n'est pas ballonné, mais le malade a un peu de diarrhée. La langue est légèrement saburrale, anorexie et pyrosis.

L'auscultation et la percussion ne nous démontrent l'existence que de quelques râles humides dans le tiers inférieur du poumon droit.

La température est à 39°5, le pouls à 115; le cœur est affolé et on constate un peu de raideur musculaire, ainsi que de la dysphagie et du myosis.

6 avril. Aux symptômes précédents s'est joint un état ataxo-adynamique spécial, le malade est abattu et dans un état de prostration qui ne lui permet pas de répondre aux questions qu'on lui pose. Les membres supérieurs sont rigides, les extrémités sont contracturées. Température, 40°3; 110 pulsations à la minute.

8 avril. La langue devient sèche, le pouls est petit, fuyant, diarrhée et douleurs abdominales.

9 avril. Température, 40 degrés; le malade se plaint d'insomnie constante, il ne peut rester en place dans son lit; selles involontaires et apparition sur le tronc, l'abdomen et les cuisses, de taches rouge sombre polymorphes. La voix est enrouée, la toux est obscure, un peu de dyspnée et de sub-délirium.

10 avril. L'examen de la cavité buccale nous montre un peu de rougeur du pharynx, la muqueuse est sèche, lisse, tendue et tuméfiée, non seulement à la paroi antérieure, mais aussi aux replis ary-épiglottiques. La digestion est presque impossible, c'est à peine si le malade a pu prendre quelques cuillerées de bouillon ou de lait depuis hier. Les urines sont albumineuses, la rate est hypertrophiée, le pouls est à 110. L'examen laryngoscopique nous fait voir une glotte rouge pâle, les replis glosso-épiglottiques sont rouges et œdématiés. Le doigt, introduit dans le fond de la bouche, nous permet de toucher l'épiglotte, qui est dure et desséchée.

On constate de l'adénite sous-maxillaire, les ganglions sous-angulo-maxillaires sont légèrement engorgés. La pression au niveau du cartilage thyroïde est très douloureuse.

11 avril. La dyspnée et la dysphagie ont un peu augmenté,

délire doux, selles involontaires, contracture des muscles de la face, voix éteinte, toux rauque et fréquente. L'exanthème est toujours très accusé, la pression musculaire est toujours douloureuse, la face et les conjonctives sont très injectées.

12 avril. Le fond de la gorge a un peu pâli, les piliers des amygdales sont rouges et secs. L'introduction d'une sonde dans l'œsophage est impossible et provoque de telles douleurs que l'on est obligé d'abandonner ce moyen d'alimenter le malade.

14 avril. Délire constant, trismus complet, toujours du myosis et de la myosalgie, râles muqueux dans toute l'étendue du poumon droit.

15 avril. Dyspnée intense et accès de suffocation, prostration complète.

Décédé le 16 avril, à deux heures du matin.

Autopsie. — Pratiquée le 16 avril, à onze heures du matin, neuf heures après la mort.

Habitus extérieur. — Rigidité et contractures générales. Taches pétéchiales rouge violet sur le tronc et les jambes.

Cavités thoraciques. — Les poumons sont congestionnés, mais crépitent à la pression; la trachée, ainsi que les deux bronches principales, sont rouges et contiennent des mucosités séro-purulentes. Le cœur, d'un volume normal, a son ventricule droit dilaté, le ventricule gauche est rétracté et flasque.

Cavité abdominale. — Le foie est normal, la rate est énorme, friable et gorgée de sang noir et diffluent. Les reins sont moyens, les pyramides de Malpighi sont congestionnées. L'intestin est sain, les plaques de Peyer sont intactes.

Cavité laryngo-buccale. — Une grance incision, s'étendant du cartilage cricoïde au menton, est faite. On sectionne, à l'aide d'une scie, la symphyse du maxillaire inférieur, on ouvre largement la cavité bucco-pharyngienne et l'on constate les lésions suivantes :

La glotte est œdématiée, la face postérieure du larynx est rouge blanchâtre et la muqueuse est infiltrée d'un pus sanguinolent qui s'échappe abondamment lorsqu'on incise celle-ci dans les divers foyers purulents qui entourent les cordes vocales supérieures. Le ventricule droit, d'un rouge brique, montre à la coupe une certaine quantité d'un pus bien lié, d'une couleur rouge sombre, et dont la quantité augmente à la pression digitale.

La muqueuse rétro-pharyngienne est hyperémiée, mais ne contient pas de foyers purulents.

L'examen bactériologique de la collection purulente du larynx nous démontre la présence d'une grande quantité de staphylocoques dorés.

L'examen microscopique des diverses préparations faites avec le sang, la rate, le foie et le poumon n'a décelé la présence d'aucune bactérie, mais des cultures, faites sur divers milieux et d'après différents procédés, ont donné les résultats suivants : Le système nerveux ensemencé a donné sur les milieux les plus variés avec addition de glucose, de glycérine, d'albumine, de sang, de sérum, etc., dans les cultures aérobies, de grosses colonies blanches, qui, au microscope, se sont montrées constituées par un gros microcoque isolé ou associé par deux ou trois éléments et rappelant par sa morphologie le microcoque tétragène des cavernes pulmonaires d'origine tuberculeuse.

Les inoculations faites aux animaux avec ces cultures sont restées négatives; mais une émulsion de quelques gouttes du pus recueilli dans le larynx, mélangé à un peu d'eau stérilisée, injectées dans le péritoine de deux cobayes, nous donna les résultats suivants : six heures après l'injection, l'un d'eux eut une élévation de température accompagnée d'inappétence et de diarrhée; dix heures après il mourait. Le second cobaye n'eut aucun symptôme général, seulement au point d'inoculation il présenta un abcès assez étendu qui disparut rapidement.

En résumé, ce malade entre dans le service le 5 avril, avec des phénomènes typhiques qui ne sont pas nettement accusés. La dysphagie, symptôme constant chez les typhiques de la maison de Nanterre, n'attire pas l'attention du côté du pharynx. Le 8, le diagnostic est confirmé et, le 10, apparaissent les symptômes phlegmoneux décrits plus haut. Enfin, six jours après, le malade mourait. L'autopsie et l'examen bactériologique ont pleinement démontré l'existence, en plus des lésions typhiques, d'un phlegmon commençant au ventricule droit, juste au-dessus des cordes vocales supérieures, et se terminant à la glotte qui, elle-même, est prise et fortement boursouflée. La cavité buccale n'étant que le siège d'une poussée inflammatoire, elle ne doit pas moins être considérée comme phlegmoneuse, car il est évident que si les graves lésions du larynx n'avaient pas entraîné la mort, la partie rétro-pharyngienne aurait sous peu donné un ou plusieurs foyers purulents.

L'examen bactériologique nous a suffisamment éclairés sur l'existence, dans le pus retiré du larynx, d'un micrococcus que l'on trouve souvent dans les infections secondaires. L'inoculation de ce produit purulent, faite aux animaux, n'a pu que confirmer son pouvoir infectieux.

CRISES DE RÉTENTION D'URINE

DATANT DE PLUSIEURS SEMAINES ET GUÉRIES INSTANTANÉMENT, CHEZ UN SUJET HYSTÉRIQUE, A L'AIDE DUN TRANSFERT SUGGESTIF

Par J. Luys.

Le malade qui fait l'objet de cette observation, atteint de rétention d'urine, a été examiné à la clinique de l'hôpital Necker où on a reconnu la nature hystérique de la maladie.

D..., vingt-cinq ans, garçon coiffeur. Son père est mort alcoolique à cinquante-neuf ans; sa mère à cinquante-deux ans des suites d'une phlébite. A l'âge de dix-huit ans il a été atteint d'un rhumatisme articulaire aigu qui n'a pas laissé de traces. Il a été ensuite sujet à des migraines et à des gastralgies. Il n'a jamais eu ni blennorragie, ni hématurie, ni syphilis.

Il a pu faire ses trois années de service militaire sans avoir subi d'atteintes notables dans l'état de sa santé.

Depuis un mois, avant qu'il ne vienne consulter M. le professeur Guyon, il avait, sans cause, comme ressenti des difficultés à uriner. A cette époque, il souffrit d'une rétention aiguë complète qui dura vingt-trois heures. Elle cessa spontanément. Puis, quelques jours après, il fut repris d'une nouvelle rétention qui dura quinze heures. Il fut alors sondé par un médecin, et, depuis ce temps, il prit l'habitude de se sonder lui-même. Il urine seul actuellement, mais avec de grandes souffrances pendant tout le temps de la miction.

A l'examen, on ne constata, à l'hôpital Necker, aucune lésion apparente des organes urinaires, rien aux épididymes, au canal; spasme au niveau de la région membraneuse qui est douloureuse et ne peut être franchie d'abord que par une bougie filiforme et à la suite un béniqué n° 50 qui passe facilement. Rien à la prostate, urines claires; pression du rein gauche douloureuse, on sent seulement l'extrémité inférieure du rein. Le malade souffre seulement après la marche; la voiture ne semble pas avoir d'influence sur la douleur; n'a jamais rendu de graviers, a eu des crises très douloureuses dans le bas-ventre (crises néphrétiques).

On constate, en outre, de l'anesthésie pharyngienne sans rétrécissement du champ visuel, avec boule hystérique.

On conclut, d'après ces symptômes, qu'il n'y avait pas de lésion anatomique fixe pour expliquer cette rétention et qu'il s'agissait là de phénomènes de nature nerveuse, et que le sujet paraissait appartenir à la catégorie des hystériques mâles.

Lorsque ce malade vint à mon cabinet de consultation à la Charité, je constatai qu'il s'agissait là d'un sujet de nature chétive, affaibli, déprimé, s'exprimant avec une certaine lenteur. Il continue néanmoins à faire son état de garçon coiffeur. Nous constatons, comme cela a été noté à Necker, de l'anesthésie pharyngienne et une légère diminution de la sensibilité cutanée aux avant-bras.

Pour compléter le diagnostic, je pratique sur lui l'examen hypnomagnétique. Le sujet hypnotique servant aux diagnostics nous indique que le côté droit du corps du malade et de la face présentait la coloration unilatérale violette mélangée de quelques taches rouges, propres aux sujets hystériques, tandis que la moitié gauche du tronc et de la face offrait la coloration bleue pâle que l'on constate chez les sujets débilités dont la nutrition est mal faite.

En présence de la confirmation du diagnostic de l'hôpital Necker, je n'hésitai pas à proposer au malade de lui faire faire un transfert avec un sujet hypnotisé, et de lui enlever son mal. Il y avait cinq heures qu'il n'avait uriné et il avait fait des tentatives inutiles pour uriner.

Je le mis donc en rapport avec un sujet hypnotisé en léthargie et que j'emploie dans mes expériences habituelles. Le sujet transfert (chose assez curieuse au point de vue psychologique) était une femme, ancienne hystérique elle-même, et qui trouve dans les opérations de transfert thérapeutiques auxquelles elle se prête bénévolement un moyen efficace de calmer ses attaques.

Le malade étant mis en contact par les mains avec le sujet transfert et relié à lui à l'aide des effluves d'un gros barreau aimanté, en quelques minutes, le transfert s'est opéré et le sujet hypnotique a commencé à se plaindre de douleurs lombaires et hypogastriques et à accuser une faiblesse générale et de la difficulté à uriner.

A ce moment, je donnai au sujet transfert, maintenu en communication avec le malade, l'injonction d'uriner immédiatement aussitôt le réveil opéré et la séparation faite du sujet transfert avec le malade.

Le sujet transfert, réveillé et dispos, se frotta les yeux en disant qu'il allait bien et ne souffrait nullement; quant à l'homme, il alla immédiatement à l'urinoir et urina spontanément sans le moindre effort ni la moindre douleur.

Le lendemain matin, le malade est revenu nous voir dans le service pour constater le maintien de la guérison.

Pour confirmer les résultats acquis, une nouvelle application du transfert a été pratiquée et, dès ce jour, la miction normale fut reconquise.

Les cures de ce genre ne sont actuellement pas rares dans le domaine de l'hypnothérapie et nous avons la satisfaction de compter déjà un certain nombre de résultats véritablement miraculeux à l'actif de cette méthode nouvelle des transferts suggestifs.

Seulement, ce moyen de traitement est encore actuellement d'un emploi difficile et qui ne s'applique pas à tous les cas du domaine de la neurologie. Il faut d'abord que le sujet malade soit dans un état nerveux spécial, qu'il soit névropathique ou hystérique. Il faut ensuite que le sujet transfert ou récepteur soit lui-même dans des conditions de réceptivité spéciale. Enfin, il faut que l'opérateur sache ce qu'il fait et agisse d'une façon méthodique et précise dans le maniement des barreaux aimantés et dans l'évocation des phases hystériques.

Ces conditions de thérapeutique sont, jusqu'à présent, assez difficiles à réunir et c'est ainsi que, jusqu'à nouvel ordre, cette voie nouvelle d'études restera très peu fréquentée. Néanmoins, les résultats acquis sont indiscutables; on peut guérir par les transferts avec ou sans suggestion et il me paraît intéressant de signaler des faits de ce genre pour encourager de nouvelles recherches.

UN PRÉCURSEUR
DE LA DOCTRINE MODERNE DES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES

M. A. Broca traduit ainsi, dans la « Revue rose », un curieux passage d'un ancien mémoire (de 1746 à 1750) dû à Joseph Bauder, professeur à Fribourg-en-Brisgau, passage découvert et communiqué par M. Farabeuf :

Si maintenant nous comparons avec soin aux lésions trouvées sur le cadavre les symptômes notés sur le vivant, nous pouvons en déduire trois conséquences utiles à la pratique médicale. D'abord que les éléments et l'action du cerveau subissent la décussation, en sorte que la sensibilité et la motilité d'un côté du corps sont sous la dépendance de l'hémisphère cérébral opposé. Toujours, en effet, notre malade souffrit du côté droit de la tête, et de ce côté fut trouvé l'abcès, tandis que l'hyperesthésie et les convulsions ont toujours occupé le bras gauche... *En troisième lieu il devient évident pour nous que, par de nombreuses observations recueillies avec soin et comparées attentivement entre elles, nous pourrons savoir et prévoir pour le grand bénéfice des praticiens quelle partie du cerveau donne à tel ou tel membre la sensibilité ou le mouvement; en sorte que, connaissant le membre souffrant, l'on pourra déterminer quel point du cerveau est malade, et inversement, étant donné une lésion déterminée du cerveau, prévoir quel membre doit être affecté.* Ainsi, chez notre malade, la douleur et l'abcès siégeaient sous le pariétal droit, et les convulsions occupaient le bras gauche. Or, nous verrons plus loin, dans l'Obs. XXV, un jeune homme paralysé et contracturé à droite, dans le cerveau duquel nous trouvâmes, sous le pariétal, deux tubercules de la dure-mère, et dans l'hémisphère gauche, au niveau des lobes moyen et antérieur, des hydatides, ou mieux des « phlegmatides », si je puis m'exprimer ainsi. *Peut-être, après comparaison semblable de plusieurs observations, pourrons-nous enfin conclure avec certitude que la région du cerveau qui siège sous le pariétal commande à la motilité et à la sensibilité du membre supérieur du côté opposé.*

Toute la méthode moderne n'est-elle pas explicitement contenue dans les deux phrases soulignées?

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, et sur la proposition du Comité de direction des services de l'hygiène, des médailles d'honneur ont été décernées aux personnes désignées ci-après, en récompense de leur dévouement au cours de diverses épidémies :

Pas-de-Calais. — Médaille de bronze : M. Carin, médecin à Coquelles.

Rhône. — Médaille d'argent : M. le docteur Rondet, médecin correspondant des épidémies pour le canton de Neuville-sur-Saône.

Seine. — Médaille d'or : M. Trépard, surveillant à la Maison municipale de santé.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Coquillaud (de Fontenay-Vendée); Griffon (d'Ay); Jacob (de Reims); Joubert (de Bagnoles-de-l'Orne); Marcel Porcher (de Paris) et Raimbert (de Châteaudun).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis d'anatomie topographique, par N. Rudinger, professeur d'anatomie à l'Université de Munich. Édition française avec notes et additions, par Paul Delbet, interne des hôpitaux de Paris, aide d'anatomie à la Faculté de médecine. Préface par A. Le Dentu, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. gr. in-8° de 254 pages avec 68 figures, en partie imprimées en couleur; cartonné. — Prix : 8 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Manuel de petite chirurgie de Jamain, 7e édition illustrée de 415 fig. intercalées dans le texte, par M. le professeur Félix Terrier et M. Péraire, ancien interne des hôpitaux. 1 vol. grand in-18 en élégant cartonnage anglais. — Prix : 8 francs. — Paris, Félix Alcan.

Précis de médecine opératoire obstétricale, par S. Remy, professeur à la Faculté de médecine de Nancy. 1 vol. in-18 jésus de 460 pages avec 185 figures; cartonné. — Prix : 6 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

La glande thyroïde et les goîtres, anatomie normale et pathologique, bactériologie, par le docteur Henri Rivière, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité de Lyon. Gr. in-8° de 148 pages, avec 2 planches. — Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Thérapeutique journalière. Maladies internes et maladies des enfants, par C. Smith, médecin praticien à Moscou. 1 vol. in-18 de 204 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Mont-Dore et ses eaux minérales; étude médicale, par le docteur Em. Emond, médecin consultant au Mont-Dore. 3e édition. 1 vol. in-18 de 195 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Leçons sur le traitement des névroses, par le docteur E-C. Seguin (de New-York), précédé d'un avant-propos de M. le professeur Charcot, 1 vol. in-8° de 98 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Ophtalmologie : maladies des paupières et des membranes externes de l'œil (*Encyclop. scient. des Aide-Mémoire*), par M. de Lapersonne, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Lille. 1 vol. petit in-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Contribution à l'étude de l'état mental des hystériques; dénonciation de crimes imaginaires; chromhydrose simulée, par le docteur Longbois (de Joigny). 1 broch. in-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Ollier-Henry.

Le micrographe préparateur, journal mensuel de micrographie générale et de technique micrographique, publié sous la direction de M. J. Tempère, avec la collaboration d'un groupe de spécialistes. (N° 8, août 1893.) — Prix de l'abonnement : pour la France, 12 francs; pour l'étranger, 15 francs. — Prix du numéro : 1 fr. 25. — Paris, J. Tempère, 168, rue Saint-Antoine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 117. — JEUDI 12 OCTOBRE 1893. 66e ANNÉE. JEUDI 12 OCTOBRE 1893. — N° 117.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.......	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.	3 mois : **10 fr.** »	— 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : **20 c.** — Avec Supplément : **30 c.**

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a été consultée par le Gouvernement au sujet des maladies épidémiques et contagieuses dont la déclaration deviendra obligatoire pour le médecin, en vertu de l'article 15 de la loi sur l'exercice de la médecine du 30 novembre 1892. M. Vallin, au nom de la Commission d'hygiène, a été chargé d'un rapport sur cette question. En raison de son importance et de l'intérêt qu'elle présente pour le corps médical tout entier, nous publions *in extenso* le rapport de M. Vallin, qui, du reste, va devenir l'objet d'une discussion.

Voici la liste des maladies que M. Vallin propose à l'adoption de l'Académie : choléra et affections cholériformes, fièvre jaune, peste, variole, scarlatine, rougeole, suette miliaire, diphtérie, fièvre typhoïde, typhus exanthématique, dysenterie épidémique, infections puerpérales (dont le secret n'aura pas été réclamé), ophtalmie purulente.

On remarquera la réserve qui suit l'indication des infections puerpérales. Elle est bien faite pour donner une idée des difficultés en présence desquelles pourra se trouver, dans maintes circonstances, le praticien qui devra concilier l'application de la nouvelle loi avec le respect du secret professionnel. Il est à penser que cette délicate question va être soulevée, sinon tranchée, dans la discussion qui va suivre le rapport de M. Vallin, et qui doit s'ouvrir dans la prochaine séance.

Nous avons à signaler une communication de M. Panas sur la prophylaxie des accidents infectieux consécutifs à l'opération de la cataracte. Pour prévenir ces accidents, M. Panas fait un lavage soigneux des bords palpébraux avec de l'huile bi-iodurée, après avoir dégraissé les paupières à l'aide d'une solution de carbonate de soude.

M. Hérard a fait un rapport sur un mémoire de MM. Labbé et Oudin, relatif au traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'air ozonisé.

Enfin, M. Guéniot a présenté un fœtus né à terme, dont la tête est le siège de profondes anomalies.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Paul RECLUS.

Traitement des appendicites.

I

Au point de vue de la thérapeutique chirurgicale, les appendicites franches peuvent se diviser en trois groupes : les appendicites suraiguës, les appendicites à rechute et enfin, variété de beaucoup la plus nombreuse, les appendicites aiguës qui provoquent, non comme les premières, une péritonite, mortelle presque toujours, mais la formation d'une collection purulente circonscrite, sur le traitement de laquelle l'accord n'est pas fait entre médecins et chirurgiens. Son importance est capitale, aussi en parlerons-nous dans une conférence séparée, nous bornant, dans cette clinique, à l'étude des deux premières formes : l'appendicite suraiguë et l'appendicite à rechute.

L'*appendicite suraiguë* est parfois précédée de prodromes, douleurs vagues et troubles digestifs trop souvent attribués à une affection hépatique ; parfois encore elle survient après une ou plusieurs crises de « coliques appendiculaires » ou même d'appendicite aiguë ; les accidents ont cessé pour faire place à une santé parfaite, puis une deuxième, une troisième attaque se succèdent jusqu'au jour où éclate l'appendicite suraiguë. Mais, bien qu'observé, ce mode d'invasion est rare et presque toujours c'est subitement, en pleine santé, que survient la perforation, à l'occasion d'un effort, d'un heurt, d'un écart de régime, d'une digestion difficile, ou même sans raison appréciable.

Tout à coup se produit une douleur violente dans la fosse iliaque droite, beaucoup plus rarement dans la gauche. En général, elle est fixe, en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure ; puis elle irradie vers l'ombilic et les organes génitaux. Elle s'accompagne très vite de vomissements répétés, d'abord alimentaires, puis bilieux et porracés, puis de tympanisme, de constipation et de fièvre. L'inflammation envahit le ventre, et le fracas de ces symptômes est tel que la douleur localisée dans la fosse iliaque et la tuméfaction qui s'y forme bientôt peuvent passer inaperçues. Or ils constituent les deux signes principaux sur lequel on établit le diagnostic ; aussi l'erreur était de règle, il y a quelque dix ans, lorsqu'on ignorait encore la fréquence des perforations appendiculaires, et l'on prononçait souvent alors le mot de péritonite « idiopathique ».

Quelle conduite tenir en pareille occurrence? Certes la thérapeutique est précaire, mais du moins l'accord est unanime pour déclarer que l'opération doit être tentée, sans grand espoir d'ailleurs, et l'on se rappellera que Roux (de Lausanne) prétend que ces cas ressortissent moins à la chirurgie qu'aux pompes funèbres. Il n'en est pas moins vrai que sans intervention la mort est fatale, tandis que la laparotomie a donné quelques succès authentiques : si Berger a eu 4 morts sur 4 et Terrier et nous 1 sur 1, Jalaguier a eu 2 guérisons sur 14 cas, Nélaton et Routier 1 sur 3 et Tuffier 2 sur 4. Nous craignons fort que la proportion de succès, accusée dans ce dernier relevé — 50 p. 100 de guérison — appartienne à une série heureuse. Il n'en faut pas moins le retenir à l'actif de l'intervention et ne pas hésiter, dès que la péritonite est constatée, à agir et à agir vite. On ne perdra pas un instant et l'ouverture large du foyer, le lavage du péritoine et le drainage seront immédiatement pratiqués. Si tous proclament à cette heure que la laparotomie s'impose, tous proclament, comme corollaire, qu'elle ne saurait être efficace qu'à condition d'être précoce.

La deuxième variété d'appendicites, l'appendicite *à rechute*, n'a pas un tableau clinique toujours identique à lui-même : tantôt il s'agit de la forme d'appendicite aiguë à collection localisée; elle guérit, puis, au bout d'un temps plus ou moins long, une récidive survient; mais nous ne parlerons pas ici de ces cas que nous retrouverons plus tard. Tantôt les attaques sont moins vives et il y aurait ce que Talamon appelle « la colique appendiculaire ». D'après cet auteur, qui a écrit sur ce sujet un livre estimé, les matières stercorales peuvent s'engager dans le processus vermiculaire et y provoquer une colique, comme le calcul qui pénètre dans l'uretère. Cette comparaison ne nous paraît pas exacte : d'après nous, il y aurait non pas « colique » mais inflammation, véritable appendicite, et voici quelle en serait la pathogénie habituelle. Des matières fécales molles franchissent la valvule qui obturent mal le processus vermiculaire, puis durcissent peu à peu, augmentent par l'adjonction de strates successives et prennent la forme de petites olives ou de noyaux de cerise signalée dans la plupart des observations. Leur contact prolongé irrite la muqueuse qui s'enflamme et sécrète plus abondamment; l'inflammation gagne la musculeuse et la séreuse et l'appendicite est constituée.

Si une perforation rapide ne vient pas interrompre le travail de prolifération, des néo-membranes se forment et bientôt l'appendice adhère aux organes voisins; le plus souvent, il s'accole au cæcum lui-même et cette adhérence lui imprime parfois une coudure brusque qui accentue les obstacles et s'oppose au reflux des corps étrangers et des mucosités de l'appendice dans le cæcum. En général, on trouve le vermium en arrière, remonté sur la face postérieure du cæcum; c'est là sa place d'élection, mais ce n'est pas la seule; il peut aussi être en avant, en dehors, en dedans, plongé dans le petit bassin, et ces diverses localisations sont importantes, car elles nous expliquent comment les lésions péri-appendiculaires peuvent avoir des sièges si variés. Nous ne compterons pas, en effet, moins de cinq localisations possibles et fort différentes pour les collections purulentes provoquées par la propagation de l'inflammation. Quoi qu'il en soit, cette appendicite est parfois « larvée »; aucun symptôme ne la révèle : elle passe inaperçue et on la constate alors, au hasard des autopsies et des laparotomies, sans que rien, dans les antécédents du malade, en ait révélé l'existence.

Parfois, au contraire, elle se traduit par une série de symptômes relatés dans nombre d'observations : on note des troubles digestifs, des nausées, des vomissements même, de la pesanteur, de la gêne dans la fosse iliaque droite. Cette souffrance a un foyer à peu près constant; on le trouve d'habitude à deux travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, et sur la ligne qui va de cette épine à l'ombilic. Or, l'anatomie nous enseigne que ce point correspond assez exactement à l'insertion du processus vermiculaire sur le cæcum. Là, en cet endroit, une palpation attentive permet parfois de reconnaître l'existence d'une tumeur allongée, de la grosseur du doigt, plus ou moins mobile, douloureuse à la pression. Dans ces cas, le diagnostic est vraiment facile et on peut écarter résolument l'hypothèse d'une colique hépatique, avec laquelle naguère on confondait presque toujours ces appendicites, erreur d'autant plus explicable que l'appendicite procède aussi par crises qu'entrecoupent des intervalles d'accalmie.

C'est une observation de ce genre que nous venons de recueillir dans le service : un comptable de trente-deux ans, dont les antécédents sont un peu douteux du côté de la tuberculose, fut pris, au mois d'août 1892, d'une première crise; il sentit tout à coup, peut-être à l'occasion d'un refroidissement, un malaise général avec frisson erratique; puis surviennent de brusques douleurs localisées dans la fosse iliaque droite; les souffrances durent huit jours et le malade s'alite, mais il n'a ni météorisme, ni constipation, ni diarrhée, ni vomissements et la fièvre aurait été nulle. Au bout de quinze jours toute souffrance avait disparu et son médecin se flattait d'avoir guéri cette typhlite, car tel était alors le diagnostic porté. Mais on était loin de compte, car cinq mois plus tard, dans le courant de janvier 1893, une crise nouvelle éclate, en tout semblable à la première : même début à la suite d'un refroidissement, mêmes malaises, mêmes frissons erratiques, mêmes douleurs brusques dans la fosse iliaque droite avec irradiation du côté de l'S iliaque. Pas plus dans cette attaque que dans la précédente, on ne note ni vomissements, ni troubles digestifs, ni diarrhée, ni constipation et les tracés thermométriques n'accusent aucune ascension de température. Sous l'influence du régime lacté, les souffrances ne tardent pas à disparaître et, pour la seconde fois, le 15 mars, la guérison semble définitive.

L'illusion devait être de peu de durée, car, même avant la fin du mois, dès le 26 mars, le malade rentre à la Pitié pour une troisième crise, calquée sur le type des deux précédentes. Au bout de quelques jours, comme le patient se croyait toujours sous le coup d'une attaque nouvelle, comme d'ailleurs la fosse iliaque droite était soulevée par une tuméfaction des plus nettes, M. Moutard-Martin nous le confie et je trouve, sur une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure, une masse indurée, du volume d'une mandarine, profondément située en arrière du cæcum. Cette tumeur est douloureuse et si les souffrances spontanées, fixes dans le flanc droit ou irradiées vers la cuisse, sont rares, les douleurs provoquées par la pression sont vives. Aussi n'hésitons-nous pas dans notre diagnostic : nous concluons à l'existence d'une appendicite à rechute et, malgré l'absence de phénomènes alarmants, nous intervenons.

L'incision classique est pratiquée et nous arrivons sur le cæcum, dont la face antérieure est libre, sans adhérences avec la séreuse pariétale; je protège les anses intestinales libres avec une compresse aseptique et je me porte en dehors, décollant peu à peu, et avec de grandes précautions, le bord externe et la face postérieure du cæcum de ses adhérences avec le péritoine ; j'atteins enfin l'appendice et, en le séparant des néo-membranes qui l'enveloppent en arrière, je vois le pus suinter de la fosse iliaque et je finis par ouvrir une collection purulente située derrière le cæcum, sous le feuillet péritonéal qui a triplé de volume. Il s'agissait donc d'un abcès péri-typhlitique postérieur, la variété la plus commune des suppurations appendiculaires. Le processus, bien dégagé, fut lié et suturé; l'abcès vidé et désinfecté et sa poche drainée. Les suites de l'intervention furent des plus simples et la guérison totale, quoique survenue lentement, est maintenant obtenue.

Vous avez vu la pièce : l'organe, du volume et un peu de la forme d'une olive, formait, grâce à un rétrécissement situé près de son insertion au cæcum, une cavité kystique ne communiquant plus avec l'intestin ; il n'y avait point de corps étrangers dans cette poche, pas de concrétions stercorales ou de pépins de fruits, mais un mucus jaunâtre et peu abondant; la séreuse et la musculeuse étaient très épaissies; la muqueuse était plutôt atrophiée, mais en aucun point nous n'y avons constaté de trace d'ulcération ou de perte de substance; ici la perforation habituelle faisait donc défaut. J'ai le regret d'ajouter que l'examen bactériologique n'a pas été fait et j'ignore s'il existait des colibacilles en migration dans les parois. Cette observation est un exemple où l'on voit un abcès s'amasser autour de l'appendice sans que cet organe soit perforé; les microbes pathogènes ont traversé les tuniques intestinales pour aller inoculer le péritoine.

Si j'insiste sur cette observation, c'est qu'elle me paraît pleine d'enseignements. Elle nous montre d'abord le peu de concordance entre la bénignité des symptômes observés au cours des attaques et la gravité des lésions révélées par l'ouverture du ventre. Il n'y avait eu, comme signe d'appendicite, que la brusque douleur de la fosse iliaque; les troubles digestifs, les vomissements, la constipation, puis le météorisme, tous les signes de réaction péritonéale, la fièvre même avaient fait défaut; or, malgré cette apyrexie une volumineuse collection purulente ne s'en était pas moins amassée dans la fosse iliaque. Nous trouvons là une confirmation nouvelle de nos vieilles assertions : toutes les fois que l'appendicite se traduit par une tuméfaction appréciable de la fosse iliaque, le pus y est déjà collecté. Mais ce fait est trop important pour que je n'y revienne pas, dans une autre conférence, à propos de la troisième forme des appendicites.

Une deuxième remarque, celle-là absolument capitale, c'est qu'il faut se méfier des prétendues guérisons obtenues par le traitement médical. J'y insisterai aussi plus tard, mais l'argument n'en est pas moins valable pour les appendicites à rechute. Le processus vermiculaire enflammé provoque des accidents dont on ne peut mesurer la gravité; ne vaut-il pas mieux prévenir ce danger toujours imminent par une opération à froid, dont la mortalité est vraiment réduite à zéro ? Quénu, l'année dernière, dressait devant la Société de chirurgie une rapide statistique où il relevait, presque au hasard, 42 interventions sans le moindre accident, et depuis le nombre s'en est beaucoup accru, tant en France qu'à l'étranger; je pourrais de mon seul chef ajouter deux cas nouveaux. Aussi cette opinion ne rencontre-t-elle plus guère d'opposants et tous nos collègues paraissent la partager. Ils admettent avec nous que si, à la suite d'une ou plusieurs crises, persistent des signes locaux, tumeur appréciable dans la fosse iliaque, douleur spontanée ou à la pression, troubles dyspeptiques, l'intervention s'impose.

Quel moment choisir pour l'intervention ? L'intervalle de deux crises, répond-on communément, pendant une période d'accalmie. Je le veux bien et l'opération en est moins dangereuse. Le pus est alors résorbé; et l'ouverture intempestive d'un abcès ne risque pas d'inoculer le péritoine; on décortique doucement l'appendice, on le dépouille de ses adhérences, on l'isole, on le résèque et nous avons vu les résultats parfaits que donne cette opération à tous les chirurgiens aseptiques. Mais faut-il de toute nécessité ne pas intervenir au cours d'une crise ? Pour ma part telle n'est pas mon opinion et je dis : si l'attaque est modérée, sans retentissement péritonéal appréciable, sans phénomènes généraux, sans fièvre, on peut attendre avant d'agir que ce faible orage soit dissipé ; mais si la crise est de quelque gravité, comme on ignore les désordres qu'elle peut produire, j'ouvre la fosse iliaque, quitte à drainer simplement l'abcès sans réséquer l'appendice, lorsque je crains, au cours de cette manœuvre, d'inoculer le péritoine.

Je n'insisterai pas sur le manuel opératoire. Dans les cas d'appendicite à rechute, c'est à l'incision classique, l'incision parallèle à l'arcade de Fallope, qu'il faut recourir; en effet, elle permet, le plus souvent, d'arriver droit sur le foyer et de manœuvrer fort à l'aise; mais elle a surtout l'immense avantage d'être contenue dans la limite des adhérences; le processus est, pour ainsi dire, séparé par des néo-membranes de la grande séreuse qui se trouve ainsi protégée contre toute inoculation possible du fait de l'intervention. Or, pour nous servir d'une expression de Gerster, « il serait stupide » d'ouvrir le péritoine lorsqu'on peut rester en dehors et réséquer l'appendice sans courir aucun danger. L'incision sur la ligne médiane, que personne ne défend plus à cette heure, nous laisse vraiment trop loin de la fosse iliaque, et, dans un cas, Chaput dut, pour atteindre le processus vermiculaire, ajouter à la section de la ligne blanche une incision parallèle à l'arcade de Fallope.

Cette incision classique, la meilleure pour les appendicites à rechute et, nous le verrons bientôt, pour les appendicites à collection purulente circonscrite, n'est plus suffisante lorsqu'il s'agit de péritonites suraiguës consécutives à la perforation du processus vermiculaire. On ouvrira bien la fosse iliaque droite par le procédé ordinaire, on évacuera le pus qui s'y est accumulé, on suturera l'appendice perforé, on drainera la région; mais il faudra poursuivre dans tout le ventre les exsudats inflammatoires et ajouter la laparotomie médiane, qui permettra le lavage à l'eau bouillie de la cavité péritonéale. Tel est le mode opératoire le plus habituel : vous pourrez le modifier à votre gré, mais ce qui est essentiel c'est d'intervenir.

SUR LES MALADIES ÉPIDÉMIQUES

ENTRAÎNANT LA DÉCLARATION OBLIGATOIRE

(Rapport fait à l'Académie de médecine, au nom de la Section d'hygiène, par M. VALLIN, rapporteur.)

I

L'article 15 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine est ainsi conçu :

« Tout docteur, officier de santé ou sage-femme est tenu de faire à l'autorité publique, son diagnostic établi, la déclaration des cas de maladies épidémiques tombées sous son observation et visées dans le paragraphe suivant.

La liste des maladies dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel sera dressée par arrêté du ministre de l'intérieur, après avis conforme de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France. Le même arrêté fixera le mode de déclaration desdites maladies. »

En conséquence, M. le ministre de l'Intérieur, par une lettre en date du 19 juin 1893, s'est adressé en ces termes à notre compagnie :

« Paris, le 19 juin 1893.

Monsieur le Secrétaire perpétuel,

L'article 15 de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, relatif à la déclaration obligatoire des cas de maladies épidémiques, dispose que la liste de ces maladies sera dressée par arrêté du ministre de l'Intérieur après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France. Le Comité a délibéré sur cette question dans sa séance du 12 juin courant et il a adopté les conclusions d'un rapport qui lui a été présenté au nom de sa Commission de législation, par M. le professeur Proust. Le Comité a ajouté la coqueluche aux maladies dont la liste avait été dressée par sa Commission.

En vous adressant huit exemplaires de ce rapport, j'ai l'honneur de vous prier de saisir de l'affaire l'Académie, en exécution de la loi du 30 novembre 1892.

La loi devant entrer en vigueur le 1er décembre 1893, il y aurait intérêt à ce que l'avis de l'Académie me parvînt le plus tôt possible.

Recevez, Monsieur le Secrétaire perpétuel, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le président du Conseil, ministre de l'Intérieur,
Pour le ministre :
Le conseiller d'Etat,
directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques,
Signé : MONOD. »

La loi sanitaire, dite encore loi pour la protection de la santé publique, a été votée en première lecture par la Chambre des députés le 26 juin 1893. L'article 9 de cette loi rend également cette déclaration obligatoire pour le médecin, mais avec cette addition importante, qu'en l'absence d'un médecin appelé, le chef de famille, le logeur, seront tenus à la même obligation.

Voici le texte précis de cet article de la loi :

« Art. 9. — La déclaration à l'autorité publique de tout cas de maladie infectieuse est obligatoire pour tout docteur, officier de santé ou sage-femme qui en a constaté l'existence, ou à défaut pour le chef de famille, maître d'hôtel ou directeur d'établissement ou les personnes qui soignent les malades.

La liste de ces maladies est dressée par arrêté du ministre de l'Intérieur, sur avis conforme de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France. »

Cette déclaration obligatoire des maladies épidémiques est une des bases des lois sanitaires adoptées depuis longtemps dans presque tous les pays de l'Europe : en Angleterre, en Prusse, dans le grand-duché de Bade, en Saxe, en Bavière, en Italie, comme aussi aux États-Unis d'Amérique. Elle a pour but de ne plus laisser l'autorité désarmée devant des faits dont vous me permettrez de vous rappeler quelques exemples :

Une famille étrangère vient habiter un appartement sur un de nos grands boulevards ; l'enfant contracte au dehors la diphtérie et meurt. La famille, désolée, quitte précipitamment Paris, sans qu'aucune mesure de désinfection eût été prise. On ne sait si les meubles, les tentures et les tapis, vendus sur place, ont déterminé des contagions d'origine ignorée. Mais, quelques mois plus tard, des nouveaux locataires s'installent dans l'appartement. Un enfant contracte la diphtérie et meurt; après lui, la mère, un autre enfant, une domestique ; la famille est presque anéantie.

On a pensé qu'il y avait « quelque chose à faire » pour empêcher le retour de tels désastres. Sous le régime de la prochaine loi sanitaire, le médecin de la famille eût fait connaître à l'autorité sanitaire, c'est-à-dire au maire, ce premier cas de diphtérie; le médecin délégué aurait sans peine réussi à pratiquer gratuitement, en quelques heures, presque sans dérangement, la désinfection de la literie, des objets souillés, de l'appartement tout entier, et à épargner ainsi plusieurs existences.

Trousseau rapporte dans ses *Cliniques* qu'une épidémie de variole se déclara un jour dans une des rues les plus fréquentées de Paris. Le bruit public révéla tardivement l'origine de cette épidémie de quartier. Une femme tenait une boutique de mercerie très achalandée ; son enfant contracta la variole. Afin de pouvoir continuer son commerce et donner tous ses soins à l'enfant, elle avait dressé pour celui-ci un lit, caché derrière un paravent dans un coin de sa boutique. Les acheteurs rapportaient les germes varioleux à la maison, dans leurs vêtements, avec les objets achetés sur lesquels s'étaient déposées les poussières virulentes, ou qu'avait touchés la mère, de la même main qui, quelques instants auparavant, débarrassait le visage de l'enfant de ses croûtes varioleuses.

Désormais, en pareil cas, l'autorité sanitaire avertie exposerait à la mère le danger qu'elle fait courir au voisinage ; elle lui persuaderait aisément que dans son propre intérêt, pour conserver sa clientèle, il est indispensable d'isoler son enfant dans une chambre haute de la maison, de le faire soigner par une personne amie ou de le soigner elle-même en se faisant remplacer dans son commerce ; en outre, on désinfecterait rigoureusement la boutique avec les objets qu'elle contient : on secourerait en un mot la mère et l'enfant en leur causant le moindre dommage, au grand profit de la santé publique.

Dans un groupe de maisons d'une ville populeuse de l'Ouest, des cas de fièvre typhoïde et des décès continuaient à se produire depuis plusieurs mois. C'est seulement quand le nombre des victimes fut devenu considérable, que l'opinion s'émut; une enquête fut ordonnée par un maire, d'ailleurs très soucieux des intérêts de l'hygiène ; on découvrit tardivement la cause de cette épidémie qui s'arrêta. Si la déclaration obligatoire et l'inspection sanitaire qui en est la conséquence naturelle avaient eu lieu dès le premier cas, le médecin délégué par la municipalité aurait recherché les causes d'insalubrité des différentes maisons; il aurait examiné l'eau, son origine, ses conduites, ses réservoirs, les latrines, la canalisation des eaux ménagères, les égouts, etc. Il eût alors reconnu qu'un des propriétaires de ces maisons avait suppléé à l'absence de fosse fixe et d'égout par un puisard qui recevait les eaux ménagères et les déjections humaines. Ce puisard à fond perdu avait infecté la nappe souterraine et par conséquent les puits qui la desservaient, de sorte que tous les habitants qui s'abreuvaient à ces puits ingéraient les infiltrations provenant du puisard. La déclaration obligatoire aurait fait, en quelque sorte, l'économie de toutes les victimes antérieures à l'enquête.

La déclaration obligatoire de chaque cas de maladie infectieuse semble donc le principe et la condition *sine qua non* de toute prophylaxie. Cette déclaration est imposée à celui qui a la compétence, c'est-à-dire au médecin, et à son défaut au chef de famille, au directeur d'établissement, au logeur, etc.

On a invoqué le secret médical et l'article 378 du Code pénal, qui punit l'indiscrétion « des personnes dépositaires par état ou profession des secrets qu'on leur confie ». Ce respect de la chose

confiée est, depuis Hippocrate, l'un des privilèges et l'un des devoirs les plus sacrés de notre profession; nous en sommes justement jaloux. Mais à côté des cas, relativement rares, où l'honneur et la réputation d'un individu ou d'une famille dépendent de notre discrétion, il faut bien reconnaître qu'il en est un plus grand nombre où la nature de la maladie est en quelque sorte de notoriété publique. Dans le salon où se réunit une assistance en deuil, tout le monde s'entretient de la maladie (diphtérie, scarlatine, fièvre typhoïde, etc.), qui vient d'enlever un parent ou un ami. Seule l'autorité sanitaire l'ignore, alors peut-être que son intervention préserverait de la contagion l'une des personnes qui poussent le scrupule jusqu'à la discrétion homicide, suivant l'heureuse expression de notre éminent vice-président.

Vit-on jamais un médecin, s'abritant derrière le secret professionnel qui souvent le protège, mais parfois l'opprime, refuser d'établir un certificat d'aliénation mentale, destiné à assurer la séquestration d'un aliéné dangereux pour lui-même et pour les autres? Le premier cas d'une maladie contagieuse abandonné sans mesures sanitaires dans une maison habitée par un grand nombre de ménages n'expose pas à un moindre danger que l'aliéné laissé libre de sa personne dans la rue; d'autre part, la déclaration d'une maladie épidémique cause presque toujours au malade et à sa famille moins d'inconvénients que le certificat délivré par le médecin aliéniste.

Une des conséquences de la loi sanitaire sera sans doute l'obligation de la discrétion professionnelle imposée par l'article 378 du Code pénal au personnel administratif chargé de recevoir les déclarations, comme elle l'est depuis longtemps aux employés des télégraphes, et à beaucoup d'autres administrations publiques.

Quoi qu'il en soit, la loi du 28 juillet 1892 a établi qu'il y a des maladies dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel. Messieurs, la loi est votée et promulguée; on ne discute pas la loi, on s'y soumet; qu'elle plaise ou non, il n'importe. Notre devoir est de chercher en commun, dans un esprit de modération et d'équité, quelles sont celles des maladies infectieuses et transmissibles dont la déclaration est nécessaire au point de vue de la sécurité et de la salubrité publiques. *(A suivre.)*

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 octobre 1893. — Présidence de M. Le Fort.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend des lettres de candidature de :

1° MM. Hutinel, Legroux et du Castel, pour la section de thérapeutique et histoire naturelle médicales;

2° M. Fernet, pour la section de pathologie médicale;

3° MM. Auvard et Bar, pour la section d'accouchements;

4° MM. G. Barrier et P. Mégnin, pour la section de médecine vétérinaire.

RAPPORT

Sur les maladies épidémiques entraînant la déclaration obligatoire. — M. VALLIN donne lecture, au nom de la Section d'hygiène, d'un rapport sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 1108.)

COMMUNICATION

Prophylaxie des accidents infectieux après la cataracte. — M. PANAS. Grâce à l'asepsie parfaite, les accidents dans l'opération de la cataracte ont été réduits au minimum. Cependant, les résultats optiques sont parfois mauvais et le malade peut conserver quelques souffrances. Pour éviter ces complications, M. Panas a proposé, il y a déjà quelques années, le lavage antiseptique de la chambre antérieure. L'infection procède généralement du bord libre des paupières comme l'ont démontré des recherches de laboratoire; des cultures inoculées à des cornées de lapin ont toujours provoqué des abcès au point inoculé, et même une fois de l'hypopyon, qui s'est résorbé sans amener de panophtalmie. Même dans les cas de nettoyage des plus rigoureux des paupières, ces accidents ont pu se montrer. Au contraire, après un brossage aussi consciencieux que possible des paupières avec de l'huile bi-iodurée, les cultures sont généralement restées stériles, surtout lorsque les paupières ont été antérieurement dégraissées avec du carbonate de soude.

Les lavages avec une solution aqueuse ne peuvent remplacer, comme prophylaxie, les lavages avec l'huile bi-iodurée, qui contient une quantité beaucoup plus considérable de mercure.

RAPPORT

Traitement de la phtisie par l'air ozonisé. — M. HÉRARD lit un rapport sur un mémoire de MM. Labbé et Oudin, relatif au traitement de la phtisie par l'air ozonisé, obtenu au moyen de l'électricité.

Voici les conclusions de ce rapport :

L'air ozonisé combat efficacement l'anémie.

Il agit favorablement dans la tuberculose pulmonaire en modifiant l'état général du malade, plus lentement l'état local. La guérison n'est obtenue qu'après un traitement prolongé.

Quoi qu'il en soit, cette médication doit être encouragée, car elle constitue une ressource thérapeutique précieuse surtout pour les malades — et ce sont les plus nombreux — auxquels conviendrait la cure d'air et qui ne peuvent avoir recours à ce mode efficace de traitement.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Tératogénie. Adhérences et brides amniotiques comme cause d'anomalies fœtales. — M. GUÉNIOT. Déjà le 19 novembre 1889 et le 22 avril 1890, j'ai présenté à l'Académie deux fœtus monstrueux qui offraient entre eux, et avec celui que j'apporte aujourd'hui, de remarquables analogies. Au point de vue tératogénique, je pourrais même dire qu'il s'agit d'une réelle similitude; car tous trois mettent en évidence le rôle *perturbateur* que les brides amniotiques peuvent opposer au développement régulier du fœtus.

Il est à noter que, le plus souvent, ces brides s'attachent, soit à quelque région de la face ou du crâne, soit sur les membres et particulièrement sur leurs extrémités, mains ou pieds. Dans le premier cas, les anomalies sont d'ordinaire tellement profondes, qu'il en résulte des monstruosités incompatibles avec la vie. Dans le second, au contraire, on observe des sections, des déviations, des difformités plus ou moins graves, mais qui, habituellement, ne portent pas atteinte à la vie de l'enfant. Il convient d'ajouter que les grandes anomalies, celles qui constituent les monstruosités, se trouvent presque toujours accompagnées d'anomalies légères. Les trois pièces auxquelles je viens de faire allusion en représentent des exemples très significatifs.

Le fœtus que je présente aujourd'hui est né à la Maternité d'une mère secondipare, dont le premier enfant était bien conformé. On voit que l'amnios, en un point voisin du bord placentaire, est fixée, par de larges et solides adhérences, à toute la région fronto-pariétale gauche du crâne. Il en résulte que l'arrière-faix se trouve appliqué sur la face dorsale du fœtus, depuis le sommet de la tête jusqu'à l'hypocondre gauche. De ce même côté, les os frontal et pariétal font défaut, et la cavité orbitaire correspondante est remplacée par une masse molle qui paraît être formée de substance cérébrale recouverte des méninges. Il en est de même d'une autre masse semblable et plus volumineuse, qui occupe la région temporale gauche (*encéphalocèle*). Au niveau de l'orbite droit, existe une petite cavité qui en marque la place, mais est dépourvue de paupières et de globe oculaire.

Par suite des tractions qu'exercent les brides amniotiques sur le haut de la face, la saillie du nez manque totalement et l'existence seule d'une sorte de fistule muqueuse représente les fosses nasales. De plus, les os maxillaires supérieurs, non réunis, laissent entre eux une fissure médiane qui s'étend à toute la voûte palatine et met à nu les deux incisives centrales recouvertes de leur chapeau de dentine.

Je passe sur la présence de plusieurs appendices cutanés au côté droit de la face, pour mentionner très spécialement l'existence, sur chacun des doigts de la main droite, d'un sillon ou commencement de section circulaire produit par une lanière filiforme de l'amnios. Pareille lésion se remarque aussi à la main gauche, mais seulement sur les doigts index et annulaire. De là, à une section complète, on conçoit que ce soit pure affaire de degrés.

Quant à l'arrière-faix, j'ai déjà dit comment il se trouve adhérent au fœtus qui semble le porter à la fois sur le dos et sur l'épaule gauche. De forme très irrégulière, le placenta ne s'écarte pas sensiblement de la normale, au point de vue de sa masse et de sa structure. Un kyste à contenu liquide et du volume d'une figue, se voit sur sa face fœtale ou amniotique. Le cordon ombilical, long de 20 centimètres, se trouve étroitement appliqué sur la face antérieure du fœtus. Il est fortement tendu entre l'ombilic et la région frontale, où il va se confondre avec les adhérences amniotiques.

L'enfant s'étant présenté par le siège, avec les membres inférieurs relevés, on dut aider à son dégagement et sectionner hâtivement le cordon pour en opérer l'extraction. Il ne fit aucun effort de respiration. Le placenta, qui lui était accolé, fut expulsé en même temps que lui, sans grave complication pour la mère.

En résumé, toutes les anomalies se montrent localisées à la tête et aux extrémités supérieures du fœtus.

A la suite de ma première communication, le 19 novembre 1889, notre collègue, M. Mathias Duval, si compétent en ces matières, m'exprimait sa surprise, en même temps que sa conversion doctrinale à mes idées, dans les termes suivants :

« Vous ne sauriez croire combien la pièce que vous venez de présenter bouleverse mes idées et excite mon intérêt. J'avais pensé, jusqu'ici, que les opinions de M. Dareste sur le rôle de l'amnios dans les déviations tératologiques ne reposaient sur aucun fondement solide. Et me voilà conduit, par votre observation, à faire amende honorable sur ce point. »

Depuis lors, l'exemple du 22 avril 1890 et le nouveau, dont je viens d'exposer les principaux détails, ajoutent beaucoup à la valeur démonstrative du premier. On peut donc considérer l'influence des brides amniotiques sur la production de certaines monstruosités, comme un fait désormais incontestable.

Comment ces adhérences se forment-elles et à quelle âge de la vie fœtale? Presque certainement, c'est à l'absence ou à la quantité insuffisante du liquide amniotique que leur existence est due; et cela, à une date très rapprochée du moment de la conception. Telle est, du moins, l'opinion de M. Dareste, appuyée sur un grand nombre de faits expérimentaux. Quant à la cause de cette insuffisance de liquide, origine première de tous les désordres consécutifs, nous ne possédons aucune donnée sérieuse qui puisse la faire pressentir.

La séance est levée.

CORRESPONDANCE

A Monsieur le Président de l'Académie des Sciences.

Monsieur le Président,

Je prends la liberté d'appeler l'attention de l'Académie sur une cause trop méconnue de transport épidémique.

Je veux parler de l'eau consommée à bord des navires, qu'il s'agisse de celle emmagasinée au départ ou d'eau fabriquée à l'aide d'appareils distillatoires.

L'influence de cette cause de dangers s'exerce de deux façons :

A l'égard des équipages et passagers;

A l'égard des localités mises en rapport, par le mouvement des flottes, navires de commerce, etc., etc.

La première énonciation trouve sa démonstration dans les cas de maladies et de décès qui surgissent à bord pendant les traversées.

La deuxième s'explique par l'explosion spontanée de certaines maladies exotiques infectieuses dans les ports d'arrivée.

On cherche à obvier à cette situation par des quarantaines plus ou moins prolongées.

Les quarantaines agissent sur le personnel, les passagers, les marchandises, etc., etc. Mais on oublie l'eau et surtout les caisses à eau, les appareils qui l'élèvent ou la conduisent, lesquels constituent autant de foyers permanents d'infection.

Comment, en effet, sont approvisionnés d'eau les navires les mieux installés?

Au début, on embarque l'eau du pays. Ensuite quand il s'agit de paquebots, on utilise l'eau distillée à bord.

Mais l'eau du pays, venant souvent de sources contaminées (rivières, fleuves, citernes), embarque avec elle le poison qu'on veut fuir. C'est ainsi que s'expliquent la plupart des décès qui se produisent pendant les traversées, alors que l'éloignement des lieux infectés devrait, au contraire, donner plus de sécurité.

On a emporté avec soi le poison. On l'a versé à pleins bords aux passagers, à l'équipage. Comment s'étonner si des maladies et des décès surgissent?

Cette eau fatale s'épuise. On va la remplacer par de l'eau distillée.

On met celle-ci en contact avec l'atmosphère pour l'aérer.

Mais l'atmosphère, n'est-ce pas justement le magasin général des germes pernicieux???

Et si l'on navigue dans des parages où dominent le choléra, la fièvre jaune, etc., etc., précisément par cette opération, on a ramené dans l'eau les germes morbifiques dont il fallait la préserver.

Puis, que fait-on après? On envoie l'eau ainsi préparée dans les réservoirs préalablement infectés. Et si l'eau a échappé à la contamination atmosphérique, parce qu'on navigue dans des latitudes saines, elle n'échappe pas à celle qui préexiste dans les réservoirs et tuyaux, laquelle subsiste toujours, puisque JAMAIS CES APPAREILS *ne sont ni purifiés, ni stérilisés.*

On objectera que l'eau distillée ne permet pas la multiplication des bactéries.

Ceci est vrai pour des eaux de laboratoire, distillées dans des conditions spéciales. Mais cela n'est pas pour l'eau de mer, si chargée de matières organiques, distillée rapidement, avec entraînement de particules liquides et rechargée de matières organiques par le contact de l'atmosphère.

Or, il ne faut pas l'oublier. Ce milieu est d'autant plus favorable au développement de la vie microbique, que justement les ptomaïnes préexistantes ont été détruites par la chaleur.

Puis, alors même que les germes ne se développeraient pas, dans les caisses à eau, ils existeraient quand même et, dès qu'ils seraient introduits dans le tube digestif, ils y trouveraient les éléments utiles à leur pullulation. Le résultat serait le même.

Ces faits sont absolus et si l'on en voulait un exemple frappant, il faudrait se rappeler ces paquebots sortis, l'an dernier, de Hambourg et perdant nombre de passagers.

Ce n'était pas l'atmosphère traversée qui causait l'infection; puisque d'autres navires naviguaient dans les mêmes parages et étaient indemnes. C'était l'eau embarquée, qui avait empoisonné caisses à eau, tuyaux, etc., etc., et continuait son œuvre homicide.

Mais voyons maintenant l'action exercée sur la population des ports d'escale et d'arrivée.

La Santé l'a déclaré : il n'y a pas de malade à bord ou la quarantaine a été purgée. La sécurité paraît donc complète.

Voilà, dès lors, le navire rendu à la libre pratique, livré au va et vient qu'amène son mouvement d'affaires.

Des visiteurs, des ouvriers viennent à bord. De l'eau est bue. Le navire repart.

Si parmi ceux de terre qui sont allés à bord et qui ont bu, se trouvent des gens prédisposés à la contagion, celle-ci entre immédiatement en incubation. Au bout de quelques jours le mal éclate, souvent loin du port. Et voilà toute une population livrée

aux atteintes d'un mal redoutable; et voilà ce mal s'étendant de proche en proche et gagnant parfois tout un continent.

Le remède à ceci se résume en quatre nécessités que voici :

1° Stérilisation à bord des eaux à haute température; qu'elles soient fournies par l'emmagasinement ou la distillation, moyen de préservation, que j'ai signalé il y a plus de vingt ans, et dont l'importance maintenant n'échappe à personne;

2° Suppression du contact d'air non stérilisé dans les appareils de distillation;

3° Stérilisation par la chaleur au port de départ et aux quarantaines, des caisses à eau, tuyaux, pompes, etc.;

4° En ce qui concerne les voiliers et autres bâtiments n'ayant pas de stérilisateurs à bord, mise sous scellés à l'arrivée des caisses à eau, tuyaux, pompes, etc., jusqu'à leur stérilisation par la vapeur; action facile à exercer économiquement, à l'aide d'un générateur mobile.

Avec ces précautions, que la sauvegarde de tous impose, il y aura moins de maladies à bord et l'on aura supprimé, pour les populations de terre, sinon absolument le danger, au moins l'une des plus grandes causes de sa manifestation.

Ch. Tellier.
28, rue d'Auteuil.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, des médailles d'honneur ont été décernées aux personnes désignées ci-après, en récompense de leur dévouement lors de l'épidémie cholérique qui a sévi en 1893 dans le département du Morbihan :

Médaille de vermeil. — M. Lesueur-Florent, médecin de la marine à Lorient.

Médaille d'argent. — M. le docteur Lefranc, à Carnac.

— M. le docteur Brochard est nommé médecin-dentiste au lycée Lakanal, en remplacement de M. le docteur Combe, démissionnaire.

— MM. les médecins principaux de première classe Renard et Lacderich et M. le médecin-major de première classe Gouell sont nommés commandeurs de l'ordre du Nicham-Iftikhar.

M. le médecin-major de deuxième classe Durget et MM. les médecins aides-majors de première classe Lannois, Danjou et Cavalier-Benezet sont nommés officiers du même ordre.

— M. le médecin principal de deuxième classe Eichinger et MM. les médecins-majors de première classe Bucquoy, Thomas et Boncous viennent de prendre leur retraite.

Le micrographe préparateur, journal mensuel de micrographie générale et de technique micrographique, publié sous la direction de M. J. Tempère, avec la collaboration d'un groupe de spécialistes. (N° 9, septembre 1893.) — Prix de l'abonnement : pour la France, 12 francs; pour l'étranger, 15 francs. — Prix du numéro : 1 fr. 25. — Paris, [J.] Tempère, 168, rue Saint-Antoine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

74

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

60

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GENÉRAL : **5, rue Bourg-l'Abbé, Paris.**

42



PEPTONATE DE FER

ROBIN

15 à 20 gouttes par repas.

Le plus assimilable des ferrugineux.

SE PREND ÉGALEMENT SOUS FORME DE

VIN, ÉLIXIR

Paris, 13, r. Grenier-St-Lazare, et toutes Pharmacies.

22

HAMAMELINE-ROYA

Principe actif de l'HAMAMELIS-VIRG :

HÉMORRAGIES, PHLÉBITES, HÉMORROÏDES, VARICES, MÉTRITES, ETC. — *3 cuillerées à soupe par jour.*

Phie LACHARTRE, 19, rue des Mathurins, Paris.

55

Inappétence, Dyspepsie flatulente, Atonie du tube digestif.

GRANULES DE BAUMÉ

(*Chaque granule contient 2 gouttes de Teinture.*)

Phie FRANÇAISE, 1 et 3, pl. de la République, Paris.

44

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ

au lactate de fer (5 centigr).

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

qui, par deux fois, à vingt ans d'intervalle, a reconnu leur supériorité sur tous les autres **ferrugineux.**

Dépôt : LABÉLONYE et Cie, et toutes phies.

48

CRÉOSOTE VRAIE DU HÊTRE

EN CAPSULES DARTOIS



Ces capsules, de la grosseur d'une pilule ordinaire, contiennent chacune 0,05 de **créosote vraie du hêtre** et 0,20 d'huile de foie de morue. C'est le meilleur mode d'administration de la créosote.

3 ou 4 à chaque repas contre :

BRONCHITES CATARRHES, PHTHISIE TUBERCULOSE

Le flacon 3 fr., 105, rue de Rennes, Paris, et Phies.

30

L'EAU DE LÉCHELLE

HÉMOSTATIQUE.

Combat efficacement les *hémorrhagies utérines* et intestinales, l'hémoptysie, l'atonie des organes, les affections des muqueuses. *Leucorrhée*, diarrhée, catarrhe, etc.

Dépôt général : 378, rue Saint-Honoré, Paris.

77

ASTHME, PAPIER FRUNEAU

le seul papier anti-asthmatique récompensé à l'Exposition universelle de 1889. 45 ans de succès.

Entrepos. : E. FRUNEAU, Nantes, et toutes Phies.

BROMIDIA

CHAQUE CUILLERÉE A CAFÉ CONTIENT :

Bromure de potassium. .	ââ 1 gramme.
Chloral pur.	
Extrait de Chanvre indien.	1 centigramme.
Extrait de Jusquiame. . .	

DOSE :

Une demi-cuillerée à café ou une cuillerée à café entière JUSQU'A SOMMEIL, **dans un demi-verre d'eau pure ou sucrée.**

LE BROMIDIA

est l'hypnotique par excellence. Il procure un sommeil réparateur et convient admirablement dans l'**insomnie**, le **névrosisme**, les **convulsions**, les **névralgies.** Il réussit dans les cas où l'opium échoue. Dans les fièvres accompagnées de délire, il est souverain. Contrairement à ce qui a lieu pour l'opium, il ne supprime pas les sécrétions.

BATTLE & Co., St-Louis

UNE BROCHURE ET ÉCHANTILLON DE

BROMIDIA

seront envoyés franco sur demande **aux Médecins.**

DÉPOT GÉNÉRAL

Pour la France et ses Colonies :

ROBERTS & Co,

PHARMACIENS-DROGUISTES

5, RUE DE LA PAIX. 5

PARIS

Prix au public : **5** *francs.*

44

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1o Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;

2o Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;

3o Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

99

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE

Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

PRIX du flacon : 4 francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

32



99

STÉRÉSOL

VERNIS ANTISEPTIQUE

Adhérent aux MUQUEUSES et à la PEAU

Diphtérie, Angines, Ulcérations muqueuses et cutanées.

Dépôt : MEUNIER, phien à Grenoble (Isère).

99

CASCARA SAGRADA (CACHETS LIMOUSIN)

LAXATIF ET PURGATIF NOUVEAU

employé contre

l'atonie des muqueuses gastro-intestinales.

Dose : 1 à 2 cachets par jour pendant 4 à 5 jours.

La boîte de 20 cachets à 0,25 cgr. . . . *2 fr.*

Phien ✻, 2 *bis*, r. Blanche, Paris. Envois par poste.

69

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'anémie, la chlorose, la leucorrhée, l'aménorrhée, la cachexie scrofuleuse, la syphilis constitutionnelle, le rachitisme, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre.

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Mycosis fongoïde.

Par Léon Brodier, interne des hôpitaux de Paris.

Définition. — Le mycosis fongoïde est une maladie chronique, à marche continue, se traduisant le plus souvent au début par des éruptions érythémateuses et lichénoïdes, et caractérisée dans sa période d'état par de véritables tumeurs de la peau, plus ou moins nombreuses, et justement comparées, pour le volume, la forme et même pour la couleur, aux fruits du Lycopersicum, connus sous le nom de tomates (Bazin).

I

Historique. — L'étude de cette affection est toute contemporaine et appartient presque exclusivement à la dermatologie française. Alibert crée le terme mycosis, en 1833, et englobe sous ce titre une série complexe d'affections assez mal déterminées. Il en fait un genre qu'il classe, à côté de la syphilis, dans le groupe des « Dermatoses véroleuses », et il en distingue trois variétés : 1° le mycosis frambœsioïdes; 2° le mycosis fongoïdes; 3° le mycosis syphiloïdes. Le mycosis frambœsioïde est représenté par des excroissances comparables aux fruits du mûrier ou du framboisier; le mycosis syphiloïde répond aux syphilomes actuels; quant au mycosis fongoïde, il est caractérisé « par des tumeurs fongueuses ovales, dont le tissu a beaucoup d'analogie avec celui des champignons, qui s'ouvrent comme des fruits putréfiés et laissent échapper une matière ichoreuse, d'une odeur repoussante. C'est la vérole d'Amboyne de Boutins, le pian des îles Moluques, le terminthe des Anciens. » Alibert comprend aussi dans ce groupe une affection, isolée plus tard par Bazin sous le nom d'acné varioliforme, c'est le molluscum contagiosum de Bateman. Aussi serait-il difficile de reconnaître, dans la définition d'Alibert, les caractères de la maladie qui porte son nom, s'il ne nous en avait laissé, sous l'étiquette de pian fongoïde, une description remarquable dans la célèbre observation du nommé Lucas.

Dès 1851, Bazin reconnaît le mycosis chez plusieurs malades et, dans une série de leçons ainsi que dans l'article consacré au mycosis dans le *Dictionnaire encyclopédique*, s'efforce d'en tracer la symptomatologie et d'en pénétrer la nature. Guérard, son élève, publie de nouvelles observations et développe les idées du maître. Ranvier étudie la structure des lésions cutanées, qu'il classe dans les tumeurs lymphoïdes, et Gillot, en 1869, s'inspirant de ces travaux, considère ces lésions comme une manifestation cutanée de la diathèse lymphoïde. Après les observations de MM. Landouzy (1871) et Debove (1872), M. Demange (1874) insiste de nouveau sur les relations du mycosis fongoïde avec la diathèse lymphogène. Puis, viennent les publications de MM. Desnos et Barié (1875), Brachet (1879), Fabre (1880), Galliard (1882).

Pendant ce temps, les auteurs étrangers en publiaient d'assez nombreuses observations, sous les appellations diverses de sarcomes multiples de la peau, de néoplasie inflammatoire fongoïde, de granulome fongoïde, etc. Köbner, en 1864, décrit, pour la première fois en Allemagne, et sous le nom de tumeurs papillaires multiples fongoïdes de la peau, quatre cas de mycosis observés à l'hôpital Saint-Louis. Il en a ensuite rapporté d'autres observations bien étudiées. Geber (1878) et Duhring (1879) en publient aussi quelques cas. Kaposi considère tous ces faits comme une forme de sarcomatose cutanée à marche rapide et funeste. En Italie, après le mémoire de Tanturri (1877) et l'observation de Lorenzo Mannino (1882), Tommaso de Amicis en publie plusieurs cas sous le nom de dermo-lympho-adénome.

En 1885, MM. Vidal et Brocq (1) font paraître un mémoire important, auquel nous ferons de nombreux emprunts; ils en rapportent six observations et décrivent une variété encore inconnue, à *tumeurs mycosiques d'emblée*.

Depuis lors, les observations se multiplient chaque année. Sous le nom de « lymphodermia perniciosa », Kaposi (2) décrit, en 1888, une affection, dont la nature est encore discutée, mais que beaucoup d'auteurs rapportent au mycosis fongoïde. Rindfleisch (3) [1885], Auspitz, Hochsinger (1886), Kühne (4), enfin, Wernicke (5) recherchent la

(1) Vidal et Brocq. *France méd.*, 1885.
(2) Kaposi. Trad. Besnier-Doyon.
(3) Rindfleisch. *Deuts. Med. Wochens.*, 1885.
(4) Kuhne. *Monats. f. Prakt. Dermat.*, 1887 (supplément).
(5) Wernicke. *Centralbl. f. Bakt.*, 28 oct. 1892.

présence de parasites dans les lésions cutanées. Philippson (1) [de Hambourg] prouve que les éruptions du début sont réellement de nature mycosique et constituent le premier degré de la néoplasie cutanée.

En France, la thèse de M. Pélissier (2) [1890] résume les travaux antérieurs. MM. Besnier et Hallopeau (3) décrivent avec soin les efflorescences des premières périodes et signalent les érythrodermies dans le cours de la maladie, tandis que MM. Darier et Jeanselme (4) étudient l'histologie pathologique des lésions et confirment, en partie du moins, les travaux de Philippson.

II

Étiologie. — Nous ne connaissons encore rien des causes qui président au développement de cette affection. Elle est relativement rare; les observations publiées deviennent chaque année plus nombreuses, sans que l'on puisse encore affirmer si ce fait tient à une augmentation réelle du nombre des cas ou à une connaissance plus approfondie de la maladie. C'est ainsi que notre excellent maître, M. Hallopeau, en a observé huit cas en trois ans.

Rare avant trente ans, elle s'observe surtout après quarante ans. Elle est exceptionnelle avant vingt ans; M. Landouzy l'a observée chez un enfant de sept mois.

Le *sexe* a une influence marquée; la maladie est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Déjà Bazin avait noté 8 hommes sur 11 malades. Sur 43 autres observations recueillies au hasard dans la littérature médicale, nous avons trouvé 30 sujets appartenant au sexe masculin.

Le mycosis survient souvent chez des personnes d'une *constitution* assez bonne, même robustes et vigoureuses.

La misère, les fatigues, les émotions morales ne sont que des causes prédisposantes banales,

L'affection n'est pas héréditaire; on n'a jamais observé de contagion.

Les inoculations faites dans le péritoine de cobayes, soit avec le sang, soit avec des fragments de peau malade, ont toujours donné des résultats négatifs. De même, Köbner a vainement inoculé, sur la partie gauche du thorax d'un malade atteint de mycosis, la sécrétion séro-sanguine provenant de la surface érodée d'une tumeur mycosique; et sur la partie droite du thorax, du sang et un peu de tissu que l'auteur avait pris sur le côté intact de cette même tumeur. La maladie ne semble donc pas inoculable.

III

Symptômes. — Bazin, dans sa description restée classique, divise la maladie en trois périodes : tout d'abord apparaissent des efflorescences cutanées, dont l'aspect rappelle surtout celui de l'eczéma sec, c'est la *période eczématiforme;* puis les lésions cutanées deviennent plus fixes et plus intenses, c'est la seconde phase dite *période lichénoïde;* enfin, apparaissent les *tumeurs* mycosiques qui constituent la troisième période. Mais cette division est artificielle, il n'existe pas de limite bien nette entre la période eczématiforme et la période lichénoïde. Le mycosis, tel que l'ont décrit Alibert et Bazin, ne présente, en réalité, que deux périodes distinctes : une première période qu'on pourrait appeler *période des infiltrations* et une *période de tumeurs.*

(1) Philippson. Soc. de dermat., 23 avril 1892.
(2) Pélissier. Th. de Montpellier, 1890.
(3) Besnier et Hallopeau. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1892.
(4) Darier et Jeanselme. *Bull. de la Soc. de dermat.*, 1892-93.

Première période; période des infiltrations. — Les lésions semblent n'intéresser alors que l'épiderme et les couches supérieures du derme; elles se manifestent sous forme, soit de *plaques rouges*, soit d'*érythrodermies* plus ou moins généralisées, elles sont presque toujours accompagnées ou précédées d'un *prurit* intense auquel il faut vraisemblablement attribuer une importance plus grande qu'on ne l'a fait jusqu'ici [Hallopeau (1)]. En même temps que le prurit, et sous l'influence du grattage, apparaissent en différentes régions du corps des éruptions diverses, d'apparence banale. Ces premières manifestations cutanées ressemblent soit à l'urticaire, soit à de l'érythème, mais surtout à l'eczéma sec dont elles ont ordinairement la couleur rouge pâle, le contour irrégulier, la surface de niveau avec les parties voisines, enfin la desquamation furfuracée ou finement lamelleuse. Elles sont passagères, très fugaces; elles se font « par explosion » [Köbner (2)].

Bientôt apparaissent des *plaques rouges* plus ou moins nombreuses. La coloration de ces plaques varie du rose vif au rouge bleuâtre. Elles s'effacent incomplètement sous la pression du doigt. Leur étendue est très variable; elles sont tantôt petites, isolées et discrètes; tantôt larges, confluentes et irrégulières. D'abord planes, elles arrivent à faire une légère saillie au-dessus des parties saines. Il se fait ordinairement à leur surface une légère desquamation furfuracée ou lamelleuse. Elles sont le siège de sensations très pénibles de picotement, de cuisson ou de brûlure.

Ces éruptions précoces sont mobiles. Elles se reproduisent à intervalles variables, avec les mêmes caractères ou avec des caractères différents, pendant un temps ordinairement fort long.

Peu à peu, les lésions deviennent plus profondes et envahissent les téguments dans leur totalité. Les efflorescences sont plus fixes; elles prennent corps.

Les malades sont tourmentés jour et nuit d'un *prurit* extrêmement intense, et se grattent sans relâche et avec frénésie. Le besoin de grattage est en effet irrésistible; souvent il survient par crises; celles-ci se produisent parfois après les repas; d'autres fois, elles sont provoquées par l'exposition à l'air, par la transpiration, par l'usage des liqueurs alcooliques. Un malade de Köbner est obligé de se faire frictionner le dos plusieurs fois par jour avec une serviette; un autre se procure une brosse en laine dans le même but; d'autres se mettent nus et se frictionnent avec fureur soit avec les ongles, soit avec une brosse. Un de ces malades, pour soulager ses démangeaisons, tordait sa peau plusieurs fois par jour, avec tant de violence qu'il produisait des taches ecchymotiques. Sous l'influence de ce grattage incessant et prolongé, les ongles peuvent s'user; leurs bords libres s'amincissent et sont obliquement taillés en biseau; leur surface devient lisse, polie, brillante, vernissée et prend l'aspect de l'ivoire. On peut voir se produire secondairement sur la peau des excoriations et un suintement qui donne lieu à la formation de croûtelles et complète la ressemblance des premières éruptions avec l'eczéma; on n'y observe jamais les papules croûteuses du prurigo.

(1) Communication orale.
(2) Kobner. *Deuts. med. Wochens.*, 1887, nos 39 et 40.

MM. Besnier et Hallopeau attribuent à des inoculations secondaires par grattage les éruptions ecthymateuses notées dans plusieurs observations. Mais la lésion la plus importante des téguments consiste en un *processus de lichénification* dont M. Brocq a bien montré les relations avec les grattages et les traumatismes divers. Le derme s'infiltre; la peau s'épaissit à ce niveau et perd sa souplesse. Cet épaississement est d'abord plus apparent au doigt qu'à l'œil; puis l'infiltration augmente et produit de larges papules. Ainsi se forment des *plaques lichénoïdes* (Bazin), irrégulières, mamelonnées, rugueuses et plus ou moins étendues. Tantôt les éléments sont représentés par de petites papules peu saillantes, à surface plane et légèrement brillante, qui rappellent celles du lichen ruber plan; plus souvent, ce sont de petites saillies acuminées, arrondies, rouges, à sommet fréquemment excorié; d'autres fois, ce sont de grosses papules plates, géantes, étalées, voisines des éléments décrits par Unna dans le lichen ruber obtusus. Ces papules sont sèches et quelques-unes présentent à leur extrémité de légères squames blanchâtres que le grattage met en évidence.

A cette époque de la maladie, on voit souvent apparaître, soit au centre des plaques eczématiformes, soit à leur périphérie, soit même d'emblée sur une peau saine, des infiltrations plus ou moins considérables. Leur coloration est rose ou rouge brique, et se fonce de plus en plus à mesure qu'augmente l'épaississement des téguments. Elles arrivent ainsi à prendre une teinte que les auteurs comparent avec Bazin à la couleur du minium. Ces plaques infiltrées peuvent simuler sur les membres l'érythème noueux, créer au cou un double menton, produire à la face des difformités diverses, rétrécir l'ouverture des paupières ou les placer en ectropion, élargir le nez, renverser la lèvre inférieure, et le malade devient méconnaissable. Les mains peuvent également présenter des déformations, déjà décrites par Bazin : « Les doigts eux-mêmes sont hérissés de volumineuses saillies, et comme étranglés de distance en distance, ce qui leur donne l'aspect noueux et difforme de certains arbres », parfois ils se trouvent convertis en une sorte de massue par les saillies qui doublent leur volume au niveau des articulations phalangiennes. Dans un cas où les infiltrations avaient envahi le prépuce, elles s'accompagnaient de phimosis et simulaient un chancre induré [Hallopeau (1)].

Quelquefois l'infiltration envahit par places le tissu cellulaire sous-cutané; la peau des régions correspondantes devient alors le siège d'une induration scléreuse signalée par Kaposi; elle est rigide, en quelque sorte ligneuse, et, malgré l'amaigrissement du malade, ne se laisse plus plisser aisément quand on la saisit entre les doigts.

La néoplasie cutanée n'est pas toujours localisée sous forme de taches et de plaques infiltrées disséminées; elle envahit parfois presque toute l'étendue des téguments sous forme d'*érythrodermie;* celle-ci sera décrite plus loin.

Les infiltrations sont susceptibles, de même que les éruptions précédentes, de s'affaisser, de se résorber et de disparaître. Dans certains cas, l'affaissement n'a lieu qu'au centre du néoplasme qui, s'étendant à la périphérie, peut affecter ainsi une forme annulaire ou semi-lunaire. Souvent les infiltrations disparaissent entièrement sans laisser aucune trace de leur existence; mais pendant qu'elles s'effacent, d'autres apparaissent en d'autres points.

(1) Hallopeau. Soc. de dermat., 23 juillet 1891.

La première période peut se prolonger ainsi pendant un à dix ans; M. Besnier l'a vue persister pendant vingt ans avant l'apparition des tumeurs qui caractérisent la deuxième période du mycosis.

Deuxième période; période des tumeurs. — On voit le plus souvent un point quelconque d'une plaque lichénoïde se tuméfier et former une saillie mamelonnée plus ou moins volumineuse; plus rarement, les tumeurs se développent d'emblée sur une peau saine en apparence. Tantôt ce sont de simples nodosités dont le volume a été comparé à celui d'un pois, d'une olive, d'une cerise; tantôt ce sont de véritables tumeurs dont le volume varie de celui d'une mandarine à celui d'un œuf de pigeon ou même du poing. Elles font au-dessus des téguments une saillie variant de quelques millimètres à 3 ou 4 centimètres. Une de ces tumeurs mesurait 18 centimètres de long sur 11 centimètres de large (1). Leur forme est le plus souvent celle d'une demi-sphère un peu aplatie; elles sont parfois arrondies ou ovalaires, quelquefois aussi en forme de fer à cheval; elles peuvent être enfin irrégulières par confluence de plusieurs néoplasies voisines.

Les tumeurs et les nodosités sont de couleur rouge vif; parfois d'un rouge sombre, brunâtre ou bleuâtre, violacé; plus rarement, elles sont rosées ou blanc jaunâtre. Elles s'implantent ordinairement par une base large, mais très souvent elles sont étranglées à leur base et séparées des téguments voisins par une rainure circulaire qui leur constitue une sorte de pédicule. Un grand nombre d'entre elles sont recouvertes d'une couche d'épiderme lisse, tendue, comme vernissée, et rappellent, par leur surface brillante et leur coloration, l'aspect de la tomate mûre (Alibert); quelques-unes sont le siège d'une fine desquamation. Parfois, surtout quand elles sont volumineuses, ces tumeurs sont mamelonnées, creusées de sillons principaux formant des lobes et de petits sillons secondaires formant des lobules; de sorte qu'on a pu les comparer à des framboises (Brocq).

Elles sont enchâssées dans le derme et mobiles avec lui sur les parties sous-jacentes. On peut d'ailleurs les presser et les manier sans provoquer aucune douleur. Leur consistance est généralement dure et ferme au toucher, souvent élastique, comme celle du caoutchouc (Besnier); parfois elles sont molles et pâteuses, jusqu'à offrir la consistance d'une éponge (Köbner); exceptionnellement, elles étaient plus ou moins réductibles par la pression jusqu'au niveau de la peau.

A côté des tumeurs très apparentes, on peut percevoir encore une quantité considérable de petits tubercules miliaires, dont le volume varie de celui d'une lentille à celui d'un grain de chènevis. Souvent, d'ailleurs, on retrouve tous les intermédiaires entre les éruptions eczémateuses et lichénoïdes et les grosses tumeurs mycosiques.

Il n'est pas une région des téguments où on ne puisse les rencontrer. Leur nombre est variable et on peut distinguer, à ce point de vue, deux variétés de mycosis : l'une, plus rare, localisée, où les tumeurs restent très longtemps limitées à une seule région du corps; l'autre, beaucoup plus fréquente, généralisée, où les saillies pathologiques sont si multipliées qu'elles respectent à peine quelques îlots de peau.

(1) Hallopeau et Barié. Soc. de dermat., 23 avril 1892.

Au niveau des tumeurs, le prurit manque ou se trouve peu prononcé. On a parfois noté des troubles de la sensibilité; rarement de l'hyperesthésie; plus souvent, une anesthésie plus ou moins complète.

Les éruptions bucco-pharyngées sont exceptionnelles; on a observé des infiltrations et des nodosités sur la voûte palatine, sur la luette, dans la fossette sus-amygdalienne.

A cette période avancée de la maladie, les trois phases précédentes se confondent dans le plus grand nombre des cas; on observe alors simultanément sur le même malade, à côté de tumeurs non ulcérées, des tumeurs fongueuses ulcérées et, çà et là disséminées sur les téguments, des plaques lichénoïdes et eczématiformes.

Les tumeurs, une fois constituées, peuvent rester stationnaires pendant plusieurs mois. Puis elles subissent un double processus : d'*affaissement* et d'*ulcération*.

Les nodosités et les tumeurs peuvent disparaître momentanément par *affaissement* pur et simple; tantôt elles ne laissent aucune trace de leur existence, tantôt elles laissent après elles des taches cicatricielles, rougeâtres, ordinairement un peu déprimées; d'autres fois, elles prennent un aspect ridé, analogue à celui d'une tomate flétrie (Brocq). Dans l'observation de Lucas, « la plupart des tumeurs finissaient par se crever et s'affaisser sur elles-mêmes; elles laissaient à leur place une peau flétrie et inerte, que la fille de Lucas coupait patiemment elle-même avec des ciseaux ». Cette rétrocession spontanée des tumeurs n'est d'ailleurs annoncée par aucun symptôme et, le plus souvent, c'est par un examen attentif qu'on aperçoit un jour que telle éminence a notablement diminué de volume. La résorption peut se faire très rapidement et des tumeurs, même assez volumineuses, peuvent s'effacer ainsi en quelques jours. Mais il s'en produit habituellement d'autres semblables en d'autres points du corps.

Bazin, le premier, a insisté sur cette disparition rapide et momentanée des tumeurs. C'est un des faits les plus constants et les plus caractéristiques du mycosis fongoïde.

L'*ulcération* en est un autre. A côté des excoriations dues aux traumatismes extérieurs (chocs, frottements des vêtements, etc.), on observe souvent à la surface des tumeurs des ulcérations superficielles, en plateau, à peu près sèches, assez dures au toucher, n'exhalant aucune odeur fétide; elles saignent quelquefois facilement; la tumeur sous-jacente a conservé son volume et sa consistance. Dans d'autres cas, l'épiderme qui couvre la tumeur tombe graduellement et laisse une exulcération qui creuse de plus en plus profondément; il s'en écoule un liquide peu abondant, mal lié, inodore, qui se concrète en croûtes brunes ou grisâtres. D'autres fois, il se forme une eschare brunâtre qui s'élimine par suppuration. Parfois encore, la tumeur se ramollit dans toute sa masse, comme une gomme syphilitique; elle devient fluctuante, puis s'ouvre « comme un fruit putréfié » (Alibert) par un ou plusieurs orifices qui laissent échapper une matière ichoreuse, d'une odeur repoussante; la tumeur paraît alors creusée de cavités profondes et anfractueuses, de dimensions variables. Enfin, Demange a signalé l'ulcération des plaques rouges elles-mêmes, par production de phlyctènes sanguinolentes qui se rompent en laissant des ulcérations.

Quoi qu'il en soit, l'*ulcère mycosique*, une fois constitué, a des caractères spéciaux. Le fond en est fongueux, souvent inégal et comme mamelonné, parfois masqué par des croûtes épaisses; la suppuration y est ordinairement abondante. Récemment, M. Hallopeau y a signalé et nous a montré de fines saillies miliaires, translucides, qu'on ne voit bien qu'au jour frisant, et qu'il considère comme de véritables granulomes. Les bords, quelquefois irréguliers et comme déchirés, sont le plus souvent régulièrement circulaires, disposés en fragment de cercle. Ils forment un véritable bourrelet, dont la largeur varie de 5 à 10 millimètres. Ce bourrelet est abrupt en dedans, arrondi et comme *déjeté en dehors*. C'est là une disposition que M. Hallopeau regarde comme caractéristique et sur laquelle il a souvent insisté devant nous : « Nous considérons comme tout à fait particulier à cette maladie et suffisant pour établir le diagnostic, le bourrelet qui circonscrit la grande ulcération comme l'anneau qui enserre un verre de montre; sa forme en cercles ou fragments de cercles, la régularité parfaite de la surface convexe par laquelle il se confond avec les parties voisines, sa consistance ferme sans dureté, l'absence complète d'irrégularités et d'anfractuosités dans son contour, le renversement en dehors qu'il présente en certains points, sont des caractères qui, dans leur ensemble, lui appartiennent en propre » [Hallopeau (1)]. Souvent le bourrelet ainsi renversé se sphacèle à sa face interne, tandis que sa face externe s'entoure d'une aréole érythémateuse d'un rouge sombre s'accompagnant d'une infiltration œdémateuse des téguments. Cette aréole constitue la zone d'envahissement de la néoplasie. La progression se fait en effet d'une façon excentrique aux dépens du bourrelet qui se détruit à sa partie interne à mesure qu'il s'étend à la partie externe. L'ulcération et la gangrène sont liées, selon toute vraisemblance, à l'ischémie consécutive à l'oblitération des capillaires sanguins. Dans cette forme d'ulcération mycosique, il ne s'agit plus d'un processus ulcéreux lié à l'évolution rétrograde de la masse néoplasique; ici, l'ulcération marche parallèlement à l'extension progressive.

Le bourrelet périphérique peut, comme la tumeur elle-même, s'affaisser complètement, et l'ulcère se cicatrise; plus souvent, il ne s'affaisse qu'en un ou plusieurs points; il se fait alors un commencement de cicatrisation; puis le bourrelet reparaît et l'ulcère reprend sa marche envahissante. Il peut aussi s'étendre en profondeur, détruire les parties molles, arriver jusqu'au périoste, dénuder le squelette et donner ainsi lieu à des nécroses plus ou moins étendues. Dans un cas observé actuellement par M. Hallopeau, une ulcération mycosique de la région pariétale a 16 centimètres de long sur 12 centimètres de large; elle a nécrosé le pariétal en deux points.

Erythrodermies. — A toutes les périodes de l'évolution mycosique, on peut voir apparaître des érythrodermies sur lesquelles MM. Besnier et Hallopeau ont attiré l'attention (2). Elles sont précoces ou tardives; elles peuvent précéder de plusieurs années les tumeurs mycosiques ou leur être consécutives. Elles débutent ordinairement par des taches rouges accompagnées d'un prurit intense et ne se généralisent que graduellement, dans un laps de temps variant de quelques jours à plusieurs semaines; souvent il reste quelques intervalles de peau saine. La rougeur se présente en nappes uniformes, parfois analogues à celles de la scarlatine, variant du rose pâle au rouge framboisé ou vineux; elle disparaît plus ou moins complètement sous la

(1) Hallopeau. Soc. de dermat., 8 déc. 1892.
(2) Besnier et Hallopeau. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1892, p. 987.

pression du doigt. L'érythrodermie, ou mieux l'érythrodermatite, coïncide avec un épaississement plus ou moins considérable de la peau, une exagération de ses plis et une augmentation de sa consistance; la peau semble devenue trop large pour contenir les parties sous-jacentes et forme souvent des replis volumineux sur les parties latérales du tronc. Il est très exceptionnel d'observer de l'œdème ou l'effacement complet des plis normaux de la face signalés dans quelques observations.

La desquamation est tantôt nulle, tantôt furfuracée, tantôt aussi abondante que celle qui accompagne les érythèmes scarlatiniformes récidivants. L'éruption peut être papuleuse par places; les papules présentent souvent un poil à leur partie centrale; d'autres fois, elles présentent une dépression comblée par un grain corné coloré ou non en brun sombre. Concurremment, il peut se produire des taches pigmentaires presque noires, irrégulières, du volume d'une tête d'épingle à celui d'un grain de chènevis. On observe aussi parfois de petits nodules miliaires de coloration blanc-jaunâtre et de consistance ferme; ce sont de petits kystes épidermiques dus, selon toute vraisemblance, à l'oblitération des conduits sudoripares; ces nodules disparaissent après quelques semaines. L'éruption s'accompagne ordinairement d'un prurit des plus intenses; le grattage donne lieu à des excoriations ou à des ecchymoses, jamais à du prurigo. Tous les ganglions accessibles à l'exploration sont, dans la plupart des cas, plus ou moins tuméfiés. On a noté parfois une élévation de la température de la surface du corps ainsi qu'une exagération de la sécrétion sudorale.

L'érythrodermie présente, alors même qu'elle est persistante, des alternatives d'exaspération et de régression; rarement elle disparaît entièrement; mais la régression peut se faire sous forme de plaques nummulaires décolorées qui tranchent par leur blancheur sur la surface rouge des parties malades; la rougeur peut aussi s'atténuer sur de larges surfaces et laisser à sa suite une pigmentation exagérée. Il est manifeste que l'évolution et les lésions de ces érythrodermies offrent une analogie frappante avec celles des tumeurs myco-fongoïdes; elles n'en diffèrent que par le mode de distribution et le siège des lésions.

C'est une véritable *érythrolymphodermatite* (Besnier), dont la couleur mate, la desquamation vraiment spéciale, la consistance et l'aspect général sont caractéristiques.

Outre les lésions que nous venons de décrire, on observe presque toujours, dans le mycosis, une *altération du système pileux* et une *augmentation de volume des ganglions lymphatiques*. Quand l'éruption gagne les régions pileuses du corps, le cuir chevelu, les sourcils, la barbe, le pubis, les aisselles, les poils s'atrophient, deviennent rares et tombent, laissant une *alopécie* en plaques plus ou moins étendues.

Les *ongles* eux-mêmes peuvent être altérés; on les a trouvés jaunes, cassants, amincis, déformés et comme soulevés, parfois sillonnés de stries verticales et transversales. Ces altérations sont bien distinctes de l'usure que produit le grattage.

L'*augmentation de volume des ganglions lymphatiques* est fréquente, mais non constante. Parfois, la tuméfaction ganglionnaire semble nettement en rapport avec la formation des ulcérations, on peut admettre alors qu'elle est due à une infection secondaire; mais d'autres fois, l'adénopathie est presque généralisée sans qu'il y ait de solution de continuité des téguments. Les ganglions, ordinairement peu augmentés de volume, forment parfois des saillies bosselées visibles à distance, pouvant atteindre le volume du poing; ils sont indolents ou peu douloureux; ils n'adhèrent pas à la peau qui reste mobile à leur surface. Ces engorgements ganglionnaires peuvent rétrocéder comme les éruptions cutanées.

On observe assez souvent une augmentation notable des globules blancs; mais la leucémie est loin d'être constante. Ehrlich a trouvé dans un cas de Köbner que le nombre des cellules éosinophiles était accru de 10 p. 100.

Les viscères sont ordinairement respectés; toutefois la rate peut être augmentée de volume.

Symptômes généraux. — Si, parfois, le malade s'affaiblit rapidement; dans la grande majorité des cas, l'état général est à peine modifié pendant la première période de l'affection, le malade ne se plaint que de l'insomnie due au prurit. Peu à peu cependant la santé s'altère, les forces diminuent et le malade entre dans la *période de cachexie* (Köbner); tourmenté par un prurit intense, épuisé par la suppuration, il perd l'appétit et pâlit; l'amaigrissement survient; parfois une légère réaction fébrile se manifeste le soir; la diarrhée se montre à intervalles plus ou moins éloignés. L'intelligence reste le plus souvent intacte jusqu'au dernier moment; dans quelques cas, on a noté un peu de délire dans les derniers jours.

Tel est l'aspect clinique du mycosis dans sa forme la plus fréquente; on pourrait lui donner le nom de *type Alibert-Bazin*.

IV

Variétés. — Cette affection présente, dans ses aspects et dans son évolution, de très nombreuses variétés : MM. Vidal et Brocq ont signalé une forme de la maladie caractérisée par des tumeurs mycosiques d'emblée; son importance est telle qu'elle doit être décrite à côté du type Alibert-Bazin, sous le nom de *type Vidal-Brocq*.

1° *Mycosis à tumeurs d'emblée.* — *Type Vidal-Brocq.* — La néoplasie se manifeste ici dès le début sous forme de tumeurs primitives. On n'y observe ni la période eczématiforme, ni la période lichénoïde décrites par Bazin; les lésions n'ont pas le caractère diffus de la forme classique; elles sont beaucoup plus circonscrites. Les tumeurs sont quelquefois multiples, elles ne sont jamais généralisées. Ces tumeurs, une fois développées, diffèrent peu des tumeurs du type Alibert-Bazin et ne méritent pas une description spéciale; elles ont peu de tendance à régresser et à disparaître, elles semblent même d'autant plus fixes qu'elles sont moins nombreuses. Aussi le mycosis à tumeurs d'emblée, quoique plus circonscrit et plus fixe que la forme classique, n'en est pas moins grave; il aboutirait même plus rapidement à la mort (Brocq).

Il est très rare que les tumeurs apparaissent réellement d'emblée sur la peau saine, et Kaposi ne l'a jamais observé; plus souvent elles apparaissent sur des taches d'apparence ortiée ou sur des plaques dermiques épaisses, de coloration rouge bleu. D'ailleurs, comme le font remarquer MM. Besnier et Doyon, « les divisions adoptées ne s'adaptent pas rigoureusement à tous les faits; il y a des *cas mixtes*, des faits de transition, qui établissent péremptoirement l'identité des cas en apparence disjoints et contribuent à consti-

tuer l'unité du genre, malgré la diversité illimitée des espèces, formes, variétés et sous-variétés ».

2° *Lymphodermie pernicieuse de Kaposi* (1). — Sous le titre de « *Lymphodermia perniciosa* », Kaposi a publié (1884) l'observation d'un malade qui présentait de l'eczéma squameux généralisé, avec un prurit intolérable, une infiltration œdémateuse des téguments et de nombreux nodules, les uns intra-dermiques, les autres sous-cutanés. Le nombre des globules blancs du sang était considérablement augmenté. La mort survint dans le marasme.

A l'autopsie, on trouva la rate quatre fois plus grosse qu'à l'état normal. Il existait des nodosités leucémiques dans les plèvres et dans les poumons et des altérations de même nature sur le sternum, les vertèbres et les os du tarse.

Tandis que Kaposi, rapprochant cette observation de celle de Biesiadecki, la considère comme une forme spéciale de lymphadénie cutanée, les auteurs français s'accordent à ne reconnaître dans la lymphodermie pernicieuse qu'une variété du mycosis fongoïde.

3° *Mycosis hémorragique*. — Il n'en existe actuellement qu'une seule observation, due à M. Quinquaud (1891). La maladie s'était manifestée chez un homme de cinquante ans, par l'apparition successive de tumeurs d'abord rouge livide, puis noirâtres, sans douleurs ni démangeaisons. Un an après le début, il y eut disparition complète et spontanée de toutes les tumeurs; celles-ci reparurent six semaines après. Cette forme était surtout remarquable par la teinte violet foncé des parties malades. Deux moulages déposés au musée de l'hôpital Saint-Louis (2) reproduisent l'aspect clinique des lésions. L'état général fut longtemps satisfaisant. Le malade mourut de broncho-pneumonie. Les coupes faites sur les néoplasies prises pendant la vie et après la mort ont montré les lésions ordinaires du mycosis.

V

Marche ; durée ; terminaison. — La marche du mycosis fongoïde est lente et l'appareil symptomatique affecte, du moins dans la forme classique d'Alibert-Bazin, une complication toujours croissante; aux taches rouges éphémères succèdent des taches plus fixes, puis la lésion devient plus profonde et la plaque lichénoïde survient ; enfin, après un temps parfois fort long, les tumeurs apparaissent; le plus souvent alors on trouve à la fois et dans le même temps tous les degrés de l'évolution néoplasique.

Le mycosis est surtout remarquable par les *rémissions* et les *rétrocessions* qui peuvent survenir à toutes les périodes, même après l'apparition des ulcérations. Les lésions peuvent même disparaître entièrement et simuler une guérison. L'arrêt de la maladie est ordinairement brusque; les plaques rouges s'effacent, les tumeurs s'affaissent et se résorbent avec une extrême rapidité; les ulcères se cicatrisent; et l'affection reste silencieuse pendant plusieurs mois, parfois même une année. Puis, de nouvelles excroissances se forment et la maladie reprend son cours. Dans deux cas cités par M. Besnier, les lésions ont paru subir l'influence saisonnière ; elles offraient une évolution rétrograde pendant l'été, et une poussée active pendant l'hiver.

(1) Kaposi. *Traité des maladies de la peau.*
(2) Nos 1633 et 1639.

La durée est ordinairement longue, de trois à douze ans et même davantage ; elle est en moyenne de cinq à huit ans (Brocq). Quelquefois la marche est plus rapide et la mort survient en six mois.

On a cité quelques cas de guérison ; il en existe au moins un fait authentique, c'est l'observation de Nicolas Herbette, rapportée par Bazin; trois ans après le début de l'affection, tous les symptômes disparurent à la suite d'un érysipèle; dix ans après, il ne s'était pas encore produit de récidive.

La mort survient ordinairement dans le marasme ou avec des symptômes de septicémie : diarrhée abondante et fétide, parfois hémorragique; délire nocturne, élévation de la température le soir. Souvent, en effet, les tumeurs ulcérées deviennent le point de départ d'infections secondaires, c'est ainsi que M. Jeanselme a trouvé des colonies très abondantes de staphylocoque doré dans une tumeur qui paraissait intacte à l'œil nu, mais qui portait à son sommet une petite exulcération microscopique ; le même microbe se retrouvait dans les coupes du foie et du rein. La mort peut encore être due à des complications pleuro-pulmonaires : pleurésie, congestion pulmonaire, pneumonie. Rarement le malade meurt avec des symptômes d'urémie.

VI

Anatomie pathologique. — L'anatomie pathologique est encore peu connue et très controversée, en dépit des nombreux travaux dont elle a été l'objet dans ces derniers temps. Les examens de M. Ranvier (1), ceux de MM. Malassez et Debove, ont montré que les tumeurs mycosiques sont constituées, du moins en grande partie, par du tissu adénoïde, c'est-à-dire par de nombreuses cellules occupant les mailles d'un réseau fibrillaire semblable à celui des organes lymphatiques. Ce tissu lymphoïde dissocie sans les détruire les différents éléments du derme et du tissu cellulaire sous-cutané. Les cellules rondes forment, en certains points, des amas de grandeur variable. Pour bien observer, sur les coupes, la présence et la disposition du réticulum, il est indispensable, après fixation de la pièce par l'alcool au tiers, de chasser les cellules à l'aide du pinceau.

Le réticulum est parcouru par des vaisseaux pourvus d'une enveloppe extérieure réticulée, de laquelle partent des fibrilles qui vont se perdre dans le stroma.

Assez fréquemment, les capillaires sont oblitérés. M. Jeanselme a noté que très fréquemment les vaisseaux plongés dans le tissu lymphoïde sont obstrués par les cellules embryonnaires ou par des caillots. L'ischémie qui en résulte peut rendre compte de la nécrobiose et de l'ulcération consécutive des tumeurs.

A. *Éruptions prémycosiques.* — Ces éruptions ont été considérées pendant longtemps comme de nature banale. Philippson décrivit le premier des lésions spéciales dans les *taches érythémateuses* de la première période. L'épiderme est le plus souvent respecté et la néoplasie est surtout intra-dermique. Elle occupe les papilles et la couche sous-papillaire, et se trouve très nettement limitée en bas par une ligne horizontale. Elle se compose surtout de cellules rondes ou ovalaires possédant un noyau riche en chromatine; on y trouve aussi des cellules avec un protoplasma plus large que celui des autres; plus rarement, des cellules

(1) Ranvier. In Th. de Gillot, 1868.

géantes. Ces dernières ont été trouvées également par MM. Darier et Jeanselme dans une érythrodermie généralisée prémycosique. Le tissu conjonctif est normal. Les fentes lymphatiques sont dilatées; les papilles sont plus larges qu'à l'état normal, par suite de la présence de cellules nouvelles et de l'œdème; celui-ci pénètre aussi dans la couche épineuse et y creuse des sortes de logettes. Ces logettes sont des fentes situées entre les cellules épithéliales des premières rangées; d'un côté, elles sont limitées par des cellules plus ou moins aplaties; de l'autre, elles s'ouvrent dans le tissu conjonctif œdémateux des papilles.

Au niveau des *plaques saillantes*, on trouve les mêmes transformations, mais plus accentuées. La néoplasie intradermique est plus considérable. La plaque saillante diffère de l'état plus jeune, surtout par une « passivité plus grande de l'épiderme ». Les papilles agrandies se sont plus ou moins unies et l'épiderme envoie dans leurs intervalles des prolongements en forme de festons plus ou moins longs et étroits. Çà et là, on retrouve encore de petites logettes remplies de cellules de formation nouvelle. Les cellules géantes manquent.

Philippson considère les logettes comme formées par des amas de cellules fixes et affirme que les éruptions mycosiques se développent aux dépens des cellules du tissu conjonctif. Ces logettes ont été décrites ensuite par Wickham et M. Darier, mais M. Darier les considère comme des nids de cellules migratrices. Leur existence n'est d'ailleurs pas constante.

On doit donc admettre avec Philippson que les taches soi-disant eczémateuses sont le commencement des tumeurs mycosiques, qu'elles constituent déjà une néoformation caractéristique de la maladie, une sorte de granulome plat et étendu.

Les *érythrodermies* présentent, d'après MM. Jeanselme et Darier, la même structure et la même signification que les taches érythémateuses et les plaques saillantes. Ces auteurs insistent sur la présence d'ectasies capillaires colossales dans le corps papillaire, d'amas cellulaires à contours remarquablement nets dans la couche superficielle du derme; enfin, sur l'existence dans cette même couche de cellules géantes à tous les degrés de leur évolution.

B. *Tumeurs mycosiques*. — 1° *Lésions de l'épiderme*. — Sur une tumeur examinée par M. Siredey, l'épiderme offrait des altérations assez importantes. La couche cornée était épaissie en certains points, très mince en d'autres. Le stratum lucidum était peu apparent et ses limites mal définies : « Le corps muqueux de Malpighi a subi dans son ensemble une hypertrophie considérable. Les prolongements interpapillaires sont très ramifiés et s'avancent au loin dans le derme, en formant des dessins assez réguliers. En plusieurs points, on trouve des globes épidermiques dans l'intérieur de ces ramifications; de telle sorte que, au premier abord, on croirait être en présence d'un épithélioma; mais la localisation bien nette de la lésion aux couches les plus superficielles montre bien qu'il ne s'agit que d'un développement exagéré et rapide de l'épiderme. Les cellules de la première rangée ont à peu près partout leur aspect normal; mais les cellules de la couche polyédrique atteignent, en certains points, des dimensions énormes. Les dentelures y sont très marquées. Ces cellules sont d'autant plus volumineuses qu'elles sont situées plus loin du derme. A mesure qu'on se rapproche du point de la tumeur qui est ulcéré, les cellules du corps muqueux se distendent de plus en plus; elles sont plus claires au centre, autour du noyau, et prennent peu à peu l'aspect vésiculeux : les dentelures y sont alors moins visibles. Par places, on y voit se former des vacuoles qui sont de plus en plus nombreuses à mesure que l'on se rapproche davantage de l'ulcération. La transformation vésiculeuse s'accentuant encore, les débris de protoplasma sont refoulés à la périphérie de la cellule et offrent l'apparence d'un réticulum, dont les mailles sont occupées par les noyaux devenus libres. En ces points, il est fort difficile de distinguer l'épithélium ainsi modifié du tissu propre à la tumeur.

2° *Lésions du derme*. — Le derme offre les lésions les plus importantes. Parfois on trouve les éléments conjonctifs simplement dissociés par du tissu adénoïde; tantôt les cellules rondes sont si pressées les unes contre les autres, et le réticulum si ténu, que la structure lymphoïde est difficile à mettre en évidence; tantôt la disposition réticulée est si nette qu'on la constate sur les coupes non pinceautées. Dans d'autres cas, ou en un autre point de la même tumeur, on peut observer, au lieu de petites cellules rondes, des cellules fusiformes analogues à celles du sarcome, ou même des cellules étoilées dont les prolongements s'anastomosent entre eux comme dans le myxome. Dans un nodule violacé du volume d'une lentille, M. Jeanselme n'a trouvé aucun vestige de la structure normale du derme : « Aux faisceaux fibreux s'est substitué un tissu formé de cellules arrondies tassées les unes contre les autres et rappelant, par son aspect, la coupe d'un ganglion lymphatique. La transition entre la bande de derme à peu près sain et le tissu lymphoïde n'est pas brusque; il existe une zone intermédiaire dans laquelle on constate des traînées de cellules infiltrées entre les faisceaux fibreux du derme. »

On voit que, à côté du tissu adénoïde, la tumeur mycosique peut offrir la structure du sarcome embryonnaire, du sarcome fasciculé et du myxosarcome. Au point de vue anatomo-pathologique, elle doit être classée dans cette variété de lymphosarcome à laquelle Rindfleisch a donné le nom de *sarcome lymphadénique myxoïde* (Siredey).

C. *Lésions diverses*. — On peut rencontrer à l'autopsie des lésions des autres organes; quelques-unes de ces lésions, en particulier l'hypertrophie du foie et de la rate, peuvent être dues à des complications, à des infections secondaires et accidentelles (Jeanselme). Souvent les ganglions cervicaux, inguinaux et axillaires sont augmentés de volume; ils ont une coloration blanchâtre et donnent, par le grattage de la coupe, un suc lactescent. Les ganglions du médiastin, ceux du mésentère, sont ordinairement respectés. On peut encore observer des néoplasies adénoïdes sur la muqueuse du voile du palais, de la base de la langue et même du larynx (Hallopeau et Jeanselme). Dans un cas de M. Landouzy, on trouva des lésions dans le cerveau, au niveau de la scissure de Sylvius, au sommet du poumon droit, dans les ganglions bronchiques, dans les plaques de Peyer, dans les follicules clos de l'intestin, et M. Malassez reconnut, dans tous ces organes, les caractères du lymphadénome.

Nature. — Plusieurs théories ont été émises sur la nature du mycosis :

1. Les premiers auteurs, Demange en particulier, ont considéré les tumeurs mycosiques comme appartenant à la *lymphadénie cutanée*. Dans cette hypothèse, le mycosis n'est plus qu'une forme cutanée de la pseudo-leucémie. Cette

théorie ne peut plus être soutenue aujourd'hui. Elle est basée sur la structure histologique des tumeurs et sur la présence, dans leur intérieur, d'un tissu réticulé; mais il y a dans le mycosis fongoïde, comme l'ont montré MM. Vidal et Brocq, autre chose qu'une simple production de tissu adénoïde dans les téguments, et, en certains points, les tumeurs se rapprochent plutôt du sarcome. Les observations publiées par Philippart, Biesiadecki, et considérées par Pelissier comme une forme de mycosis à laquelle il donne le nom de *type Philippart-Biesiadecki*, doivent en être distraites, selon toute vraisemblance, et rattachées à la diathèse lymphogène.

2. Un grand nombre de dermatologistes étrangers, en particulier Kaposi et Duhring, considèrent le mycosis fongoïde comme un *sarcome généralisé de la peau.* Cette opinion est difficile à maintenir; le mycosis affecte, du moins dans sa forme type, une évolution spéciale; la mobilité de ces lésions, la résorption spontanée avec ou sans altération des tumeurs sont des faits cliniques que l'on ne rencontre ordinairement pas dans le sarcome. Toutefois, au point de vue anatomo-pathologique, le mycosis semble être du lymphosarcome.

Il est plus que probable, d'après M. Brocq, qu'il est plusieurs affections à évolution clinique bien définie, dont la structure histologique se rapproche de ce que les anatomistes décrivent actuellement sous le nom de sarcome et rangent dans une seule et même classe pathologique.

3. D'autres auteurs (Kühne) considèrent les tumeurs comme des *granulomes* ou *néoplasies inflammatoires fongoïdes.*

4. MM. Vidal, Brocq, Siredey croient plutôt à une entité morbide, un *processus sui generis;* les tumeurs mycosiques seraient des produits hybrides se rapprochant, au point de vue histologique, des granulations et des sarcomes.

5. On tend de plus en plus aujourd'hui à considérer le mycosis fongoïde comme une *maladie infectieuse, d'origine parasitaire.* Déjà Rindfleisch et Auspitz avaient signalé l'existence de coccus au sein des tumeurs mycosiques. Les recherches de Hochsinger, de Kühne, de Jeanselme ont montré que la présence de streptocoques dans les tumeurs et même dans les viscères est indiscutable, mais qu'elle est accidentelle et n'existe que quand les ulcérations néoplasiques ont permis la pénétration fortuite de ces microbes dans les tissus. Récemment, Wernicke (1) a signalé la présence de coccidies dans les tumeurs; ce fait n'a pas encore été confirmé. L'agent infectieux est donc encore complètement inconnu.

VII

Diagnostic. — Le mycosis est plus ou moins facile à reconnaître, suivant qu'on se trouve en présence de la forme classique ou du type Vidal-Brocq. Le diagnostic est extrêmement difficile et presque impossible à faire à la première période; on confond presque toujours les éruptions précoces avec des poussées banales d'*urticaire*, de *pityriasis rubra*, surtout d'*eczéma sec.* Cependant, les éruptions mycosiques sont fugaces, quoique moins éphémères que les éléments ortiés vulgaires; elles s'accompagnent ordinairement de macules et de placards érythémateux; elles ont une teinte spéciale comparée, par Bazin, à une couche de peinture au minium qu'on aurait appliquée sur la peau. Celle-ci est plus rouge et plus infiltrée que dans l'eczéma sec vulgaire. De plus, quand l'éruption atteint les régions pileuses, elle y produit une alopécie plus ou moins étendue, ce qui ne se rencontre guère que dans le mycosis. La biopsie des éruptions peut, dans certains cas, permettre d'affirmer le mycosis, quand elle révèle l'existence des cellules géantes et des logettes intra-épidermiques signalées par Philippson; malheureusement, la présence de ces éléments est loin d'être constante. Plus tard, l'induration des téguments, qui deviennent plus foncés, leur aspect mamelonné, enfin l'apparition de tumeurs pouvant rétrocéder comme tous les autres phénomènes, sont des symptômes pathognomoniques.

L'éruption mycosique offre parfois des analogies si frappantes avec le *lichen* que M. Hardy a longtemps désigné le mycosis sous le nom de *lichen hypertrophique.* Les plaques lichénoïdes ont une coloration rouge foncé plus marquée que le lichen; la peau y est plus épaissie; rarement on y rencontre les papules plates, brillantes, opalines, à contours polycycliques qui caractérisent le lichen plan; elles sont précédées ou accompagnées de taches congestives; enfin leur intermittence est un caractère qu'on n'observe pas dans le lichen. Les mêmes caractères ne permettront pas de le confondre avec le *prurigo.*

Les *érythèmes scarlatiniformes* se distinguent des érythrodermies mycosiques par l'acuité plus grande du début, par l'absence d'épaississement de la peau, par l'absence d'adénopathies, surtout par l'abondance de l'exfoliation. Dans le cas exceptionnel où l'érythrodermie s'accompagne d'une desquamation abondante, les antécédents du malade, l'apparition antérieure d'éruptions diverses, enfin l'existence de néoplasies caractéristiques imposent le diagnostic.

L'érythrodermie mycosique se distingue également des *dermatites scarlatiniformes qui surviennent dans le cours du psoriasis* et en constituent une manifestation, par l'aspect tendu de la peau, sa surface brillante et comme satinée, la desquamation foliacée et la persistance d'îlots respectés par l'éruption, enfin par les autres caractères précédemment énumérés.

Quelle que soit la forme sous laquelle se manifeste le mycosis à sa première période, on en dépistera plus aisément la nature si on se souvient de la proposition formulée par M. Besnier : « Dans tous les cas de dermatose prurigineuse ambiguë, se prolongeant avec quelque tenue, rebelle aux moyens de traitement ordinaires, qu'elle revête la forme d'une érythrodermie vague, d'un psoriasis, d'un eczéma squameux diffus, discoïde ou circiné, d'une urticaire rebelle, d'un prurigo lichénoïde, etc., il faut agiter la question de la possibilité d'un mycosis fongoïde à la période prémycosique. »

Plus tard, quand les téguments s'infiltrent de nodules plus ou moins saillants, ceux-ci peuvent simuler une éruption syphilitique. Mais l'absence d'autres accidents syphilitiques actuels ou antérieurs, l'existence de taches eczématoïdes, surtout le prurit intense, et les alternatives d'aggravation et d'affaissement des élevures, enfin le traitement d'épreuve font rapidement éliminer la *syphilis.*

Ces caractères ne permettent pas non plus de confondre le mycosis avec un *lupus érythémateux.*

Les nodosités mycosiques simulent parfois les tubercules lépreux. La *lèpre tuberculeuse* a de telles analogies éruptives avec le mycosis que Bazin a, sans cependant identifier les

(1) Wernicke. *Centralbl. f. Bakt.*, 28 déc. 1892.

deux affections, appelé le mycosis *lèpre indigène*. Dans la lèpre, les macules sont ordinairement jaunâtres, ont une teinte fauve, cuivrée; elles ne s'accompagnent pas de prurit intense comme les éruptions mycosiques; elles n'ont pas la mobilité de ces dernières. Par contre, l'anesthésie des parties atteintes est un signe de haute valeur; elle est nulle ou peu prononcée dans le mycosis. L'examen d'un tubercule et la recherche du bacille de Hansen dans les coupes fourniront un complément de preuve, inutile le plus souvent.

A la deuxième période, lorsque le malade se présente avec des tumeurs multiples, les unes ulcérées, les autres intactes, offrant en différentes régions des éruptions eczémateuses et lichénoïdes avec desquamation furfuracée et épaississement des téguments, le polymorphisme et l'aspect des lésions sont caractéristiques. Nous ne reviendrons pas sur le diagnostic avec la *pseudo-leucémie cutanée;* ces questions sont d'ailleurs encore à l'étude.

Dans le *lymphangiome tubéreux multiple* de Kaposi, les éléments éruptifs sont lenticulaires, ne surplombent les téguments que de 1 à 3 millimètres environ : ils s'accompagnent à peine d'un léger prurit ou de picotements quand la température de la peau s'élève; ils n'ont aucune tendance à la régression et ne s'ulcèrent jamais; leur bénignité est absolue.

Le *sarcome pigmentaire idiopathique de Kaposi* débute presque toujours aux extrémités ou s'y localise bientôt quand il a débuté en une autre région du corps; les tumeurs ont une teinte violacée, parfois rouge bleu ou bleu noir, par suite d'hémorragies capillaires interstitielles.

Il est plus difficile de distinguer le mycosis du *sarcome primitif généralisé de la peau*, et M. Perrin (1) désigne le mycosis sous le nom de *sarcomatose généralisée primitive de la peau à forme pseudo-mycosique*. Le sarcome vrai ne débute jamais par de l'eczéma, mais toujours par des dilatations vasculaires ou par des tumeurs fongueuses, saillantes, parfois pédiculées, recouvertes d'un épiderme épais. Il envahit surtout la face externe des membres et les extrémités, tandis que les tumeurs mycosiques se développent de préférence sur la face et sur le tronc; enfin les tumeurs du mycosis sont plus variables et se résorbent souvent sans ulcération, ce qui est tout à fait exceptionnel dans le sarcome.

La difficulté augmente encore quand on se trouve en présence du type Vidal-Brocq. Il n'y a point alors de période eczémateuse, de généralisation des lésions, de phases de régression; les tumeurs se développent assez lentement, sont assez persistantes, et l'ulcération qui en résulte rappelle absolument l'aspect du cancer (2). Dans ces cas, l'aspect du bourrelet, le renversement des bords en dehors pourront fournir de sérieuses présomptions (Hallopeau); aussi, comme le font remarquer MM. Vidal et Brocq, il est indispensable d'avoir déjà vu et étudié de très près des cas de mycosis typiques et arrivés à la troisième période, pour reconnaître, dans ces tumeurs isolées présentées par le malade, l'aspect, la forme, la coloration, le volume et la consistance des tumeurs mycosiques. Pour quiconque les a sérieusement étudiées, ces dernières ont une rapidité d'évolution, une consistance élastique, une coloration rouge brique, une physionomie spéciale, qui font soupçonner la possibilité d'un mycosis. On enlèvera dans ces cas un fragment de la tumeur et on cherchera à déceler, dans les coupes traitées par le pinceau, le réticulum et les cellules rondes qui leur donnent l'aspect que nous avons décrit précédemment.

(1) Perrin. Th. de doctorat, Paris 1886.

(2) Plusieurs observations publiées sous le titre de sarcome cutané ne sont, en réalité, que des cas de mycosis à tumeurs primitives.

VIII

Traitement. — Il n'existe aucun traitement efficace du mycosis fongoïde. Parmi les médicaments donnés *à l'intérieur*, l'arsenic sous forme de liqueur de Fowler a été recommandé par Köbner; on donne d'abord VI gouttes et on élève progressivement la dose jusqu'à XV et même XXV gouttes par jour. Les préparations iodiques, l'iodure de potassium en particulier, à la dose de 4 à 6 grammes par jour, semblent avoir donné quelques résultats.

Quelques malades se trouvent bien de l'emploi des *bains* sulfureux, alcalins, amidonnés.

Contre le prurit, on a employé l'application d'huile d'olive, de poudre d'oxyde de zinc et d'amidon; d'une pommade à l'oxyde de zinc à 1 p. 20; d'un glycérolé tartrique (acide tartrique, 5; glycérolé d'amidon, 95); des lotions avec un mélange d'alcool et d'acide salicylique (Köbner); l'enveloppement ouaté, quand le malade peut le supporter, donne de bons résultats.

On combat l'*insomnie* par les opiacés (pilules d'opium, injections de chlorhydrate de morphine).

De nombreux *topiques* ont été essayés pour le pansement des ulcérations. On peut employer des liquides antiseptiques, une solution phéniquée à 1 p. 100; la solution de sublimé à 1 p. 1000; l'eau boriquée à 3 p. 100; la résorcine à 3 p. 100. L'application d'ouate imprégnée d'huile phéniquée à 1 p. 20 et renouvelée deux fois par jour est parfois avantageuse.

D'autres fois, on a recours aux poudres d'acide borique, d'iodoforme, de salol; si on redoute une intoxication en présence d'ulcérations trop nombreuses ou trop larges, on emploie des mélanges soit d'acide borique et d'iodoforme à parties égales (Hallopeau), soit de salol et de sous-nitrate de bismuth : salol, 15 grammes; sous-nitrate de bismuth, 90 grammes (Besnier).

MM. Vidal et Brocq ont obtenu parfois une destruction rapide des tumeurs par l'application de pommades à l'acide pyrogallique au dixième, jusqu'à ulcération superficielle; ils pansaient ensuite cette ulcération avec un liniment oléo-calcaire aristolé recouvert d'ouate hydrophile. Mais l'acide pyrogalllique est une substance qui doit être maniée avec prudence.

On préfèrera le plus souvent le *naphtol camphré* (Brocq, Besnier) soit en nature, soit en pommade, avec de la vaseline au cinquième, au dixième, ou au vingtième.

On peut agir plus directement encore sur les tissus malades par des *injections interstitielles* soit de liqueur de Fowler, soit de naphtol camphré (II ou III gouttes tous les quatre jours).

M. Terrier a opéré deux malades sur la demande de M. Besnier; dans les deux cas, il n'y eut aucune récidive locale, mais la maladie a continué son évolution en d'autres points et les malades ont succombé après deux ou trois ans. Le *traitement chirurgical* pourrait cependant rendre service dans les cas où l'ulcération mycosique menace de détruire un organe important; c'est ainsi que M. Hallopeau a pu empêcher la destruction de l'œil sur une de

ses malades, en faisant enlever le bourrelet mycosique.

On soutiendra les forces du malade par des *préparations toniques :* quinquina, columbo, fer, phosphate de chaux, teinture de noix vomique, arsénicaux, etc.

SUR LES MALADIES ÉPIDÉMIQUES

ENTRAÎNANT LA DÉCLARATION OBLIGATOIRE (1)

(Rapport fait à l'Académie de médecine, au nom de la Section d'hygiène, par M. VALLIN, rapporteur.)

II

Les principes qui nous ont dirigé dans cette recherche sont simples et peu nombreux :

1° Les maladies doivent être de celles qui peuvent compromettre gravement la santé d'un grand nombre de personnes au voisinage du premier malade;

2° Ces maladies doivent être justiciables non seulement de soins médicaux individuels, mais aussi d'une intervention administrative et de mesures sanitaires imposables, dans l'intérêt de l'hygiène publique, car aucune ingérence ne peut avoir lieu dans le traitement établi par le médecin habituel;

3° La déclaration de tout cas sporadique est indispensable; toute épidémie, en effet, débute par des cas en apparence sporadiques, dix médecins différents pouvant observer le même jour, à l'insu l'un de l'autre, un cas isolé de la même maladie;

4° Enfin, dans l'établissement de cette liste d'ailleurs revisable, il est nécessaire de tenir compte des difficultés d'exécution, de l'état de la science et de l'opinion publique, etc...

La déclaration ne doit être imposée que pour la maladie dont le danger est évident, grave, susceptible d'être conjuré par des mesures n'excédant pas le bénéfice qu'on doit en retirer.

Déjà, dans la séance du 24 septembre 1888, le Comité consultatif d'hygiène publique de France, saisi d'un vœu du Conseil général de Seine-et-Marne, avait adopté les conclusions d'un rapport de M. Brouardel, avec la liste des maladies épidémiques dont la déclaration serait obligatoire pour le médecin. Au mois de juin 1893, le même Comité fut chargé, comme l'est aujourd'hui l'Académie, de dresser la liste prévue par l'article 15 de la loi du 28 juillet 1892. Sur le rapport de notre collègue M. Proust, le Comité a adopté une liste que nous croyons utile de mettre dès à présent sous vos yeux :

LISTE DU COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE

Le choléra et les affections cholériformes,
La fièvre typhoïde,
Le typhus exanthématique,
Les infections puerpérales,
L'ophtalmie purulente des nouveau-nés,
L'érysipèle,
La dysenterie épidémique,
La diphtérie (croup et angine couenneuse),
La variole et la varioloïde,
La scarlatine,
La rougeole,
La suette miliaire,
La coqueluche.

Cette liste servira de terme de comparaison avec celle que votre Commission vous propose; elle n'en diffère d'ailleurs que par un petit nombre de points.

Nous croyons utile de placer au premier rang les maladies dites pestilentielles ou exotiques : *choléra*, *peste* et *fièvre jaune*. La loi de 1822 a déjà rendu leur déclaration obligatoire, mais elle y ajoute la sanction d'une pénalité excessive, qui la rend presque inapplicable.

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 1108.

Il n'y a pas lieu de distinguer entre choléra asiatique ou épidémique, choléra nostras ou sporadique. La lumière n'est pas faite sur les affinités étiologiques qui existent entre ces différentes affections; on ne peut dire encore si elles ne sont que les expressions graduées d'une intoxication par un germe unique plus ou moins atténué. Il est donc utile de comprendre avec le choléra les affections cholériformes. Le choléra infantile est une maladie différente, improprement dénommée, qui n'appartient pas à ce groupe.

Variole, scarlatine, rougeole. — Nulle observation pour ces fièvres éruptives; il importe peu que la forme soit grave ou très bénigne, puisque cette dernière peut donner naissance à des cas mortels.

Suette miliaire. — Les récentes épidémies observées dans le Poitou, en 1889, ne permettent pas de séparer la suette miliaire des fièvres éruptives, et en particulier de la rougeole. Elles ont montré à la fois la rapide extension de la suette, que l'on considérait déjà comme une maladie éteinte, et l'efficacité des mesures prophylactiques. La déclaration des premiers cas a ici une importance particulière.

Diphtérie. — La fréquence croissante de cette affection, l'intensité et la persistance extrême de sa virulence, la précocité de la contagion, l'évidence du danger mettent la diphtérie à l'un des premiers rangs de la liste prescrite par la loi.

Fièvre typhoïde. — C'est peut-être pour la fièvre typhoïde que le bénéfice de la loi nouvelle sera le plus évident. Il s'agit beaucoup moins ici de désinfecter les objets et les locaux contaminés par le malade, moins encore d'isoler ce dernier, que de rechercher et de supprimer la cause primitive, le foyer de l'infection, etc. Le premier cas de la maladie est la preuve de l'existence, dans la maison, d'une cause d'insalubrité qui, si l'on n'intervient, frappera tout le monde successivement ou à la fois. Dans l'armée française, tout cas de fièvre typhoïde entraîne désormais une enquête sur ses causes probables; depuis moins de dix ans, la fréquence de la fièvre typhoïde a diminué de plus de moitié dans nos casernes.

Il en est de même du *typhus exanthématique*, presque inconnu ou méconnu dans notre pays, et dont il n'y aurait pas lieu de parler, si des manifestations récentes n'avaient démontré son extrême contagiosité et la facilité avec laquelle un cas isolé, transporté par un vagabond, peut créer un foyer dangereux.

La *dysenterie épidémique* cause souvent de grands ravages, même dans nos pays tempérés; les selles ont alors une virulence particulière. Quand elles sont déposées sur les fumiers, autour des habitations à la campagne, elles vont souiller les cours d'eau, la nappe souterraine, les fontaines et les sources, et sont ainsi une cause d'aggravation et de prolongation des épidémies. Bien qu'on n'ait pas encore déterminé d'une façon rigoureuse les relations pathogéniques qui existent entre cette forme grave et les diarrhées dysentériformes, si communes dans la saison estivo-automnale, des précautions communes suffisent contre ces dernières. La déclaration obligatoire, au contraire, est nécessaire dans les cas de dysenterie épidémique.

Jusqu'ici l'accord est facile; pour les maladies qui précèdent, le danger est manifeste, et l'intervention de l'autorité administrative est nécessaire pour éclairer les personnes ignorantes, suppléer à leur négligence ou à leur indifférence. Il n'en est plus ainsi pour certaines affections qui menacent les collectivités, y prennent une gravité exceptionnelle, à tel point que quelques-uns de nos collègues avaient pensé qu'il y aurait lieu d'établir deux listes : l'une pour les individus isolés, l'autre pour les collectivités.

Les teignes, les infections septicémiques, l'érysipèle ont, au point de vue de la santé publique, une importance très différente suivant qu'on les observe chez un particulier, à domicile, ou bien dans un hôpital, dans une école.

Bien que l'Académie ne soit pas consultée sur le mode de déclaration des maladies épidémiques ou contagieuses, on peut prévoir que les hôpitaux, les casernes, les écoles publiques, ne

seront pas astreintes aux mêmes règles qu'un simple particulier.

Ces établissements ont un service médical journalier ou à courte périodicité, assuré par des fonctionnaires publics, chargés d'appliquer un règlement qu'impose l'autorité centrale. La compétence, la surveillance, les moyens d'exécution ne font pas plus défaut dans un hôpital que dans une caserne ou dans un lycée. Sans doute, ces établissements n'échappent pas complètement aux prescriptions de la future loi sanitaire ; il importe à l'autorité municipale ou sanitaire de savoir si cet hôpital ou ce lycée n'est pas devenu temporairement un foyer épidémique dangereux pour le voisinage : ce qui est applicable aux malades ou aux élèves ne l'est plus aux employés et à leurs familles, logés dans l'établissement, mais n'étant pas obligatoirement soumis à la surveillance médicale et pouvant librement choisir leur médecin, etc.

Malgré ces restrictions, l'hygiène publique et la police sanitaire seront, en général, bien assurées dans ces divers services publics.

Il n'en est plus de même dans les écoles libres, les ateliers, les manufactures, les ouvroirs, crèches ou asiles créés par l'initiative privée, entretenus et surveillés par elle. Il n'y a plus ici les mêmes garanties, et ces collectivités doivent être considérées comme l'équivalent de familles très nombreuses. Nous pensons donc qu'il n'y a pas lieu de dresser, pour les groupes collectifs, une liste spéciale de maladies entraînant la déclaration obligatoire, et nous pouvons poursuivre notre examen, en visant exclusivement les particuliers. *(A suivre.)*

Par décrets, en date des 23 septembre et 10 octobre 1893, ont été nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Devé, médecin en chef des hôpitaux de Beauvais, et Turin, médecin à Tarare.

— Par arrêté ministériel, en date du 11 octobre 1893, une session pour les examens d'officier de santé sera ouverte, à l'avenir, dans les premiers jours du mois de novembre, près les Écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie.

La session d'avril pour les mêmes examens est supprimée.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bernard (de Saint-Benoit-du-Sault), Cortial, médecin-major de première classe au 86e de ligne ; Cottia (de Marseille) et Thermes (d'Argelès).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le méro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 119. — MARDI 17 OCTOBRE 1893. 66e ANNÉE. MARDI 17 OCTOBRE 1893. — N° 119.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 16 octobre 1893.

A la séance de rentrée de la Société médicale des hôpitaux (13 octobre), M. Fernet a lu une notice nécrologique conçue en fort bons termes et empreinte d'une sincère émotion sur les deux membres que la Société a perdus pendant les vacances : Ch. Lailler et J.-M. Charcot.

De l'automne de 1892 au printemps de 1893, la garnison de Paris a été la victime d'une épidémie d'oreillons, il ne serait pas juste de dire grave, mais tout au moins assez dense. En sa qualité de médecin du Val-de-Grâce, M. Catrin a eu l'occasion de soigner 157 soldats atteints de cette maladie. Leur observation, recueillie avec soin, lui permet de reprendre dans son ensemble l'histoire clinique des oreillons, et d'y ajouter un certain nombre de traits qui ne sont pas sans intérêt. Il a adopté pour l'exposition la méthode statistique, qui, si elle a le défaut d'être monotone et fatigante, a au moins l'avantage d'être particulièrement précise.

Cent vingt-huit fois les oreillons ont été doubles, ce qui laisse encore une proportion inattendue de cas de parotidite unilatérale. Contrairement à un aphorisme bien connu et spirituellement formulé, il n'est donc pas vrai de dire que les oreillons n'ont pas de singulier.

Le plus souvent, la survenue des oreillons est annoncée par des prodromes; souvent aussi ils sont précédés par une angine plus ou moins marquée, une tuméfaction des amygdales. Comme le fait remarquer M. Antony, c'est là une circonstance qui peut avoir pour la prophylaxie une certaine importance. Elle peut permettre, en effet, d'isoler de bonne heure les individus qui vont avoir la parotidite ourlienne. Cela serait surtout précieux dans les milieux militaires.

M. Catrin a souvent observé aussi la tuméfaction du canal de Sténon au niveau de son embouchure, et il tend à penser que l'inflammation, partant de la cavité bucco-pharyngée, se propage à la glande parotidienne par son canal excréteur.

Rarement il a vu manquer la fièvre (111 fois sur 157 cas), même en dehors de toute complication testiculaire.

L'intensité de la maladie n'est nullement en rapport avec le degré de tuméfaction glandulaire.

La durée, estimée en général à dix ou douze jours, est en réalité plus longue. Elle a été en moyenne de vingt-neuf jours, en y comprenant les cas dans lesquels il y a eu orchite. Au début, M. Catrin renvoyait les soldats à leurs corps après dix ou douze jours, se basant sur les données classiques, mais comme un certain nombre d'entre eux sont revenus au bout de quelques jours, soit avec une rechute, soit avec une orchite, il a été amené à prolonger notablement la durée du séjour à l'hôpital. Du reste, les rechutes et l'orchite ont été beaucoup moins fréquentes chez les individus hospitalisés et dociles, que chez ceux qui se trouvaient dans les conditions contraires.

L'orchite a été constatée 43 fois, il y a eu une orchite double sur 12 cas.

L'albuminurie recherchée systématiquement, tous les deux ou trois jours dans 39 cas, a été constatée 12 fois. Il s'agissait là, évidemment, d'une albuminurie transitoire, légère, sans conséquence.

Un malade est mort de méningite; l'autopsie a démontré qu'il s'agissait d'une méningite tuberculeuse. Un malade a dû être réformé à cause des troubles cérébraux qu'il a présentés pendant la convalescence ; mais une enquête, faite à son corps et dans son village, a démontré qu'il présentait déjà auparavant une anomalie mentale très marquée. Si l'on faisait toujours une semblable enquête, on éviterait certainement quelquefois d'attribuer à la maladie ce qui lui était antérieur.

Si l'on recherche comment se propagent les oreillons, on voit que la contagion se fait surtout entre les soldats qui vivent en commun, qui couchent dans les mêmes chambrées. Elle paraît réclamer un contact assez prolongé. M. Antony insiste sur ce fait que souvent elle s'est exercée sur les hommes qui avaient été désignés pour porter à la désinfection les vêtements et les effets des malades. Le germe ourlien paraît donc séjourner volontiers dans les objets d'habillement et de literie.

DES GRANDS LAVAGES DE L'INTESTIN GRÊLE

(CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ANTISEPSIE INTESTINALE)

Par A. Lesage et J. Dauriac.

On connaît la méthode déjà ancienne de Cantani. Elle consiste en la pratique de grands lavements faits sous pression avec deux litres environ de liquide. Cette méthode mise en usage surtout dans le choléra, depuis une vingtaine

d'années, n'a pas donné tout ce que l'on attendait d'elle. L'incertitude dans les résultats obtenus nous paraît tenir à diverses causes, dont la principale est véritablement la trop petite quantité de liquide employé (2 litres d'infusion de camomille et 10 grammes de tannin). Avec cette quantité on ne pénètre que rarement et peu dans l'intestin grêle. D'autre part, le mode d'emploi de ces grands lavements nous paraît défectueux.

Grâce à la méthode suivante, nous avons un moyen *sûr* et *pratique* de faire un lavage complet de l'intestin grêle (jusqu'à l'estomac). Nous avons étudié cette méthode, sur le vivant, le cadavre et les animaux.

Manuel opératoire. — Le malade est placé horizontalement sur le lit, la hanche gauche légèrement relevée par un coussin, de façon à mettre le cæcum dans une situation déclive. Cette position spéciale a pour but de permettre au liquide de chasser du cæcum les gaz qui s'y accumulent en grande abondance. Ceci fait on introduit dans le rectum une sonde en caoutchouc, telle que la sonde de Debove, jusqu'au milieu du côlon transverse. On peut sentir par la palpation à cet endroit l'extrémité mobile de l'instrument qui vient buter contre la paroi abdominale. L'autre extrémité de la sonde (en dehors de l'anus) est réunie par un tube de caoutchouc de 1 mètre, muni d'un robinet, à un boc rempli de 8 à 10 litres de liquide chauffé à 40 degrés environ. Ce réservoir est élevé à peine au-dessus du plan horizontal du malade (de 20 à 30 centimètres environ). On laisse couler le liquide, qui, *doucement* et sous une *très faible pression*, vient remplir le cæcum, ainsi que le côlon transverse. Il est évident que, pour éviter la sortie du liquide par l'anus, on devra obturer complètement cet orifice à l'aide d'un tampon de coton, ou d'un appareil approprié que l'un de nous fait construire actuellement chez Galante.

Le cæcum se remplit ainsi progressivement, mais sans éprouver aucune distension. La percussion et la palpation de la région cæcale indiquent ce faible degré de replétion. Cette dernière obtenue *doucement*, *progressivement*, *sous faible pression*, permet l'accès du liquide dans l'intestin grêle, vers le troisième litre ; vers ce moment le malade éprouve quelques coliques intestinales, et la légère douleur qu'il exprime permet d'affirmer que le liquide est dans l'intestin grêle.

Lorsque 3 litres sont écoulés, l'aide qui tient le boc (placé à 20 ou 30 centimètres de hauteur) regarde le niveau d'eau. Si le niveau continue à baisser, il maintient cette situation ; si, au contraire, le niveau reste stationnaire, il élèvera doucement le boc, et d'une faible hauteur, pour augmenter un peu la pression, et ainsi de suite jusqu'à l'écoulement de la totalité du liquide. Il faut, en effet, suivre attentivement à l'aide du niveau d'eau les variations de l'hydrostatique intestinale. La pénétration du liquide dans l'intestin ne se fait pas aussi simplement que l'on pourrait se l'imaginer. Il faut tenir grand compte de la présence des gaz. Dans chaque anse intestinale, le liquide vient occuper la partie déclive, et les gaz la partie culminante. En suivant les indications données par le niveau d'eau, *on attend* la répartition spontanée du liquide dans tout l'intestin grêle. Dès que celui-ci se remplit, on voit apparaître de la matité sur le côté droit et au-dessus de la vessie, puis sur les côtés du ventre. Au contraire autour de l'ombilic, l'abdomen proémine légèrement et devient sonore. Ceci est dû au refoulement des gaz qui viennent former un *coussinet aérien péri-ombilical*. Par suite de la situation horizontale du malade, le liquide *s'étale* dans tout l'intestin grêle et cela *sans le distendre*, si bien que, à partir du sixième litre, le liquide pénètre dans l'estomac. Immédiatement, le malade a des nausées ou des vomissements qui consistent en le rejet du liquide injecté, souillé plus ou moins par les matières fécales.

Le vomissement est le meilleur signe qui indique l'entrée du liquide dans l'estomac. On ne peut guère se fier sur le clapotage stomacal, qu'il est très difficile de différencier du clapotage colique. L'espace de Traube peut devenir mat à la percussion.

Durant tout ce temps, le niveau du liquide baisse doucement dans le boc. On évitera toute pression inutile, en suivant exactement les indications données par le niveau d'eau. Elles inscrivent fidèlement les modifications qui se passent dans la cavité digestive. Ceci est d'une importance capitale, car il faut laisser en quelque sorte l'intestin aspirer le liquide.

On arrive progressivement à lever le boc à 40, 50 centimètres. Ces hauteurs pourront être dépassées si l'écoulement ne se fait plus.

Nous avons constaté que, pendant le lavage, le cœur et le poumon ne subissent aucune compression, par suite de l'absence de distension abdominale. Dès que le liquide est parvenu dans l'estomac (à partir du sixième litre), on continue à injecter encore 1, 2 et 3 litres, puis l'on peut procéder de la façon suivante : ou retirer simplement la sonde, et immédiatement un flot de liquide s'échappe par l'anus ; ou bien laisser faire l'évacuation intestinale, tout en laissant la sonde à demeure, pour pouvoir faire un second lavage ; ou bien encore, introduire dans l'estomac une sonde œsophagienne, que l'on amorce de manière à faire siphon, si bien que le liquide passe ainsi du rectum dans la bouche. Grâce au dispositif, on peut faire passer de grandes quantités de liquide, ce qui permet d'éviter la répétition des lavages.

Expériences sur le cadavre. — Nous avons pratiqué de la même façon, mais avec un liquide coloré au violet de méthyle. Nous avons pu ainsi nous renseigner exactement sur ce qui se passe. Le liquide coloré pénètre dans l'estomac à partir du sixième litre (le cadavre étant horizontal). On remarque encore que le cæcum et l'intestin grêle restent *mous*, n'ont subi aucune distension, et demeurent compressibles. Chaque anse présente, en son point culminant, un peu de gaz et, dans sa partie inférieure, du liquide, dont on voit nettement le niveau par transparence. Les anses n'étant pas disposées sur un même plan horizontal, il en résulte, pour les niveaux d'eau, une disposition en gradins.

On remarque, de plus, que le diaphragme n'est pas refoulé, et que les organes thoraciques sont normaux. L'estomac et le foie n'ont pas subi de déplacement ; le liquide n'a pas pénétré dans les voies biliaires. Si, après avoir détaché doucement le cæcum et l'intestin grêle attenant, on les dispose sur un plan horizontal, on remarque que le passage du liquide se fait facilement de l'un à l'autre, et avec la même vitesse dans les deux sens. En un mot, la valvule n'apporte aucun obstacle.

Nous avons expérimenté sur les animaux, et nous avons obtenu les mêmes résultats.

Cette méthode est d'une application simple et ne présente aucun danger. Elle est basée : 1° sur l'emploi d'une grande quantité de liquide ; 2° sur la faible pression employée (en cela on obéit à la répartition spontanée du liquide, et aux

lois de l'hydrostatique intestinale); 3° sur la lenteur de l'écoulement destiné à éviter toute distension partielle localisée dans une anse; 4° sur la position horizontale qui favorise l'étalement du liquide; 5° sur la situation déclive que l'on donne au cæcum.

Il suffira d'ajouter telle ou telle substance, acide lactique, tannin, benzo-naphtol, etc. pour pratiquer l'antisepsie de l'intestin.

Suivant les âges, la quantité de liquide variera : pour le nouveau-né, 1 litre environ; pour l'enfant un peu plus âgé, 2 litres euviron; pour l'adulte, 8 litres. D'ailleurs, il est facile de comprendre que les quantités varieront suivant les différences individuelles. On se fiera sur l'apparition du vomissement et sur les variations du niveau d'eau.

Nous avons employé notre procédé dans le choléra, les entérites, les ictères. A ce sujet, nous avons acquis la conviction que Kruhl n'obtient de bons résultats à l'aide de sa méthode que parce qu'il franchit, sans s'en douter, la valvule de Bauhin, grâce à l'abondance du liquide. On sait qu'il recommande l'emploi de *grands* lavements froids. Nous avons fait quelques essais dans la fièvre typhoïde. Peut-être des restrictions sont-elles à faire dans cette maladie lorsque le tympanisme est très marqué. On pourra faire usage de ce mode de traitement dans les auto-intoxications intestinales, l'urémie, l'occlusion intestinale, etc.

Au cours de nos recherches, alors que nous essayions d'établir des règles *sûres et précises* pour le manuel opératoire, nous avons été heureux d'apprendre que M. Bourcy, dans la dernière épidémie de choléra, avait dans certains cas augmenté la quantité de liquide préconisée par Cantani. « La quantité, dit-il, oscillait entre 2 et 6 litres. » Ces recherches ont été déjà relatées par l'un de nous, dans le *Progrès médical* (30 septembre 1893) et dans un mémoire inédit présenté à l'Académie (février 1893).

Pendant ce temps, von Genersich (de Klausenbourg) est parvenu de son côté à réaliser le lavage total par un procédé à peu près identique au nôtre. Cependant, nous ne partageons pas complètement les idées de l'auteur hongrois, notamment lorsqu'il préconise l'emploi des fortes pressions à 80 centimètres et 1 mètre.

Il ne semble pas avoir entrevu la valeur régulatrice du *coussinet aérien péri-ombilical* qui joue le principal rôle dans l'étalement et la répartition du liquide injecté. Bien au contraire, nous recommandons la faible pression, parce que la tension hydro-aérique élevée existant dans le cæcum amène la fermeture de la valvule de Bauhin. C'est dans ces conditions de tension élevée du cæcum (insufflation) que l'on avait étudié le fonctionnement de cette dernière et qu'on lui avait attribué une suffisance qui n'existe pas dans les conditions normales.

Aussi croyons-nous bon d'insister sur la position spéciale à donner au malade. Nous avons ainsi pour but, nous ne craignons pas de nous répéter, d'éviter la compression des gaz dans le cæcum, par le liquide injecté. La pression employée ne serait jamais suffisante pour refouler ces gaz à travers l'orifice iléo-cæcal.

Il se passe en effet le phénomène suivant : au début du lavage, tous les gaz contenus dans le gros intestin sont refoulés peu à peu et s'accumulent dans le côlon ascendant et le cæcum. Au fur et à mesure des progrès de l'injection, ils acquièrent dans cet intestin une tension considérable qui suffit pour appliquer l'une contre l'autre les deux lèvres de la valvule iléo-cæcale. Le liquide ayant à comprimer un gaz ne progresse plus. Pour nous servir d'une comparaison, nous dirons qu'il se passe ici ce que l'on observe dans la chambre à air du manomètre; cette chambre à air est représentée par le cæcum et son contenu gazeux. Il est donc nécessaire d'employer la position déclive, qui facilite l'échappement des gaz dans le côlon transverse et permet au liquide de remplir le cæcum et de parvenir ainsi à la valvule qui s'ouvre dès que la tension cesse.

DE LA COEXISTENCE DE LA FIÈVRE TYPHOIDE ET DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Par MM. Ed. Loison, médecin-major de deuxième classe, et P. Simonin, médecin aide-major de première classe.

Conclusions. — 1° La fièvre typhoïde peut survenir chez des sujets en puissance de tuberculose, c'est-à-dire qu'il n'y a pas antagonisme entre les deux affections, ainsi que le soutenaient autrefois beaucoup de médecins.

Si nous consultons le registre d'autopsie de l'hôpital du Belvédère, nous voyons que, sur 114 décès par fièvre typhoïde, la coexistence de la tuberculose a été notée 5 fois, soit une proportion de 4,38 p. 100.

2° La survenance de la fièvre typhoïde peut donner un coup de fouet à la tuberculose préexistante, ou bien cette dernière peut rester latente et ne se révéler qu'à l'autopsie.

3° Le diagnostic de tuberculose n'est pas toujours facile à poser chez les typhiques pendant la période active de l'évolution de la fièvre typhoïde.

La découverte des bacilles de Koch dans les crachats permettra de distinguer sûrement les lésions pulmonaires tuberculeuses des lésions pulmonaires typhiques, ces dernières pouvant se localiser dans les sommets et se manifester par des signes cliniques analogues.

4° Dans le cas où le doute existe entre la dothiénentérie et la tuberculose aiguë à forme typhoïde, bien que les bacilles de Koch soient trouvés dans les crachats, on ne pourra exclure le diagnostic de tuberculose aiguë que si la mort arrive. Les lésions des plaques de Peyer et l'isolement du bacille d'Éberth dans les cultures de rate permettent alors d'affirmer l'existence de l'infection mixte typho-tuberculeuse. Quelquefois, cependant, le bacille d'Éberth sera trouvé dans les cultures de sang retiré d'une piqûre faite au doigt du malade. Dans ces cas, le diagnostic de typho-tuberculose pourra être posé pendant la vie. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 octobre 1893. — Présidence de M. Perier.

COMMUNICATIONS

Fibrome de l'utérus; compression des uretères.— M. TUFFIER communique l'observation d'une femme qui était atteinte d'un fibrome utérin du volume d'une tête d'adulte, et chez laquelle survinrent des accidents urémiques, dus à la compression des uretères. Il fit d'urgence l'ablation de la tumeur par la voie abdominale et les accidents cessèrent aussitôt. La malade a très bien guéri.

Tuberculose péritonéale, laparotomie. — M. PICQUÉ relate l'observation d'une femme de trente ans qui fut atteinte, en 1891, d'une tuméfaction dans le côté gauche de l'abdomen. Cette tuméfaction s'accrut graduellement, devint dure, irrégulière et très douloureuse à la pression. M. Picqué fit la laparotomie et trouva le péritoine couvert de granulations tuberculeuses. Il y avait des adhérences reliant entre elles les anses intestinales. La masse principale de la tumeur était constituée par des gan-

glions mésentériques dégénérés. La cavité abdominale fut soigneusement nettoyée avec une éponge imbibée de naphtol camphré et le ventre fut refermé. Les douleurs disparurent. Un mois plus tard, cette malade rentra à l'hôpital pour un phlegmon septique du cou. Malgré l'ouverture large de ce phlegmon, elle succomba.

A l'autopsie, on constata que la surface péritonéale ne contenait plus trace de granulations tuberculeuses. La masse ganglionnaire avait diminué de volume mais était en pleine dégénérescence caséeuse. Il existait un épanchement purulent dans la plèvre gauche, et le poumon, du même côté, était tuberculeux.

DISCUSSION

M. BERGER fait observer que les laparotomies, dans les cas de péritonite tuberculeuse, deviennent de plus en plus fréquentes, surtout à l'étranger. L'intervention est indiquée dans les formes ascitiques ou avec suppurations circonscrites. Elle est contre-indiquée, au contraire, dans les formes adhésives.

L'amélioration qui survient après ces interventions est expliquée de deux façons : les uns pensent qu'elle est due à la substitution d'une forme adhésive à la forme avec épanchement. Les autres admettent qu'elle résulte de la soustraction du liquide ascitique qu'ils considèrent comme toxique.

M. Berger a eu recours plusieurs fois à la laparotomie pour des péritonites tuberculeuses. Deux de ses malades ont été très améliorés. Ils présentaient la forme avec ascite ou à foyers circonscrits. L'un de ces malades était un jeune homme qui présentait une ascite très abondante et dont les sommets pulmonaires étaient douteux. Il y a deux ans qu'il a été opéré, et l'épanchement ne s'est pas encore reproduit. Ce malade paraît guéri.

Le second cas a trait à une jeune fille de quatorze ans. Après la laparotomie et l'évacuation de l'épanchement, elle a été rapidement améliorée, et elle paraît jouir d'une bonne santé depuis plus de deux ans qu'elle a été opérée.

Les résultats ont été moins favorables dans les cas de péritonite adhésive. L'amélioration n'a été que très légère.

M. PICQUÉ rappelle que, dans le cas qu'il vient de communiquer, comme dans un cas qu'il a rapporté au Congrès de chirurgie, il s'agissait de péritonite tuberculeuse sans ascite. Cependant, la laparotomie n'en a pas moins été suivie d'une amélioration très notable.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un juge de Marie-Antoinette : le chirurgien Souberbielle.

Par le docteur CABANÈS.

La composition du tribunal révolutionnaire était étrangement disparate : toutes les classes s'y trouvaient confondues (1). A côté d'anciens députés, de présidents de tribunaux criminels des départements, on y voyait siéger un luthier, un chapelier, un perruquier, un imprimeur, un peintre, un menuisier, un charpentier, autant dire tous les corps de métier. Celui qui dirigeait les débats le jour du procès de Marie-Antoinette, était un ami intime de Robespierre, le citoyen Herman. Une amitié aussi puissante tenait alors lieu de brevet de civisme. C'est au même titre que figurait dans le jury le chirurgien Souberbielle, dont nous allons tenter de crayonner, en quelques traits, la si curieuse silhouette.

A l'époque de la Révolution, Souberbielle avait déjà acquis une certaine notoriété. Dernier élève du frère Côme et de son neveu, Pascal Baseilhac, il excellait dans l'opération de la taille par la lithotomie, une méthode aujourd'hui bien oubliée, mais qui jouit d'une grande vogue vers la fin du dernier siècle. Souberbielle avait reçu une solide éducation professionnelle. Sa famille ne comptait pas moins de vingt médecins ou chirurgiens; il avait de qui tenir. Sa grand'mère avait été mariée trois fois, et chaque fois avait épousé un chirurgien. Son dernier mari était le frère aîné de frère Côme. Quatre de ses fils, sur cinq, exercèrent la chirurgie. Le père de notre héros avait eu un instant la pensée de suivre la carrière médicale, mais il y dut renoncer promptement. La vue du sang et le spectacle des souffrances d'autrui lui causaient une émotion telle qu'il préféra un métier dont s'accommodât mieux son délicat tempérament. Il devint instituteur ou plutôt régent des écoles de Pontacq, un petit village des Pyrénées, où vit le jour celui dont nous esquissons la biographie. L'enfant reçut de son père les premiers éléments d'instruction classique. Un oncle maternel, chirurgien à Orlaix, aux environs de Tarbes, se chargea de lui inculquer les premiers principes de l'art de guérir. Après quoi il fut mis sous la protection de Larrey, lieutenant du premier chirurgien du roi à Tarbes.

Le jeune homme débarqua à Paris, en 1774, à l'âge de vingt ans, plein de confiance et riche d'illusions. On l'avait adressé à frère Côme, son parent, dont la réputation était dans tout son éclat, mais qui, par la nouveauté et la hardiesse de sa pratique, s'était attiré de nombreuses inimitiés. Le célèbre Lecat dirigeait la cabale avec Mareschal, alors tout-puissant, et Ferrand, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Attaché pendant quelque temps au service de Ferrand (1), il eut à subir des tracasseries de toutes sortes de ce chirurgien, qui voulait lui faire expier l'affection qu'il gardait à frère Côme. Il ne fallut rien moins que l'intervention de l'archevêque de Paris et du procureur général du Parlement Joly de Fleury (2) pour mettre un terme à ces persécutions.

Tout en faisant son service à l'Hôtel-Dieu, en qualité d'externe et plus tard d'interne, le jeune étudiant ne négligeait pas l'enseignement de frère Côme, qui s'attachait à vulgariser ses méthodes tant à l'hôpital de la Charité qu'à son infirmerie particulière.

A la mort de son bienfaiteur, le jeune étudiant fut mis sous la tutelle du neveu de frère Côme, Pascal Baseilhac. Baseilhac, accablé par l'âge et les infirmités, se démit de ses fonctions de chirurgien en chef de la Charité en faveur de Desault, et légua à Souberbielle les précieux instruments qu'il avait lui-même reçus de frère Côme (3).

Quand éclate la Révolution, Souberbielle en salue l'avènement avec enthousiasme. En 1789, il est nommé chirurgien-major des *vainqueurs de la Bastille*. C'est sa première étape dans la vie publique (4). Il se lie, dès lors, avec les principaux personnages politiques du temps, dont il devient l'ami plus encore que le médecin.

(1) Le jour du procès de Marie-Antoinette, le tribunal était présidé par Herman, ancien président du tribunal criminel du Pas-de-Calais, assisté de quatre juges :

Coffinhal, ancien médecin; Maire, juge du tribunal du Ier arrondissement de Paris; Donzé-Verteuil, moine défroqué, et Deliéges, ex-député à la Législative.

Les jurés étaient : Antonelle, ex député; Renaudin, luthier; Souberbielle, chirurgien, etc.

(1) C'est dans le service de Ferrand, à l'Hôtel-Dieu, qu'avait été placé le poète Gilbert, qu'une fausse légende a représenté comme étant mort de faim. Ferrand racontait à qui voulait l'entendre les derniers moments du poète, et il donnait sur cette fin tragique tels détails qui ne s'inventent pas : « — M. de Gilbert, répondez-moi donc! disait Ferrand au malade. — Gilbert, tout court, M. Ferrand; la clef m'étouffe. » Qui pourrait ignorer, après cela, que Gilbert s'était suicidé en avalant une clef? (*Interméd. des cherch. et curieux*, 1866, p. 176.)

(2) Notice sur Souberbielle, par Payen, dans les *Archives des hommes du jour*, p. 3.

(3) *Idem, Ibidem.*

(4) Il avait reçu la décoration attribuée aux *vainqueurs de la Bastille*, et il conservait religieusement, nous dit Am. Latour, le souvenir de son haut fait d'armes « sous la forme d'un moellon de la forteresse, enchâssé dans une caisse d'acajou, surmonté d'un petit drapeau tricolore couronné d'un bonnet phrygien. Il se faisait pieusement apporter le moellon sur son lit, et, d'une voix retentissante et sonore, il entonnait une strophe de la *Marseillaise*. »

Il entretient de fréquents rapports avec son confrère Marat, avec Danton et Camille Desmoulins : il n'en enverra pas moins les deux derniers à l'échafaud, avec la plus parfaite sérénité d'âme. Fouquier-Tinville, qui le réservait pour les fortes causes, celles où il employait « les solides », suivant son expression, l'avait désigné pour faire partie du jury appelé à juger la fournée de Danton : Fabre d'Églantine, Desmoulins, Chabot, Westermann et les autres. Arrivé dès le matin au Palais de Justice, Souberbielle y trouve un de ses bons amis, juré comme lui, qui pleurait à chaudes larmes :

« Eh! quoi, lui dit-il, d'où te vient ce chagrin? pourquoi pleures-tu?

— Eh! quoi, lui répond son interlocuteur, ne vois-tu pas que nous allons avoir à juger aujourd'hui un patriote comme Danton, un des fondateurs de la République, un homme que nous avons eu à notre tête dans toutes les grandes journées?

— Voyons, voyons, mon ami, de répliquer Souberbielle, écoute-moi, l'affaire est bien simple. Voilà deux hommes qui ne peuvent pas vivre ensemble, Robespierre et Danton, lequel est le plus utile à la République?

— C'est Robespierre, dit l'ami sans hésiter.

— Eh bien! il faut guillotiner Danton. Tu vois, *c'est simple comme bonjour!* » Et quand il rappelait le fait à Dubois (d'Amiens) qui nous l'a conservé, il ne manifestait pas la moindre émotion. Il était si bien resté le même homme que, lors de la révolution de Juillet, il disait à quelques jeunes gens qui le portaient en triomphe avec sa décoration de la Bastille : « Ah! ce marquis de Lafayette, le voilà donc revenu! j'espère bien que cette fois nous ne le manquerons pas et que nous le guillotinerons (1). »

Un seul homme échappait à la sévérité de ses appréciations, et encore ne le jugeait-il pas toujours avec indulgence (2) : cet homme était Robespierre. Dans maintes circonstances, il avait été le confident du tribun, et son amour-propre en tirait vanité. Plusieurs semaines durant, on eût pu voir Souberbielle entrer tous les matins chez l'Incorruptible, y rester une bonne heure et en sortir dans le plus grand mystère. Ce ne fut que longtemps après que le secret de ces visites fut révélé. Le député à la Convention était atteint d'un ulcère variqueux à une de ses jambes. Or, comme M. de Robespierre était très soigneux de sa personne, toujours rasé de frais, toujours bien poudré, portant culotte courte, et frac à boutons barbeau, il n'eût voulu pour rien au monde qu'on pût soupçonner son infirmité. Aussi son médecin était-il tenu à prendre d'infinies précautions pour que rien ne transpirât au dehors.

Le matin même du 9 thermidor, Robespierre, que son ulcère ne cessait de préoccuper, envoya chercher Souberbielle, qui le pansa dans une des pièces retirées de l'Hôtel de Ville (3), quelques heures à peine avant le fameux coup de pistolet. Entre ces deux hommes fut échangé ce dialogue :

« Tu ne pourras pas guérir la plaie qu'ils me feront, dit Robespierre d'un air sombre.

— Cuirasse-toi, lui répondit Souberbielle.

— Ce n'est pas là qu'ils me frapperont. »

Et, montrant sa poitrine : « C'est là, c'est là, reprit Robespierre, en passant le tranchant de sa main sur son cou. Ils me couperont la tête, te dis-je! » et il prit le bras de Souberbielle, qu'il secouait avec une sorte de frénésie nerveuse.

« Il était effrayant à voir! » ajoutait Souberbielle, qui en frémissait encore en le racontant vingt ans plus tard (4).

Quelle part de vérité y a-t-il dans tous ces racontars d'un vieillard, alors octogénaire, dont il était presque impossible de fixer

(1) G. Moreau-Chaslon. *L'entrée de Danton aux enfers*, p. 30.

(2) Se trouvant un jour avec Trousseau, qui lui demandait ce qu'il pensait de Robespierre, Souberbielle lui répondit par cette phrase typique : « Hélas! Robespierre lui-même n'était qu'un *molasse.* » (Moreau-Chaslon. Loc. cit., p. 29, note.)

(3) *Union méd.*, 1873, t. I, p. 374.

(4) V. *Union méd.*, 1850, p. 161.

l'attention et qui déroulait ses souvenirs avec une complaisance qui permettait d'en suspecter la sincérité? Ce qu'il y a de sûr, c'est que Souberbielle avait joué un rôle actif dans le drame révolutionnaire, et que, s'il ne nous apparaît dans la plupart des événements que comme un comparse, il fut, dans une circonstance au moins, l'un des acteurs principaux.

Quand fut décidé le procès de Marie-Antoinette, Souberbielle, que son passé de républicanisme ardent recommandait à l'attention de Robespierre et de ses acolytes, fut appelé à juger l'infortunée reine de France. Il avait d'abord songé à se faire récuser comme juré sous le prétexte qu'il avait donné ses soins à l'accusée.

Le président lui dit alors : « Si quelqu'un avait à te récuser, ce serait l'accusation, car tu as donné des soins à l'accusée et tu aurais pu être touché par la grandeur de l'infortune (1). » Nous ne savons jusqu'à quel point le fait est vrai, mais un jour le terrible chirurgien aurait fait preuve de sentiments d'humaine compassion (2). Lors d'une visite à la Conciergerie, il avait été tellement frappé de l'humidité du cachot où était enfermée la prisonnière, qu'il avait gratté du doigt la boue, couverte de moisissure, qui tapissait et infectait la cellule et qu'il l'avait montrée aux membres de la Convention, afin de les apitoyer sur le sort de la malheureuse veuve Capet (3). Il n'en porte pas moins la responsabilité de la condamnation de Marie-Antoinette qui, comme on le sait, fut envoyée à l'échafaud à l'unanimité des voix. Est-ce à dire qu'il ait prononcé le mot odieux que lui prête l'abbé Soulavie, dans des *Mémoires*, d'ailleurs fort sujets à caution? Rien ne nous autorise à le penser. On connaît la réponse de la reine à Hébert qui venait de porter contre elle la plus infâme des accusations :

« J'en appelle à toutes les mères!

— Bah! une mère comme toi! » aurait murmuré Souberbielle, au dire de Soulavie. Mais quel fond peut-on faire sur un propos rapporté par un homme, renégat de la Révolution, dont les écrits, plus passionnés que véridiques, ont été si souvent l'objet des plus vives controverses?

Quoi qu'il en soit, Louis XVIII garda rancune au juge de Marie-Antoinette d'avoir figuré au procès. A la Restauration, Souberbielle occupait le poste de chirurgien en chef de la gendarmerie parisienne. Tous les officiers de la garnison de Paris avaient été invités à se rendre aux Tuileries afin de présenter leurs hommages à la famille royale. La duchesse d'Angoulême avait tenu à ce que l'huissier annonçât à voix haute le nom de chaque officier qu'il introduisait. Souberbielle ne voulut pas comprendre que c'est parfois faire preuve de tact que de se laisser oublier; il se rendit au palais. Quand la fille de Marie-Antoinette entendit prononcer le nom du juge de sa mère, elle s'évanouit. Souberbielle fut victime du scandale qu'il avait si imprudemment provoqué : on supprima sa place et il fut mis d'office à la retraite.

Selon l'expression d'un de nos plus étincelants *causeurs* (4), Souberbielle réunit en lui deux personnalités également intéressantes pour l'histoire : « l'homme politique, mêlé aux plus graves événements de la fin du dernier siècle, et le médecin, le lithoto-

(1) Imbert de Saint-Amand. *La dernière année de Marie-Antoinette*, p. 267.

(2) Il passait cependant, dans un certain monde, pour être très humain, plein d'obligeance pour les malheureux qui se confiaient à lui. Nous ignorons à quelle époque le comte de Ségur composa, à la louange du « bon » docteur, ce joli quatrain :

> Faire le bien est votre unique affaire;
> Sur les gens de ce siècle en tout vous l'emportez :
> Tandis qu'entre eux ils se jettent la pierre,
> Vous, docteur, vous la leur ôtez.

(3) *Gaz. méd. de Paris*, 1850, p. 757.

(4) Le docteur Amédée Latour, qui, pendant plus de trente ans, prodigué tous les trésors de son charmant esprit dans des *Causerie médicales*, dont la plupart sont de vrais chefs-d'œuvre, malheureusement trop ignorés.

miste célèbre et heureux, dont la main habile a conservé l'existence à tant d'êtres souffrants. »

L'homme politique vous est maintenant connu, le praticien mérite, à plus d'un titre, d'être tiré de l'oubli.

Souberbielle avait été reçu maître en chirurgie en 1792. La même année il était, grâce à de solides protections, nommé chirurgien-major de la 35e division de gendarmerie nationale, puis chirurgien-major de l'armée révolutionnaire.

Pendant la Terreur, il remplit les fonctions d'officier de santé du tribunal révolutionnaire et des prisons. Quelques mois plus tard, il était désigné pour diriger, en qualité d'officier de santé en chef, le service médical de l'École de Mars. Cette École, d'où sont nées plus tard l'École militaire, l'École normale et l'École polytechnique, était établie au camp des Sablons. Elle se composait de trois à quatre mille jeunes gens, choisis dans tous les départements parmi les sujets les plus intelligents et les mieux constitués, trop jeunes encore pour prendre du service dans l'armée.

L'hôpital de l'École était établi sous des tentes au bois de Boulogne. Souberbielle avait pour aides Gavart, un des meilleurs élèves de Desault; Lallement, mort professeur à la Faculté de Paris; le docteur Fouquier, devenu médecin du roi, etc.

Ce ne fut qu'en 1813 que Souberbielle se fit recevoir docteur en chirurgie. Peu après il parvenait à se faire nommer chirurgien-major de la gendarmerie impériale de Paris, de la garde nationale et de nombreuses associations charitables. Souberbielle jouit pendant longtemps d'une célébrité presque européenne : il n'avait pas son pareil pour tailler les calculeux par la méthode dite *du haut appareil*. Nous ne nous expliquons guère aujourd'hui l'engouement qui se manifesta pour cette méthode surannée, autrement que par la virtuosité dont le chirurgien faisait preuve dans cette délicate opération. Entre ses mains, la lithotomie donnait des résultats merveilleux. Aussi avait-il coutume de dire, en parlant du traitement de la pierre, tel qu'il était déjà pratiqué de son temps : « La lithotritie ! s'écriait-il, une malédiction de la chirurgie ! » Il avait une telle foi dans l'excellence de son procédé qu'il admettait un public nombreux à assister à ses opérations. Des médecins et des chirurgiens de tout pays s'empressaient à ses leçons. Il ne craignait pas d'aller opérer même à l'étranger et de soumettre ainsi sa méthode à la critique de ses confrères. En 1823, il avait visité l'Angleterre et appliqué à l'hôpital de Westminster le *haut appareil* à la place même où, cent ans auparavant, Douglas l'avait pratiqué, et, chose bizarre, pendant ce long espace de temps, la méthode avait été complètement abandonnée en Angleterre (1). Il était aussi goûté chez nos voisins d'outre-Manche que dans son propre pays, ainsi qu'en témoignent l'ouvrage du docteur Carpue [de Londres (2)], et le *Traité de la cystotomie sus-pubienne* (3), paru à Paris, en 1827. Entre temps, il faisait maintes communications à l'Académie de médecine et à l'Institut. Ce corps savant lui décerna, en 1834, le prix Montyon, comme un hommage rendu « au zèle et à la persévérance » qu'il avait déployés pour « la conservation d'une précieuse méthode de tailler » et aussi « pour les perfectionnements » qu'il y avait apportés. Quand la lithotritie prit définitivement rang dans la science, grâce surtout aux efforts de Civiale, Souberbielle lutta avec énergie contre l'entraînement général. Il ne condamnait pas systématiquement la nouvelle opération, comme certains auteurs l'ont laissé entendre, mais il faisait preuve tout au moins de clairvoyance en ne dissimulant pas qu'elle présentait parfois de sérieux dangers. Dans une mémorable discussion qui eut lieu à l'Académie royale de médecine, en 1835, au sujet de la taille et de la lithotritie, Souberbielle se constitua le champion des vieilles doctrines, et montra dans cette occasion toutes les brillantes qualités du polémiste jamais à court d'argument.

A quatre-vingt-deux ans, il pratiquait encore l'opération de la

(1) PAYEN. Loc. cit., p. 7.
(2) *On the high operation*. In-8o, London 1819.
(3) De D. Belmas.

pierre comme s'il avait été dans toute la force de l'âge. Il avait conservé une verdeur que lui auraient enviée bien des jeunes gens. Il faisait à qui voulait l'entendre le récit de ses exploits amoureux, dont il était presque aussi fier que de ses travaux scientifiques. Il était arrivé jusqu'à quatre-vingt-dix ans sans la moindre infirmité. Un jour, dans une séance de l'Académie de médecine, il interrompit la lecture d'un mémoire et, remplissant le verre qui était à côté de lui : « Voyez, dit-il, en le tenant à bras tendu, si ma main tremble! » Et, de fait, quoique le verre fût rempli jusqu'au bord, pas une goutte du liquide ne fut répandue (1).

Bien qu'il fît souvent des lectures à l'Académie, il ne faisait pas partie de la docte assemblée. Il avait eu pourtant la velléité de s'y présenter, et avait fait, dans ce but, les visites d'usage au rapporteur de la commission. Réveillé-Parise, dont les opinions politiques contrastaient du tout au tout avec celles de Souberbielle, lui réserva un accueil plus que froid. Comme il objectait au visiteur son âge avancé, celui-ci était alors plus qu'octogénaire, voilà Souberbielle qui se met à trépigner, à tressauter, à danser un cancan échevelé. Le spectacle de ce vieillard au crâne chauve, le visage sillonné de rides, le corps voûté et amaigri, était plus pénible que répugnant. Voir cet homme qui avait prononcé la sentence de mort contre une reine de France, sauter, pirouetter, tenant dans ses mains des instruments pour l'opération de la taille, et dans ses poches d'énormes boîtes remplies de calculs! « Mon étonnement, dit Réveillé-Parise, tenait de la stupéfaction (2)! »

Il va sans dire que Souberbielle en fut pour ses frais de gymnique, et que l'Académie le consigna à sa porte. Avouez tout de même que c'était un singulier candidat!...

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 9 octobre 1893, MM. les médecins stagiaires, dont les noms suivent, ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe dans le corps de santé militaire, pour prendre rang à la même date, et par décision ministérielle du même jour, ces médecins militaires ont reçu les affectations ci-après indiquées, savoir :

MM. Fasquelle, pour le 13e cuirassiers; Chavigny, pour l'hôpital militaire du Val-de-Grâce; Matignon, pour le 65e d'infanterie; Mornet, pour le 5e d'artillerie; Grisel, pour le 130e d'infanterie; Beaussenat, pour le 63e d'infanterie; Maginelle, pour le 141e d'infanterie; Casteret, pour le 20e d'infanterie; Marchet, pour le 6e d'infanterie; Mangenot, pour le 24e bataillon de chasseurs à pied; Bichelonne, pour le 112e d'infanterie; Augier, pour le 103e d'infanterie; Monéger, pour le 21e chasseurs; Hirtz, pour le 13e dragons; Mariau, pour le 14e d'infanterie; Vigier, pour le 62e d'infanterie; Perrogon, pour le 93e d'infanterie; Cuinier, pour le 71e d'infanterie; Bousquet, pour le 143e d'infanterie; Gauran, pour le 77e d'infanterie; Maffre, pour le 13e hussards; Camichel, pour le 22e d'infanterie; Terrasse, pour le 2e hussards; Michel, pour le 28e bataillon de chasseurs à pied; Haller, pour le 86e d'infanterie; Chevron, pour les hôpitaux militaires de Marseille; Joly, pour l'hôpital militaire de Toulouse; Lair, pour le 64e d'infanterie; Cavaroz, pour le 21e bataillon de chasseurs à pied; d'Arlhac, pour le 114e d'infanterie; Garret, pour le 12e hussards; Damond, pour le 59e d'infanterie; Vincent, pour le 87e d'infanterie; Crussard, pour le 10e hussards; Ragnaud, pour le 68e d'infanterie; Genod, pour les hôpitaux militaires de Marseille; Ray, pour le 99e d'infanterie; Fournié, pour l'hôpital militaire de Besançon; Dumas, pour le 139e d'infanterie; Auclert, pour le 10e d'infanterie; Hotchkiss, pour le 106e d'infanterie; Saint-Paul, pour le 91e d'infanterie; Biraud, pour le 159e d'infanterie; Labaste, pour le 9e dragons; Sabatier, pour

(1) MOREAU-CHASLON. Loc. cit.. p. 30.
(2) *Gaz. méd. de Paris*, loc. cit.

l'hôpital militaire du camp de Châlons ; Mathieu, pour l'hôpital militaire de Nancy ; Beaujeu, pour l'hôpital militaire de Longwy ; Binet, pour le 153e d'infanterie ; Duhaut, pour le 35e d'infanterie ; Lafforgue, pour l'hospice mixte d'Épinal ; Guichard, pour l'hospice mixte de Lunéville ; Pech, pour le 160e d'infanterie ; Jolly, pour le 1er dragons ; Arrufat, pour le 151e d'infanterie ; Maissiat, pour le 147e d'infanterie.

— L'Association de la presse médicale française prie les médecins qui voudront prendre part au banquet offert à leurs confrères russes, avec l'agrément de l'amiral Avelane, d'adresser de suite le prix de la souscription (20 francs), au secrétaire de l'Association, M. le docteur Marcel Baudouin, 14, boulevard Saint-Germain.

Ce banquet, dont la souscription sera close le mercredi soir, 18 octobre, aura lieu au Grand-Hôtel, le vendredi 20 octobre, à sept heures précises.

— MM. les internes et externes des hôpitaux de Paris sont informés qu'un cours gratuit de bactériologie s'ouvrira, le mardi 17 octobre 1893, au laboratoire de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, sous la direction de M. Lesage, chef du laboratoire.

Des places seront réservées pour MM. les internes qui désireront poursuivre des recherches personnelles et continuer leurs travaux jusqu'à la fin de l'année.

MM. les élèves devront s'inscrire au laboratoire de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux pour la mise en série.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Manes (des Eaux-Bonnes).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel pratique des maladies des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne (2e édition), par le docteur J. Moure. Un vol. in-18 cartonné diamant de 650 pages avec 125 fig. dans le texte et 4 planches hors texte. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

Thérapeutique obstétricale, par le docteur A. Auvard, accoucheur des hôpitaux de Paris. Un vol. in-18 jésus de 225 pages, relié avec 82 fig. dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Neurasthénie et arthritisme, urologie, régime alimentaire, traitement, par le docteur R. Vigouroux, chef du service d'électrothérapie des hôpitaux (Salpêtrière), avec une introduction par le docteur F. Levillain, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, médecin consultant à Royat, médecin-directeur de l'établissement hydrothérapique de Nice. 1 vol. in-18 avec 23 tableaux et graphiques urologiques ; cartonné toile. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

90

ALIMENTATION DES MALADES
et des convalescents par les

POUDRE de BIFTECK

ET

POUDRE DE VIANDE ADRIAN

les seules bien digérées et supportées longtemps par les malades.

38

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES
et GÉNITO-URINAIRES

LE TERPINOL ADRIAN

a les propriétés de l'essence de térébenthine, dont il dérive, mais il est plus facilement absorbé et surtout très bien toléré.

Se vend en CAPSULES de 15 centigrammes à prendre à la dose de 4 à 8 par jour.

PILULES et ÉLIXIR de TERPINE ADRIAN

33

AFFECTIONS CARDIAQUES
Les SIROP et PILULES de
CONVALLARIA MAIALIS LANGLEBERT
et les **Granules** de **Convallamarine**

offrent cet immense avantage, sur tous les autres médicaments cardiaques, qu'une élimination rapide permet d'en continuer l'usage sans crainte aucune d'intoxication.

Phie LANGLEBERT, 55, rue des Petits-Champs.

33

LE CHLOROFORME ADRIAN

SPÉCIALEMENT PRÉPARÉ POUR L'ANESTHÉSIE
est toujours préféré
dans les laboratoires pour les essais, comme en ville pour les opérations

POUR EN GARANTIR LA CONSERVATION INDÉFINIE
il est enfermé dans des tubes scellés à la lampe d'une contenance de 30 et 60 grammes.

MÊME MAISON

PANSEMENTS ANTISEPTIQUES

perfectionnés d'après les derniers travaux microbiologiques.

QUALITÉ SUPÉRIEURE — DOSAGE GARANTI

Spécifier marque ADRIAN ou S-F.

42

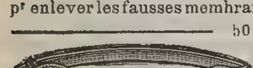
DESNOIX & DEBUCHY

17, RUE VIEILLE-DU-TEMPLE, PARIS

MARQUE DE FABRIQUE

PANSEMENTS ANTISEPTIQUES
TOILE VÉSICANTE
TOILE VÉSICANTE ROSE à la cantharidine
THAPSIA, SPARADRAP des HOPITAUX
et tous les sparadraps.
PLUMASSEAUX-ÉPONGES
remplaçant les éponges naturelles.
PINCEAUX MOLLETONNÉS
pr enlever les fausses membranes ds l'angine couenneuse.

50



NOUVEAU BANDAGE

Inventé par le Dr PRÉVOST.

Expérimenté avec succès dans les hôpit. de Paris, présenté à la Soc. de chir. (22 avril 1891) et accepté avec un rapport des plus favorables, **ce bandage**, *à pression élastique, fixe, sans ressort lombaire ni sous cuisse*, **contient les hernies les plus rebelles.**

Env. sr tte dem. MEYRIGNAC, 229, r. St-Honoré, Paris.

54

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'ANTIPYRINE en boîtes fer blanc de 50 et 100g. Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté. Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.
31, rue des Petites-Écuries, Paris

79

PASTILLES BI-BORATE DE SOUDE VIGIER

à 0gr10. — 6 pastilles par jour.

74

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

34

VIN NOURRY IODOTANÉ

EXACTEMENT TITRÉ
Une cuillerée à bouche contient :
0gr,05 d'Iode
et 0gr,10 de Tanin,
exempt de tout iodure alcalin.

Par son assimilation et sa tolérance parfaites, le **VIN NOURRY** est le curatif par excellence des affections qui ont l'Iode ou les Iodures pour base de traitement, telles que : **Lymphatisme, Scrofule, Anémie, Menstruations difficiles,** etc.....

DOSES. — Enfants : 1 cuillerée à café;
Adultes : 1 cuillerée à soupe,

avant les deux principaux repas.

Paris, 28, rue Saint-Claude, et Pharmacies.

52

VICHY, SOURCES DE L'ÉTAT

CÉLESTINS
GRANDE-GRILLE
HOPITAL

Avoir soin de désigner la source.

PASTILLES AUX SELS NATURELS

SAISON DES BAINS
DU 15 MAI AU 30 SEPTEMBRE

99

STÉRÉSOL

VERNIS ANTISEPTIQUE
Adhérent aux MUQUEUSES et à la PEAU
Diphtérie, Angines,
Ulcérations muqueuses et cutanées.
Dépôt : MEUNIER, phien à Grenoble (Isère).

55

ÉMULSION SCOTT

Ses avantages sur l'huile de foie de morue simple.

L'huile de foie de morue est, de tous les agents médicaux, celui qui joue le plus grand rôle dans le traitement de la *scrofule*, le *rachitisme*, la *phtisie*, et en général de toutes les maladies débilitantes. Malheureusement, ses inconvénients sans nombre la rendent plus nuisible qu'utile. **L'Emulsion Scott,** à l'huile de foie de morue et aux hypophosphites de chaux et soude, les supprime tous et résout le problème de la digestion de l'huile. Elle se prend sans répugnance et même avec gourmandise, n'enlève pas l'appétit, se digère et s'assimile avec la plus grande facilité.

FORMULE PAR 30 GRAMMES

Huile de foie de morue. . .	15g
Hypophosphite de chaux. . .	0g30
— de soude. . .	0g15
Glycérine, gomme, essence..	14g55

J. DELOUCHE et Cie, pharmacien de première classe, 2, place Vendôme, Paris.

44

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;

2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

99

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR
EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE
Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

Prix du flacon : 4 francs.
DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

55

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PAR LE

CARBONATE DE GAÏACOL VIGIER

EN CAPSULES DE 0gr10 CENTIGR.
DOSE : *de 2 à 6 capsules par jour.*

Le **CARBONATE DE GAÏACOL** jouit des **vertus curatives** du gaïacol sans en avoir les *effets irritants*. Traversant l'**estomac** sans se décomposer, il agit dans l'**intestin**. Ne troublant pas les **fonctions digestives**, il remplace avantageusement le **gaïacol** et la **créosote**.

Phie VIGIER, 12, boulev. Bonne-Nouvelle, Paris.

70

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

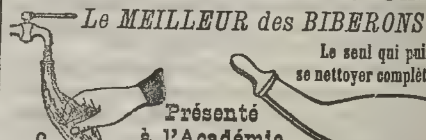
Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

69

Le PARFAIT NOURRICIER

Le MEILLEUR des BIBERONS

Le seul qui puisse se nettoyer complètement



Présenté à l'Académie de Médecine. — *Immédiatement adopté par les Hôpitaux et les Crèches*

6 Cité Trévise PARIS

17

CHARBON NAPHTOLÉ

FRAUDIN

PHARMACIEN, BOULOGNE-PARIS

CACHET DE GARANTIE

58

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : **20 c.** — Avec Supplément : **30 c.**

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Ainsi qu'il était aisé de le prévoir, le rapport de M. Vallin sur les maladies épidémiques et contagieuses qui devront être déclarées, est devenu le point de départ d'une importante discussion et les propositions de la Commission n'ont pas été acceptées d'emblée ni sans quelques protestations par l'Académie. Si l'on réfléchit quelque peu, en effet, aux difficultés de toutes sortes que l'application de la nouvelle loi ne manquera pas de susciter au praticien, on en vient à se demander si, dans bien des circonstances, il ne cherchera pas à la tourner, ce qui sera une façon de la respecter.

Nous sommes loin de méconnaître la valeur des arguments invoqués par la Commission en faveur de la déclaration obligatoire et M. Vallin a eu soin, en commençant son rapport, de citer un certain nombre d'exemples bien faits pour en montrer l'utilité. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, p. 1108.) Mais à côté de ces exemples, il serait facile d'en citer d'autres de nature à faire ressortir toute la brutalité, tout le danger, pourrions-nous dire, de son application rigoureuse, au moins dans certains cas, et à la discrétion homicide on pourrait bien, dans une certaine mesure, opposer la déclaration homicide. En veut-on un exemple ? Voici un fait dont nous avons été récemment témoin.

Une jeune femme, qui a perdu deux sœurs de la fièvre typhoïde, contracte à son tour cette maladie, plusieurs années après. Elle a conçu pour elle une telle crainte qu'elle est convaincue que, si jamais elle en est atteinte, elle y succombera comme ses sœurs. Aussi le médecin traitant, d'accord avec la famille et l'entourage, maintient-il avec énergie qu'il s'agit d'un simple état muqueux, et parvient-il à faire accepter à la malade son pieux mensonge, et à soutenir ainsi son moral. Qu'adviendra-t-il en pareille circonstance lorsque ce médecin devra déclarer la vraie maladie et que cette déclaration aura pour conséquence la visite d'un autre médecin et l'arrivée d'une escouade de désinfecteurs ?

La loi est votée, il faut l'appliquer. *Dura lex sed lex*, cela est incontestable, mais puisque l'Académie était consultée, si elle avait voulu répondre au sentiment général des médecins praticiens, elle eût bien fait d'en limiter et d'en atténuer le plus possible les applications. Nous l'avons, un instant, espéré en entendant les très sages et très légitimes réserves formulées par M. Le Roy de Méricourt. Mais après une discussion assez vive, l'Académie a voté et elle s'est bornée à supprimer la rougeole de la liste proposée par M. Vallin et à retrancher l'épithète épidémique appliquée à la dysenterie. La liste définitive des maladies contagieuses qui devront être soumises à la déclaration est donc la suivante : choléra et affections cholériformes, fièvre jaune, peste, variole et varioloïde, scarlatine, suette miliaire, diphtérie (croup et angine couenneuse), fièvre typhoïde, typhus exanthématique, dysenterie, infection puerpérale, ophtalmie des nouveau-nés.

A la fin de la séance, M. Ledé a donné lecture d'une étude intéressante sur la mortalité des nouveau-nés placés en nourrice.

MÉDECINE PRATIQUE

Les affections viscérales d'origine menstruelle et leur traitement.

Par le docteur A.-F. PLICQUE,
Ancien interne des hôpitaux.

Les affections viscérales d'origine menstruelle se rencontrent en pratique avec une très grande fréquence. Elles jouent dans cette série de malaises, qui sont le fond de la pathologie féminine, un rôle prépondérant. Parfois même, elles peuvent entraîner des congestions et des accidents graves. Ces affections sont très sommairement étudiées dans les traités ordinaires de pathologie. Leur histoire se borne en quelques lignes, disséminées dans une série de chapitres fort éloignés les uns des autres. Il y a donc quelque intérêt à résumer, dans une revue d'ensemble, les caractères, l'étiologie et le traitement de ces affections. L'excellent travail publié en 1888 par notre confrère, le docteur Grattery (1), fournit pour cette brève revue un guide de premier ordre, auquel il suffira d'ajouter quelques rares faits nouveaux.

I

Les accidents viscéraux d'origine menstruelle prennent surtout le type congestif. Ces congestions peuvent frapper

(1) P. GRATTERY. *Des troubles viscéraux d'origine menstruelle*, Th. de Paris, 1888.

presque tous les organes. C'est du côté de l'appareil digestif, de l'appareil respiratoire, de l'appareil urinaire, du système nerveux, que Grattery a décrit les accidents les plus fréquents et les plus graves. La congestion du corps thyroïde, celle des seins, congestions extrêmement communes, sont ordinairement bien supportées; on doit, cependant, noter l'influence que ces congestions répétées peuvent exercer sur l'accroissement des tumeurs de ces organes. Du côté des séreuses, bien que Guéneau de Mussy ait signalé un fait de rechute de péricardite, bien que Cruveilhier ait regardé les épanchements ascitiques comme fréquents chez les jeunes filles à l'occasion des règles, les accidents sont plus rares et leur pathogénie moins nettement démontrée.

Les accidents digestifs sont très variés : embarras gastrique, tantôt léger, tantôt assez grave pour simuler le début d'une fièvre typhoïde, dyspepsie, indigestions, congestions hépatiques avec douleur et ictère, accès de coliques hépatiques. Parfois, tous ces accidents surviennent périodiquement, à chaque époque menstruelle. Cette périodicité est alors un des éléments les plus importants du diagnostic. Le diagnostic de la fièvre cataméniale et de la fièvre typhoïde au début est à peu près impossible sans cette notion de la périodicité.

Les accidents respiratoires sont plus variés encore : poussées de laryngite, troubles de la voix, accidents pseudo-asthmatiques, congestions pulmonaires, congestions avec hémoptysies. Les congestions pulmonaires sont parfois très graves et peuvent entraîner la mort. Le diagnostic avec la tuberculose, surtout lorsqu'elles s'accompagnent d'hémoptysies, est des plus délicats. Toute hémoptysie doit d'ailleurs, si nettement liée qu'elle soit aux époques menstruelles, être extrêmement suspecte.

Du côté de l'appareil urinaire, la congestion du rein est démontrée par certains faits d'albuminurie transitoire (de Chateaubourg), d'augmentation de l'albuminurie, de poussées douloureuses du côté d'un rein flottant survenant au moment des règles (Desnos et Barié). La cystite légère est extrêmement fréquente.

L'influence des règles sur certaines névroses : hystérie, épilepsie, chorée, est bien connue. Parfois les symptômes congestifs simulent une hémorragie cérébrale, une méningite. Chez les aliénées, la manie s'aggrave souvent à l'occasion des règles; souvent aussi, c'est à cette occasion qu'apparaissent les premiers accidents délirants. Les faits de congestion rachidienne, avec accidents paraplégiques, sont moins communs. Parmi les observations publiées, la plupart semblent appartenir à l'hystérie.

Ces accidents si multiples ont pour caractères communs d'avoir presque toujours un début aigu et brusque, une marche rapide. En général, tout se borne à des accidents congestifs simples. Il est bien rare que ces accidents soient assez intenses pour prendre une allure nettement phlegmasique. La terminaison, en général, n'est pas moins brusque que le début. Les règles apparaissent et les accidents les plus alarmants s'apaisent. Dans une observation de pseudo-fièvre typhoïde observée par Grattery, la fièvre tombe du jour au lendemain de 39°4 à 37°2. Quelquefois, c'est une hémorragie supplémentaire, hémoptysie, épistaxis, qui juge la situation. Parfois il y a de l'aménorrée, la guérison est alors moins rapide. Au bout de quelques jours pourtant, correspondant à peu près à la durée de l'époque menstruelle, les accidents cessent. Les congestions d'origine menstruelle sont rarement graves; elles peuvent néanmoins le devenir quand elles frappent un organe déjà malade, un poumon tuberculeux, un rein atteint de néphrite.

II

Les troubles viscéraux d'origine menstruelle peuvent survenir brusquement chez des femmes jusque-là parfaitement réglées. Une émotion, un refroidissement, sont assez souvent invoqués. Le plus ordinairement, ces accidents surviennent chez des femmes irrégulièrement réglées, des anémiques. Les premières règles qui surviennent après une grossesse, les règles qui surviennent chez les femmes allaitant, exposent plus que les règles ordinaires à ces complications. Les affections utérines : métrites, rétrécissement du col, déviations et inflexions, polypes, corps fibreux, ces causes si fréquentes de dysménorrée, sont aussi une source fréquente de complications menstruelles. Chez les jeunes filles, au moment où les règles s'établissent, chez les femmes un peu âgées, ces complications sont également très fréquentes.

Cette histoire pathologique des premières règles et de la ménopause mériterait d'ailleurs, à elle seule, une étude spéciale. Chez les femmes ayant subi une double ovariotomie, cette ménopause artificielle entraîne parfois des accidents périodiques très variés et extrêmement pénibles. On a vu, enfin, que toutes les lésions organiques du poumon, du foie, du rein, etc., créent souvent un *locus minoris resistentiæ*, une sorte de point d'appel pour les congestions menstruelles. Toutes ces notions étiologiques semblent sans doute bien banales et bien vagues, mais chacune d'elles a son importance pour le traitement : 1° au moment des poussées congestives; 2° dans l'intervalle de ces poussées.

III

Au moment des poussées congestives, deux indications principales se présentent : 1° combattre la congestion viscérale par les sédatifs généraux (sulfate de quinine, digitale, bromure), par les révulsifs (ventouses, pointes de feu, sangsues, quelquefois saignée), par les analgésiques (bromure et morphine). Cette première indication comprendra, de plus, une série de moyens variables suivant l'organe atteint, et sur lesquels on ne saurait insister.

La deuxième indication est d'essayer de régulariser et de rappeler l'écoulement menstruel. C'est là, comme le dit Grattery, l'indication capitale. Mais une question très délicate se pose toujours en pratique. Doit-on prescrire les emménagogues : apiol, safran, rue, sabine, les sinapismes, les pédiluves sinapisés? Si l'aménorrée tient non à un défaut de sécrétion sanguine, mais à une difficulté dans l'excrétion : rétrécissement de l'hymen, rétrécissement du col, déviation utérine, inertie utérine, on conçoit que les emménagogues sont plus nuisibles qu'utiles. Tout dépend donc du diagnostic étiologique. Dans les cas douteux, on se contentera de quelques applications de sinapismes aux cuisses, de cataplasmes vaginaux préparés bien aseptiquement, d'irrigations vaginales tièdes. Les sangsues, la saignée générale, permettront toujours de parer aux accidents les plus menaçants.

Dans l'intervalle des poussées congestives, les indications thérapeutiques sont générales (hystérie, anémie, nervosisme) et surtout locales. Il suffit de mentionner les cas où il y a lieu de traiter une lésion éloignée qui sert de point

d'appel à la poussée congestive menstruelle, tuberculose pulmonaire, rein flottant, lithiase biliaire, etc. Mais c'est par le traitement gynécologiqne qu'on pourra, dans la plupart des cas, supprimer ces accidents tenaces, désespérément périodiques, souvent graves par eux-mêmes, toujours très pénibles par leur répétition. Ce que nous avons dit de l'étiologie : étroitesse de l'hymen, rétrécissement du col, déviations et flexions, métrites, polypes, corps fibreux, etc., montre combien les indications de ce traitement pourront être variées.

SUR LES MALADIES ÉPIDÉMIQUES

ENTRAÎNANT LA DÉCLARATION OBLIGATOIRE (1)

(Rapport fait à l'Académie de médecine, au nom de la Section d'hygiène, par M. VALLIN, rapporteur.)

III

L'*érysipèle*, pas plus que les *affections septicémiques*, ne doivent entraîner dès à présent la déclaration. Redoutables dans un hôpital, au milieu de plaies ouvertes, d'opérations journalières, de traumatismes accidentels, leur danger est beaucoup moindre dans une maison, un appartement, habités d'ordinaire par des gens bien portants. Faudra-t-il déclarer un érysipèle spontané limité à la région nasale, un panaris mal pansé, etc.? Les cas sont relativement rares, le danger est limité au voisinage le plus immédiat. Il est préférable de s'abstenir.

En ce qui concerne les *infections puerpérales*, la question est des plus délicates, et peut, si l'on n'y prend garde, faire échouer la loi qui se prépare.

Un accouchement a lieu dans les conditions ordinaires de la vie; des accidents puerpéraux se produisent à domicile ou chez une sage-femme; on a déclaré le nom de la mère et la naissance de l'enfant, la déclaration de l'infection puerpérale n'entraîne ici aucune conséquence grave. Mais cette fois, l'accouchement est clandestin, la fille-mère a réclamé la discrétion la plus complète. Peut-on dire que la déclaration n'engage pas le secret médical et n'expose pas aux rigueurs de l'article 378? Sans doute, une loi peut stipuler une exception à une autre, dans un intérêt d'ordre public; sans doute, cette infection puerpérale se produit chez une sage-femme, au voisinage d'autres parturientes qui seront peut-être victimes à leur tour d'une contagion dont les sources sont innombrables. La déclaration imposée dans ces cas soulèverait de vives résistances. Un calcul, basé sur les statistiques des dernières années, nous a montré que les accidents puerpéraux ou mortels, à la suite de naissance illégitime, ne surviennent qu'une fois sur 12000 (2) accouchements de toute sorte. L'on peut affirmer que la moitié au moins de ces naissances illégitimes ont lieu dans les hôpitaux et les maternités, où la déclaration nominale des intoxications ne sera pas obligatoire : soit une chance, sur 25000 accouchements, d'avoir à déclarer des accidents puerpéraux (mortels ou non) chez une femme qui peut réclamer le secret professionnel. Ajoutons à cela que le médecin et la sage-femme connaissent désormais la nécessité de l'asepsie la plus rigoureuse dans les accouchements quels qu'ils soient; la sage-femme est matériellement intéressée à prendre dans sa propre maison toutes les mesures de désinfection pour lesquelles elle possède les ingrédients nécessaires.

Il doit donc rester loisible au médecin et même à la sage-femme, dans les cas d'infection puerpérale, de se retrancher derrière le secret professionnel, *quand ce secret aura été réclamé*, et dans les cas, très rares, où la discrétion s'imposera comme un devoir supérieur aux intérêts de la santé publique. La déclaration devra être faite, au contraire, toutes les fois que le médecin et la sage-femme ne se croiront pas liés par les prescriptions de l'article 378 du Code pénal.

L'*ophtalmie purulente des nouveau-nés* est un fléau dont, il y a peu d'années, on ne mesurait pas toute l'importance. Sur 100 aveugles, 30 le sont par suite d'ophtalmie contractée lors de l'accouchement, par inoculation à l'œil des sécrétions vaginales. Abandonnée à elle-même ou mal soignée, elle amène en quelques jours la perforation de l'œil; bien traitée, elle guérit presque toujours. La déclaration obligatoire de la naissance a pour but de protéger la vie de l'enfant; la déclaration de l'ophtalmie aura pour but de lui assurer la conservation de la vue. Depuis une quinzaine d'années, il s'est fait à ce point de vue un grand mouvement d'opinion parmi les médecins de tous les pays; aujourd'hui tout accoucheur instruit prend des soins antiseptiques spéciaux pour préserver, protéger les yeux de l'enfant pendant et après l'accouchement; l'ophtalmie purulente devient rare entre ses mains; elle continue ses ravages entre des mains ignorantes.

On a proposé de faire signaler l'état des yeux par le médecin de l'état civil qui vient à domicile constater les naissances; mais cette constatation à domicile ne se fait pas partout. Bien que la santé publique ne soit pas ici menacée par des épidémies (elle ne l'est que dans les crèches), il y a lieu de rendre obligatoire, non pour le médecin, mais pour la sage-femme, les parents et les personnes qui soignent l'enfant, la déclaration de toute ophtalmie qui survient dans les dix jours après la naissance. Il n'y a pas lieu de l'imposer au médecin, puisque seul il a qualité pour soigner l'enfant et appliquer le traitement nécessaire.

On a proposé de joindre à cette liste, sous la dénomination générale de teignes, les affections parasitaires du cuir chevelu, à cause de leur extension facile et de leur persistance extrême dans les agglomérations d'enfants. Les difficultés d'application nous paraissent rendre impossible la déclaration obligatoire pour ces diverses affections. Quand la pelade, le favus ou l'herpès tonsurant atteint un enfant soigné dans sa famille par un médecin instruit et une mère attentive, quand l'épilation, la rasure, l'application des topiques parasiticides se font scrupuleusement, on peut dire que le danger de contagion est fort limité, d'autant plus que les plaques dénudées signalent assez le petit malade à l'attention des mères dont les enfants seraient exposés à fréquenter la maison. La déclaration obligatoire, dans ces cas, serait vexatoire pour les parents, car une sorte de honte s'attache à ces maladies, qu'on suppose causées par le manque de soin. Le danger n'est réel que dans les écoles, les crèches, les ouvroirs, les manufactures, où ces enfants ne doivent jamais être admis et où leur éviction devrait toujours être prononcée par le directeur. Mais supposons la déclaration obligatoire : de quelle façon et dans quelle mesure interviendra l'autorité sanitaire? Il n'y a point ici à désinfecter la maison, la literie, les objets mobiliers; on ne peut songer à isoler l'enfant; de quelle façon lui imposera-t-on un traitement qui demande des soins minutieux continués pendant de longs mois? On peut conseiller, favoriser ce traitement dans un dispensaire ou dans un hôpital spécial. Il est difficile de l'imposer. On ne saurait, actuellement, exiger davantage pour une affection qui compromet l'esthétique, inspire des répugnances justifiées, cause une gêne extrême, mais qui n'a jamais causé la mort de personne.

Il en est de même de la *coqueluche*. Nous ne méconnaissons ni sa gravité, ni sa contagiosité. Bien que le Comité consultatif d'hygiène l'ait ajoutée, paraît-il, à la liste que lui avait soumise sa commission, nous croyons devoir pour elle rejeter la déclaration obligatoire. La déclaration vient d'avoir lieu; que va faire l'autorité? Va-t-elle désinfecter plusieurs fois par semaine l'appartement et tous les objets, linges, tapis, que l'enfant a souillés de ses crachats et de ses vomissements? Va-t-elle imposer pendant trois mois et plus la réclusion à un enfant qui s'étiole et s'épuise? L'empêchera-t-elle d'aller respirer l'air de la campagne? Lui

---

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 1122.

(2) Il y a, en effet, 80 naissances illégitimes sur 1000 naissances totales; on compte au maximum 1 décès par intoxication puerpérale sur 100 accouchements, soit donc 1 décès par suite de naissance illégitime sur 12000 accouchements à l'hôpital, chez les sages-femmes ou à domicile.

interdira-t-elle nos rues, nos parcs, nos promenades? On ne peut lui interdire que le séjour dans les établissements publics, ce que prescrivent déjà les règlements et la responsabilité ou l'intérêt des chefs d'institution. Les conseils du médecin de la famille, la réserve consciencieuse des parents, la crainte de la réprobation publique, feront plus qu'une déclaration vexatoire, qui n'aura pour conséquence aucune mesure sérieusement applicable.

La loi du 30 novembre 1892 n'a pas entendu rendre obligatoire la déclaration de toutes les maladies dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel; cette déclaration, qui est après tout une atteinte à la liberté individuelle, doit être justifiée par le danger sérieux qu'un cas ignoré de maladie ferait courir à la santé publique.

Cette déclaration n'a pas pour but d'attirer des rigueurs sur le chef de famille, déjà assez malheureux de voir le choléra, le croup, la fièvre typhoïde s'abattre sur les siens; au lieu de le torturer ou de le punir, il faut l'éclairer, le conseiller, lui venir en aide matériellement et moralement, le protéger en protégeant la santé publique. L'hygiène, comme la police sanitaire, doit être secourable et humaine; elle devient odieuse, quand elle est tracassière et oppressive.

Messieurs, la section d'hygiène a l'honneur de vous proposer de répondre à la demande de M. le ministre de l'Intérieur, en lui adressant la liste suivante des maladies épidémiques dont la déclaration est obligatoire et dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel :

Choléra et affections cholériformes,
Fièvre jaune,
Peste,
Variole,
Scarlatine,
Rougeole,
Suette miliaire,
Diphtérie (croup et angine couenneuse),
Fièvre typhoïde,
Typhus exanthématique,
Dysenterie épidémique,
Infections puerpérales (quand le secret n'aura pas été réclamé),
L'ophtalmie purulente.

Pour cette dernière maladie toutefois, la déclaration obligatoire ne pourra être imposée au médecin, qui seul a qualité pour soigner l'enfant et appliquer le traitement nécessaire; mais elle devra l'être aux autres personnes énumérées à l'article 9 de la loi sanitaire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 octobre 1893. — Présidence de M. Le Fort.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend des lettres de MM. Rendu et Troisier, qui se portent candidats à la place vacante dans la section de pathologie médicale.

DISCUSSION SUR LA DÉCLARATION OBLIGATOIRE DES MALADIES ÉPIDÉMIQUES

M. LE ROY DE MÉRICOURT, après avoir rappelé la liste dressée par le Comité consultatif d'hygiène et la liste proposée par M. Vallin, fait observer que ces deux listes diffèrent en ce que la commission de l'Académie, d'une part, a retranché de la liste du Comité d'hygiène l'érysipèle et la coqueluche, et que, d'autre part, la déclaration des infections puerpérales ne devra être faite, que quand le secret n'aura pas été réclamé du médecin. De plus, en ce qui concerne l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, le médecin ne sera pas tenu à la déclaration, le véritable danger ici n'étant pas la contagion, mais la cécité de l'enfant atteint.

Pour ce qui est du choléra et des maladies cholériformes, la mesure, bonne pour le choléra véritable, le choléra épidémique, ne paraît pas légitime lorsqu'il s'agit d'une simple diarrhée cholériforme, due peut-être à un empoisonnement ou à un simple refroidissement, et qui, en tout cas, n'a aucune espèce de rapport avec le choléra.

Pour la fièvre jaune et la peste, maladies toujours importées, la déclaration ne paraît guère utile. La fièvre jaune ne peut arriver que par les navires; or, le service sanitaire de nos ports est très bien organisé, et les cas de fièvre jaune qui se produisent à bord des navires ne peuvent pas lui échapper. Quant à la peste, il n'en est plus question dans nos climats, et si jamais elle pouvait être apportée par des navires, nos services sanitaires sont aussi bien armés contre elle que contre la fièvre jaune.

Quant à la variole, la déclaration obligatoire est de bien peu d'importance à côté de la mesure autrement efficace de la vaccination obligatoire.

Pour la scarlatine, le médecin se heurtera à des difficultés insurmontables.

Le diagnostic de la scarlatine est loin d'être facile. Beaucoup de rash, d'origine variée, simulent la scarlatine, et si on applique à tous ces rash les mesures de désinfection applicables à la scarlatine, on n'en sortira pas. Bien des scarlatines simulent de simples angines, affections contre lesquelles on ne songe pas à pratiquer la désinfection, et, cependant, ces angines scarlatineuses sont pour le moins aussi contagieuses que la scarlatine classique.

La rougeole se borne souvent à un simple catarrhe sans caractère spécial. Devra-t-on isoler, pendant vingt-cinq à trente jours, tous les enfants atteints de catarrhe bronchique chez lesquels on soupçonnera la rougeole?

La diphtérie est certainement une des maladies épidémiques qui offrent le plus de danger, et c'est ici que la déclaration obligatoire se justifierait le mieux. Mais la diphtérie est une maladie parfaitement connue dans le public qui sera toujours le premier à demander des mesures de désinfection; la déclaration obligatoire de la diphtérie n'ajoutera donc rien à ce qui est obtenu aujourd'hui, et, par contre, on augmentera la terreur des personnes qui entourent le diphtéritique. Les conseils du médecin traitant seul, aidé du service municipal de désinfection, paraissent suffisants pour arrêter, dans la mesure du possible, les épidémies de diphtérie.

La fièvre typhoïde se dissémine rarement dans une maison ordinaire; elle résulte de causes bien connues, sur lesquelles le médecin traitant pourra appeler l'attention; il est donc inutile de jeter la terreur dans l'esprit du malade et de son entourage en divulguant un diagnostic que l'on dissimule souvent avec intention, sous les euphémismes de fièvre muqueuse, embarras gastrique, etc.

Il en est de même pour le typhus exanthématique, mais ce dernier étant d'une contagiosité extrême, M. Le Roy de Méricourt admet la déclaration obligatoire qu'il refuse lorsqu'il s'agit de la fièvre typhoïde.

Quant à la dysenterie épidémique, M. Le Roy de Méricourt a assisté à de nombreuses épidémies de ce genre, et en dehors de ce fait qu'un grand nombre de personnes sont prises à la fois, il lui paraît impossible de distinguer, sur un cas unique, une dysenterie simple d'une dysenterie épidémique.

L'infection puerpérale ne devient dangereuse que lorsqu'il y a plusieurs femmes en couches dans une même maison, ou lorsqu'il s'agit d'hôpitaux.

On sait que, dans ces derniers, l'administration fera le nécessaire. En présence d'un cas isolé, pourquoi faire intervenir le service sanitaire, puisqu'il n'y a aucun danger pour les personnes qui habitent la maison?

Pour l'ophtalmie purulente, M. Le Roy de Méricourt croit à l'utilité des mesures prophylactiques, mais elles peuvent fort bien être prises sans faire intervenir le service sanitaire.

M. LE PRÉSIDENT fait remarquer que l'Académie n'a pas à discuter sur la nécessité ou l'utilité de la déclaration obligatoire; cette question est résolue par la loi. Elle n'a qu'à voter sur le nom des maladies à inscrire sur la liste.

M. LEREBOULLET n'est pas d'avis d'introduire la rougeole dans la liste, parce qu'à l'heure actuelle, on ne connaît pas de moyen susceptible d'arrêter la propagation de cette maladie.

Cette liste, d'ailleurs, n'est pas immuable. On pourra y ajouter la rougeole le jour où on sera armé contre elle.

M. BROUARDEL dit qu'on n'a pas à discuter aujourd'hui le principe de l'obligation de la déclaration. Mais, avant de fixer la liste, il tient à déclarer que ce n'est pas en dehors de l'Académie que le principe de l'obligation est entré dans la loi.

Il rappelle les longues discussions à ce sujet, et le Parlement n'a fait que rendre exécutoire un principe adopté par l'Académie.

En outre, il n'est pas exact de dire que la désinfection est pour les familles une cause de terreur.

Depuis le 1er janvier 1893, plus de 25000 opérations de désinfection ont été effectuées; sur ce nombre, 2500 demandes proviennent de médecins, 6000 proviennent des familles intéressées.

L'on ne redoute donc pas tant cette intervention, qui assainit le domicile contaminé.

En ce qui concerne la liste, M. Brouardel demande le maintien des mots « affections cholériformes ».

Le choléra seul est épidémique, mais le diagnostic choléra est presque toujours masqué, au début, par des euphémismes. La Commission a pensé qu'on ne pourrait jamais saisir le début d'une épidémie de choléra, si on ne mettait pas sur la liste le mot « affections cholériformes ».

Au Havre, par exemple, les trois premiers cas ont été diagnostiqués diarrhée cholériforme, et ce n'est qu'après la constatation de ces trois cas, qui ont mis un mois pour apparaître, que le caractère épidémique de l'affection s'est franchement déclaré.

Si on avait pris les mesures prophylactiques nécessaires, lors de ces trois premiers cas, le choléra véritable n'aurait pas éclaté.

Il est vrai que dans nos ports on prend toutes les mesures prophylactiques reconnues contre la fièvre jaune et la peste, mais enfin, il n'est pas sans exemple que des cas de fièvre jaune aient pu passer malgré ces précautions.

La scarlatine expose souvent à des erreurs de diagnostic. Mais, on ne commet pas toujours l'erreur, et si la mesure est adoptée, ce sera toujours un progrès de réalisé pour les cas à diagnostic certain.

Pour la fièvre typhoïde, la déclaration et les mesures de désinfection n'obligent pas à prévenir le malade de la véritable affection dont il est atteint. Il suffit que l'entourage soit prévenu.

M. Brouardel n'insiste pas sur la nécessité d'insérer la rougeole. Mais il n'en est pas de même pour la dysenterie épidémique.

Quant à la fièvre puerpérale, le mieux serait d'empêcher les sages-femmes qui ont eu plusieurs décès de fièvre puerpérale de continuer à exercer leur profession pendant quelque temps; cela est impossible. La déclaration obligatoire permettra au moins de prendre des précautions utiles.

Enfin, pour l'ophtalmie purulente, il est indispensable que la déclaration en soit faite par l'entourage du petit malade, afin que l'on puisse sauver ses yeux.

M. GRANCHER ne croit pas que la rougeole soit justiciable ni de la déclaration obligatoire, ni des mesures sanitaires. D'après le rapport de M. Vallin, les maladies inscrites sur la liste de l'Académie doivent être passibles de l'intervention administrative et de mesures sanitaires utiles. La rougeole ne répond pas à ce programme, parce que les seuls moyens prophylactiques qui soient pratiques sont l'isolement du malade ou la désinfection. Or, dans la rougeole, l'isolement est inefficace parce qu'il est trop tardif, et la désinfection est inutile parce que la virulence du germe rubéolique a une durée très éphémère.

Il est aujourd'hui universellement reconnu que la contagion de la rougeole précède presque toujours le diagnostic de la maladie. C'est pendant la période d'invasion, et plus exactement pendant les deux ou trois jours qui précèdent l'éruption, que la rougeole se communique. Déjà la période d'éruption est beaucoup moins dangereuse, quoique la contagion puisse encore s'exercer pendant quatre ou cinq jours. Mais l'éruption passée, tout danger a disparu. Le germe infectieux est mort spontanément ou a perdu sa virulence, ce qui est la même chose. Cette mort spontanée et rapide du germe rubéolique rend toute désinfection de la literie, des linges ou de l'appartement, inutile.

Entre autres travaux prouvant ce qu'il avance, M. Grancher cite le rapport d'une commission composée de tous les médecins des hôpitaux d'enfants, et présidée par M. Cadet de Gassicourt. M. Comby, rapporteur de cette Commission, dit expressément :

« La rougeole est la plus contagieuse des maladies de l'enfance. Elle est transmissible avant la période d'éruption, c'est-à-dire avant d'être reconnaissable. »

Depuis, M. Bard a publié, dans la *Revue d'hygiène* (1891), des faits nouveaux et nombreux aboutissant aux mêmes conclusions.

Le médecin sanitaire, prévenu par la déclaration du médecin traitant, ne pourra donc pas prescrire l'isolement du malade. Il n'ordonnera pas le transport à l'hôpital, car ce serait multiplier les chances de mort par bronchopneumonie ou diphtérie du petit rubéoleux.

Reste la désinfection. M. Grancher a cru longtemps que la désinfection pouvait rendre des services, même dans la rougeole. Il n'y croit plus. Depuis quatre ans, il a organisé, dans son service, l'isolement des malades et la désinfection de tous les objets souillés, y compris le lit même. Autant il a été heureux pour la diphtérie, la scarlatine, la pneumonie, les oreillons, la coqueluche, dont la contagion a à peu près disparu, autant pour la rougeole, il a échoué. La désinfection est inutile, parce que la rougeole ne renaît pas de ses cendres. Elle meurt sur place et très vite et une nouvelle épidémie est toujours la conséquence d'une nouvelle importation.

L'isolement et la désinfection étant inutiles, M. Grancher conclut qu'il faut rayer la rougeole de la liste des maladies épidémiques entraînant la déclaration obligatoire.

M. VALLIN se range à l'avis de la majorité, en renonçant à comprendre la rougeole parmi les maladies dont la déclaration sera obligatoire. Néanmoins, la virulence du germe rubéolique n'est peut-être pas aussi éphémère que M. Grancher vient de le dire. Certains faits observés par les médecins militaires paraissent prouver que la désinfection a rendu souvent des services. En outre, l'Académie a approuvé un rapport de M. Ollivier qui conseillait, entre autres mesures, de garder les convalescents de rougeole loin des écoles pendant un temps assez long. L'Académie pensait donc alors que la rougeole reste contagieuse au delà de la période éruptive.

M. Vallin demande qu'on ajoute la varioloïde à la variole sur la liste des maladies à déclarer obligatoirement. Les gens du monde, en effet, s'imaginent que la variole est une maladie qui diffère absolument de la varioloïde.

M. CADET DE GASSICOURT fait observer que ce n'est pas contre la rougeole que ses collègues et lui ont obtenu de bons résultats de l'isolement et de la désinfection. C'est contre ses complications — spécialement contre la bronchopneumonie — il en a été de même pour la coqueluche.

M. HALLOPEAU fait observer que la lèpre, qui ne figure pas sur la liste, mérite cependant, par sa gravité autant que par sa puissance de propagation, d'attirer l'attention de l'Académie.

M. BROUARDEL répond à cela qu'il faut restreindre le plus possible le nombre des maladies dont la déclaration sera obligatoire.

M. CHAUVEL pense que c'est à tort que l'épithète « purulente » a été ajoutée au mot : ophtalmie; en effet, si l'ophtalmie des nouveau-nés est toujours purulente, ce n'est qu'au bout de trois ou quatre jours que la purulence s'établit. Si l'on veut que la déclaration soit faite en temps utile, il faut supprimer le mot « purulente » et dire seulement : « ophtalmie des nouveau-nés ».

M. CHARPENTIER, en ce qui concerne l'infection puerpérale,

ne partage pas la manière de voir de M. Brouardel, qui propose de rendre la déclaration obligatoire seulement pour les sages-femmes; le médecin, tout comme la sage-femme, peut transporter l'infection puerpérale. Il doit donc être soumis aux mêmes obligations.

M. LE FORT fait observer que la fièvre puerpérale n'est pas contagieuse de femme à femme, puisque les malades ne communiquent pas avec des femmes en couches. La contagion a lieu par transport, c'est-à-dire par l'accoucheur ou la sage-femme. Tout médecin connaît les précautions à prendre.

Le véritable danger, c'est la sage-femme; il est prudent qu'elle soit obligée à la déclaration.

M. KELSCH propose de supprimer l'épithète épidémique appliquée au mot dysenterie. La dysenterie est une; les premiers cas sont sporadiques, puis l'épidémie se développe. C'est la même marche que pour le choléra.

M. LE PRÉSIDENT met successivement aux voix chacune des maladies proposées dans le rapport de M. Vallin, en les faisant précéder des amendements respectifs déposés au cours de la discussion.

(Pour la liste votée par l'Académie, voir au Premier-Paris.)

LECTURE

Mortalité des nouveau-nés en nourrice. — M. F. LEDÉ. La mortalité des enfants librement placés en nourrice par leurs parents dans leur premier mois de vie est de 12,81 p. 100 dans le premier mois de placement. La mortalité des enfants des nourrices sur lieu, dans les mêmes conditions, s'élève à 18,23 p. 100, tandis que la mortalité des enfants assistés de même catégorie n'est que de 3,46 p. 100. La faible mortalité de ces derniers tient à la visite sérieuse faite à l'hospice où sont retenus les enfants les plus débiles, dont la mortalité à l'hospice est au minimum de 8,10 p. 100, et à de meilleures conditions de transport. Néanmoins en trois années (1890, 1891, 1892), sur 179,029 naissances vivantes à Paris, 55,207 enfants ont été envoyés en nourrice et il n'a été examiné que 32,432 nourrices dites à emporter; 23,046 enfants ont donc été confiés à des nourrices sans certificats et sans aucune garantie.

C'est ce que M. Ledé a vérifié lors de ses visites dans les gares de Paris où une nourrice sur dix a un livret ou a fait ses déclarations, les autres prennent les enfants par connaissance ou par l'intermédiaire d'amis, de sages-femmes et malheureusement d'agences clandestines. Sur les 55,207 enfants, 37,955 devaient être élevés au biberon et combien d'autres destinés à mourir? Car si en une année, il y a 19,300 déclarations de placement, les rapports des inspecteurs départementaux constatent la présence en province de 40,405 enfants parisiens en nourrice. Des mesures spéciales ont été prises dans le département de la Seine, mais elles ne touchent que les bureaux de placement.

L'inspection faite dans les gares montre qu'il faut prendre des mesures efficaces pour améliorer le transport des nourrissons, mesures nécessitées par leur mortalité si élevée et l'utilité de conserver au moins les enfants nés en bonne santé et ne pas laisser partir des enfants moribonds. Il s'est opposé, jusqu'alors, à la création d'asiles où seraient élevés en grand nombre les nouveau-nés. La contagion et la contamination rapides dans ces agglomérations d'enfants ne peuvent être que préjudiciables à la santé et à la vie des enfants.

Aussi, outre ces desiderata, et malgré une opposition à la création d'asiles d'élevage tels qu'on a proposé d'en établir, doit-on demander la création d'un asile où seraient envoyées, pendant quelques jours, les nourrices ayant des nourrissons trop débiles pour supporter le voyage; si l'enfant mourait, la nourrice pourrait se procurer un autre nourrisson, éviter de nouveaux frais de voyage et être utile à une autre famille.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury de l'internat est constitué provisoirement de la manière suivante : MM. Besnier, Cadet de Gassicourt, Charrin, Le Fort, Péan, Bouilly, Blum.

— Les jurys des médailles d'or sont composés provisoirement de MM. Hanot, Lancereaux, Marie, Luys et A. Guérin, pour la médecine; et de MM. Lannelongue, Lejars, Tarnier, de Saint-Germain et Proust, pour la chirurgie.

— *Concours de l'externat.* — Questions données : Triceps brachial. — Omoplate.

— Par décision ministérielle du 16 octobre 1893, M. Jolly, médecin aide-major de deuxième classe au 1er régiment de dragons, a été désigné pour le 147e régiment d'infanterie, par permutation avec M. Maissiat, médecin aide-major de deuxième classe.

— La Société de chirurgie célébrera cette année le cinquantenaire de sa fondation. Elle se réunira à cet effet en séance solennelle sous la présidence d'honneur de M. le docteur Marjolin, membre fondateur, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, le mercredi 25 octobre, à quatre heures très précises.

Ordre du jour : Allocution de M. le professeur Verneuil, président. — Notice historique sur la Société de chirurgie, par M. le docteur Charles Monod, secrétaire général. — Allocution de M. le docteur Jacques Reverdin, membre associé étranger. — Allocution de M. le docteur Eugène Bœckel, membre correspondant national.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le personnel auxiliaire de la Faculté de médecine de Paris est composé, pour l'année scolaire 1893-1894, ainsi qu'il suit :

I. Travaux pratiques. — Chimie : MM. Hanriot, chef des travaux; Groslous, préparateur; Hébert, Braun et Rabaut, préparateurs adjoints; Quillard.

Physique : MM. Weiss, agrégé, chef des travaux; Sandoz et Mergier, préparateurs.

Histoire naturelle : MM. Faguet, chef des travaux; Artault, Meurice et Gastinel, préparateurs; Duclos, préparateur stagiaire.

Histologie : MM. Rémy, chef des travaux; Launois et Chatellier, préparateurs; Girode, Moran, Martin Dürr, Vincent, Maugery, Gentilhomme, Bernard, Leclerc, Benoît et Thérèse, aides-préparateurs.

Anatomie pathologique : MM. Brault, chef des travaux; Vidal, préparateur; Legry et Critzman, moniteurs.

Physiologie : MM. Laborde, chef des travaux; Roudeau, chef adjoint; Malbec, préparateur.

II. Laboratoire de recherches et d'enseignement. — Anatomie pathologique : MM. Chantemesse, agrégé, chef; Toupet, préparateur.

Histoire naturelle (botanique) : M. Heim, agrégé, préparateur.

Physiologie : MM. Langlois, chef; Héricourt, chef adjoint.

Pathologie et thérapeutique générales : MM. Charrin, agrégé, chef; Roger, préparateur.

Médecine légale : MM. Descoust, chef des travaux; Ogier, chef du laboratoire de chimie; Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

Histologie : M. Retterer, agrégé, préparateur.

Chimie : MM. Fiquet, chef des travaux de chimie biologique; Hollard, préparateur adjoint.

Pathologie expérimentale et comparée : MM. Wurtz, chef; Sanchez-Toledo, Mosny et Teissier, moniteurs.

Hygiène : MM. Netter, agrégé, chef; Lebreton, préparateur.

Pharmacologie : MM. Héret, chef; Pachon, préparateur.

III. Laboratoire de cliniques. — Clinique médicale (Charité) : MM. Springer, chef des travaux de physiologie pathologique;

Drouin, chef des travaux chimiques; Suchard, chef des travaux d'anatomie pathologique.

Clinique chirurgicale (Charité) : MM. Cazin, chef; Dubar, aide.

Clinique médicale (Hôtel-Dieu) : MM. Lapicque, chef adjoint; Marette, aide.

Clinique chirurgicale (Hôtel-Dieu) : M. Caussade, chef.

Clinique médicale (Pitié) : MM. Lesage, chef des travaux anatomiques; Achalme, chef des travaux chimiques.

Clinique chirurgicale (Pitié) : M. Pilliet, chef.

Clinique médicale (Necker) : MM. Parmentier, chef des travaux d'anatomie pathologique; Winter, chef des travaux chimiques.

Clinique chirurgicale (Necker) : MM. Fabre-Domergue, chef; Thélohan, préparateur.

Clinique des maladies du système nerveux : MM. Richer, chef; Blocq, préparateur.

Clinique d'accouchements (rue d'Assas) : M. Galippe, chef.

Clinique d'accouchements (Baudelocque) : M. Bouffe de Saint-Blaise, chef.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques : MM. Darier, délégué dans les fonctions de chef; Cathelineau, chef adjoint.

Clinique ophtalmologique : M. Terson, chef adjoint.

Clinique des maladies des enfants : MM. Ledoux-Lebard, chef; Veillon, préparateur de chimie; Auclair, moniteur.

Clinique des maladies des voies urinaires : MM. Hallé, chef (section de bactériologie et histologie); Chabrié, chef (section de chimie).

IV. Préparateurs de cours. — MM. Pignot, histoire de la médecine et de la chirurgie; Tissier, accouchements (cours et conférences); Delanglade, pathologie externe; Mussat, histoire naturelle (botanique); Deschamps, hygiène; Bordas, médecine légale; Broca, physique; Hildt, chimie; Brulh, pathologie interne; Marcel Baudouin, médecine opératoire.

Traité clinique de dermatologie, par H. Tenneson, médecin de l'hôpital Saint-Louis. 1 vol. gr. in-8° de 512 pages. — Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

Petit guide d'hygiène pratique dans l'Ouest africain, par le docteur Charles Scovell Grant, traduit et annoté par le docteur P. Just Navarre, ex-médecin de la marine. 2e édit. 1 vol. in-18 de 70 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Créosote soluble dans l'eau. — L'insolubilité de la créosote s'oppose à l'emploi de l'eau comme véhicule de ce médicament. Dans une communication faite à la Société de pharmacie de Paris M. Vizern indique le savon médicinal comme permettant de dissoudre son poids de créosote dans toute quantité d'eau.

(Extrait du *Journal de Pharmacie et de Chimie*.)

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : **20 c.** — Avec Supplément : **30 c.**

REVUE GÉNÉRALE

L'ostéoplastie rachidienne.

Par A. CHIPAULT, ancien aide d'anatomie à la Faculté.

L'ostéoplastie rachidienne est de date plus récente encore que l'ostéoplastie cranienne et les documents publiés sur elle sont bien peu nombreux : heureusement qu'il nous sera possible, sur un certain nombre de points, d'invoquer des observations et des recherches personnelles la plupart inédites.

L'ostéoplastie rachidienne doit être étudiée dans deux cas différents :

1° Comme temps complémentaire de la cure opératoire des spina bifida;

2° Comme procédé spécial de lamnectomie.

I

L'OSTÉOPLASTIE RACHIDIENNE DANS LA CURE OPÉRATOIRE DES SPINA BIFIDA. — L'une des grandes sollicitudes des chirurgiens qui ont traité, ces années dernières, par la cure opératoire, les spina bifida, a été d'occlure strictement l'ouverture méningée et de refermer par-dessus elle, autant que possible, l'orifice rachidien, pour parfaire l'occlusion.

En effet, la persistance de l'orifice osseux permet au sac méningé, diminué de volume et réintégré dans sa place normale, de ressortir sous l'influence des efforts, de sa distension par le liquide céphalo-rachidien, et à la poche extra-rachidienne de l'hydrorachis de se reformer. Le fait a été signalé par nombre d'observateurs qui, dès les premiers jours après l'intervention, ont trouvé au-dessous de la cicatrice une masse, d'ordinaire peu volumineuse, mais présentant une consistance et des impulsions identiques à celles de la poche congénitale.

Nous avons une fois observé ce fait poussé à l'extrême. Il s'agissait d'un enfant opéré par nous, quelques heures après sa naissance, pour un hydrorachis gros comme une pomme, à parois très minces et spontanément rompues pendant l'accouchement. Étant donné l'état général, l'opération fut faite le plus simplement possible. A droite et à gauche de la base de la tumeur, qui s'insérait par un pédicule assez large au niveau de la troisième lombaire environ, je taillai deux lambeaux convexes en arrière et après les avoir disséqués jusqu'à leur base, j'incisai longitudinalement et latéralement le sac, avec précaution, pour ne pas léser les éléments nerveux qui pouvaient s'y trouver. Ils étaient peu nombreux du reste, ainsi que me le démontra l'exploration attentive de sa face interne, et réduits à quelques nerfs paraissant se perdre dans les parois du sac, dès lors inutiles à conserver. Mon index gauche fut, suivant le conseil de Walther, introduit dans la poche largement fendue et je pus saisir la paroi, tandis qu'un aide écartait les bords du lambeau avec un écarteur à griffes. Le sac méningé fut ainsi disséqué sur le doigt, comme un sac herniaire dans l'opération de la cure radicale. J'arrivai, par dissection progressive, à libérer complètement son pédicule, qui fut lié par une ligature en chaîne, à la soie, aussi près que possible de l'orifice rachidien, occupant la place des troisième et quatrième arcs lombaires, complètement absents. La poche fut réséquée au-dessus de la ligature, puis un plan de sutures musculaires au catgut et un plan de sutures superficielles au crin de Florence terminèrent l'opération. Pansement collodionné, garanti par une couche mince d'ouate boriquée et un bandage de corps. Trois jours plus tard, la plaie était complètement cicatrisée, mais la peau, au niveau de l'orifice rachidien, était soulevée par une tumeur grosse comme un demi-œuf, régulière, tendue, réductible par pression, présentant en somme tous les caractères de l'ancien hydrorachis; l'opération n'avait paré qu'à un fait, d'une importance capitale il est vrai : l'infection imminente des méninges. L'enfant, du reste, se portait assez bien, mais quelques jours après, il était pris d'une diarrhée intense, à laquelle il succomba en quarante-huit heures. Je pus constater qu'il s'agissait bien d'une véritable récidive de la poche hydrorachidienne, survenue, autant qu'on pouvait le supposer, par distension des méninges voisines de la ligature, qui n'avait pas cédé.

Plus fréquentes et plus graves encore sont l'insuffisance de cette ligature et la filtration dans les couches molles de la plaie du liquide céphalo-rachidien. — Parfois, il s'y collecte peu à peu, comme dans un cas présenté par M. Ricard (1) à

(1) RICARD, in PICQUÉ. Rapport sur une observation de M. Ricard : « Volumineux spina bifida de la région lombaire communiquant avec le canal rachidien; extirpation; guérison », *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1893, p. 198.

la Société de chirurgie : huit jours après l'ablation, chez une femme de vingt-cinq ans, d'un hydrorachis lombaire, la région opératoire était soulevée par une volumineuse collection. Le douzième jour, une ponction donna issue à 260 grammes de liquide ; le dix-huitième, une nouvelle fut nécessaire et donna 60 grammes, puis le liquide ne se reproduisit plus et la guérison fut définitive. — Plus souvent, et l'on peut dire que c'est la règle lorsqu'il s'agit de tout jeunes enfants, le liquide ne se contente pas de se collecter dans les couches plus ou moins profondes de la région, mais il disjoint la ligne des sutures cutanées, ligne d'autre part très ordinairement mal disposée à se réunir, à cause du défaut de trophicité des tissus [Terrier (1)] ou de la structure, toute particulière, lymphangio-angiomateuse de la paroi [Jalaguier (2)]. Lorsque cette disjonction se produit, il est bien difficile d'éviter, surtout lorsqu'il s'agit d'une plaie très voisine de l'anus, l'infection des méninges et une mort rapide ; si cette infection ne se produit pas, l'écoulement céphalo-rachidien devient fistuleux et, par son abondance, entraîne la mort de l'opéré. C'est ce qui arriva à un malade de M. Terrier, chez qui, fait rare, l'évacuation trop complète du liquide provoquait le chevauchement les uns sur les autres des os de la boîte cranienne hydrocéphalique.

Il faut donc éviter autant que possible ces dangers : récidive de la poche, épanchement ou écoulement de liquide céphalo-rachidien, qui sont l'écueil de bien des opérations entreprises contre les spina bifida. Dans ce but, il faut rendre ferme et résistante la cicatrice. Nous ne raconterons pas, bien entendu, tous les procédés employés pour y réussir, et qui ne sont pas « ostéoplastiques », nous devons cependant les signaler.

Quelques chirurgiens ont autrefois cherché à obtenir cette occlusion complète par un mode spécial de réunion de la peau, dont Masse (3) [1846] et Koch (4) [1881] accolaient deux plis, débarrassés de leur épiderme.

D'autres opérateurs, plus récents, ont tendu au même but, par la suture attentive des parties musculo-aponévrotiques voisines du sac. Walther (5) plaça deux sutures profondes et perdues de matelassier, de sorte que les lambeaux étaient appliqués l'un contre l'autre, dans toute leur étendue, et formaient par leur réunion une sorte de crête très saillante. M. Monod (6) fit un plan profond de sutures au catgut perdu, rapprochant étroitement, au-devant de l'orifice vertébral, les deux masses musculaires voisines, préalablement avivées par ablation de leur aponévrose d'enveloppe. Bayer employa dans deux cas le procédé suivant : « Après fermeture du sac méningé, dit-il, je prolongeai en haut et en bas l'incision cutanée et je décollai la peau à droite et à gauche, pour dénuder circulairement, autour de l'orifice rachidien, sur une étendue de 2 à 3 centimètres, l'aponévrose lombo-dorsale. Puis à droite et à gauche, je taillai dans cette aponévrose et dans le muscle sous-jacent deux lambeaux semi-lunaires, de grandeur suffisante pour, après avoir été rabattus sur le sac, entrer en contact par leurs bords et le recouvrir complètement. La face aponévrotique des lambeaux était devenue profonde et la face musculaire superficielle. Leur suture sur la ligne médiane assura une paroi solide qui, dans mes deux cas, n'avait pas bougé au bout de plusieurs années. Si le spina était sacré, on se contenterait, au lieu de lambeaux aponévrotico-musculaires, de lambeaux seulement aponévrotiques taillés de la même manière. »

On peut encore, pour assurer la solidité de l'occlusion, s'adresser au sac lui-même. M. Ricard, dans son cas déjà cité, scarifia avec la pointe du bistouri les parties restantes de la face interne de la poche, appliqua l'une à l'autre les deux surfaces à l'aide d'un solide surjet de catgut, puis réduisit le moignon dans l'échancrure osseuse et l'y maintint par un large fil de soie, passé plusieurs fois en lacet, d'un des bords de l'échancrure à l'autre. Mayo Robson (1) conseille de faire l'incision de la peau à droite de la tumeur, puis, après son décollement, l'incision de la poche à gauche, pour que les deux lignes de suture ne se correspondent point.

Certes, les procédés d'occlusion que nous venons de citer, suture du sac soigneusement faite, suture en lacet de l'anneau aponévrotique, sutures au catgut perdu des parties musculo-aponévrotiques avoisinant l'orifice, suffiront lorsque l'orifice rachidien sera très petit et deviendront même inutiles lorsqu'on le trouvera réduit au calibre d'un manche de porte-plume, passant entre deux arcs ou ayant disjoint un arc sur la ligne médiane. Mais si l'orifice est considérable, occupe deux ou trois arcs en totalité, ou plus, sa fermeture directe par un procédé ostéoplastique devient indispensable.

Nous allons successivement étudier ceux qui ont été mis en usage.

Dès 1882, nous trouvons la greffe de périoste employée au rachis par Robson. Son petit malade, âgé de six jours, était porteur d'un hydrorachis lombaire, du volume d'une orange, à paroi très mince et sur le point de se rompre. Robson fit une incision verticale de la peau à droite et à gauche de la tumeur, à peu près à un demi-pouce de sa base, et sépara les téguments d'avec les méninges jusqu'aux lames des vertèbres. Puis issue fut donnée au liquide en ponctionnant le sac avec de fins ciseaux qui servirent en outre à enlever les parties superflues de sa paroi. On voyait parfaitement la queue de cheval couchée dans le canal rachidien. Il y avait alors, de chaque côté, deux lambeaux de largeur différente, les deux lambeaux méningés ayant respectivement trois quarts de pouce et un demi-pouce et les deux lambeaux cutanés la même largeur, mais tandis que le plus large lambeau méningé était à droite, le plus large lambeau cutané était à gauche; ainsi les deux lignes de suture n'étaient pas superposées.

(1) Terrier. Soc. de chir., 16 mars 1892, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, t. XVIII, p. 218.

(2) Jalaguier. *Idem*, 23 mars 1892, *Ibidem*, p. 248.

(3) Masse. Les divers procédés opératoires pour le traitement du spina bifida, *Bull. gén. de thérap.*, 1846, t. I, p. 212.

(4) Koch. Mittheilungen uber Fragen der Wissenschaft-studien, 1881, d'après « Report of the committee to investigate spina bifida and its treatment by the injection of Dr Morton. Iodoglycerine solution, 22 mars 1885; *Transact. of the Clin. Soc. of London*, 1885, p. 338-420, table IV, Obs. II.

(5) Walther. Spina bifida; opération quatre heures après la naissance; guérison constatée après dix-huit mois, *Rev. mens. des mal. de l'enf.*, 1893, p. 193.

(6) Monod. Rapport sur : « Spina bifida de la région sacrée chez un nouveau-né; excision quatre heures après la naissance; guérison, par Walther », Soc. de chir., 16 mars 1892, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, t. XVIII, p. 211.

(1) Mayo Robson. A new operation for spina bifida, *The Brit. Med. Journ.*, 24 mars 1883, t. I, p. 558, et A series of cases of spina bifida treated by plastic operation, London 1885, t. XVIII, p. 210-220.

Pendant cette suture, un aide avait tué un lapin et lui avait enlevé le périoste du fémur et de l'os frontal. Ce périoste fut placé, avec sa couche ostéogène en dessous, sur les méninges fermées, et soigneusement suturé au périoste des parties restantes des lames à droite et à gauche et des marges osseuses sus et sous-jacente. Malgré une légère désunion des lèvres de la plaie cutanée, la guérison fut parfaite et un an après, moment où l'enfant mourut de convulsions sans que l'autopsie pût être faite, l'occlusion paraissait très satisfaisante.

Hayes (1) a, dans un cas, suivant l'exemple de Mayo Robson, également employé le procédé des greffes périostiques, mais en faisant des greffes plus petites et en ne les suturant pas aux bords de l'orifice. Il avait eu à traiter une fillette de neuf semaines, en bon état général, portant à la région dorsale inférieure une poche hydrorachidienne, du volume du tiers d'un œuf de poule. Pour opérer, il mit l'enfant dans le décubitus ventral, afin de diminuer, autant que possible, la perte du liquide céphalo-rachidien. Des tentatives pour l'évacuer par aspiration ne réussirent pas et la raison en devint très nette après l'incision; il existait un sac superficiel, ne communiquant pas avec le canal vertébral et d'où étaient venues les quelques gouttes de liquide obtenu; c'est au-dessous de lui seulement que se trouvait le second sac, formé par la hernie méningée. L'aiguille aspiratrice fut alors plongée dans la partie déclive de ce second sac, mis à nu : cette piqûre fut suivie d'un collapsus immédiat qui dura quelques minutes, pendant lesquelles le sac se vida à peu près. Il fut alors ouvert et l'on vit la moelle normale, d'où partaient deux nerfs semblant se terminer à la base de la poche. La partie excédente fut enlevée et les méninges réunies par six sutures au catgut. Il y eut à ce moment un nouveau collapsus qui dura peu et, lorsqu'il fut passé, vingt petits fragments de périoste pris sur un lapin furent disséminés sur la surface des méninges, puis les parties molles refermées. La guérison fut normale, sauf une fistulette qui donna issue, pendant une dizaine de jours, à un peu de liquide céphalo-rachidien; onze semaines plus tard, il persistait une tumeur moitié moins grosse qu'avant l'opération, mais paraissant uniquement graisseuse. A travers elle, on pouvait sentir que l'orifice rachidien était bien fermé et, ajoute l'auteur : « To use M. Robson's words in describing his result, of much greater than mere skin hardness. »

M. Berger (2), usant d'un procédé voisin, de la greffe osseuse, mais avec une technique tout à fait différente, a inséré dans l'orifice rachidien, non plus au-dessus des méninges suturées, mais à l'intérieur du sac hydrorachidien, une lamelle osseuse prise sur l'omoplate d'un lapin. Voici comment, dans son rapport à l'Académie de médecine sur l'observation de M. Berger, M. Perier décrit le temps principal de l'opération pratiquée. « M. Berger, dit-il, avait disséqué une sorte d'entonnoir membraneux, au fond duquel se trouvait l'hiatus formé par l'écartement des lames vertébrales. Cet hiatus avait 3 centimètres de long, 2 centimètres de large, et il s'agissait d'en assurer l'oblitération. Une lamelle osseuse, prise sur l'omoplate d'un jeune lapin sacrifié à l'instant même, fut taillée en conformité du pourtour de l'orifice à combler. Après qu'elle y eut été insérée, M. Berger rabattit par-dessus la paroi du spina bifida, dont il ne conserva que la quantité nécessaire pour recouvrir la lamelle. Une suture au catgut en surjet de cette paroi membraneuse assura l'inclusion de la lamelle osseuse, en même temps que l'occlusion parfaite du canal rachidien. » Quatre semaines après, on ne trouvait, à la place du spina bifida, qu'un bourrelet transversal résultant de l'adossement des deux lambeaux cutanés et, en aucun point, on ne percevait de pulsations, de dépressibilité, non plus que d'impulsion pendant les efforts. Cinq mois plus tard, la guérison s'était maintenue, la cicatrice était plane et solide. « Elle présente plutôt, dit encore M. Perier, la consistance d'un tissu fibreux très dense que celle d'un plan osseux, et si la lamelle transplantée s'est résorbée, comme l'histoire de ces sortes de greffes nous le fait penser, elle semble du moins avoir servi de substratum à un tissu solide qui pourrait peut-être bien s'ossifier plus tard. »

On le voit, M. Perier n'avait pas grande confiance dans la valeur de la greffe osseuse. Dans une Revue précédente sur l'« ostéoplastie cranienne », nous avons, croyons-nous, justifié par des faits une opinion analogue, non seulement pour les greffes osseuses, mais pour les greffes périostées, et certes les observations que nous venons de rapporter ne sont nullement pour modifier nos conclusions. Du reste, au rachis, la greffe se trouve dans de moins bonnes conditions encore qu'au crâne, ou du moins on peut la mettre en contact immédiat avec une surface de section osseuse franche.

Reste donc à essayer ici aussi les lambeaux autoplastiques, périostoplastiques ou ostéo-périostoplastiques. La question, du reste, se présente dans des conditions tout à fait différentes, suivant qu'il reste, à droite et à gauche de la fente vertébrale, des rudiments de lames ou que les arcs n'existent absolument plus.

Dans le premier cas, il est possible, après avoir mobilisé ces rudiments de lames d'un coup de pince coupante le plus loin possible de leur extrémité libre, de les rapprocher de la ligne médiane et de les y suturer. Cette bi-lamnotomie autoplastique a été employée, pour la première fois, par Dollinger en 1886 (1), dans un cas où la perte de substance portait sur la partie moyenne du cinquième arc lombaire. « Entre le pédicule de la poche hydrorachidienne et les bords de l'orifice, se trouvait un anneau de tissu conjonctif dense qui fut enlevé. Tout autour de la perte de substance, fut abrasée ovalairement la couche musculo-aponévrotique qui recouvrait les os, puis les parties restantes des lames, mises à nu, furent sectionnées aux trois quarts, le plus près possible de leur base. Je les rapprochai autant que je pus de la ligne médiane, où je les suturai l'un à l'autre. » Le malade de Dollinger ne fut pas suivi. Plus récemment (1892), M. Rochet (de Lyon) a mis en pratique le même procédé chez une fillette de trois ans et demi porteur d'un hydrorachis cervico-dorsal, avec bifidité de deux arcs. « En dehors, dit-il, et de chaque côté de la perte de substance osseuse, dirigée verticalement et d'une hauteur de 1 centimètre et demi environ, nous avons écarté les

(1) Hayes. Spina bifida. A successful operation after the method of Robson of Leeds, *New-York Med. Rec.*, 1883, t. II, p. 649.

(2) Berger, in Perier. Rapport sur un travail de M. Berger intitulé : « Cure radicale d'un spina bifida lombaire; greffe osseuse prise sur une omoplate de lapin. » Acad. de méd., 17 mai 1892, *Bull. et Mém. de l'Acad. de méd.*, p. 698.

(1) Dollinger. Die osteoplastische Operation der Hydrorachis, *Wien Med. Wochens.*, 1886, p. 1536.

muscles vertébraux en les détachant de la partie restante des arcs, en les faisant tenir par des écarteurs, de façon à avoir ces arcs bien sous les yeux. Alors avec une forte rugine, nous les avons fracturés à 1 centimètre environ en dehors de leur extrémité libre. La perte de substance intéressant deux vertèbres, nous avions ainsi quatre fragments osseux, deux de chaque côté de l'ouverture vertébrale. Nous avons ensuite cherché à mobiliser, à droite et à gauche de la fissure et de façon à les amener au contact sur la ligne médiane, ces fragments ostéo-fibreux séparés par leur extrémité externe du reste de la colonne, mais toujours reliés entre eux et aux autres arcs des vertèbres intactes par des liens fibreux et tendineux et constituant, en somme, une bande verticale continue sur les parties latérales de l'hiatus. Ces deux bandes ostéo-fibreuses, une fois bien mobilisées latéralement, de façon à pouvoir être amenées au contact, je les affrontai, non par leur bord interne, mais par leur face profonde, pour produire un véritable adossement en crête ; le tout fut maintenu en place par des fils perdus. » Il se fit, à l'ablation des fils cutanés, une fistule « qui donnait quotidiennement une quantité invraisemblable de liquide céphalo-rachidien. Les pansements de la petite malade et même le matelas de son lit étaient très rapidement traversés par cet écoulement incessant. Il dura aussi intense près de quinze jours et ne cessa complètement qu'au bout de six semaines. » Cinq mois après l'opération, toute tumeur avait disparu et à la place de l'ancienne poche, il ne restait que la cicatrice opératoire. La brèche osseuse congénitale était comblée et en promenant les doigts sur la ligne médiane, on sentait très bien un plan osseux résistant, continu et interposé entre les apophyses épineuses des vertèbres sus et sous-jacentes à l'ancienne lésion.

Senenko (1), dans deux cas de spina sacrés, employa un procédé qui, quoiqu'il soit assimilé par tous les auteurs à celui de Dollinger et par conséquent de M. Rochet, en diffère notablement. « Les deux volets ostéoplastiques, larges chacun de 2 centimètres, furent formés non seulement des parties restantes des lames, mais de la couche superficielle de la crête postérieure de l'os iliaque et, après avoir été décollés par leur face profonde, en restant adhérents en haut et en bas, furent rapprochés de la ligne médiane et suturés l'un à l'autre par leur bord interne. »

La technique de Senenko est donc intermédiaire entre celle de Dollinger-Rochet, applicable lorsque persistent des rudiments de lames, et celles qu'on doit employer lorsque, les parties restantes des lames étant insuffisantes ou nulles, on doit prendre le lambeau ostéoplastique autre part que sur le rachis lui-même.

Nous avons été le premier à mettre en pratique (mai 1890) et à proposer (septembre 1890) cette méthode. Notre petit malade, né dans le service de M. Budin — avant terme, à six mois et demi — était porteur d'une tumeur lombo-sacrée exactement médiane, grosse comme une noix, non pédiculée, légèrement ombiliquée au centre. La poche était très tendue, et l'ouverture, en un point très aminci, imminente. Trente-deux heures après la naissance, je fis une incision médiane verticale de 5 centimètres, portant sur toute la hauteur de la tumeur et comprenant successivement la peau, très épaisse, angiomateuse, et le sac constitué par une mince membrane séparée de la peau, sauf au pourtour de l'ombilication, par une couche de tissu cellulo-graisseux peu épaisse. Aussitôt la poche incisée, il s'écoula deux cuillerées à bouche environ d'un liquide séro-sanguinolent ; l'exploration de la face interne du sac, face d'apparence séreuse, montra que la moelle divisée postérieurement jusqu'au canal central, sur une hauteur de 1 centimètre environ, venait s'attacher par deux languettes au niveau de l'ombilication, et que les nerfs de la queue de cheval se séparant d'elle au-dessus de la fente rachidienne, sortaient du canal par les trous de conjugaison normaux. Je détachai la moelle de son attache inférieure, en lui laissant adhérente une rondelle de paroi, j'excisai à droite et à gauche un segment elliptique du sac, et je décollai facilement ses parties restantes des couches sus-jacentes jusqu'au niveau de la fente rachidienne. Il fut alors facile de voir que la division portait sur une vertèbre lombaire et trois sacrées ; les arcs manquaient absolument; la partie postérieure des corps vertébraux était presque sur le même plan que la face postérieure du sacrum. Les premiers temps de l'opération ayant été très rapides et l'hémorragie à peu près nulle, je taillai, de chaque côté de la gouttière vertébrale, sur la face postérieure du sacrum, après désinsertion partielle des attaches des muscles sacro-lombaires, un volet de périoste très facile à décoller de l'os sous-jacent et qui, rabattu vers la ligne médiane, allait servir d'amorce ostéoplastique pour la réfection du canal vertébral. Après ce décollement, il fut nécessaire d'appliquer quelques instants une éponge sur la plaie baignée d'une quantité notable de sang veineux. L'hémorragie arrêtée, un fil de catgut, passé à travers l'extrémité inférieure de la moelle, l'attacha à la partie moyenne de la rigole vertébrale sacrée et les deux valves latérales du sac, ramenées vers la ligne médiane, furent suturées l'une à l'autre également au catgut, de façon à faire un fourreau se terminant en fuseau à sa partie inférieure et que je fixai en haut par deux points à la demi-circonférence postérieure du fourreau méningé normal. Les valves périostiques furent rabattues à leur tour, suturées l'une à l'autre, fixées en haut à l'arc qui formait arcade au-dessus de l'ouverture rachidienne. Suture de la peau au catgut. Pas de drain. Pansement iodoformé. L'opération sous chloroforme avait duré trois quarts d'heure. Les suites furent malheureusement défavorables, ce qui n'était guère étonnant étant donné l'état pré-opératoire de l'enfant ; dix-sept heures après il succombait avec une diarrhée intense, du reste sans température, et sans accidents infectieux du côté de la plaie. L'autopsie fut pratiquée presque immédiatement ; les nerfs des plexus lombaire et sacré étaient normaux, comme sortie du canal et comme trajet ultérieur. Du liquide céphalo-rachidien, pris au niveau de la poche et au niveau des confluents de la base du crâne, fut reconnu absolument stérile. Cette terminaison rapide ne nous permet pas de dire si la paroi osseuse se serait reformée.

Nous avons, du reste, obtenu cette réparation à l'aide du même procédé chez un jeune lapin à qui nous avions préalablement enlevé trois arcs lombo-sacrés.

Nous considérons comme dérivés du même principe que notre procédé, les procédés de Bayer et de Bobroff qui, du reste, conservent dans le lambeau ostéoplastique pris sur le sacrum et l'os iliaque, non seulement du périoste, mais encore de l'os.

Bayer se contenta, dans un cas, de conserver avec son

(1) Senénko. Ueber die Auschœlung der Meningo-myelocèle sackes mit nachfolgender osteoplastik. Aus den Vehr. der Sektion fur Chirurgie auf dem III Congres russicher Ærtze zü St-Petersbourg, *Centralbl. f. Chir.*, 1889, p. 443.

lambeau musculaire, taillé par sa méthode indiquée plus haut, quelques fragments de l'épine iliaque postéro-supérieure; au bout de quelque temps, dit-il, ils simulaient de véritables apophyses épineuses.

Bobroff(1), chez un garçon de huit ans, porteur d'un hydrorachis sacré avec incontinence des matières et des urines, ouvrit le sac par une double incision enlevant un lambeau ovalaire, trouva des filets nerveux et l'extrémité inférieure de la moelle adhérente par leur terminaison, en un point du sac, les réséqua près de cette terminaison et les réintégra dans le canal. La perte de substance osseuse, suffisamment large pour admettre l'extrémité du doigt, portait sur trois vertèbres sacrées. Après ligature du pédicule du sac, et résection de celui-ci, une incision fut faite à droite de l'orifice le long de la crête iliaque postérieure, les attaches du grand fessier désinsérées et reclinées, et dans la crête iliaque, une pièce osseuse de 3 centimètres de long, 2 de large, et 1 d'épaisseur taillée et laissée adhérente en dedans par le périoste auquel s'attachent les muscles lombo-sacrés, enfin rabattue sur la perte de substance, de manière que la face spongieuse de l'os devînt superficielle. Pour assurer encore davantage la fixation du lambeau ostéoplastique, Bobroff aviva la périphérie de la perte de substance vertébrale, et y fixa le lambeau par deux sutures osseuses. Au bout de deux mois, son immobilisation et sa vitalité osseuse étaient certaines.

Bobroff pense qu'un procédé analogue est applicable à la région dorsale, en prenant la pièce ostéoplastique sur les côtes voisines. « On se sert de leur lamelle externe que l'on décolle sur une longueur suffisante immédiatement en dehors des muscles vertébraux; mais comme il serait difficile d'amener, sans traction excessive, jusqu'à la fente rachidienne, le lambeau ostéoplastique par-dessus ceux-ci, il est beaucoup plus simple de creuser dans leur base, au niveau des apophyses transverses, un tunnel par lequel le lambeau ostéoplastique est attiré sans difficultés et sans tractions. »

Telle est, à notre connaissance, la liste complète des procédés opératoires employés pour fermer la fente osseuse des spina bifida, et les cas où ces procédés ont été employés. Les conséquences qui nous paraissent en ressortir sont les suivantes :

1° La fermeture ostéoplastique de l'orifice rachidien n'est qu'un temps d'une opération complexe, où l'occlusion soigneuse du sac méningé et les sutures profondes des parties molles jouent également un rôle important.

2° Ce temps sera pratiqué de préférence par les procédés auto-ostéoplastiques. S'il persiste un rudiment suffisant de lame vertébrale, on le mobilisera, on le rapprochera de la ligne médiane, où l'on pratiquera sa suture avec celui du côté opposé, également mobilisé. Ce procédé est applicable à toutes les régions du rachis, aussi bien au cou et aux lombes qu'au dos et au sacrum. S'il ne reste absolument aucun vestige d'arc, on emploiera, lorsque la fente siège au niveau du sacrum, soit notre procédé à deux lambeaux périostoplastiques sacrés, soit le procédé à un lambeau ostéo-périostoplastique sacro-iliaque de Bobroff; lorsque la fente siège au niveau des vertèbres dorsales, le procédé à lambeaux ostéoplastiques costaux de Bobroff.

Les greffes osseuses ou périostées seront réservées aux cas où les procédés précédents ne sont pas applicables.

(1) Bobroff. Ein neues osteoplatisches Verfahren bei Spina bifida, *Centralbl. f. Chir.*, 1892, p. 465-467.

3° La fermeture ostéoplastique de la fente rachidienne ne sera pas cherchée chez les nouveau-nés où la rupture imminente de la poche oblige à intervenir de suite. Dans ces cas, le point capital est d'opérer avec le moins de traumatisme opératoire possible, en parant à l'infection méningée. La résection de la poche et la suture attentive des parties conservées de cette poche suffiront pour obtenir, ainsi que Walther et nous l'avons vu, un résultat définitif si la fente est petite, un résultat provisoire et palliatif si elle est large.

Un point nous reste à préciser : c'est la nature du fil qu'il faut employer pour fixer les lambeaux ostéoplastiques. Berg et Borelius (1), qui ne faisaient, du reste, que la suture du sac sans ostéoplastie, avaient accusé le catgut de se résorber trop vite. Suivant eux, c'est peut-être à cette cause que sont dus un certain nombre d'insuccès par fistules post-opératoires. Nous ne le croyons pas, car, dans les sutures de dure-mère rachidienne, expérimentales ou humaines, que nous avons faites, nous n'avons jamais eu à constater l'insuffisance du catgut par résorption trop rapide. Rien n'empêche, du reste, si l'on conservait quelques craintes, de se servir, pour la suture du sac et des lambeaux ostéoplastiques, de soie très fine, n° 0 ou 00.

II

Ostéoplastie dans les lamnectomies. — Comme l'ostéoplastie dans la cure opératoire des spina bifida, l'ostéoplastie dans les lamnectomies est une tentative qui date d'hier. Jusqu'à ces derniers temps, en effet, les résections vertébrales les plus larges se bornaient à une ou plusieurs couronnes de trépan, à l'ablation d'une ou deux lames. Aujourd'hui, les opérations ne sont pas rares où l'on résèque 5 ou 6 arcs, dans toute leur largeur, jusqu'aux pédicules des vertèbres, et ces larges ablations ne sont point excessives; disons mieux : elles sont indispensables comme permettant seules d'explorer et de traiter les lésions intra-rachidiennes, surtout d'aller jusqu'au-devant du fourreau méningé, enlever une tumeur, cureter et nettoyer un foyer tuberculeux, réséquer un angle saillant et compresseur de corps fracturé. Mais elles ne sont pas sans inconvénient : les arcs protègent la moelle et servent de soutien à la colonne vertébrale. La protection de la moelle est certes en partie faite par les épais lambeaux musculo-cutanés qu'on rabat sur l'ouverture rachidienne, et de ce chef l'on n'a point jusqu'à ce jour relevé d'accidents. L'absence du soutien que sont les arcs pour la colonne vertébrale est plus important : relativement négligeable, lorsque la lamnectomie a été faite sur un rachis solide, par exemple, pour une tumeur des méninges, elle devient redoutable, lorsque l'opération a été faite sur une colonne vertébrale rompue de par une fracture ou un mal de Pott; et c'est malheureusement dans ces cas qu'il est nécessaire d'ordinaire de faire les ouvertures les plus étendues. Aussi, note-t-on parfois alors, même si le malade a été bien et longtemps immobilisé, une augmentation de la cyphose préopératoire, et, fait plus grave, du reste heureusement exceptionnel, une fracture du rachis trépané : Pack a noté une récidive de fracture à la suite d'un effort relativement léger

(1) Berg. Behaudlingen of Spina bifida, *Hygiea*, 1886, p. 244-248. — Borelius. Spina bifida. Ett Meningocele lumbo-sacralis; Operad per lamba excision, *Hygiea*, 1889, p. 533.

un an après une lamnectomie. De même Kraske signale, dans un mal de Pott trépané et après une guérison passagère, une récidive des accidents paraplégiques, due à la compression de la moelle par une arête de corps vertébral déplacé.

Il est donc nécessaire d'assurer, au moins dans ces circonstances, la solidité post-opératoire du rachis.

Les appareils plâtrés, les corsets orthopédiques sont certainement indispensables. Utiles aussi peuvent être les divers procédés de ligature ou de suture des vertèbres : ligature des apophyses épineuses (Hadra) ou leur suture (Church), ligature des apophyses transverses (Wilkin, Hadra) et surtout ligature inter-laminaire, particulièrement applicable après les lamnectomies et que nous avons décrite pour la première fois dans un récent article de la *Revue de chirurgie* : « Ce procédé, disions-nous, consiste à réunir l'un à l'autre les arcs limitant les extrémités supérieure et inférieure de l'ouverture rachidienne par deux huit de chiffre. Chaque boucle entoure une lame d'avant en arrière ; le premier des deux huit de chiffre relie les deux lames droites l'une à l'autre, le second les deux lames gauches ; le tissu adipeux rétro-méningé facilite beaucoup le passage des fils devant les lames, et les ligaments jaunes empêchent les boucles laminaires de passer transversalement. »

Mais ce sont là des moyens accessoires, et la méthode la plus directe, la plus complète en même temps (puisqu'elle assurerait non seulement la solidité du rachis, mais la protection de la moelle), serait encore de chercher la reproduction, par les divers procédés ostéoplastiques, de la paroi osseuse enlevée.

Parmi eux, l'occlusion à l'aide d'une substance inorganique, telle que le celluloïd, n'a pas encore été employée au rachis. Elle n'y remplirait pas certainement le but de consolidation plutôt que d'occlusion, que l'on cherche.

Les greffes de périoste ou d'os n'ont pas été tentées non plus : il est peu probable qu'elles donneraient ici de meilleurs résultats qu'ailleurs ; nous avons tenté, chez un lapin, il y a déjà près de deux ans, une greffe osseuse prise sur l'omoplate de ce même lapin, et placée dans un orifice rachidien produit par l'ablation de trois arcs. L'animal fut sacrifié au bout de quatre mois, et la greffe avait diminué de près d'un tiers de son volume. Cela est tout à fait en rapport avec le résultat des expériences analogues que nous avons rapportées pour le crâne.

On peut encore, au rachis comme au crâne, réimplanter les rondelles de trépanation, les parties réséquées à la pince coupante. Mais ce procédé, qui donne de mauvais résultats lorsque le réimplant peut être mis en rapport exact avec la surface osseuse de section, en donnerait certainement de pires encore ici, où rondelles et arcs ne pourraient avoir que des rapports tout à fait indirects avec les parois de l'orifice rachidien.

Restent à tenter les lambeaux autoplastiques : soit lambeau simplement périosté, soit lambeau ostéo-périosté.

Les lambeaux ostéo-périostés, basés sur le même principe que le lambeau de Wagner pour le crâne, ont été proposés comme procédé de restauration de la paroi rachidienne postérieure, à quelques années de distance, par Dawbarn, en Amérique (1889), et par Urban, en Allemagne (1892).

« L'incision que j'emploie, dit Dawbarn, est une incision en H : Deux branches verticales de chaque côté de la ligne des apophyses et une transversale les réunissant, soit au-dessus, soit au-dessous de leur milieu. Les incisions, verticales de la surface à la profondeur, obliquent un peu vers la ligne médiane, de manière à permettre, sans réclinaison trop violente des muscles, la section des lames à la scie de Hey. Du reste, des rétracteurs larges et plats sont indispensables. Le trait de scie doit se diriger de dehors en dedans, sans quoi l'on n'ouvrirait pas le canal, mais se perdrait dans les corps vertébraux. Cette obliquité empêche aussi, lorsqu'on réapplique les lambeaux, la compression de la moelle par les segments osseux. L'incision transversale se fera entre deux arcs, obliquement de haut en bas : on a, dès lors, deux longs lambeaux comprenant les os recouverts de leurs muscles et de la peau, c'est-à-dire ayant conservé toutes leurs connexions vasculaires. Ces lambeaux ne sont pas rabattus directement, en haut pour le supérieur, en bas pour l'inférieur, ce que rendraient impossible les apophyses épineuses, mais un peu de côté. La suture au fil d'argent des arcs terminaux des lambeaux remis à leur place les y fixera solidement. »

Le procédé d'Urban, présenté le 11 juin 1892 au Congrès de chirurgie allemand, est à peu près identique. « On fait tout d'abord, dit-il, deux incisions parallèles à la ligne des apophyses épineuses et placées à 3 centimètres de cette ligne. A trois ou quatre hauteurs de vertèbre au-dessus ou au-dessous du siège du mal, ces deux incisions sont réunies par une troisième transversale, passant entre deux apophyses épineuses. Les incisions conduisent à travers les parties molles jusqu'aux apophyses transverses et jusqu'à un arc. Les arcs sont alors sectionnés au niveau de leurs attaches aux corps vertébraux. Seul, le premier coupé l'est tout près de l'apophyse épineuse, car il est, à ce moment de l'opération, facile de blesser la moelle ou les racines. Les arcs restent donc largement adhérents au lambeau. Chacun sera successivement, avant d'attaquer le suivant, soulevé complètement avec une pince à os ou un élévateur, de manière à bien avoir toujours sous les yeux le champ opératoire. Le lambeau ostéo-musculaire est, si c'est nécessaire, ce qui est rare, immobilisé par un point de suture. L'intervention terminée du côté de la moelle et de la lésion osseuse, il est rabattu et fixé. Dans les résections portant sur les vertèbres lombaires et les trois dernières dorsales, on fera de préférence porter l'incision transversale au-dessous de la lésion ; au-dessus s'il s'agit des vertèbres cervicales ou des neuf premières dorsales, dont les apophyses épineuses se recouvrent de haut en bas. A la région lombaire, on se servira de préférence du ciseau ; au cou et au thorax de la scie à chaîne. Après ouverture du canal, on la conduit à travers l'espace inter-vertébral le plus proche et l'on scie. Au niveau des parties malades, le passage de l'instrument ne sera pas toujours possible et l'on devra recourir au ciseau. »

Les procédés d'ostéoplastie par lambeau ostéo-musculaire, que nous venons de décrire, n'ont été, à notre connaissance, employés que six fois.

Trois fois l'opération fut faite pour une fracture vertébrale, une fois par Dawbarn, deux fois par Urban.

Le malade de Dawbarn, homme de vingt-neuf ans, était atteint d'une fracture dorsale inférieure avec gibbosité et l'opération fut des plus laborieuses. « Les branches verticales de l'H furent tracées de la septième dorsale à la deuxième lombaire, avec une légère divergence en descendant et la branche transversale placée entre les apophyses

épineuses de la douzième dorsale et de la première lombaire, c'est-à-dire à deux pouces au-dessus de l'extrémité inférieure des verticales. Pendant qu'une des incisions était disséquée, l'autre était tamponnée pour étancher l'hémorragie qui fut, du reste, très légère. La section des arcs fut extrêmement pénible à cause de la rotation à gauche de la onzième apophyse épineuse et les plus grandes précautions durent être prises pour ne pas blesser la dure-mère, surtout en sectionnant la lame droite de cet arc, très déprimé du côté du canal. » Enfin le douzième et le vingtième arcs purent être soulevés dans le lambeau et le onzième, qui avait dû être laissé adhérent au rachis, fut enlevé à la pince emporte-pièce. Le fourreau méningé formait en arrière un coude considérable provoqué par une saillie dans le canal du douzième corps vertébral déplacé en arrière; aussi pour que le lambeau ostéoplastique ne reproduisît pas, après sa réapplication, la compression pré-opératoire, les arcs, qu'on avait eu tant de peine à conserver, durent être décollés et l'opération si pénible se termina comme une lamnectomie ordinaire, sans prétentions ostéoplastiques.

Deux interventions d'Urban, également dans des cas de fractures dorsales inférieures, furent plus brillantes au point de vue opératoire et, les deux fois, l'opérateur put replacer son lambeau ostéoplastique, en y conservant les arcs. Il est vrai qu'opérant à la fin de 1891, et non en 1889, Urban, suivant le conseil que nous avions récemment donné dans un récent article de la *Revue de chirurgie*, ne s'était pas contenté de faire une opération rétro-médullaire, mais était allé réséquer en avant, à la gouge et au maillet, l'angle compresseur du corps vertébral. Dans sa première observation, il s'agissait d'une fracture de la première lombaire, chez un garçon de vingt-huit ans. Six mois et demi après le traumatisme, les arcs, dixième, troisième, deuxième, première lombaire et douzième dorsal furent soulevés par le procédé de l'auteur et le corps de la première lombaire, saillant en arrière, rétrécissant le canal, réséqué. L'ouverture de la dure-mère fit constater que les lésions principales portaient sur la moitié droite de la queue de cheval, englobée dans du tissu cicatriciel. Il y eut à la suite de cette intervention, bien conduite et entreprise dans de bonnes conditions, une amélioration progressive et notable. Le deuxième cas d'Urban fut moins heureux. La fracture, portant au niveau de la douzième dorsale, avait lésé la moelle et fut traitée trop tard, six mois après l'accident, pour permettre le retour du fonctionnement médullaire.

Trois fois également l'ostéoplastie par lambeau ostéomusculaire a été employée dans des maux de Pott et dans ces cas, les résultats ont été désastreux. Chez l'opéré de Bullard et Burrell, à qui furent divisées les lames troisième, quatrième, cinquième, sixième dorsale, le pouls baissa dès la huitième heure après l'intervention; à la trente-quatrième heure, la mort survint par arrêt des mouvements respiratoires. Une première opérée d'Urban, jeune fille de vingt-neuf ans, avec une paraplégie spasmodique datant de quatre ans et à qui furent soulevés les cinquième, sixième, septième, huitième, neuvième et dixième arcs, tomba dans le collapsus aussitôt après l'opération et mourut le troisième jour, sans que l'autopsie révélât la raison de cette terminaison rapide. Une seconde opérée d'Urban, femme de cinquante-quatre ans, dont il sectionna les troisième, quatrième, cinquième, sixième arcs dorsaux, mourut vingt-quatre heures après l'intervention dans le collapsus. On trouva de la tuberculose péritonéale sans rien, ici encore, qui permît d'expliquer directement sa mort.

Ces observations comportent, croyons-nous, deux enseignements : premièrement, les lambeaux auto-ostéoplastiques sont toujours difficiles, quelquefois impossibles à tailler : témoin le cas de Dawbarn. Secondement, cette méthode est extrêmement traumatisante pour le rachis et pour la moelle. Dawbarn, Urban, dans deux cas, opéraient de vieilles fractures consolidées et le rachis a résisté à ces manœuvres violentes; mais lorsque Bulhell et Urban attaquèrent à coups de maillet ou scièrent pendant plus d'une heure des colonnes vertébrales dont les corps étaient, sur une plus ou moins grande étendue, détruits par la tuberculose, ils déterminèrent certainement, quoique leurs autopsies ne disent rien sur l'état de la moelle, de graves commotions médullaires, qui ont été la cause directe de la mort rapide de leurs opérés.

Des faits connexes le prouvent et permettent de supposer la nature des lésions qui ont dû se produire dans ces cas.

White, après une lamnectomie, faite à la gouge et au maillet, c'est-à-dire par un procédé également traumatisant, pour mal de Pott dorso-lombaire, trouva à l'autopsie une hémorragie de la substance grise, s'étendant par place à la substance blanche, hémorragie récente, avec des globules sanguins à peine altérés, dès lors probablement d'origine opératoire. Dans des cas désignés sous le nom de « commotions médullaires » et de cause traumatique, mais non opératoire, on a retrouvé des lésions de même ordre médullaire. Gull, dans un cas de commotion sans fracture, a noté une hémorragie dans la corne postérieure gauche, dans la corne antérieure droite et dans les cordons postérieurs. Bastian, dans un cas plus ancien, constate des dégénérations secondaires très étendues. Nous avons, chez un lapin rendu paraplégique par l'application sur la région dorsale, recouverte d'une planche, de dix coups de maillet, constaté, sans fracture vertébrale, les mêmes lésions anatomiques : ecchymoses très étendues, occupant surtout la substance grise et les cordons postérieurs. Dans deux autres expériences identiques et après lesquelles l'animal était également devenu paraplégique (1) l'hémorragie nous parut avoir joué un rôle moins considérable; il y avait seulement çà et là, autour des vaisseaux médullaires, quelques globules sanguins extravasés; mais au niveau du traumatisme, de nombreux cylindres axes étaient amincis par place, ou avaient pris une forme en chapelet : les cellules nerveuses paraissaient normales. Schmaus (2), dont les recherches ont été faites sur des animaux traités comme les nôtres mais sacrifiés beaucoup plus tardivement, a vu des lésions histologiques qui paraissaient relever de la nécrose directe des éléments nerveux, avec disparition rapide et secondaire de ceux-ci, en même temps qu'une hypertrophie, ou destruction de la névroglie. Deux fois sur l'homme, et surtout dans un cas, très nettement il a retrouvé ces altérations des cellules et des tubes, avec des hémorragies

(1) Gull. Concussion of the cord, in the cervical region from direct violence, ecchymoses into posterior rom of gray matter of left side, also into anterior rom on right side and in the posterior collumns of legs left arm und sphincters; death thirty four hours from the accident, *Guy's Hosp. Rep.*, London 1858, 3e s., t. IV, p. 191.

(2) Schmaus. Beitrage zur Pathologischen Anatomie des Rückennarkserschütterung, *Wirchow's Archiv*, t. CXXII, p. 326 et 470. — Zur Casuistik und pathologischen Anatomie der Rückenmarks erschutterung, *Arch. f. Klin. Chir.*, 1891, 42 Bd., p. 122-123.

insuffisantes pour les expliquer, et même très probablement provoquées par l'altération des éléments des parois vasculaires.

A la commotion médullaire correspondraient donc deux ordres de lésions qui paraissent, suivant les cas, prédominer l'une ou l'autre; des hémorragies intra-médullaires, des altérations directes des éléments nerveux.

C'est très certainement de l'une ou l'autre de ces causes que relèvent les accidents observés à la suite des lamnectomies avec lambeau ostéo-musculaire autoplastique. Il est donc utile de substituer à ce procédé un procédé qui, tout en ayant une valeur physiologique égale ou approchante, soit moins traumatisant; ce procédé, ce ne peut être que la conservation du périoste.

Il y a longtemps qu'au point de vue expérimental, la conservation du périoste, au rachis comme ailleurs, a prouvé sa valeur ostéoplastique. Au rachis cette conservation est, du reste, chez les animaux, si facile, le périoste si adhérent aux muscles et si peu à l'os, que quelques anciens expérimentateurs, le gardant involontairement dans leurs lambeaux, avaient obtenu, après des lamnectomies, qui n'avaient nullement la prétention d'être ostéoplastiques, la réparation complète des pièces enlevées : témoin la pièce de reproduction des arcs de trois vertèbres, présentée par Nunneley au Congrès de Ledds, en 1860, et due à M. Brown-Séquard. Témoins encore les pièces montrées par M. Dupuy à la Société biologique en 1870 (1). « J'ai bien des fois, dit-il, observé la reproduction d'arcs chez des chats et des pigeons, jamais, du reste, je n'ai vu de pièces analogues à celles extirpées, mais une coque osseuse unissant la vertèbre au-dessus et celle au-dessous de l'extirpation. » L'épaisseur de cette coque est ordinairement plus grande que celle des os extirpés; la face interne du canal est complètement osseuse et sa lumière plus large. La dure-mère est fréquemment adhérente à l'os nouveau. Chez les jeunes animaux, deux mois suffisent pour obtenir ce résultat. La reproduction est plus rapide chez les chats que chez les chiens et les pigeons.

M. Ollier, dans son troisième volume du *Traité des résections*, ajoute : « Chez les jeunes animaux, après une résection des lames faite régulièrement par la méthode sous-périostée, le canal rachidien se referme et sa paroi postérieure se réossifie même avec une telle abondance, qu'il se reforme un canal osseux presque continu. Tout s'ossifie : périoste et ligament, et la colonne s'ankylose même plus ou moins chez certains sujets, par cela seul que le périoste est beaucoup plus adhérent aux parties molles périphériques qu'à l'os sous-jacent. Dans la période de croissance, on constate cette ossification exubérante sans qu'on ait pris le moindre souci de faire une résection sous-périostée. Nous avons dans notre collection une belle pièce de ce genre que nous devons à M. Brown-Séquard. Chez l'homme adulte, il est probable qu'on n'observera pas la reconstitution des lames à un degré suffisant pour clore le canal rachidien par une paroi complètement rigide... Les saillies des apophyses épineuses et transverses peuvent se reconstituer en partie, mais avec une forme différente déterminée par les tractions que les muscles qui s'y insèrent exercent sur ces apophyses. Si le périoste a été conservé, l'ossification nouvelle se présente sous la forme de prolongements apophysaires inclinés dans la direction des contractions musculaires. »

On le voit, M. Ollier, confiant du reste dans les résultats à obtenir, constate l'absence de documents précis sur le pouvoir ostéogénique du périoste vertébral chez l'homme. Quelques faits tout à fait récents de lamnectomie sous-périostée, pas assez longtemps suivis ou même sans aucun renseignement post-opératoire, publiés par divers auteurs, ne complètent point cette lacune. Singulièrement plus intéressants et même tout à fait concluants dans l'espèce, nous semblent six cas personnels où nous avons pu constater et suivre l'heureux résultat de la conservation ostéoplastique du périoste après trépanation rachidienne, quatre fois chez des enfants, deux fois chez un adulte.

Trois de ces constatations, deux chez des enfants opérés pour mal de Pott (résection de six et de quatre arcs), une chez un adulte opéré pour fracture (résection de deux arcs), ont été purement cliniques. A partir du deuxième mois qui suivit l'opération, nous avons senti, dans tous ces cas, la cicatrice, correspondant à la perte de substance rachidienne, changer de consistance, devenir ferme et résistante. Dans trois autres cas, deux fois encore chez des enfants opérés pour mal de Pott (résection de cinq et de quatre arcs), une fois chez un adulte opéré pour fracture (résection de trois arcs), l'autopsie nous a démontré, et sans que cette fois il y ait contestation possible, que la paroi rachidienne s'était reformée; une coque osseuse, de 2 à 3 millimètres d'épaisseur, en continuité par ses bords avec les bords de l'orifice rachidien opératoire, en contact en arrière avec le tissu cicatriciel de la plaie des parties molles, séparée en avant de la dure-mère par du tissu cellulo-graisseux et des minces et souples tractus de tissu conjonctif, assurait la continuité du rachis et garantissait la moelle. Ces trois autopsies furent faites plus de trois mois après l'opération.

Du reste, chez ces trois malades, la mort avait été absolument indépendante, non seulement du mode opératoire, mais de l'intervention elle-même, car deux fois elle avait été la conséquence d'une tuberculose pulmonaire, une fois de lésions médullaires considérables.

La conservation du périoste n'a, du reste, pas besoin d'être absolument parfaite pour donner de très bons résultats. Les expériences physiologiques et nos observations, où elle a été loin d'être intégrale, le démontrent. On ne s'effraiera donc point de la description assez complexe donnée par M. Ollier, d'une « résection rachidienne pénétrante sous-périostée », description idéale, et dont, bien entendu, on se rapprochera le plus possible, sans s'y assujettir. Ajoutons que M. Ollier préfère l'incision para-épineuse; si l'on en employait une autre, en particulier l'incision médiane que nous préconisons, de minimes modifications, sur lesquelles il est inutile d'insister, seraient seules nécessaires.

« Tout en suivant, dit M. Ollier, sensiblement la ligne médiane, l'incision doit être latérale par rapport à la ligne des apophyses épineuses, afin de dénuder franchement d'un côté et de rejeter de l'autre, avec les revêtements périostiques et ligamenteux (ligaments sus-épineux), tous les tissus fibreux et même musculaires qui lient les apophyses épineuses entre elles, et qui serviront plus tard à reconstituer la structure de la région. On dénude ainsi les apophyses

(1) Dupuy et Brown-Séquard. Reproduction du tissu osseux du crâne et du canal rachidien, *C. R. et Mém. de la Soc. de biol.*, 5e série, 1870, t. II, p. 1 et 144, et G. Dupuy. On the Reproduction of pieces of vertebral after Resection, *Arch. of scient. and pract. Med.*, New-York 1873, p. 34.

épineuses et les lames, qu'on met à découvert jusqu'aux apophyses transverses et au delà, si l'on veut en même temps faire porter la résection sur les côtes correspondantes. L'incision des parties molles ayant été faite sur un des côtés des apophyses épineuses le long du ligament sus-épineux, on rejette du côté opposé ce ligament et le périoste qui recouvre l'extrémité libre des apophyses, on détache les tissus fibreux avec un bistouri, si l'on ne veut pas conserver tout le revêtement fibreux, et avec un détache-tendon bien tranchant, si l'on tient à faire reconstituer la région dans toute sa solidité. On contourne aussi avec le détache-tendon la saillie des apophyses, et l'on rejette de l'autre côté la masse des tissus fibreux sus et inter-épineux avec les masses musculaires. Cette corde fibreuse sus-épineuse, se continuant avec l'aponévrose de la masse sacro-lombaire, sera très utile pour la solidité de la colonne et pour l'insertion des muscles. On peut même, en dénudant les bords des apophyses épineuses, détacher tous les tissus inter-épineux (muscles et ligaments), de manière à conserver absolument tout l'appareil ligamenteux de la colonne vertébrale, si on le juge convenable. Les vertèbres se voient alors à nu, au fond de la plaie, complètement dépouillées. En opérant de cette manière, on peut ainsi conserver les ligaments jaunes, qu'on sépare avec le détache-tendon, avant de faire la section des arcs. Le périoste de la face antérieure des lames est tellement mince qu'on ne peut songer à le détacher. Il est réduit à une lamelle d'une ténuité extrême. »

« En résumé, ajoute M. Ollier, en se servant du détache-tendon, on peut conserver toutes les parties fibreuses du canal, presque toutes au moins. »

Nous voici donc en possession d'un moyen donnant des résultats ostéoplastiques excellents, puisque la résection rachidienne sous-périostée permet d'obtenir une paroi osseuse solide, ne rétrécissant pas le canal et ne contractant avec la dure-mère que des adhérences éloignées et souples. Ajoutons que ce procédé permet de faire la lamnectomie avec l'instrument le moins traumatisant de tous: avec la pince emporte-pièce à un mors plat de Mathieu.

La conservation du périoste pendant la lamnectomie a-t-elle des contre-indications? Une seule, croyons-nous; ce sont les lésions (tuberculeuses ou ostéoplastiques) des arcs eux-mêmes; car, dans tous les cas, le chirurgien peut et doit redonner au canal rachidien son calibre normal, en enlevant les tumeurs, les fongosités rétro ou pré-médullaires, les saillies osseuses, suite de fractures des arcs et des corps qui le rétrécissent et le fourreau méningé replacé dans son canal doit s'y trouver au large; on n'hésitera donc pas, après une opération largement faite, à refermer celui-ci.

Cette fermeture n'empêche point, du reste, dans les cas où une tuberculose de corps vertébraux traitée par le canal exige un drainage latéro-médullaire et un traitement prolongé, de mener à bien cette partie post-opératoire de l'intervention : il suffit de laisser libre le passage pour le drain, sans qu'il soit nécessaire de conserver une brèche portant sur cinq ou six arcs, et par conséquent considérable.

En somme :

1° Le procédé le meilleur, le plus simple et le moins traumatisant de lamnectomie ostéoplastique, c'est la lamnectonie sous-périostée.

2° On pourra au besoin associer à la conservation du périoste, pour assurer la solidité du rachis jusqu'à reconstitution de la paroi osseuse (qui paraît se faire vers la fin du deuxième mois), les ligatures et sutures vertébrales.

DE L'EMPLOI DE LA MALLÉINE

POUR LE DIAGNOSTIC DE LA MORVE

M. le professeur Nocard a récemment appelé l'attention de l'Académie sur ce sujet, en faisant hommage, au nom de l'auteur, M. Alexandre, du rapport au Conseil d'hygiène publique et de salubrité des maladies contagieuses des animaux observées dans le département de la Seine, pendant l'année 1892.

Nous extrayons de ce rapport les passages suivants relatifs à la malléine :

La malléine est l'extrait glycériné des cultures du bacille de la morve stérilisées par la chaleur.

Deux vétérinaires russes, Kölning de Dorpat, puis Hellmann de Saint-Pétersbourg, s'emparant des travaux de Koch sur la tuberculine, ont montré, les premiers, que l'extrait des cultures de morve (la malléine), introduit dans l'économie par la voie sous-cutanée, dans des conditions déterminées, provoque toujours chez les chevaux affectés de morve une réaction fébrile intense, une élévation notable de la température normale, et que ces phénomènes ne se manifestent pas chez les chevaux sains.

De son côté, M. Nocard expérimentait une malléine préparée à l'Institut Pasteur, par M. le professeur Roux; il vérifiait, par de nombreuses expériences, les faits annoncés par les vétérinaires russes; voici ses conclusions :

1° L'injection sous-cutanée de la malléine à la dose de un quart de centimètre cube (2 centimètres cubes et demi de la solution au dixième) provoque, chez les seuls chevaux morveux, une réaction fébrile intense, accusée dès la huitième heure, durant toujours plusieurs heures.

2° Si l'élévation de la température provoquée par la malléine est supérieure à 2 degrés, on peut, par cela seul, déclarer l'animal morveux; quand l'hyperthermie est comprise entre 1°5 et 2 degrés, on peut encore dire que l'animal est morveux, si l'œdème consécutif à l'inoculation est considérable, si surtout la température est encore, après vingt-quatre heures, notablement élevée. L'élévation comprise entre 1 degré et 1°5 doit faire considérer l'animal comme suspect.

Quand elle n'atteint pas 1 degré, l'animal doit être considéré comme sain.

3° Dans toute écurie infectée, il serait très avantageux, pour le propriétaire comme pour le Service sanitaire, de soumettre à l'épreuve de la malléine tous les chevaux contaminés; on surveillerait de plus près, on abattrait ou tout au moins on pourrait séquestrer ceux qui donneraient la réaction caractéristique; en tout cas, la morve ne ferait pas de nouvelles victimes.

Ces conclusions de M. Nocard se trouvent pleinement confirmées par l'expérience qui a été faite en grand, à la Compagnie des voitures de l'Urbaine.

Voici la conclusion générale que tire M. Alexandre de cette expérience :

Pendant le dernier trimestre de 1892 :

4,348 chevaux appartenant à la Compagnie l'*Urbaine*, présentant tous les signes extérieurs de la santé, ont été soumis aux injections révélatrices de la malléine.

562 dénoncés par cette substance ont été sacrifiés, et l'autopsie a démontré la précision du diagnostic porté par la malléine.

4 n'ont été reconnus morveux qu'après une deuxième injection de malléine.

4 ont paru réfractaires.

Cette infime proportion peut être considérée comme une quantité négligeable et permet de proclamer l'excellence de la malléine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 octobre 1893. — Présidence de M. Perier.

COMMUNICATIONS

La laparotomie dans les péritonites tuberculeuses. — M. BOUILLY fait connaître le résultat de son expérience personnelle sur cette question et cite plusieurs observations.

Dans une première observation, il s'agit d'une jeune femme se présentant à M. Bouilly avec une tuméfaction diffuse dans l'abdomen, qu'il prit d'abord pour un kyste végétant. En raison de la gravité habituelle du pronostic opératoire dans ces cas, il crut devoir s'abstenir de toute intervention chirurgicale, prescrivit de l'arsenic et dit à la malade de revenir le voir après un certain temps. Elle revint six ou sept mois après et l'on put constater qu'elle se trouvait dans d'assez bonnes conditions, que les tuméfactions intra-abdominales avaient notablement diminué. Ce n'était plus une masse diffuse, informe; mais bien des masses séparables, s'isolant les unes des autres. M. Bouilly crut devoir modifier son premier diagnostic et pensa avoir affaire à des masses tuberculeuses ayant pour point de départ les annexes de l'utérus. La malade revint encore dix-huit mois après. L'amélioration s'était singulièrement accentuée. Les tuméfactions avaient presque disparu, il n'y avait plus de douleurs ; l'état général devenait de plus en plus satisfaisant. La guérison complète semblait prochaine. Voilà donc une observation qui prouve que des lésions tuberculeuses des annexes, même très avancées, peuvent, sous l'influence de l'hygiène, subir une régression confinant à la guérison.

Plus récemment, M. Bouilly a eu l'occasion d'observer deux cas de péritonite tuberculeuse avec ascite, dans lesquels la laparotomie a donné de très bons résultats. Dans le premier de ces cas, il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans, atteinte de lésions ovariennes tuberculeuses avec ascite. M. Bouilly pratiqua la laparotomie. Il trouva le péritoine pariétal épaissi, les deux annexes altérées, la trompe gauche tuberculeuse, recouverte de granulations, la trompe droite le siège d'une salpingite caséeuse suppurée. Il enleva les annexes et cautérisa au thermocautère les pédicules. Les suites furent simples et la guérison rapidement obtenue.

Dans le second cas, il s'agissait d'une jeune femme de vingt-deux ans dont le ventre s'était graduellement développé et qui présentait des signes d'ascite avec lésions tuberculeuses ovariennes. M. Bouilly fit une ponction qui donna, en effet, issue à du liquide ascitique. Il fit la laparotomie, trouva les annexes recouvertes de granulations tuberculeuses, un pyo-salpinx ancien, etc. Les suites furent simples, la guérison survint rapidement. Depuis, ces deux malades sont restées guéries.

M. Bouilly cite un troisième fait qui est un exemple de forme sèche de péritonite. C'était au moment des vacances. M. Potherat, qui remplaçait M. Bouilly, pratiqua la laparotomie. Il se trouva en présence d'une masse intestinale farcie de granulations tuberculeuses ; il y avait une légère ascite et des lésions ovariennes très avancées, solides, organisées. M. Potherat pensa qu'il était plus prudent de refermer le ventre, après avoir établi un drainage avec de la gaze iodoformée. Le résultat de cette laparotomie, purement exploratrice, fut vraiment extraordinaire. La malade fut transformée, tant au point de vue général qu'au point de vue local. Elle n'avait plus de douleurs et il ne restait plus que quelques petites indurations.

En présence de ces faits, il est difficile de formuler des conclusions générales, quelques cas prouvant que la guérison peut se faire spontanément, tandis que d'autres plaident en faveur de l'intervention chirurgicale. Cependant, M. Bouilly croit pouvoir formuler ces conclusions :

1° Chez les femmes, les annexes de l'utérus peuvent être le point de départ de tuberculose pelvienne et de péritonite. Il y a intérêt à supprimer ces foyers tuberculeux par la laparotomie. Ces cas se rapportent généralement à la forme ascitique de la péritonite tuberculeuse.

2° On est plus embarrassé en présence des formes pouvant guérir spontanément ainsi que le prouvent un certain nombre de faits. Cependant, il peut être indiqué d'intervenir dans un certain nombre de ces cas, à condition que l'on se soit assuré de la parfaite intégrité du poumon, et qu'il existe manifestement des troubles, des phénomènes locaux douloureux, compliqués ou non de troubles intestinaux ou qu'il se produise des accidents nécessitant d'urgence l'intervention. Mais on comprend qu'il peut y avoir hésitation de la part du chirurgien en raison, d'une part, du pronostic opératoire toujours assez grave et, d'autre part, de la possibilité de la guérison spontanée.

M. BAZY a opéré quatre cas de péritonite tuberculeuse avec point de départ dans les annexes. Dans un cas, il y avait de l'ascite. On constatait, autour des trompes, la présence d'exsudats et des granulations tuberculeuses dans tout le petit bassin. Dans ces quatre faits, le diagnostic de la tuberculose a été confirmé, non seulement par l'examen histologique, mais aussi par les résultats positifs de l'inoculation sur les animaux. De ces quatre malades, l'une a été opérée il y a quatre ans, une autre, il y a deux ans, et elles sont toutes deux restées guéries depuis. M. Bazy a perdu de vue les deux autres.

Quant à la guérison spontanée de la péritonite tuberculeuse, on peut l'observer. M. Bazy en cite un exemple dont il a été témoin.

RAPPORT

Résection veineuse dans les cas de thrombose pour remédier aux accidents d'embolie. — M. REYNIER fait un rapport sur une observation adressée par M. Isch-Wall ; il s'agissait d'un malade atteint de thrombose de la veine saphène qui fut pris de crachements de sang, d'une vive douleur dans la poitrine et de lipothymies avec température de 40 degrés. Ces accidents étaient évidemment dus à une embolie pulmonaire. Il y avait un souffle à la base du cœur indiquant la présence de caillots dans l'artère pulmonaire, M. Reynier pense, avec M. Isch-Wall, qu'il était indiqué de réséquer la veine saphène. L'opération fut pratiquée le 6 mai, après une injection cocaïnique. Il réséqua 10 centimètres de la veine, plaça un fil sur chaque bout et lia deux collatérales. Le malade a parfaitement guéri.

La chirurgie n'est donc pas désarmée aujourd'hui contre les accidents dus aux phlébites variqueuses ou autres. M. Reynier insiste sur la bénignité de ces résections et les résultats favorables qu'elles procurent.

DISCUSSION

M. QUÉNU fait observer que le point intéressant de l'observation de M. Isch-Wall est l'existence des accidents emboliques. Il y a longtemps qu'on a proposé et pratiqué des résections veineuses pour des cas de phlébites sans embolies. M. Quénu a lui-même fait la résection de vaisseaux enflammés dans les varices de l'épaule. On agit de même, surtout en Angleterre, pour des phlébites hémorroïdaires.

M. TERRIER rappelle qu'il y a longtemps qu'on a proposé la résection et la ligature des vaisseaux dans les cas de phlébites suppurées. Étant élève à l'École d'Alfort, il a souvent observé des phlébites infectieuses chez le cheval, à la suite de la saignée, et, dans ces cas, on pratiquait la ligature et la résection de la veine jugulaire. Il est bien évident que les médecins vétérinaires avaient dû emprunter cette conduite à la médecine humaine.

M. RECLUS rappelle un cas analogue à celui qu'a cité M. Reynier et qu'il a présenté à la Société de chirurgie en 1877.

M. REYNIER fait de nouveau remarquer que l'intérêt principal

de l'observation de M. Isch-Wall est l'existence d'accidents emboliques, plusieurs fois répétés et définitivement guéris par la résection veineuse.

La séance est levée.

— *Concours de l'externat.* — Question donnée : Artère fémorale.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur Le Fort, décédé subitement jeudi soir.

Traité des maladies de la bouche, pathologie interne, suivi d'un précis d'hygiène de cette cavité, par le docteur E. Maurel, médecin principal de la marine, agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse. 1 vol. in-8° broché, de 400 pages. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

Les bains froids dans les formes typhoïdes des maladies infectieuses, par le docteur Harold Faure-Miller, ancien interne des hôpitaux de Paris. Grand in-8° de 200 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Petit précis de thérapeutique oculaire usuelle, par le docteur A. Bourgeois (2e édition revue et augmentée). 1 vol. in-8° de 85 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le mécanisme de la parturition. Étude de la flexion et de la rotation de la tête dans les présentations du sommet, par le docteur Paul Parisot, lauréat de la Faculté de médecine de Nancy. Gr. in-8° de 228 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

5

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude ...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal.arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.112	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre........		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux........		
Chlorure de sodium........		
Matières organiques........		

Cette eau est arsenicale ; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

60

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-l'Abbé, Paris.**

11

CHLORÉTHYLE BENGUÉ



ANESTHÉSIE LOCALE — NÉVRALGIES

Dr BENGUÉ, phien, 34, rue La Bruyère, Paris.

46

SALICOL DUSAULE

acides salicylique et borique dissous dans P. E. d'eau et d'alcool aromatisés à l'essence de Wintergreen.

Excellent désinfectant, antiseptique, cicatrisant, d'une odeur agréable, ni caustique, ni vénéneux. S'emploie pur en *pulvérisations* ou additionné d'eau en *compresses, lavages,* etc.

Le fl., 2 fr. ; le litre, 5 fr. — 105, rue de Rennes, Paris, et Pharmacies.

55

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE
CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phies.

71

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

44

NI GASTRALGIES, NI ENTERALGIES !

ROB LECHAUX

La cuillerée à soupe contient :

Iodure de potassium recristallisé.	0gr 40
Extrait de quinquina calisaia. . .	0 20
Extrait de salsepareille	0 25

RACHITISME, SYPHILIS
ANÉMIES GRAVES
MALADIES DE LA PEAU
ADÉNOPATHIES STRUMEUSES

Envoi gracieux d'échantillons aux médecins.

164, rue Ste-Catherine, BORDEAUX, et phies.

80

DYSPEPSIES — GASTRALGIES

PEPSINE BOUDAULT

« *En prescrivant simplement : Pepsine, le pharmacien est obligé de ne donner que celle du Codex. Cette pepsine ne doit peptoniser que 20 fois son poids de fibrine, tandis que la* **Pepsine Boudault** *peptonise* **50 fois** *son poids.*

« Le *Vin* et l'*Elixir* de pepsine du Codex ne doivent peptoniser que la moitié de leur poids de fibrine, tandis que le **Vin** et l'**Elixir de Pepsine Boudault** peptonisent **deux fois** leur poids de fibrine, soit **quatre fois plus.** »

79

LE CHARBON DE BELLOC

soit en poudre, soit en pastilles, est un des remèdes qui rendent le plus de services dans la *dyspepsie* et la *gastralgie.* L'Académie de médecine de Paris, après de nombreuses expériences faites par une commission nommée à cet effet, a approuvé et recommandé l'emploi du Charbon de Belloc pour le traitement de ces maladies qui, dit-elle, « font trop souvent le désespoir des malades et des médecins ».

Le plus souvent, le bien-être se fait sentir dès les premières doses.

La Poudre se prend à la dose de 2 à 6 cuillères à soupe par jour, soit avant, soit après le repas, avec un peu d'eau. Les Pastilles se prennent après les repas à la dose de 4 à 12 par jour. Prix du flacon de poudre : 2 francs ; de la boîte de Pastilles, 2 fr. 50. — Exiger la signature et le cachet du Dr Belloc. — Fabrication : Maison L. FRERE, A. CHAMPIGNY et Cie, successeurs, 19, rue Jacob, Paris.

79

ERGOTINE BONJEAN

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

LE MEILLEUR HÉMOSTATIQUE

Potions, Solutions, Injections hypodermiques.

DRAGEES D'ERGOTINE BONJEAN

15 centigr., contre *Hémorrhagies de toute nature, Dysenteries, Diarrhées chroniques, etc.*

Dépôt : LABÉLONYE et Cie, et toutes phies.

20

VIN DE SECRETAN

au Quinquina, à l'Extrait fluide de Malt et aux Écorces d'Oranges amères.

Le seul vin de Quinquina ne constipant pas et n'irritant pas les voies intestinales.

Un verre à liqueur à chaque repas.

Dépôt central : SECRETAN, 52, r. Decamps, Paris.

46

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Viande crue, Alcool, Écorces d'oranges amères, **Phtisie, Anémie, Convalescence.**

Paris, 20, place des Vosges.

44

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM ;

2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure* ;

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

99

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE

Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

PRIX du flacon : **4** francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

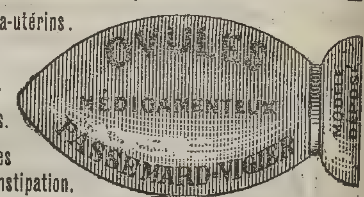
48

Crayons intra-utérins.

Bougies uréthrales.

Suppositoires.

Balles rectales contre la constipation.



12

LIQUIDES ORGANIQUES

d'après les **PROCÉDÉS** de **BROWN-SEQUARD**



ADMIS DANS LES HOPITAUX

MÉDAILLE D'OR
Marseille 1893

La boîte de 12 ampoules de 3 c. c., **20 fr.** contre mandat accompagné de la carte du médecin traitant.

LABORATOIRE DE PRODUITS PHYSIOLOGIQUES
CHAIX et RÉMY
Rue de l'Orne, 10, Paris.

36

CÉRÉBRINE

(*Coca-Théine analgésique Pausodun*)

Migraines, Névralgies, Vertige stomacal, Zona, Courbature, Grippe, Coliques menstruelles. — C. BROMEE et C. IODEE : **Névroses, Névralgies** rebelles ou diathésiques, Etats congestifs du cerveau.

EUG. FOURNIER, pharmacien de 1re classe, ex interne des hôpitaux, *114, rue de Provence (Pharmacie du Printemps), Paris,* et toutes phies.

60

ÉLIXIR D'EUCALYPTOL VOIRY

LE SEUL
CHIMIQUEMENT PUR

N° 122. — MARDI 24 OCTOBRE 1893. 66e ANNÉE. MARDI 24 OCTOBRE 1893. — N° 122.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : **20** c. — Avec Supplément : **30** c.

Paris, le 23 octobre 1893.

Pour la troisième fois, la Société des chirurgiens des hôpitaux se réunit à l'occassion du service des maladies des voies urinaires, laissé vacant, il y a déjà une année, par la mort du regretté Horteloup. Les chirurgiens avaient demandé le transfert de ce service dans un hôpital de la rive droite. L'Administration, reconnaissant le bien-fondé de ces réclamations, avait accordé *en principe* la création du service demandé; mais quand les chirurgiens, s'impatientant de ne rien voir venir, protestèrent à nouveau, il leur fut répondu qu'il n'y avait pas d'argent, par conséquent qu'il était impossible de créer ce service, dont l'existence était reconnue nécessaire. C'est ainsi qu'en France bien des progrès ne sont réalisés que sur le papier et n'existent qu'en principe.

Mais, depuis la mort d'Horteloup, le service laissé vacant a fini par se désorganiser tout à fait, on lui a pris ses consultations, *il n'a plus de recrutement*, et, à l'heure actuelle, sur une population de 40 à 50 malades, à peine s'il existe deux malades atteints d'affections des voies urinaires : une blennorragie aiguë et un vieux « prostatique »; et n'était le nom de Civiale, inscrit au-dessus de la porte principale, on croirait vraiment qu'il s'agit d'un petit service de chirurgie dans un hôpital de province. Tout y est calme, tranquille, sans fréquents changements; les « ulcères variqueux » viennent y faire leur cure. En un mot, le service n'existe plus.

En réfléchissant à ce qui s'est passé, on serait un peu étonné de l'histoire de ce service. Il eut des débuts difficiles, il fallut toute la ténacité de Horteloup, alors représentant des chirurgiens au Conseil de surveillance, pour que le service de Civiale ne fût pas englobé dans les services de la Faculté et continuât à avoir son existence légale. Mais dès que Horteloup eut disparu, son service fut en butte à toutes les attaques, il fut rapidement étranglé, anéanti. On voulut le transporter ailleurs et ainsi virtuellement déménagé, il continua à camper, dans son ancienne demeure, soutenu par l'espoir d'une modification qui ne venait pas, confiant dans la volonté maintes fois exprimée des chirurgiens des hôpitaux, ignorant la puissance des influences cachées, et c'est ainsi que, peu à peu, il s'est étiolé et qu'il s'est complètement éteint. On peut dire qu'aujourd'hui le service de Civiale n'est plus et qu'il n'existe plus qu'un seul service des maladies des voies urinaires. Serait-ce ce qu'on a voulu??

Quoi qu'il en soit, la Société des chirurgiens des hôpitaux, dans sa séance de mercredi dernier, à la presque unanimité des membres présents, a voté les deux résolutions suivantes :

1° *Le service de Civiale reste service d'urinaires* AVEC CONSULTATION *jusqu'à création du service d'urinaires sur la rive droite;*

2° *Le titulaire du service d'urinaires de l'hôpital Necker passera titulaire du service d'urinaires de la rive droite, lorsque celui-ci sera créé.*

M. Albert Mathieu présente à la Société médicale des hôpitaux (20 octobre) une femme de cinquante-trois ans, atteinte de *foie flottant*. Cette luxation viscérale est beaucoup moins fréquente que le déplacement des reins. Chez la malade en question, elle s'était produite vingt-cinq ans auparavant à la suite d'une seconde grossesse et d'un second accouchement; elle a eu depuis sept autres couches.

De temps à autres survenaient des crises douloureuses très intenses, qui forçaient la malade à garder le repos. Elle connaissait l'existence, dans son abdomen, du côté droit, d'une tumeur volumineuse, qu'elle immobilisait avec les mains au moment des paroxysmes douloureux.

C'est une poussée d'ictère succédant à des crises de douleur dans la région hépatique, qui avait motivé l'entrée de la malade à Lariboisière. Comme au moment de l'examen, le foie était revenu à sa place, on fut amené à diagnostiquer : lithiase biliaire et colique hépatique.

Ce ne fut qu'assez longtemps plus tard, en recherchant le rein mobile, qu'on fut conduit à découvrir l'hépatoptose. Le foie, très mobile, facilement réductible était reconaissable à son bord tranchant, avec ses deux encoches caractéristiques. Dans la station debout, il tombe tout entier dans l'abdomen; son bord supérieur affleurant seulement le rebord des fausses côtes.

Les parois abdominales étaient extrêmement relâchées, la masse intestinale évidemment abaissée, l'estomac dilaté, mais il n'y avait pas de ptose rénale.

MM. Le Gendre, Siredey et Rendu citent chacun un cas de ptose hépatique analogue, avec ptose rénale des deux côtés. Chez ces trois malades, il y avait des phénomènes douloureux paroxystiques, mais il n'y a jamais eu d'ictère. L'ictère, quelquefois signalé, manque en effet dans le plus grand nombre des observations de foie flottant.

Le relâchement très grand des parois abdominales, parfois même une véritable éventration, comme dans le cas de M. Rendu, et la néphroptose sont choses ordinaires dans ces conditions. Il semble, cependant, que la mobilité des reins reconnaisse un mécanisme particulier différent de celui de l'entéroptose. Très souvent, en effet, elle se produit isolément, assez souvent aussi, elle manque lorsque le relâchement de la sangle abdominale et la chute du paquet intestinal sont assez accentués.

M. Galliard fait une intéressante communication à propos d'un cas curieux de kyste hydatique de la face supérieure du foie. Il rappelle à ce propos les signes cliniques sur lesquels doit s'appuyer le diagnostic de ces kystes. Dans le cas qui a servi de base à son travail, le kyste s'était développé, non en avant, comme c'est la règle, mais en arrière et en dehors vers l'aisselle. Il existait au-dessus et en arrière du kyste, une caverne qui ne paraissait pas être de nature tuberculeuse. Elle était vraisemblablement le résultat d'une bronchopneumonie suivie de mortification du parenchyme pulmonaire. Il n'y avait pas de communication entre le kyste et la caverne. A signaler encore, de la péricardite avec épanchement et de la cirrhose du foie.

M. Richardière a observé un cas de rhumatisme blennorragique chez une petite fille de sept ans, atteinte de vulvo-vaginite. Tout d'abord, il y avait eu une poussée de polyarthrite avec fièvre, puis, assez rapidement, la douleur s'était localisée dans une des articulations tibio-tarsiennes. Il suffit, du reste, d'une immobilisation peu rigoureuse, à l'aide d'un simple pansement ouaté, pour obtenir une guérison complète. Ajoutons que, dans le pus de l'écoulement vaginal, on avait rencontré des microbes présentant tous les caractères du gonocoque. Il ne semble donc pas y avoir de doute sur la nature de ces manifestations arthropathiques.

Le rhumatisme blennorrhagique chez les enfants n'est pas fréquent; la preuve c'est que M. Budin, dans un travail récent, n'a pu en rassembler que six observations. On ne le voit guère que chez les petites filles. C'est que les fillettes sont assez souvent atteintes de vulvo-vaginite blennorrhagique, tandis que l'uréthrite de même nature est beaucoup plus rare chez les jeunes garçons. Ils sont beaucoup moins exposés à la contagion ; cependant, on a pu voir le rhumatisme blennorragique survenir à la suite de l'ophtalmie purulente qui, elle naturellement, ne choisit pas un sexe plus que l'autre.

La guérison rapide, sans raideur, sans ankylose, paraît être la règle chez les enfants. Il suffit, pour l'obtenir, d'une immobilisation peu sévère.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Paul Reclus.

Traitement de l'appendicite aiguë (1).

II

J'ai hâte d'en arriver au point principal du débat : la conduite à tenir dans les appendicites à collections purulentes localisées. On connaît leur évolution clinique : après quelques prodromes, quelques crises « de colique appendiculaire » ou, le plus souvent, tout à coup, éclate dans la fosse iliaque droite une douleur aiguë qui s'accompagne de vomissements, de météorisme et de fièvre. Cet état alarmant dure cinq ou six jours; mais des adhérences offrent une barrière aux matières septiques qui s'amassent en un ou plusieurs abcès de volume variable; la péritonite est enkystée et c'est la forme que l'on désigne dans nos classiques sous le nom d' « abcès de la fosse iliaque ». Mais, tandis que les cliniciens ne savaient naguère les reconnaître que lorsque la tuméfaction était franche, nous les « flairons » pour ainsi dire dès les premiers jours.

Quelle conduite tenir, lorsqu'on se trouve en présence d'une de ces appendicites ? Dès le début, on instituera le traitement médical, dont les purgatifs doivent être absolument proscrits; au contraire, on aura recours à l'opium et, toutes les heures ou toutes les deux heures, on administrera 1 centigramme d'extrait thébaïque jusqu'à la concurrence de 10 centigrammes pour un enfant de douze ans et de 20 pour un adulte; on appliquera de la glace sur le ventre et le malade, tenu à une diète sévère, devra rester immobile dans le décubitus dorsal. C'est entendu, et tout le monde est, ici, d'accord. Mais lorsque le chirurgien constate, dans la fosse iliaque, l'existence d'un foyer qui siège sur un point quelconque d'une demi-circonférence, dont l'épine iliaque antérieure et supérieure est le centre, que faut-il faire? Faut-il, comme plusieurs d'entre nous le professent et le pratiquent, inciser le foyer dès qu'on le trouve, ou vaut-il mieux, comme le conseillent, avec la plupart des médecins, mes amis Berger et Jalaguier, s'abstenir, du moins lorsque l'état général s'amende, lorsque la fièvre tombe et lorsque la tuméfaction tend à rétrocéder?

A l'appui de leur thèse, nos collègues citent nombre de cas où la guérison n'en est pas moins survenue malgré cette abstention systématique. J'en ai observé justement un avec Brissaud, Monod et Jalaguier : la fosse iliaque était soulevée par un empâtement des plus nets; l'amélioration subite qu'éprouva le petit malade fit suspendre l'intervention; la tuméfaction s'affaissa peu à peu et à cette heure, près de deux ans depuis cette crise, la guérison s'est maintenue. Autre fait : je fus appelé, il y a un an, auprès d'un jeune homme atteint d'appendicite évidente : le foyer, plus gros que le poing, remontait jusque dans le flanc droit; un outillage insuffisant me fit seul différer l'opération; or, dès le lendemain la fièvre tombait, les vomissements et le météorisme disparaissaient, une selle abondante dégageait le patient et la tuméfaction était moindre. Au bout de quinze jours, la guérison était assurée et, depuis onze mois, elle ne s'est pas démentie. Trois de mes collègues de la Société de chirurgie m'ont communiqué l'histoire inédite de leur appendicite personnelle qui s'est ainsi résorbée sans incision, et, cette semaine même, un de mes malades m'en fournissait un cas nouveau.

Les observations de guérisons authentiques sont donc nombreuses et, pour ma part, j'accepte leur réalité et j'en tiens un très grand compte. J'y vois que le pronostic de cette forme d'appendicite n'a pas l'extrême gravité que nous lui supposions, il y a trois ou quatre ans; des succès trop nombreux ont été notés par des médecins trop compétents sur des malades suivis depuis trop longtemps, pour ne pas en inférer que l'incision du foyer n'est pas aussi nécessaire que nous le proclamions, à la suite de Roux (de Lausanne). Mais je ne saurais aller au delà, et cette

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 1105.

constatation une fois bien établie, je n'en persiste pas moins dans la thérapeutique que, avec la plupart de mes collègues de la Société de chirurgie, je préconisais dans mon premier mémoire : comme autrefois, je demeure partisan convaincu de l'intervention.

En effet, pour moi, dès que la tuméfaction s'accuse, dès que, dans la fosse iliaque, apparaît le plastron caractéristique, j'affirme l'existence d'une collection purulente soumise aux règles thérapeutiques de toutes les collections purulentes de l'économie, l'incision et l'évacuation. Je sais bien que plusieurs médecins ont de la tendance à nier la présence de cet abcès en s'appuyant justement sur sa disparition spontanée. Mais cette rétrocession possible et même fréquente du foyer n'est pas une preuve péremptoire de l'absence du pus; d'autres collections purulentes se résorbent ainsi dans le ventre et tous les gynécologues savent que des pelvi-péritonites consécutives aux accouchements, des salpingites séro-purulentes peuvent se résorber sans incisions et sans drainage, ne réclamant parfois d'autre traitement que le repos au lit.

Nous savons aussi que ces collections peuvent s'enkyster et rester un long temps dans le petit bassin sans provoquer d'ascension thermique, pas un de nous qui n'ait enlevé des annexes distendues par du pus et qui existaient depuis des semaines et des mois au milieu de l'apyrexie la plus complète. Nous avons publié l'observation d'une malade chez qui un de nos collègues des hôpitaux ne pouvait croire à une pelvi-péritonite à cause de l'absence totale de la fièvre; or, le petit bassin contenait plus de 600 grammes de pus. De même pour les suppurations appendiculaires. Je n'ai, d'ailleurs, qu'à vous rappeler l'observation de notre comptable : les médecins qui l'ont soigné, au cours de ses trois crises, ont tous noté l'apyrexie; la feuille de température, du service de M. Moutard-Martin, nous a été communiquée et la température n'a jamais dépassé 37°5; cependant, nous avons trouvé, dans la fosse iliaque, une vaste collection purulente.

L'absence ou la chute de la température et la rétrocession du foyer ne suffisent donc pas pour révoquer en doute l'existence du pus. Mais ce qui nous permet d'affirmer sa présence, c'est ce fait sur lequel nous ne saurions trop insister, qu'on l'a trouvé toutes les fois qu'on a incisé la tuméfaction de la fosse iliaque. Sonnenburg, Roux (de Lausanne), nous-même qui ouvrons systématiquement les appendicites dès que nous constatons ce foyer, nous avons toujours rencontré l'abcès; toujours au milieu des fausses membranes, en un point variable autour du processus vermiculaire, se trouvait une collection purulente, petite ou grande, unique ou multiple, mais jamais, quel que soit le moment de l'intervention, rapide ou retardé, l'abcès n'a fait défaut. Or, nos observations se montent à plus de vingt et l'on sait combien plus nombreuses sont celles de Roux (de Lausanne).

Et il ne faudrait pas prétendre que nos cas étaient exceptionnellement graves. Qu'on relève les observations des interventionnistes, elles ne se distinguent en aucun point de celles de nos collègues Jalaguier et Berger, qui s'en remettent, pour nombre d'entre elles, au simple traitement médical. Je veux rappeler ici une de mes observations les plus typiques : Un jeune homme est pris, à la chasse, soudainement, d'une appendicite aiguë; on m'appelle en province, au cinquième jour, lorsque la fièvre est vive, les vomissements fréquents, la constipation opiniâtre, la douleur intense et la fosse iliaque empâtée; j'arrive le lendemain, mais déjà la température est normale, la douleur spontanée a cédé, une selle abondante a dégagé le ventre, il n'y a plus de météorisme, l'appétit est revenu, la tumeur est, dit-on, moins volumineuse; je la sens pourtant dans la fosse iliaque et douloureuse encore à la pression. Certainement nos collègues se seraient abstenus et plusieurs, sur ces signes, auraient nié l'existence du pus. J'incise et je trouve un abcès du volume d'un œuf de poule, que je vide et que je draine. La guérison en a été rapide.

Il y a donc du pus dans ces appendicites accompagnées d'empâtement de la fosse iliaque. Mais pourquoi, nous répondra-t-on, inciser la collection puisqu'elle peut se résorber toute seule ? Pourquoi ne pas faire bénéficier le malade de l'économie d'une opération ? A cela je répondrai que les guérisons médicales ne sont peut-être pas aussi durables qu'on l'espère et, déjà, une longue série d'observations ne nous permet-elle pas de porter un jugement sur leur valeur et sur leur durée? Est-ce que presque tous les malades que nous opérons, que, de l'avis de tous, nous devons opérer pour une appendicite, ne nous racontent pas que six mois, un an, deux ans auparavant, ils ont eu une crise semblable traitée par le repos, la diète, les purgatifs ou l'opium, les sangsues ou la glace? Ils ont été guéris, non pas une fois, mais deux, trois, quatre, sept fois, comme dans un cas que nous avons eu sous les yeux, seize comme dans une observation publiée. Ils n'en arrivent pas moins, en définitive, à réclamer une intervention chirurgicale.

Donc, pour nous, — et sauf à modifier notre opinion par la lecture de statistiques bien faites, sur des malades nombreux, observés de longues années, — la réponse ne saurait être douteuse : puisque dans les appendicites véritables, où une tuméfaction nette soulève la fosse iliaque, le traitement médical ne donne qu'une guérison souvent précaire, puisque la récidive est toujours à craindre, puisque le pus collecté peut se résorber sans doute, mais d'une manière incomplète, puisque, au milieu des néomembranes persistent des foyers mal éteints que rallument le moindre écart de régime, le plus léger traumatisme, un simple refroidissement, puisque le patient est toujours sous le coup d'une rechute, pourquoi donc ne pas en finir une bonne fois? Certes, je comprendrais l'abstention si l'opération était dangereuse, mais elle ne l'est aucunement, et je n'ai pas le souvenir d'une observation, d'une seule, où la terminaison fatale soit survenue du fait de l'intervention. On ne meurt, à la suite des opérations d'appendicites, que dans les cas graves, justement ceux où la question d'intervention ne se pose pour personne; elle est résolue à l'avance dans le sens de l'affirmative et commandée à la fois par l'état général et par l'état local.

S'il en est ainsi, si l'opération n'a aucune gravité, si elle donne plus de garantie de guérison définitive, pourquoi la repousser? D'autant que l'abstention n'expose pas seulement à une série de récidives; il y a des dangers plus redoutables et Schmidt a soumis à la Société de chirurgie des observations bien démonstratives : une appendicite éclate; puis les accidents s'apaisent et l'on s'abstient; puis ils reprennent tout à coup et la mort en est la conséquence. Nul ne prévoit ce que deviendra le foyer purulent; le plus souvent, dit-on, il se résorbe, mais il peut s'ouvrir dans le péritoine, fuser sous la veine-cave, le hile du foie, pénétrer dans la plèvre et provoquer des accidents mortels. Rappelez-vous l'histoire de ce garçon dont parle Brissaud :

il est pris d'appendicite; il en guérit; trois rechutes survinrent dans l'espace d'un an et demi; pendant les intervalles il n'existait plus aucun signe alarmant, ni constipation, ni douleur, ni empâtement de la fosse iliaque, rien, sauf un « état d'insécurité abdominale »; le pauvre enfant craignait toujours une récidive; elle survint, et en quelques heures il fut emporté par une péritonite suraiguë.

Nous intervenons donc et par l'incision oblique de Roux (de Lausanne), 8 centimètres au-dessus, 8 centimètres au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure et parallèlement à l'arcade de Fallope et à la crête iliaque. Mais on pourra modifier cette incision selon le point où proémine le foyer, car si elle répond aux exigences de la grande majorité des faits, si elle permet d'ouvrir les collections purulentes qui se forment en avant, en arrière et en dehors du cæcum, il peut y avoir des cas exceptionnels, et Gerster a montré que les abcès péri-appendiculaires ne sont pas toujours adhérents, en avant et en dehors, au péritoine pariétal. L'adhérence peut se faire en un autre point qu'il faut connaître, car il y a grand intérêt à aborder la collection purulente au niveau de cette adhérence; on entre alors dans le foyer sans ouvrir la grande cavité séreuse et sans risquer de l'inoculer. Rappelez-vous ce que dit Gerster : « Il est stupide de courir un pareil danger lorsqu'on peut se contenter d'inciser un abcès déjà séparé, par les néomembranes, des anses intestinales voisines. »

Vous connaissez les cinq types d'abcès péri-appendiculaires que Gerster a décrits. Dans le premier, la collection est « ilio-inguinale »; elle bombe dans la fosse iliaque, au-dessous du ligament de Fallope; ici pas de discussion possible et l'incision oblique est vraiment le procédé de choix. Dans le deuxième, l'abcès péri-typhlitique est « antérieur »; il peut se combiner avec la forme précédente, mais parfois la fosse iliaque est parfaitement libre et la collection purulente vient saillir plus haut et plus en dedans vers l'ombilic. Dans ces cas, l'incision sera reportée plus haut que de coutume, sur la tuméfaction elle-même. Dans le troisième, la collection est « postérieure »; elle se développe en arrière, au-dessus de la crête iliaque, tout près de la région rénale; l'incision parallèle à la crête ouvrira facilement le foyer; cette incision n'est, en définitive, que la moitié supérieure — un peu agrandie — de l'incision classique. Dans le quatrième type, l'abcès est dit « rectal »; dans ces cas, l'appendice, au lieu de se recourber en avant du cæcum, ou en arrière de lui, ou sur le côté externe, plonge dans le petit bassin et l'abcès que provoque sa perforation se collecte près du rectum. Enfin, dans le cinquième, la collection est « mésocœliaque »; l'abcès s'amasse en dedans et en haut, au milieu même des anses intestinales, et ne présente, en aucun point, d'adhérences avec la paroi abdominale; il est limité par l'agglutination de quelques anses entre elles. On atteint alors, par une incision, sur le bord externe du muscle droit, la collection purulente; on sépare doucement, et sans rupture, deux anses accolées; dès que, par un pertuis presque invisible, sourd une petite quantité de pus, on l'éponge avec soin, en protégeant de toute inoculation les anses voisines et la séreuse péritonéale; puis, lorsque la collection est presque tarie, on agrandit l'orifice, on assèche la cavité, on la désinfecte, on la draine avec une mèche iodoformée qui sort du ventre par un trajet aussi direct que possible, par un des angles de la plaie abdominale, en ce point laissée sans suture.

Ces variétés existent ou même coexistent et nous avons déjà observé tous ces types, dont les plus fréquents sont les variétés ilio-inguinales postérieures. Mais lorsque, par l'incision classique ou par cette incision modifiée, ou même par l'incision verticale de Max Schuller, parallèle au bord externe du muscle droit, on sera arrivé sur le foyer, quelle conduite tenir à l'égard de l'appendice perforé ou non? Le mieux sera de le réséquer lorsqu'il sera accessible et que les parois en seront assez résistantes pour être oblitérées par une ligature ou par des points de suture. Son extirpation donne une sécurité plus grande et les craintes de récidives sont moins fondées. Donc, toutes les fois que, après ouverture du foyer, on pourra, sans décollements étendus, dégager l'appendice, on le coupera à sa base, ne gardant de son cylindre que juste ce qu'il faut de parois pour obturer l'orifice.

Mais dans les cas où l'appendice est perdu dans les néomembranes, il faut se garder de recherches trop prolongées qui pourraient rompre des adhérences protectrices, ouvrir la séreuse et permettre l'inoculation du péritoine. Tous les auteurs s'accordent pour proscrire ces décollements étendus. Bouilly, Quénu, Schwartz ont montré leur danger au cours de la dernière discussion de la Société de chirurgie et Monod rappelait que Roux (de Lausanne), à l'autorité duquel nous devons toujours nous en référer pour ce qui a trait à l'appendicite, n'avait, sur 42 interventions, excisé le processus vermiculaire que 12 fois. Cette année, sur 4 ouvertures de collections de la fosse iliaque, 1 seule fois nous avons pu isoler l'appendice et le réséquer. Mais qu'on se rassure, la guérison, une guérison durable et légitime, ne survient pas moins dans les cas où l'on doit se borner à l'incision du foyer, à sa désinfection et à son drainage.

Je feraicependant une simple remarque : je ne voudrais pas que, de propros délibéré, on se contentât d'ouvrir la collection purulente sans se préoccuper de l'appendice. Je demande qu'on le recherche, prudemment d'abord, avec des précautions infinies, ne décollant les adhérences que lorsqu'on est sûr de ne pas inoculer le péritoine; je le demande d'abord parce qu'il vaut mieux enlever l'appendice que de le laisser; je le demande surtout, parce que les abcès sont parfois multiples, qu'ils se développent sur le pourtour du processus vermiculaire et que, en cherchant ce processus, on ouvre parfois des collections indépendantes du premier foyer. Dans ma première intervention pour appendicite, j'incisai un foyer antérieur sans rechercher le vermium; au bout de huit jours, crises nouvelles provoquées par une collection postérieure que j'avais méconnue lors de mon incision primitive; depuis, il m'est arrivé deux fois de pénétrer dans des collections de ce genre et que j'aurais négligées si je n'avais pas cherché à dégager l'appendice.

J'en ai fini avec ces longs développements sur le traitement de l'appendicite à collection localisée et je puis résumer ma conférence par une courte phrase : Pour moi, dès que l'appendicite se traduit par une tuméfaction appréciable dans la fosse iliaque droite, j'incise pour guérir le mal présent, pour éviter les récidives probables et pour conjurer les complications redoutables possibles. Mais, pour généraliser plus encore, et viser à la fois mes deux conférences, je dirai : « Je conseille l'intervention dans les

trois formes d'appendicites : les appendicites purulentes généralisées, les appendicites à rechutes et enfin les appendicites à collections localisées. »

PAPILLITE LINGUALE

Par le docteur J.-B. Duplaix, ancien interne des hôpitaux, ancien chef-adjoint de clinique médicale.

Parmi les nombreux malades qui viennent réclamer des soins aux consultations de la Fondation Péreire, à Levallois, le docteur Coupard en observa quelques-uns atteints d'une affection particulière de la langue, fort douloureuse, et qui, par sa persistance et sa durée assez longue, inspire souvent assez d'inquiétudes aux malades pour que ceux qui en sont atteints deviennent de véritables hypocondriaques.

Depuis mon installation comme médecin-adjoint à la Fondation Péreire, j'ai eu occasion d'observer quelques malades de cette catégorie ; et, aidé des conseils et des observations de mon maître et ami le docteur Coupard, j'ai pu étudier ces malades avec soin et me rendre compte de la nature de cette affection assez spéciale, dont la symptomatologie se résume en un seul phénomène, la douleur.

Les malades ne se plaignent, en effet, que d'une seule chose : ils ont mal à la langue. Cette douleur est toujours localisée aux deux tiers antérieurs de l'organe et se fixe avec plus d'intensité sur la pointe et sur les bords ; elle est bien moins vive sur la face supérieure et quelquefois même elle est nulle dans cette région. Les sensations accusées sont très variables ; certaines personnes se plaignent de brûlures intenses, continues, tenaces, sans aucune atténuation ni exaspération ; d'autres, au contraire, déclarent avoir des élancements et alors ce sont de véritables crises douloureuses à caractères névralgiques, se succédant à des intervalles plus ou moins rapprochés, tantôt assez éloignées les unes des autres pour permettre le repos dans leur intervalle, tantôt assez rapprochées, si bien que, jour et nuit, le malade se plaint et que la vie est pour lui un véritable supplice.

Il est rare que les douleurs atteignent ce degré d'intensité ; le plus souvent, les crises sont assez rapprochées, mais les élancements sont très modérés. Du reste, ce que l'on observe le plus habituellement, ce sont des sensations de cuissons, de brûlures vives et d'une persistance telle que pendant des jours et même des semaines, le malade n'a pas une minute de repos. Lorsque se montrent des crises de douleur à forme névralgique, les sensations de cuissons sont pour un certain temps atténuées, mais elles reparaissent vite, dès que les élancements ont disparu.

L'intensité de la douleur varie avec chaque malade, mais elle se modifie également dès que la langue est mise en contact avec les aliments solides ou liquides. Au moment des repas, il y a une exaspération telle que souvent les malades redoutent de manger. Pour certains, les aliments solides, le vin, les épices, le vinaigre provoquent seuls ces recrudescences ; pour d'autres, tous les ingesta solides ou liquides sont l'occasion de crises souvent intolérables. Toutefois le lait et les potages sont ordinairement bien supportés, surtout quand ces aliments sont absorbés à une certaine température. Quand ils sont froids, les aliments sont également supportés avec plus de difficultés que lorsqu'ils sont chauds, mais cette règle souffre des exceptions, comme nous avons pu le constater plusieurs fois.

Tels sont les seuls phénomènes que nous accusent les malades. La douleur, variable dans son degré, dans ses caractères, modifiée suivant les cas dans son intensité, constitue ici toute la symptomatologie.

Il est absolument impossible, en effet, de constater d'autres troubles, soit du goût, soit de la sécrétion salivaire. Celle-ci n'a jamais paru modifiée, soit dans un sens, soit dans l'autre ; les malades ne se plaignent jamais de salivation exagérée, pas plus que de sécheresse. En dehors de la douleur, ils n'accusent aucune sensation de gonflement de l'organe, aucune gêne, soit pour avaler, soit pour la parole. Quant aux sensations gustatives, elles ne sont troublées en aucune façon ; nous avons pu nous en rendre compte facilement chez les malades qu'il nous a été donné d'observer et chez lesquels la recherche de la sensibilité spéciale du goût a donné les résultats ordinaires. Enfin nous avons pu constater également que la sensibilité générale de la langue, même dans les régions les plus atteintes, était normale dans tous les cas et quel que soit le moment de l'examen pratiqué.

L'examen de la langue à l'œil nu ne donne pas de résultats bien nets. Dans les régions qui sont le siège des douleurs les plus vives, on ne voit rien d'anormal, pas d'ulcérations, pas même de ces petites pertes de substances cachées dans les plis de la muqueuse et qui ne sont visibles qu'à un examen attentif. Avec la loupe, on peut, au contraire, se rendre compte de la cause des vives douleurs accusées par les malades.

On constate alors en certains endroits, et plus particulièrement sur les bords et à la pointe de l'organe, de petits points d'un rouge vif, déprimés comme si une portion de la muqueuse avait été enlevée à l'emporte-pièce. Ces petits points exulcérés ne sont visibles qu'à la loupe et cachés dans les plis de la muqueuse ; c'est avec la plus grande attention qu'il faut les chercher, car ils ne sont pas toujours et partout nettement visibles, même avec l'instrument grossissant.

Un attouchement léger, à l'aide d'un stylet fin et mousse, détermine une douleur très vive à leur niveau, douleur qui est le plus souvent suivie d'une crise très pénible.

Il n'y a pas à en douter ; ce sont bien ces points de muqueuse abrasée qui sont le siège des phénomènes douloureux qui tourmentent les malades.

En effet, partout où il y a des cuissons ou des élancements, on retrouve ces points rouges et excoriés.

Ils sont d'autant plus nombreux que la douleur est plus accusée et plus vive ; et leur distribution, plus ou moins étendue, est en rapport avec l'étendue elle-même de la douleur sur une portion plus ou moins grande de l'organe.

Il y a donc un rapport très net entre le symptôme et la lésion que nous venons de signaler.

Quelle est au juste cette lésion ?

Il n'est pas douteux d'abord que la lésion siège au niveau des terminaisons nerveuses dans la muqueuse linguale ; les caractères de la douleur, ainsi que son siège, l'indiquent et permettent d'affirmer qu'il en est ainsi. Or les papilles de la langue sont les points où viennent se terminer les nerfs qui arrivent à la langue ; c'est donc, par conséquent, au niveau des papilles que doivent se développer les lésions que nous avons indiquées.

Toutes les papilles, caliciformes, fongiformes et filiformes, reçoivent des nerfs, mais ici les papilles caliciformes n'ont rien à faire, puisque c'est en avant de la région qu'elles occupent que siège la douleur.

Est-ce au niveau des papilles fongiformes que siège la lésion? Pas davantage. Ces papilles nettement visibles à l'œil nu, grosses, à leur extrémité libre, comme une tête d'épingle, nous ont toujours paru normales, quoique quelquefois elles fussent plus rouges et plus apparentes, et que leur siège fût spécialement la pointe et les bords de la langue. Mais une perte de substance à leur niveau serait parfaitement visible à l'œil nu.

Chez certains malades ces papilles fongiformes étaient plus volumineuses qu'à l'état normal, très saillantes à la surface de la loupe, qui, à la pointe et sur les bords, paraissait comme semée d'une foule de petits grains d'un rouge vif. Ces malades accusaient des douleurs très vives; et malgré ces douleurs, la grosseur exagérée et la saillie des papilles fongiformes, il était impossible de supposer que celles-ci fussent la cause des accidents.

En effet, les attouchements non seulement légers, mais rudes, et avec des solutions acides, n'ont jamais provoqué la moindre douleur à leur niveau, tandis que, par l'application très légère d'une pointe de stylet mousse au niveau de tout petits points rouges, excoriés, visibles seulement à la langue, et disséminés autour et parmi les papilles fongiformes, on déterminait des sensations très vives de cuisson et des crises de douleur très accusées.

Il semble donc que ce soient les papilles filiformes qui sont le siège des douleurs dont se plaignent les malades, et que ce sont ces papilles qui, par places, sont comme abrasées, laissant à nu une surface excoriée, et sur laquelle tous les agents irritants venus du dehors ou siégeant dans la bouche agissent d'une façon persistante et continue.

On comprend ainsi que les douleurs n'aient pas de tendance à cesser un seul instant, et qu'à certains moments elles soient plus accusées. Les terminaisons nerveuses, n'étant plus protégées par l'épithélium qui a disparu, sont constamment impressionnées par le contact des dents, de la salive, de l'air, et réagissent en provoquant une douleur qui sera d'autant plus fixe et plus tenace que les excitations produites seront elles-mêmes plus vives et persistantes.

Il est facile de comprendre également pourquoi les douleurs seront plus étendues dans un cas et plus limitées dans un autre, suivant que le nombre des papilles altérées sera plus grand, et que celles qui seront malades seront distribuées sur une plus grande surface. Enfin, quand, au moment des repas, il y a des crises de douleurs à l'occasion de la mastication et de la déglutition, c'est que les papilles dénudées sont impressionnées plus vivement par les aliments, surtout si ces derniers sont par eux-mêmes irritants.

On peut ainsi s'expliquer facilement l'absence de troubles de la sensibilité spéciale, d'abord parce que, sur le nombre innombrable des papilles filiformes, il n'y en a relativement que quelques-unes qui sont ainsi lésées, et que, d'autre part, les autres papilles sont intactes.

Il est également facile de s'expliquer cet état d'hypocondrie quelquefois très marqué que l'on rencontre chez les malades atteints de ce genre d'affection, par ce fait de la persistance des douleurs, persistance qui est la conséquence de lésions qui n'ont aucune tendance à guérir spontanément et qui sont, au contraire, facilement entretenues par le contact habituel de substances irritantes. Il arrive donc que les malades, en présence de tels accidents pour lesquels ils ont employé toutes sortes de médications sans le moindre succès, sans voir apparaître la moindre atténuation des douleurs, se croient atteints d'une maladie grave. L'idée d'un cancer se présente à leur esprit, s'y installe; et, constamment obsédés par la crainte d'une affection incurable qui se manifeste par des douleurs persistantes, ils deviennent anxieux, tristes et, au bout d'un certain temps, de véritables hypocondriaques.

On peut toutefois non seulement soulager ces malades, mais les guérir complètement et leur rendre par là même la sécurité et le repos.

Comme il a été dit plus haut, tout a été employé contre ces douleurs, mais après l'application des topiques calmants les plus énergiques, au niveau des parties qui étaient le siège des cuissons, si la douleur cessait quelques instants, elle reprenait ensuite de plus belle. On a aussi fait des attouchements avec des substances irritantes, pensant qu'avec les modifications apportées ainsi à la muqueuse linguale celle-ci ne serait plus aussi sensible. Le résultat a été encore négatif.

Enfin, à la suite de la découverte de la lésion que nous avons décrite, le docteur Coupard a pensé être plus heureux en allant détruire les tissus au niveau de ces petits points rouges visibles à la loupe. Il a donc fait sur tous ces points une cautérisation avec le galvanocautère; et, après plusieurs séances, dont le nombre a varié avec la quantité de points à cautériser, il a pu voir les malades accuser un mieux sensible, et ensuite une guérison qui ne s'est pas démentie depuis, à la condition que tous les points lésés aient été cautérisés. Les malades que nous avons observés ont été traités de la même façon, et tous ont accusé d'abord une amélioration sensible qui chez quelques-uns est devenue la guérison.

Le traitement est ordinairement assez long; car les séances de cautérisation ne peuvent être trop longues. Tout au plus peut-on agir sur cinq à six points dans la même séance pour que les cautérisations soient supportées par les malades.

En outre, il arrive qu'entre deux séances de nouveaux points de papillite se sont développés et nécessitent une intervention nouvelle. Il ne faut pas croire, en effet, que de ce qu'un malade aura été traité à un moment donné, il sera à tout jamais débarrassé de son mal. La plupart, en effet, depuis plusieurs mois ne souffrent plus et sont complètement guéris; mais il en est chez lesquels les poussées de papillite sont très fréquentes, et qui, après avoir obtenu quelques jours de calme, sont repris des mêmes accidents. Les cautérisations au galvanocautère sont d'un effet heureux dans tous les cas et malgré l'ennui des récidives elles ont toujours donné le meilleur résultat.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 20 octobre 1893, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Badet, Valence, Fallier, Richer de Forges, Berthier et Depied.

— Par décision ministérielle du 20 octobre 1893, ont été désignés pour les postes ci-après désignés :

MM. les médecins-majors de première classe Delamare et Desprez, pour l'hôpital militaire Saint-Martin à Paris; Defos du Rau, pour le recrutement de la Seine et les prisons militaires de Paris; Fabre, pour le 131e régiment d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Faure, pour

l'hôpital militaire de Nancy; Voulgre, pour l'hôpital militaire de Bordeaux.

— Le banquet offert par les médecins français aux médecins de l'escadre russe, sur l'initiative de l'Association de la presse médicale, a eu lieu vendredi dernier au Grand-Hôtel, sous la présidence de M. le professeur Cornil.

Le nombre des convives dépassait 200. Outre les médecins russes : MM. Aristof, Brandt, Botkine, Medviedef et Okhotine, on remarquait parmi l'assistance MM. Dujardin-Beaumetz, directeur du service de santé au ministère de la Guerre; Lucas, président du conseil supérieur de santé de la Marine; Bonafy, Bouchard, Brouardel, Hyades, L. Labbé, Landouzy, Le Roy de Méricourt, Reclus, Sappey, Treille, Verneuil, etc.

Des toasts ont été portés par MM. Cornil, Okhotine, Brouardel, Dujardin-Beaumetz, etc.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Courmont, Gayet, Gourdiat, Tixier, Frarier, Cibert, Chirat, Delore (Claude), Delore (Paul), Grivet, Duplant et Vauthey.

— Un concours pour une place de médecin des hôpitaux de Lyon s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu de cette ville le 21 mars 1894.

— *Assistance publique.* — L'épreuve d'admissibilité du concours aux emplois de médecins du traitement à domicile (bureaux de bienfaisance) vient de se terminer. Les questions sorties ont été : 1° De la délivrance artificielle; 2° Hémoptysie, causes, traitement.

L'épreuve définitive a commencé le mercredi 18 octobre, à deux heures, à l'Hôtel-Dieu.

Juges du concours : MM. Le Coin, Séailles, Gérard, Piéren.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Durand (de Combret), Ertaud (de Bourguenais), Firmin, Respaut et Warren-Bey (de Paris); et de M. Laurent-Préfontaine, interne à l'hôpital Beaujon.

— M. le docteur A. Darier, ancien chef de clinique du docteur Abadie, a ouvert une clinique d'ophtalmologie, 9, rue Buffault (51 bis, rue Lafayette). — Les mardis, jeudis et samedis à trois heures, exercices d'ophtalmoscopie et de réfraction. — Leçons particulières.

Recherches anatomiques sur la veine-porte et particulièrement sur ses anastomoses avec le système veineux général (Travaux du laboratoire d'anatomie de la Faculté de médecine de Lyon), par le docteur Albert Mariau. 1 vol. in-8° de 90 pages avec 7 figures dans le texte. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Recherches expérimentales sur le choléra asiatique indo-chinois, par le docteur A. Calmettes, médecin de première classe des colonies. 1 vol. in-8° de 25 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Après la lecture du procès-verbal, M. le Président donne la parole à M. Perier pour la lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Le Fort, vice-président, et, en signe de deuil, lève la séance.

La Société de chirurgie a célébré, aujourd'hui mercredi, le cinquantenaire de sa fondation. Elle s'est réunie au grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence d'honneur de M. Marjolin, membre fondateur. M. Charles Monod, secrétaire général, a donné lecture d'une notice sur la Société de chirurgie. C'est l'histoire complète de cette Société depuis sa fondation. Nous sommes heureux de pouvoir la publier dans la *Gazette des hôpitaux* qui, comme on sait, en a été pendant de longues années l'organe officiel.

M. Verneuil a fait ensuite une allocution que nous reproduirons dans un prochain numéro.

NOTICE HISTORIQUE

SUR LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

Par M. Charles Monod, secrétaire général.

I

Messieurs,

Appelé par mes fonctions à vous présenter une notice historique sur la Société de chirurgie de Paris, je ne crois pas manquer à la réserve qui convient à une aussi « vénérable et discrète personne », en affirmant qu'elle peut, en ce jour, se glorifier quelque peu.

J'en prends à témoin notre cher président d'honneur, seul à représenter au milieu de nous ce groupe de vaillants qui, en 1843, fondaient la Société dont nous célébrons aujourd'hui le cinquantenaire. Les rêves les plus ambitieux de la première heure n'ont-ils pas été dépassés de beaucoup ?

Il fut un temps en effet, Messieurs, où, le croirait-on, notre Société ne se recrutait qu'avec peine, où les anciens s'éloignaient d'elle, où il fallait aux jeunes un certain courage pour y adhérer, où l'on se félicitait comme d'une conquête de toute adhésion nouvelle, où nos ressources suffisaient à peine à nos besoins, où la bibliothèque était pauvre et notre public clairsemé.

Ai-je besoin de dire qu'aujourd'hui la porte qui donne accès à la Société de chirurgie est devenue trop étroite, qu'à chacune de nos séances se presse un auditoire nombreux, que les journaux médicaux publient à l'envi le compte rendu de nos travaux, que notre bibliothèque regorge de livres, que nos finances sont prospères ? Ajoutez que, malgré une nouvelle et récente augmentation du chiffre de nos membres correspondants nationaux, le nombre des candidats est toujours plus considérable que celui des places vacantes, et enfin que nos collègues de l'étranger, associés ou correspondants, veulent bien considérer comme un honneur de coopérer avec nous.

A quoi tient un aussi heureux changement ? Est-ce seulement au progrès des choses de la chirurgie, ou plus simplement au temps écoulé, qui a permis le développement naturel d'une institution née viable ?

Ne faut-il pas dire plutôt que notre Société, fidèle à la devise qu'elle doit à Malgaigne : « Vérité dans la science, moralité dans l'art », n'a pas un instant dévié de la voie qu'elle s'était tracée ? que soucieuse du bon renom de la chirurgie française, elle s'est appliquée, ne repoussant aucun progrès véritable, à servir au mieux la science, sans perdre de vue l'intérêt primordial des malades ?

Telle fut, dès la première heure, la pensée maîtresse des membres fondateurs de la Société de chirurgie ; telle est encore la nôtre. Quoi d'étonnant si l'œuvre, établie sur une base à la fois si large et si solide, a pris un pareil développement, si elle a conquis toutes les sympathies et a fini par occuper dans le monde savant une place dont elle a le droit d'être fière ?

Je m'oublie, Messieurs, mais pouvais-je ne pas vous dire l'impression que m'a laissée l'étude que j'ai faite à votre intention de ces cinquante ans d'activité scientifique ?

J'ai hâte, cependant, d'arriver à la tâche beaucoup plus modeste que vous m'avez confiée.

On lit à la première page du premier volume de nos Bulletins : *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris, séante à l'Hôtel de Ville.* A l'Hôtel de Ville ! Qu'est-ce à dire ? Que venait faire la jeune Société dans le palais municipal ? Éprouvait-elle le besoin de se donner une attache officielle ? Était-elle à ce point défiante d'elle-même ? Ou bien, sous d'humbles apparences, cachait-elle de hautes visées ?

Non, Messieurs ; la solution du problème est bien plus simple. En siégeant à l'Hôtel de Ville, les membres fondateurs de notre Société visaient seulement à l'économie. En gens sages, pour diminuer leurs frais, ils avaient demandé au comte de Rambuteau, alors préfet de la Seine, de mettre à leur disposition une des salles de réunion dont il disposait. Le préfet s'était gracieusement rendu à leur désir. La Société de chirurgie lui en témoigna publiquement sa gratitude. Il nous est agréable de rappeler ce souvenir

et de rendre, à notre tour, à la mémoire du comte de Rambuteau un reconnaissant hommage.

L'Hôtel de Ville de 1843 a été brûlé, et avec lui le berceau de notre Société. J'aurais eu plaisir à y faire un pieux pèlerinage et à évoquer devant vous la modeste salle où se tinrent nos premières séances.

C'était, paraît-il, une chambre banale, de dimensions moyennes, pourvue d'une table servant de bureau et de quelques chaises. Elle ne nous était pas même exclusivement réservée. Diverses sociétés l'occupaient à tour de rôle, le mercredi excepté, jour où elle appartenait à la nôtre. Nous y possédions une ou deux armoires fermant à clef, où le secrétaire et le trésorier enfermaient les archives, les quelques livres qui composaient alors notre bibliothèque, voire même parfois un peu d'argent, qu'il eût mieux valu, vous le verrez dans un instant, déposer en un lieu plus sûr.

Tel est le cadre du tableau. Quels en étaient les personnages? Quels étaient les hommes qui avaient fondé cette réunion? Quel était leur but?

Les chirurgiens des hôpitaux de Paris se réunissaient alors, comme aujourd'hui, à intervalles variés, pour traiter ensemble de leurs intérêts communs : il s'agissait surtout d'assurer le roulement dans les hôpitaux suivant un mode régulier. Une fois par an, un banquet resserrait les liens d'une cordiale confraternité. Mais quant à une assemblée scientifique où ces praticiens, tous de valeur, placés à la tête d'importants services de chirurgie, auraient pu se communiquer des faits intéressants, échanger leurs vues sur les cas de détermination délicate, contribuer de la sorte aux progrès de la chirurgie et servir leur propre instruction, il n'en était pas question.

L'Académie de chirurgie, de glorieuse mémoire, n'existait plus depuis 1793. Un décret de la Convention l'avait supprimée, ainsi que toutes les autres sociétés scientifiques.

L'Académie de médecine, remplaçant l'ancienne Société royale de médecine, avait seule été reconstituée en 1820. Au début, les chirurgiens y avaient une place à part : les membres de l'Académie se divisaient, en effet, en sections, délibérant séparément, parmi lesquelles, naturellement, se plaçait une section de chirurgie. Mais, depuis 1829, cette organisation avait été modifiée ; l'Académie ne s'assemblait plus que toutes sections réunies. Il dépendait du hasard ou de la bonne volonté du bureau que des questions de chirurgie fussent mises à l'ordre du jour. Et encore ne s'agissait-il, en général, que de grandes discussions, menées avec un certain apparat, où la chirurgie pratique ne trouvait guère sa place. Ajoutons que, dans la docte assemblée, les chirurgiens étaient peu nombreux, et que les occasions d'y entrer étaient rares; il fallait alors la disparition de trois membres titulaires pour qu'une place fût déclarée vacante.

On comprend que, dans de telles conditions, l'on eût le désir de fonder une société exclusivement réservée aux chirurgiens. Dès 1838, l'autorisation nécessaire avait été demandée et accordée. Je n'ai pas pu savoir pourquoi il ne fut pas donné suite à ce projet.

Il fut repris, en 1842, par Auguste Bérard, qui s'en ouvrit à ses collègues dans une de ces réunions familières dont je parlais tout à l'heure.

Bérard était arrivé à l'apogée de sa carrière. Chirurgien des hôpitaux depuis 1831, membre de l'Académie de médecine, il venait, après un brillant concours, d'être nommé professeur de clinique chirurgicale à la Faculté (1842). Il n'avait que quarante ans, aimait passionnément son art, et cherchait toutes les occasions d'en hâter les progrès.

Bérard est le véritable fondateur de la Société de chirurgie.

« Le nom d'Auguste Bérard, disait Denonvilliers dans le bel éloge qu'il a consacré à la mémoire de son collaborateur et de son ami, est inscrit le premier sur la liste des fondateurs de la Société de chirurgie, et ce n'est pas sans raison. Outre qu'il était parmi nous le plus ancien chirurgien d'hôpital et le plus considérable par sa double position d'académicien et de professeur à la Faculté de médecine, nul n'avait plus vivement désiré que lui la formation de la Société et ne s'était employé d'une manière plus efficace pour atteindre ce but. C'est lui qui avait fait les démarches voulues pour faire approuver les statuts de la Société et obtenir l'autorisation nécessaire à sa constitution. C'est encore lui qui avait sollicité du préfet de la Seine le local dans lequel nous avons tenu nos premières séances. Il avait été le président du bureau provisoire, et c'est sous sa direction et dans son cabinet même que s'était élaboré le règlement de la Société... »

Seize des collègues de Bérard répondirent dès la première heure à son appel. Vous me saurez gré de reproduire ici leurs noms, tels que vous les trouverez en tête de nos statuts, inscrits suivant leur ordre de nomination au Bureau central.

Sont *fondateurs de la Société*, lisons-nous à l'article 3 de ce document :

MM. Auguste Bérard, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine, membre de l'Académie royale de médecine de Paris.
Gustave Monod, chirurgien de la Maison royale de santé, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.
Alphonse Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.
Michon, chirurgien de l'hôpital Cochin et du collège Louis-le-Grand, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.
Guersant fils, chirurgien de l'hôpital des Enfants.
Vidal (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.
Danyau, chirurgien-adjoint de la Maison d'accouchements, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.
Lenoir, chirurgien de l'hôpital Necker, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.
Malgaigne, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.
P. Huguier, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.
Ph. Rigaud, professeur de clinique chirurgicale et de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Strasbourg, ex-chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.
Nélaton, chirurgien de l'hospice de la Vieillesse (hommes), agrégé à la Faculté de médecine de Paris.
Denonvilliers, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris.
Maisonneuve, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.
Chassaignac, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.
Cullerier, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.
Marjolin fils, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

De ces hommes d'élite, qui tous, à des titres divers, se sont fait un nom dans la science, deux seulement survivent.

L'un est M. Maisonneuve, chez lequel on peut regretter certains excès opératoires, mais qui n'en reste pas moins un chirurgien de race, joignant aux plus rares aptitudes une intelligence supérieure — il vit depuis longtemps, loin de Paris, dans une retraite absolue.

L'autre, nous le disions il y a un instant, c'est M. Marjolin, que l'on appelait alors Marjolin *fils*. Nommé chirurgien du Bureau central, l'année qui précéda la fondation de notre Société, M. Marjolin n'avait, à cette époque, que trente et un ans, et considérait comme un privilège d'être associé par ses aînés à leur entreprise. Il crut qu'il ne pouvait mieux leur en marquer sa reconnaissance qu'en travaillant au succès de l'œuvre commune avec un zèle et un dévouement qui ne se sont jamais démentis.

J'ai dit tout à l'heure le rôle important joué par celui qui ouvre la liste des membres fondateurs; pourquoi n'insisterais-je pas sur

les services rendus par celui qui la ferme? Parcourez nos premiers Bulletins, vous verrez toujours René Marjolin sur la brèche : trésorier, secrétaire-archiviste, puis secrétaire général, vice-président, enfin président, ne marchandant jamais ni son temps ni sa peine. C'est à lui que nous devons le premier compte rendu de nos travaux, lu en séance annuelle. Il dut en quelques pages résumer l'œuvre accomplie par la Société pendant dix années. Ce fut encore lui qui se chargea de cette lourde tâche pendant les cinq années suivantes ; il était cependant alors secrétaire général, et le règlement l'autorisait à laisser le soin du compte rendu au secrétaire annuel, autorisation dont ses successeurs ne manquèrent pas de se prévaloir. C'est encore M. Marjolin qui, le premier, mit de l'ordre dans nos collections de livres et dans nos archives; M. Larrey, dans son discours de sortie, en 1852, l'en remercia publiquement. L'année suivante, lors de notre installation rue de l'Abbaye, Danyau, prononçant à cette occasion l'allocution d'usage, rendit hommage au secrétaire général, dans des termes que je tiens à citer : « Dans tout ce qui s'est accompli, disait-il, sa part a été si grande, que nous n'hésitons pas à proclamer qu'il a bien mérité de la Société. Cette formule suffisait aux anciens, et M. René Marjolin s'en contenterait sans doute. Qu'il nous permette cependant d'ajouter quelques mots, et de dire que c'est à son mouvement généreux, à sa vive impulsion, à son zèle ardent, à son activité infatigable, que nous devons la transformation à laquelle vous assistez aujourd'hui. Tant d'efforts et un si complet succès méritent notre reconnaissance, et nous ne doutons pas que vous ne vouliez la consacrer par un vote spécial. »

Je ne doute pas, à mon tour, Messieurs, que vous ne soyez heureux de ratifier par vos acclamations le vote de nos prédécesseurs.

Les dix-sept membres fondateurs se réunirent pour la première fois le 25 août 1843. Leur premier acte fut de voter les statuts et le règlement élaborés par le bureau provisoire.

Ces statuts établissaient que la Société se composerait de membres honoraires et titulaires, de correspondants nationaux et d'associés étrangers. Le bureau comprenait un président, un vice-président, un secrétaire-archiviste et un trésorier. Le poste de secrétaire général ne fut créé qu'en 1853. La garde des archives et des livres fut, à la même époque, confiée à un bibliothécaire.

Du règlement, je ne retiens qu'un trait, qui montre l'esprit pratique de nos prédécesseurs. La Société devait se réunir tous les mercredis, à trois heures et demie. Une première feuille de présence était signée par les membres arrivés en temps utile; à quatre heures, elle était retirée et contre-signée par le président. Une seconde feuille, dite d'émargement ou de sortie, était présentée à quatre heures et demie à la signature en séance. Tout membre qui n'avait pas signé les deux feuilles était passible d'une amende de 5 francs. Cet article du règlement est encore en vigueur. Il est permis de croire qu'il a eu sur la bonne marche de la Société une influence salutaire.

Voici donc la Société constituée. Comment fut-elle accueillie?

Son entrée dans le monde s'effectua sans bruit. Aucun journal médical ne parla de sa séance d'inauguration, ni même ne mentionna sa fondation. Encore moins y trouve-t-on trace de ses premiers travaux. Notre excellent et très complaisant confrère, M. le docteur Dureau, bibliothécaire de l'Académie, qui, à la demande de M. Marjolin, a bien voulu faire à ce sujet quelques recherches, lui écrit « qu'à sa grande surprise, il ne trouve dans les journaux du temps aucun compte rendu des premières séances de la Société de chirurgie », et il ajoute : « Vous deviez être une Société fermée, et bien fermée, comme on dit aujourd'hui ; en ce temps-là, les médecins ne cherchaient guère la publicité. »

On s'occupait cependant en haut lieu de la Société nouvelle et cela sans aucune sympathie. On ne voyait pas volontiers les chirurgiens faire bande à part.

N'allait-on pas, disait-on, réveiller l'ancienne rivalité de la médecine et de la chirurgie? C'était avoir bonne mémoire, mais aussi retarder un peu; il était passé le temps des longues luttes que dut soutenir la chirurgie pour conquérir sa place au soleil.

Quelques-uns, sans aller si loin, redoutaient de voir l'ancienne Académie de chirurgie renaître de ses cendres et porter ombrage à l'Académie de médecine. Aussi l'opposition la plus vive vint-elle de l'Académie, bien que celle-ci comptât un de ses membres parmi les fondateurs de la Société de chirurgie.

L'hostilité se manifesta surtout par l'abstention de ceux qui auraient dû, semble-t-il, s'empresser de soutenir notre Société par leur présence. Un article de nos statuts portait que « les chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris, en exercice depuis plus de douze ans au 1er juillet 1843, pourraient être admis, sur leur demande, à faire partie de la Société comme membres honoraires. » Un seul, M. Marjolin père, répondit à cet appel et lorsqu'il mourut, en 1850, son nom était encore le seul qui fût inscrit sur la liste de nos membres honoraires.

La Société de chirurgie ne s'émut point. Consciente de son rôle, modeste mais bien défini, n'ayant d'autre but, comme elle aimait à le rappeler, que de donner à ses membres une occasion « de se communiquer les faits importants recueillis dans l'intervalle des séances, soit dans les hôpitaux, soit dans la pratique civile, de discuter les divers points de théorie et de pratique encore obscurs, et d'établir des rapports scientifiques avec les confrères de France et de l'étranger » (1); n'ayant d'autre ambition « que de travailler sans relâche à l'étude et aux progrès de la chirurgie » (2); certaine de triompher un jour et d'entraîner les moins bienveillants, elle se mit simplement à l'œuvre.

Auguste Bérard fut son premier président. « Les services qu'il rendit dans cette fonction, nous dit encore Denonvilliers, furent inappréciables »... « Il en est d'une Société naissante, ajoute-t-il, comme d'un jeune enfant qui entre dans la vie; son avenir dépend plus qu'on ne pense de la direction imprimée à ses premiers efforts. Or, Bérard excellait à guider les débats, à les animer ou à les modérer au besoin, à les élargir ou à les élever quelquefois, à les maintenir toujours dans les bornes de la modération et des convenances et dans la voie de la pratique. »

Je suis d'autant plus heureux de citer ces paroles que nous ne savons rien des premières séances de la Société. Le premier volume des Bulletins date de 1848. Les procès-verbaux des cinq années précédentes ont été détruits dans cette même année pendant les journées de juin. L'Hôtel de Ville avait été envahi par le peuple armé. On força nos armoires; on fit main basse sur les quelques centaines de francs qui y étaient enfermées, et — malheur irréparable — les archives de la Société furent foulées aux pieds et dilacérées. M. Marjolin conserve pieusement quelques débris informes de ces précieux papiers (3).

Mon père m'a souvent entretenu de cet incident, qui l'avait particulièrement affecté. Déjà alors les chirurgiens avaient une écriture un peu... hâtive. Ma mère en avait une fort belle et mon père l'avait chargée de recopier sur un grand registre les procès verbaux rédigés par lui ou par l'un ou l'autre des secrétaires. Le fait était bien connu des membres de la Société, qui savaient gré au collègue aimé de cette gracieuse collaboration. Ainsi, pensaient-ils, étaient sauvés à jamais de l'oubli ces premiers produits, toujours particulièrement chéris, de leur travail. Ce registre, avec le reste, fut mis en pièces par quelques individus avinés, plus bêtes sans doute que méchants.

Le premier soin du bureau, après ce fâcheux événement, fut d'avoir désormais recours, pour ses procès verbaux, à la typographie, gardienne plus fidèle et plus sûre de la pensée humaine que la meilleure des écritures.

La Société avait d'ailleurs un bien autre souci, celui de trouver

(1) Avant-propos des Mémoires. (*Mémoires de la Société de chirurgie*, t. I, p. XVIII.)

(2) R. Marjolin. Compte rendu des dix premières années (*Mémoires de la Société de chirurgie*, t. IV, p. 39.)

(3) En 1852, le ministre de l'Instruction publique accorda à la Société de chirurgie une indemnité pour les pertes qu'elle avait subies en 1848 (V. la séance annuelle du 6 juillet 1853, discours de M. Guersant. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1re série, t. IV, p. 3.)

un abri. Elle n'entendait pas s'exposer de nouveau à l'orage en rentrant à l'Hôtel de Ville, et ayant à cœur de ne pas interrompre une seule fois le cours de ses séances — ce qu'elle ne fit jamais, pas plus en 1848 que plus tard, pendant l'année terrible, ni dans les jours plus troublés encore de la Commune (1), — elle accepta temporairement l'hospitalité que lui offrait à l'École pratique un de ses membres, M. Gosselin, alors chef des travaux anatomiques.

Presque aussitôt elle entrait en arrangement avec la Société philomatique, qui lui céda, pour le mercredi, la jouissance de la pièce qu'elle occupait rue d'Anjou-Dauphine.

Cette nouvelle étape ne pouvait être, à son tour, que provisoire. La Société de chirurgie avait l'ambition d'être *chez elle*. Le local désiré fut enfin trouvé, dans le vieux palais abbatial de Saint-Germain-des-Prés, rue de l'Abbaye, près du quartier des Écoles, au troisième étage d'une maison tranquille, dans une rue peu bruyante.

Vous connaissez tous le lieu actuel de nos réunions. Peut-être le trouvez-vous aujourd'hui bien modeste et un peu exigu. Tel n'était pas l'avis de nos prédécesseurs.

Ce n'est pas sans une réelle satisfaction que Danyau, en prenant possession, le 20 octobre 1852, au nom de la Société de chirurgie, des « belles salles » où elle s'assemblera désormais, en fait valoir tous les avantages. « Vous ne trouverez point ici, Messieurs, disait-il, le luxe d'un amphithéâtre à gradins en chêne, à stalles mollement rembourrées. Les fauteuils académiques invitent au sommeil, et quoique vous ne soyez point restés inactifs, vous n'avez point encore assez fait pour vous endormir sur vos lauriers. Mais vous serez commodément assis en face de bonnes et larges tables recouvertes en drap vert, et dont la disposition soigneusement étudiée, laisse entre toutes les parties de la salle une libre circulation et permet entre tous les membres des communications faciles. Au reste, vous pouvez voir que nous ne vous avons pas traités en Spartiates, et il vous suffira de regarder à vos pieds, pour reconnaître que nous avons songé à vous préserver des rigueurs de l'hiver qui s'approche. » Il décrit ensuite l'enceinte principale avec ses deux entrées, l'une pour les membres de la Société, l'autre pour le public; la salle qui la précède, destinée aux malades présentés en séance et aux personnes qui les accompagnent; la salle des conférences, que l'on s'est efforcé de rendre confortable, et enfin la bibliothèque garnie de belles armoires, où les livres seront à l'aise.

« Tel est, Messieurs, ajoutait-il, le local que vous allez occuper dans un édifice de belle et sérieuse apparence et de facile abord, au milieu d'un quartier où l'air et la lumière abondent, dans le centre même des relations scientifiques. Nous ne pensons pas que vous regrettiez celui où la Société a été confinée et presque enterrée si longtemps... Vous étiez mal chez les autres ; vous allez être bien, très bien chez vous. »

A cette prospérité matérielle correspondaient des progrès d'ordre plus élevé. Denonvilliers, président sortant en 1854, se plaisait à constater « l'extension prise tout à coup par la Société de chirurgie ».

Le nombre des membres titulaires s'était peu à peu accru. On touchait au moment « où l'on serait au complet ». Ce jour se fit attendre encore deux ans. Il marque une date dans l'histoire de notre Société. C'est au mois de juillet 1856 que le président Gosselin, dans son discours de sortie, pouvait annoncer à ses collègues qu'il n'y avait plus qu'une place de titulaire vacante, pour laquelle se présentaient huit concurrents. Il terminait son allocution en disant : « Pourquoi parler encore des détracteurs de la Société de chirurgie? Il n'en existe plus, si j'ai su bien recueillir les bruits du dehors. Il me semble que ceux qui autrefois nous blâmaient ou nous raillaient ont cessé de le faire ; que les railleurs sont devenus indifférents; que les indifférents applaudiraient volontiers. Marchons toujours dans la même voie, Messieurs ; continuons à étudier sans amertume et sans jalousie les grandes questions chirurgicales; ne cessons pas de donner l'exemple de la concorde; sachons rendre nos réunions assez attrayantes pour nous y trouver heureux et soyez sûrs qu'avant peu notre Société n'aura plus que des approbateurs. »

Les jours difficiles étaient passés. La victoire était remportée. La Société de chirurgie avait vu venir à elle ceux qu'elle considérait et respectait comme des maîtres. Roux, Lallemand, Jules Cloquet, Gerdy, Ph. Bérard, René Duval, Hervez de Chegoin, Ph. Boyer, Velpeau, Bégin acceptaient successivement le titre de membres honoraires.

Gosselin, dans le discours dont je viens de citer un passage, a bien mis en lumière, en parlant de Gerdy, mort peu de temps après son admission à l'honorariat, la bonne harmonie qui régnait alors déjà au sein de la Société et la satisfaction que ces vétérans du concours éprouvaient à trouver auprès de nous « ce qui leur avait manqué dans leur jeunesse, une réunion où la science qu'ils aimaient était élaborée sans fiel et sans envie ». « N'avez-vous pas remarqué, disait-il, avec quel plaisir Gerdy prenait part à nos discussions et avec quelle simplicité cet orateur, partout ailleurs si fougueux et si passionné, venait ici exposer ses opinions et nous apporter le tribut de son expérience, et comme son visage devenait souriant en entrant dans cette salle, où il semblait trouver un peu du bonheur qui lui avait manqué jusque-là?... Dans les nombreux concours auxquels Gerdy a pris part, il a trouvé des adversaires redoutables. Presque tous ses contemporains avaient été ses rivaux, et, malgré lui, il s'est longtemps laissé aller à voir un ennemi dans tout chirurgien qui l'approchait. Parmi nous, il était heureux de trouver enfin des chirurgiens qui fussent des amis. Je me plais à croire que si, à l'époque des concours mémorables qui les ont illustrés, lui et tant d'autres, la Société de chirurgie eût existé, elle aurait rapproché et réuni dans ses paisibles discussions tous ces hommes éminents qui, faute de se connaître et de se voir, ont vécu trop aigris les uns contre les autres et sont restés assombris par des rivalités incessantes qui, lorsqu'elles se continuent dans l'intervalle des grandes luttes, laissent au cœur beaucoup de tristesse et de mécontentement. »

On ne saurait trop insister sur ce rôle bienfaisant et pacificateur de notre Société, qui réunit sur le pied de la plus cordiale égalité des maîtres illustres, des membres de l'Académie, voire même de l'Institut, et de jeunes chirurgiens, tout frais échappés du concours, n'ayant d'autre souci, les uns et les autres, que de travailler au progrès de leur art.

Ne pourrions-nous aller plus loin et, sans outrecuidance, appliquer à notre Société ce qu'en 1653 Pellisson disait de l'Académie française :

« Si cette Compagnie subsiste longtemps et donne le même honneur qu'elle a fait jusqu'ici, il est impossible que la France n'en retire beaucoup d'avantage. Tant d'hommes d'esprit et de savoir ne peuvent pas s'assembler toutes les semaines sans s'exciter les uns les autres au travail, sans profiter beaucoup de ces convocations et sans répandre insensiblement le profit qu'ils auront fait pour eux-mêmes sur tout Paris et sur tout le reste de la France (1). »

L'entrée parmi nous de Jacques-René Duval, nommé par acclamation membre honoraire le 28 décembre 1852, fut particulièrement fêtée. Il était alors âgé de près de cent ans. Reçu docteur en 1786, il avait soutenu sa thèse à l'École royale de chirurgie, sous

(1) Un seul mercredi, en cinquante ans, la Société de chirurgie n'a pu tenir séance. C'était le 24 mai 1871, jour où le combat était engagé dans les rues de Paris entre l'armée et les partisans de la Commune.

(1) PELLISSON. *Histoire de l'Académie française*, édit. de 1729, t. I, p. 314.

la présidence de Chopart. Depuis longtemps il était l'unique survivant des membres de l'ancienne Académie de chirurgie. On se plut à voir en ce vénérable représentant d'une grande époque comme un trait d'union entre la jeune Société et son illustre devancière. L'allocution qu'il prononça dans la séance du 12 janvier 1853 a été conservée dans nos *Bulletins*. Deux ans après, il arrivait au terme de sa longue carrière. Son petit-fils — vous avez nommé notre collègue, M. Marjolin — nous donnait en souvenir de son aïeul une somme qui fut consacrée à récompenser la meilleure thèse de chirurgie soutenue dans l'année. C'est notre « prix Duval ».

Comme celui des membres titulaires et honoraires, le nombre des membres correspondants nationaux s'est accru suivant une progression, lente d'abord, puis singulièrement rapide. Il était de 6 en 1847; il ne s'augmenta que de 10 dans les quatre années suivantes. Puis les candidatures commencèrent à affluer. On procéda à 29 élections entre 1851 et 1855. La Société inscrivait sur sa liste de correspondants, la plupart des chirurgiens qui, en province, s'étaient fait un nom : Letenneur (de Nantes), Jules Roux (de Toulon), Debrou (d'Orléans), Bonnet, Diday, Gensoul, Parise et Pravaz (de Lyon), Sédillot (de Strasbourg), Bouisson (de Montpellier), Notta (de Lisieux), Maunoury père (de Chartres), Bardinet (de Limoges), etc.

Six ans ne sont pas écoulés que le président, dans son discours annuel, constate que le nombre des postulants dépasse de beaucoup celui des vacances.

On augmenta le nombre des places à donner. Il avait été d'abord illimité : fixé à 70, en 1850, il fut porté à 100 en 1881, et, quatre ans plus tard, encore accru de 25.

Il me plairait de citer ici les noms de tous ceux, non moins éminents, qui sont venus se joindre aux élus des premières années, et dont un si grand nombre nous ont fait l'honneur et l'amitié de venir assister à cette fête. La liste en serait trop longue. Ils voudront bien se contenter du souhait impersonnel de bienvenue que je suis heureux de leur adresser à nouveau, au nom de leurs collègues de Paris.

Je ne songe pas davantage à faire devant vous le dénombrement de nos membres correspondants étrangers. Je ne céderais cependant qu'à un mouvement de légitime orgueil, en procédant à la simple lecture de tous les noms fameux que vos secrétaires généraux ont eu la satisfaction d'inscrire successivement sur leurs registres.

Dès 1852 il fut décidé, sur la proposition de M. Larrey, que les *membres associés* formeraient désormais une classe à part, distincte des *correspondants étrangers*, afin de pouvoir offrir, à certaines illustrations de la chirurgie, un titre qui ne pouvait être demandé, mais qui fut toujours accepté avec reconnaissance.

Les premiers membres associés furent V. Mott (de New-York), Jæger (de Vienne), Chelius (d'Heidelberg), Textor (de Wurtzbourg), Brodie, Lawrence, Travers et Guthrie (de Londres), Ballingate (d'Édimbourg), Crampton (de Dublin), Grim (de Berlin), Arendt (de Saint-Pétersbourg), Ammon (de Dresde), Mayor (de Genève), tous morts aujourd'hui.

La Société, en 1863 et en 1865, confiait à deux de ses membres le soin de faire, en séance solennelle, l'éloge de Brodie et de Guthrie, et montrait, en leur accordant les mêmes égards qu'à ses membres nationaux, en quelle haute estime elle les tenait.

Nous comptons aujourd'hui 20 associés et 70 correspondants étrangers. Ceux d'entre eux que la distance et surtout l'époque, à certains égards fâcheuse, que nous avons dû choisir pour cette réunion, tiennent éloignés de nous, ont voulu du moins, vous l'avez entendu, nous envoyer le témoignage écrit de leurs regrets et l'expression de leur chaude sympathie.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE

Sur l'emploi du salicylate de soude.

Par le docteur Delmis.

De toutes les médications préconisées dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, et presque toutes abandonnées après un moment de vogue, une seule est définitivement entrée dans la pratique : c'est la médication salicylée. Accueillie avec enthousiasme, il y a quelques années, elle est aujourd'hui universellement employée.

Sûreté d'action, guérison rapide, voilà les avantages que toutes les observations sont unanimes à reconnaître au salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu ou chronique et d'autres affections analogues. Si quelques insuccès ont été constatés, ils sont en bien petit nombre; celui des guérisons est considérable. Voici ce qu'on trouve généralement : 1° la cessation rapide des douleurs; 2° la disparition de la fluxion articulaire qui cède au bout d'un à trois jours, mais jamais avant la douleur; les mouvements redeviennent faciles et libres dès le troisième.

Dans le rhumatisme chronique simple, les résultats obtenus par M. Sée ont été des plus satisfaisants; il en est de même dans les crises aiguës qui se manifestent de temps à autre soit dans le rhumatisme simple, soit dans l'arthrite noueuse, les attaques douloureuses cessent aussi vite que dans le rhumatisme aigu.

Dans la goutte aiguë et chronique, les résultats sont extrêmement remarquables. Dans les accès aigus, on voit disparaître en deux ou trois jours les douleurs, la fluxion articulaire, la rougeur de la peau et la sensibilité au toucher. La goutte chronique ne se prête pas moins bien aux applications de la médication salicylique.

Mais, quelle que soit l'affection contre laquelle on administre le salicylate de soude, on devra s'assurer de la pureté du produit et n'employer qu'une préparation bien dosée, toujours régulière dans sa composition comme la Solution Clin, par exemple, dont on a déjà pu vérifier les bons effets. Cette solution contient très exactement 2 grammes de salicylate de soude pur par cuillerée à bouche et 50 centigrammes par cuillerée à café.

Dans une leçon faite à la clinique de l'hôpital de la Charité, M. le professeur Hardy a fourni des indications précieuses pour l'emploi du salicylate de soude :

« Le traitement du rhumatisme doit avoir pour but d'abréger la maladie le plus possible, afin d'éviter toutes complications. Il a varié selon le temps; je ne ferai pas ici son historique, et j'arrive à la médication véritablement souveraine et employée avec tant de succès depuis deux ans, je veux parler du salicylate de soude. J'ai toujours obtenu, par son emploi, une sédation prompte, une diminution rapide de la douleur, du gonflement, de la fièvre et de tous les accidents inflammatoires. L'effet est survenu quelquefois vingt-quatre heures après l'administration de la première dose, souvent au bout de quarante-huit heures ou de trois jours au plus. Grâce au salicylate de soude, on abrège considérablement la maladie, qui ne peut ainsi durer que trois, quatre ou huit jours seulement, au lieu de six semaines autrefois.

Je commence l'administration par 4 grammes, et, si les résultats désirés sont obtenus, je reste à cette dose; si, au contraire, l'effet est nul ou insuffisant, je vais jusqu'à 5 ou 6 grammes. Ce médicament doit être continué pendant dix ou quinze jours, en diminuant progressivement la dose, malgré la guérison, si l'on veut que celle-ci se maintienne. On arrive ainsi à 2 grammes, que l'on continue pendant une dizaine de jours, car le salicylate de soude ne coupe pas le rhumatisme comme le sulfate de quinine coupe les fièvres intermittentes, et si l'on en cesse trop tôt l'emploi, les phénomènes rhumatismaux réapparaissent. »

En résumé, le salicylate de soude pur est le produit le plus efficace que l'on possède contre les affections rhumatismales

aiguës et chroniques, et la Solution Clin réunit les conditions voulues pour l'emploi de ce médicament.

LE DOCTEUR FIRMIN

Il y a quelques jours, l'église de Saint-Gervais était trop petite pour recevoir l'affluence de médecins et d'amis accourus pour rendre un dernier hommage à notre confrère le docteur Firmin.

Aucune députation officielle n'y figurait et ce concours de médecins, d'artistes, d'hommes de lettres, de commerçants et d'ouvriers témoignait que, partout où il avait tendu la main, soulagé une souffrance ou prodigué une consolation, Firmin s'était fait un ami qui lui était resté fidèle.

Ce don de se faire des amis est un des plus précieux qu'on puisse désirer, mais il n'est pas monnaie courante. Le professeur attache ses élèves par l'éclat de son enseignement, le riche par l'agrément qu'on trouve dans ses relations, le puissant par le crédit dont il dispose et l'appui qu'il peut donner. Firmin n'était pas de ceux-là. Il avait le secret d'une bonté envahissante à laquelle les plus réservés ne résistaient pas longtemps. Ceux qui l'ont connu n'oublieront pas son visage aimable, ouvert et souriant, son esprit très parisien, aimant le trait, le cherchant quelquefois, mais le trouvant toujours.

Firmin était l'enfant de ses œuvres et, pour être heureux, il n'avait qu'à regarder autour de lui et se souvenir des étapes parcourues.

Il était né à Saint-Aignan (Loir-et-Cher), le 21 novembre 1823. Son père, petit commerçant dans une situation des plus modestes, n'aurait pu suffire aux sacrifices imposés par son instruction, si les facultés précoces de son fils n'avaient provoqué l'intérêt d'un parent, M. Garsonnet, qui le fit admettre comme boursier à l'institution Geoffrey, aujourd'hui lycée Charlemagne, et plus tard au lycée de Caen où une chaire l'avait appelé.

Bachelier en 1843, Firmin commença de suite ses études médicales. Pour les faciliter, il devint successivement interne à l'hôpital du Mans, puis à celui de Tours où il eut la bonne fortune de gagner l'amitié de Bretonneau qui le recommanda à Paris à son illustre élève Trousseau.

Il fut nommé interne des hôpitaux de Paris en 1848. Il était interne à l'hôpital Sainte-Marguerite au moment des journées de juin. C'était le quartier de l'insurrection et de la bataille et Firmin paya vaillamment de sa personne. L'année suivante, à la Pitié, l'épidémie effroyable de choléra donnait aux internes l'occasion de ce dévouement ignoré, et de cette abnégation sublime dont on ne se doute que lorsque l'un d'eux en est victime.

Firmin obtint une médaille d'argent.

L'internat était le temps heureux, mais il fallait assurer le lendemain et la famille Firmin demandait au fils un labeur mieux rémunéré. Une place semblait vacante à Saint-Aignan, Firmin abandonna l'internat à la fin de la troisième année.

Docteur en médecine du 22 avril 1850, il prit pour sujet de sa thèse : « De la kéloïde. »

La kéloïde ou la chéloïde, d'après Bazin, est, comme on le sait, une forme particulière d'affection de la peau, caractérisée par des productions irrégulières, compactes, dures et lisses, plus ou moins saillantes, constituées par un tissu fibro-plastique infiltré dans toute l'épaisseur du derme et susceptibles de se reproduire sur les points où elles se sont tout d'abord développées.

Les premiers travaux publiés sur cette affection sont ceux de Retz qui datent de 1790.

En 1810, Alibert la fit connaître sous le nom de cancroïde, puis sous celui de kéloïde. Il en distingue deux espèces, la kéloïde vraie qui se développe spontanément et la kéloïde fausse qui résulte de la cicatrisation d'une brûlure. Cette distinction est encore acceptée aujourd'hui.

De nombreux travaux avaient été publiés depuis cette époque, mais Firmin avait eu l'occasion d'observer plusieurs cas présentant des particularités nouvelles et sa thèse est intéressante et devra être consultée encore aujourd'hui par ceux qui s'occuperont de cette question de pathologie. La première observation de Firmin montre, en effet, que si la kéloïde est ordinairement limitée, elle est quelquefois diffuse, sous forme de nombreuses tumeurs disséminées sur le tronc et les bras. Comme Alibert, Firmin rapporte également l'observation d'un malade âgé de vingt-huit ans, chez lequel des kéloïdes nombreuses disparurent spontanément par une régression lente des éléments morbides. C'est dans la thèse de Firmin qu'on trouve le résumé des travaux de Lebert sur l'histologie des kéloïdes.

Je me bornerai à ces quelques indications pour faire apprécier la valeur de la thèse de notre regretté confrère.

La clientèle sur laquelle il comptait en s'établissant à Saint-Aignan le faisait attendre, les mécomptes ne tardèrent pas à se faire sentir; aussi, encouragé par l'amitié de Trousseau, il n'hésita pas à revenir à Paris et s'établit très modestement rue de Rambuteau, dans ce quartier populeux où les débuts de la clientèle lui paraissaient faciles. Comme il le méritait, elle devint considérable et lui resta fidèle jusqu'à sa mort.

L'estime dont Firmin était entouré lui valut d'être nommé médecin du Bureau de bienfaisance, inspecteur des Écoles, médecin de l'École supérieure du commerce et du lycée Charlemagne, membre de la Commission consultative des bibliothèques populaires au ministère de l'Instruction publique.

Son goût pour les arts et les lettres lui avait fait rechercher les situations de médecin du théâtre de l'Opéra, du Théâtre-Français, de la Société des concerts du Conservatoire, et de la Société des auteurs et compositeurs dramatiques. Dans tous ces milieux, il s'était fait des amis dévoués, et les souvenirs des maîtres qui encombraient son appartement témoignaient du prix que chacun attachait à ses relations.

En 1870, aux jours néfastes où chacun aspirait à donner au pays ce qu'il avait de force et de dévouement, Firmin était médecin-major du 55e bataillon de la garde nationale, médecin de l'ambulance du Théâtre-Français, et contribuait à organiser dans les bâtiments du nouvel Hôtel-Dieu, encore inoccupés, une ambulance de 100 lits.

Le souvenir de ces services lui valut, en 1872, la croix de chevalier de la Légion d'honneur et, en 1884, les palmes académiques.

Firmin s'était marié selon son cœur, et Mme Firmin a été jusqu'à la fin l'auxiliaire si précieuse de sa vie laborieuse que je ne conçois rien qui puisse calmer l'amertume d'une aussi cruelle séparation.

Il y a un mois, quand Firmin ressentit les premières atteintes d'une cystite, il ne voulut point s'arrêter, cherchant à se faire illusion pour continuer ses devoirs professionnels. Il comptait sur sa forte constitution pour doubler le cap de la maladie. Ce n'est que dans la dernière semaine qu'il a consenti à se faire remplacer, mais les symptômes d'urémie commençaient à se produire. Firmin s'est éteint doucement, entouré de sa fille, de son gendre, de ses petites-filles qu'il adorait, de son fils qu'il était fier de pouvoir initier à notre profession et qui gardera les traditions d'une vie d'honneur et toute de dévouement.

Dr Ladreit de Lacharrière.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury de l'internat est ainsi constitué : MM. Besnier, Gouraud, Potherat, Moutard-Martin, Michaux, Kirmisson, Polaillon.

— Le jury du concours pour le prix de l'internat est ainsi composé :

Médecine. — MM. Hanot, Lancereaux, Marie, Luys et Reclus.

Chirurgie. — MM. Lannelongue, Lejars, Tarnier, Proust et de Saint-Germain.

— *Concours de l'externat.*— Question donnée : Rapports du cœur.

— Dans sa dernière séance, l'Académie des sciences s'est réunie en comité secret pour discuter les titres des candidats à la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie, par suite de la mort de Charcot. Voici la liste de présentation : en première ligne, M. Potain ; en deuxième ligne, MM. Cornil, Jaccoud et Lancereaux.

— M. le docteur Péan reprendra ses leçons de clinique chirurgicale et ses opérations, à l'Hôpital international, rue de la Santé, n° 11, le samedi 28 octobre 1893, de neuf heures et demie à midi, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Barth commencera, à l'hôpital Broussais, le vendredi 3 novembre à dix heures, une série de conférences de séméiologie élémentaire et de propédeutique médicale, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure. Les autres jours, les élèves seront exercés à l'examen des malades.

La durée du cours sera de deux mois ; — le nombre des auditeurs étant limité, on est prié de s'inscrire d'avance.

— M. le docteur Moricourt, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique du docteur Burq, recommencera ses conférences cliniques sur le traitement des maladies nerveuses et du diabète par la métallothérapie, le dimanche 5 novembre, de neuf heures à dix heures, à sa clinique, 9, rue de Chanaleilles, et les continuera tous les dimanches à la même heure.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en leur recommandant le Lait stérilisé et en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 27 octobre 1893.

La célébration du cinquantenaire de la Société de chirurgie a eu lieu, ainsi que nous l'avons annoncé, mercredi, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, pompeusement décoré pour la circonstance et complètement rempli par une foule de confrères de Paris, de la province et de l'étranger.

A quatre heures précises, M. Marjolin, président d'honneur, a pris place au bureau avec MM. Verneuil, Brouardel, Spencer Wells (de Londres), Perier, Lucas-Championnière, Bœckel (de Strasbourg), Jacques Reverdin (de Genève), Larrey, Alphonse Guérin et Charles Monod, secrétaire général. Après quelques paroles de M. Marjolin, M. Verneuil prononce l'allocution qu'on lira plus loin et remet, au vénéré président d'honneur, la médaille commémorative du cinquantenaire de la Société de chirurgie.

La parole est ensuite donnée à M. Monod, dont la notice historique, non moins bien lue que bien écrite, a été chaleureusement applaudie par l'assistance tout entière. Enfin MM. Reverdin et Bœckel ont également pris la parole au nom des membres correspondants nationaux et étrangers.

L'Institut, l'Académie de médecine, la Faculté, la plupart des sociétés savantes étaient dignement représentés à cette solennité, qui marquera dans l'histoire de la Société de chirurgie, et dans laquelle on a pu se faire une juste idée de la place importante qu'occupe dans la science cette Société, dont les commencements ont été si modestes et si difficiles.

Allocution de M. le professeur Verneuil.

Chers collègues, chers amis, et si j'ose le dire pour bon nombre d'entre vous, chers disciples !

C'est un grand honneur pour moi de vous présider une fois encore, dans une journée qui, depuis celle de sa fondation, tient certes la plus grande place dans l'histoire de notre Société, journée qui attesterait sans autre preuve sa robuste vitalité et lui présage une durée sinon sans fin, rien n'étant éternel ici-bas, au moins une survie que nul danger ne menace.

Bien qu'en vérité je n'y aie aucun droit — puisque je suis entré dans la Société neuf années après sa fondation ; puisque deux de ses fondateurs vivent encore, ainsi que deux anciens présidents, l'ayant dirigée l'un dix-sept et l'autre neuf années avant moi ; puisque enfin deux honoraires sont mes aînés — j'accepte cet honneur avec gratitude. C'est que je le regarde comme la récompense de l'attachement constant, profond et sans bornes, que j'ai voué à votre célèbre Compagnie, dont je fais partie depuis quarante et un ans, où j'ai toujours été écouté avec indulgence et bienveillance d'abord, avec sympathie plus tard, et aujourd'hui encore, à la fin de ma carrière, avec une déférence dont je suis vivement touché, à laquelle enfin je consacrerai de grand cœur une partie de mon labeur, tant qu'il aura quelque prix.

Mon assiduité à vos réunions a eu pour moi de grands avantages, entre autres celui de me permettre de voir, soit à leur âge mûr, soit en pleine gloire, soit à leur début, ceux qui, dans la plus grande partie de ce siècle, ont été, sont à cette heure ou deviendront bientôt des maîtres incontestés et les dignes représentants de la chirurgie française.

J'ai connu et admiré, j'ai pu voir à l'œuvre et juger la plupart des hommes éminents qui ne siègent plus parmi nous, soit que la mort les ait frappés, soit qu'ils prennent un repos mérité après avoir, ici, payé un large tribut.

Plusieurs, et j'en suis fier, car ils étaient des meilleurs, m'ont accordé leur amitié, pour le moins leur estime, et je les ai approchés de si près dans la vie privée et publique, que j'en pourrais être facilement le biographe. En tout cas, en comparant leur œuvre et celle des contemporains vivants ou militants, je me suis demandé, en toute sincérité, à diverses époques, et me demande à cette heure encore, si notre Compagnie est en progrès, au *statu quo*, ou en déchéance.

Certes, j'ai constaté que l'activité de la tribune ne s'était point ralentie, pas plus que la productivité littéraire, car nos *Bulletins* annuels, depuis plus de quinze ans, sont presque trois fois plus étendus que dans les périodes antérieures. On travaille donc incontestablement plus ; reste à savoir si l'ouvrage actuel est supérieur, égal même, à l'ancien.

Or, sans contester l'intérêt des documents récemment édités, sans blâmer la direction générale donnée aux travaux des dernières années, ni proclamer la supériorité absolue de l'ancien programme sur le nouveau, je me permettrai de dire qu'on a peut-être trop délaissé plusieurs éléments du premier, et par trop cultivé, je le crains, certaines parties du second.

Je prendrai quelques exemples :

Jadis, nous avions sans cesse à notre ordre du jour quelques questions vastes ou ardues, que n'auraient jamais pu résoudre ni l'expérience même très grande, ni l'effort momentané, même très puissant, d'un homme isolé, mais qui s'éclairaient lentement, sûrement, grâce à l'accumulation patiente et intégrale de faits bien observés, sincèrement relatés, longtemps suivis et fournissant matière à des débats substantiels, conciencieusement

préparés, d'où découlaient d'elles-mêmes, pour ainsi dire, des conclusions d'une égale importance théorique et pratique.

Je citerai presque au hasard les longues discussions sur le chloroforme, les anévrysmes, les hémorragies et l'hémostase, la coxalgie, les polypes naso-pharyngiens, l'hygiène des hôpitaux, etc.

Aujourd'hui, si l'on en excepte les laparotomies diverses, sur lesquelles semblent se concentrer toute l'ardeur et tout l'intérêt de la chirurgie et dont les histoires remplissent des volumes, on paraît avoir renoncé à ces enquêtes minutieuses et instructives qui contribuèrent si puissamment à perfectionner notre science et c'est, je vous l'assure, bien grand dommage, car, si vous songez aux résultats que donnerait, sur une question donnée, si difficile qu'elle fût, l'effort calculé et prolongé des trente-cinq titulaires secondés par les deux cents honoraires ou correspondants, il n'est, je suppose, guère de ténèbres qui ne seraient dissipées, ni de problèmes qui ne seraient résolus !

Parmi les fonctions des Sociétés savantes, il en est qui jouent, dans leur organisme, un rôle de premier ordre; je veux parler de la critique et du contrôle qu'elles doivent exercer sur les travaux qui leur sont soumis et sur ceux même qu'elles peuvent, par voie indirecte et en vertu de leur pouvoir discrétionnaire, soumettre à leur juridiction. Je fais allusion, en ce moment, aux rapports sur les présentations faites par les candidats ou sur quelques idées originales et discutables émises par les sociétaires eux-mêmes. Si vous parcourez les volumes de nos premières séries, vous serez frappés du soin que les rapporteurs mettaient à accomplir une tâche, assez ingrate le plus souvent. Nombre de ces modestes travaux sont des chefs-d'œuvre où la critique, l'érudition, le jugement sain et le sens pratique brillent tour à tour. A ces exposés lucides, les autres membres s'empressaient de répondre avec un zèle égal et un même désir d'arriver à une solution. Après la lecture du rapport, on échangeait quelques observations, mais le plus souvent, on ajournait le débat et dans les séances suivantes, quelquefois plusieurs semaines durant, on entendait des discours étudiés, mûris, où toutes les opinions se faisaient jour et où se formulaient quantité d'idées originales émanant du cerveau d'hommes intelligents et instruits. En vérité, je connais peu de lectures plus attachantes et plus suggestives, si j'emploie ce terme à la mode, que celle de ces plaidoiries scientifiques, lesquelles, sans avoir disparu de nos Bulletins, sont devenues, j'ai le regret de le dire, de plus en plus rares, de moins en moins lumineuses; et je ne suis pas le seul qui ait fait cette pénible constatation; l'un de vos derniers présidents, M. Terrier, qu'on n'accusera certes pas d'encourager le verbiage et d'aimer les débats prolixes et creux, mais qui ne craint pas de dire ce qu'il pense, regrettait que, dans les travaux de la Société, « les longs mémoires aient disparu, les longs discours aussi, remplacés par des exposés de faits, des discussions statistiques, des relations d'opérations ou de procédés opératoires »; il demandait, lui aussi, des discussions très sérieuses, reportées aux séances suivantes, pour qu'on ait le temps de réunir les matériaux, de les condenser et d'en tirer le meilleur parti possible.

Pour ma part, je suis convaincu, avec notre collègue, que ce retour aux anciens errements est indispensable « pour conserver intacte la valeur de notre Compagnie et faciliter son évolution scientifique (1) ».

Grâce à la libéralité de quelques-uns de nos anciens collègues, Gerdy, Laborie, Demarquay, Ricord, nous disposons de prix assez importants pour récompenser les efforts des jeunes travailleurs qui, non encore opprimés par les servitudes de la pratique, peuvent consacrer leur temps à des travaux théoriques de critique, de compilation, d'érudition, à des expériences de laboratoire, à des recherches d'amphithéâtre. Il y a quelques années, lorsque je faisais partie des commissions, nous étions tacitement convenus de poser des questions telles que certaines parties de la science chirurgicale fussent toujours cultivées. Nous avions ainsi décidé d'attribuer le prix Gerdy à des travaux d'érudition, le prix Demarquay à l'étiologie et à la pathogénie, enfin nous insistions sur une des clauses de la donation Laborie exigeant qu'un de ses prix fût régulièrement et périodiquement attribué à l'étude des suites éloignées des opérations chirurgicales, afin que fût soigneusement conservée dans notre pays cette belle et féconde conception qui a fait la gloire de notre grand Malgaigne.

J'ai parfaitement souvenir, qu'à diverses reprises, les concurrents ont donné satisfaction à nos désirs et répondu à notre appel; mais si j'en crois des renseignements de fraîche date : œuvres érudites, travaux étiologiques et pathogéniques dont la nécessité est pourtant plus pressante que jamais, renseignements précis sur les destinées des anciens opérés, tout ou peu s'en faut a disparu de notre programme et notre *palmarium* lui-même menace de rester en blanc, le combat finissant faute de combattants, c'est-à-dire le concours faute de concurrents.

Il y a là un abandon auquel, pour notre honneur comme dans notre intérêt, il conviendra de remédier.

Le délaissement des travaux de critique et d'histoire serait d'autant plus inexcusable que l'esprit français, lucide et pénétrant, est particulièrement apte à produire des modèles parfaits d'érudition sans prétention, sans pédantisme et à forme littéraire éveillant la curiosité, l'intérêt en chassant la somnolence, et si quelqu'un protestait contre cette déclaration quelque peu chauvine, j'en conviens, je rappellerais ce qu'ont fait les élèves et les continuateurs de Malgaigne, entre autres Broca, Le Fort, et ce que font, à cette heure encore, les rares fervents de ces nobles études.

Je montrerais qu'à l'honneur de notre Compagnie, les splendides éditions nouvelles de Guy de Chaubac, d'Henri de Mondeville, de Méry et bientôt sans doute de Littre, sont dues au dur labeur de deux d'entre nous, quasi seuls représentants de la grande érudition chirurgicale, le savant docteur Nicaise, l'un de nos anciens présidents, et M. le docteur Petit, notre laborieux bibliothécaire.

J'ai même ici l'agréable mission de vous faire hommage d'une brochure fort intéressante, reproduisant les premiers statuts des chirurgiens de Paris de la confrérie de Saint-Côme et Saint-Damien. Ce qui double à nos yeux la valeur de cet opuscule, c'est que M. Nicaise l'a écrit spécialement pour nous, en l'honneur de notre cinquantenaire, et qu'à ce seul titre, il mérite nos vifs remerciements.

Avec de tels modèles, ne serait-il pas lamentable de laisser passer en d'autres mains un sceptre si glorieusement tenu par notre Société ?

Après avoir signalé ce qu'à mon avis l'on ne fait plus assez, je dirai en toute franchise, suivant mon habitude, ce qu'en revanche l'on fait trop, je crois.

Au lieu de cultiver, comme jadis, le champ tout entier de la pathologie externe, avec incursions fructueuses dans la pathologie générale, la physiologie et l'anatomie pathologiques; en supposant peut-être que ce champ, partout défriché, est privé de toutes ses mauvaises herbes : préjugés, erreurs, obscurités, lacunes, on tend à s'enfermer de plus en plus dans le cercle restreint de la thérapeutique sinon même de la technique opératoire; d'indications et contre-indications, de résultats éloignés : améliorations ou aggravations, de retentissement favorable ou fâcheux sur l'organisme sain ou taré, de prophylaxie, de moyens propres à assurer des guérisons durables, en vérité on ne parle plus guère.

De telle sorte que le chirurgien semble ne plus apparaître que tenant à la main le bistouri sauveur, cherchant par où et comment il le fera pénétrer jusqu'aux foyers morbides, multipliant les procédés sans trop se soucier, par confiance dans sa dextérité et dans l'antisepsie, de les rendre plus simples et moins périlleux, ne s'attardant pas à mettre en parallèle la temporisation et l'action, les procédés lents, doux, peu brillants, mais bénins, avec les procédés rapides, violents, qui restent et resteront toujours périlleux, les opérations palliatives et les opérations radicales au pronostic si différent, se préoccupant surtout du succès opératoire et

---

(1) Séance du 20 janvier 1892, *Bulletins de la Société de chirurgie*, t. XVIII, p. 223.

confiant à la bonne nature la lourde charge du succès thérapeutique, vivant enfin dans l'illusion actuellement régnante de l'innocuité quasi absolue de l'intervention, âge d'or de la chirurgie armée.

Voilà pour les apparences, car je n'entends pas dire, notez le bien, que la chirurgie conservatrice est devenue lettre morte, qu'on verse le sang sans réserve, à tort et à travers, car je sais et vous aussi qu'on guérit fort bien les arthrites sans arthrotomie, résections, ni amputations; qu'en notre pays, du moins, on n'extirpe pas souvent les goîtres qu'on guérit si fréquemment avec l'iode et la seringue de Pravaz; que les corps fibreux de la matrice sont, dans la grande majorité des cas, tenus en respect et guéris même avec l'ergotine, l'eau chaude et les thermes salins; qu'enfin les intempérances de la gynécologie se modèrent et finiront par disparaître. Mais ce qui me surprend, c'est que les apôtres, encore fort nombreux, Dieu merci, de la conservation, de la temporisation, de la sagesse, de la prudence, de la chirurgie médicale ou de la médecine chirurgicale, si je puis associer ces deux mots, gardent si timidement le silence, ne protestent pas davantage et défendent si mollement et si mal leur belle cause, comme s'ils rougissaient vraiment de mettre trois ou six mois à guérir sans coup férir, sans danger ou avec les *acta minoris periculi* de sérieuses maladies que d'autres croient indispensable de traiter par de graves opérations.

Que dans votre enceinte donc, les conservateurs, dussent-ils être traités de réactionnaires, reprennent hardiment la parole ou la plume pour tempérer les ardeurs excessives de la pratique et signaler les écueils semés sur son chemin; qu'ils s'organisent en une sorte de Droite constitutionnelle, de Sénat modérateur si vous voulez, et l'on verra bien autour de nous et au dehors où l'on ne nous juge pas toujours avec bienveillance, que la chirurgie française n'a perdu aucune de ses qualités maîtresses et que ses représentants actuels sont, comme toujours, prudents, instruits, humains, économes de la vie d'autrui et aussi fidèles serviteurs de la science que rompus aux difficultés de son application.

Chers collègues !

De grâce, veuillez ne pas croire dictés par un vain désir de critique, les reproches tout paternels que mon grand âge, mon expérience et mes bonnes intentions m'autorisent à vous adresser.

Votre Société est l'aînée de toutes celles du même genre qui ont été fondées dans le cours de ce siècle. Or, il ne faut pas qu'elle soit seulement la plus ancienne, mais bien aussi la plus active, la plus féconde, la plus savante, la plus avancée dans toutes les voies du progrès, ainsi que la plus irréprochable et la plus accomplie. A cette condition, son autorité légitime restera acceptée, incontestée, mais ne faites rien pour la compromettre et ne vous laissez distancer par personne.

Étant assez nombreux pour résumer toutes les aptitudes, toutes les tendances, aborder tous les sujets, représenter toutes ces spécialités qui morcellent notre art, vous pouvez et devez constituer une véritable encyclopédie vivante.

Craignez surtout que de grands succès pratiques vous enivrent et vous fassent dédaigner les triomphes scientifiques plus précieux encore. Les premiers, sans doute, augmenteront votre crédit et répandront votre renommée de par le monde; par eux vous serez déclarés utiles au moins pour vos contemporains, mais par les seconds seuls vous parviendrez à la vraie gloire, et sans attendre votre centenaire serez justement proclamés illustres et bienfaiteurs de l'humanité tout entière.

Pourquoi faut-il que la solennité présente, qui devrait être tout empreinte de joie et de sérénité, soit, hélas! attristée par un événement aussi cruel qu'imprévu : la mort du professeur Le Fort, l'un des membres les plus instruits et jadis les plus assidus de notre Compagnie?

Il y a huit jours, plein de santé en apparence, il présidait l'Académie; deux jours plus tard, alors qu'il se disposait à fêter avec nous nos confrères russes, il était brutalement frappé par la mort.

Les sociétés scientifiques auxquelles M. Le Fort appartenait entendront son éloge et le juste hommage rendu à ses travaux.

Je ne veux donc ici que rappeler sans retard ses grandes qualités de savant, de praticien, d'homme privé, sans peur et sans reproche.

Et je crois être votre interprète en transmettant, à sa famille en deuil, l'expression de nos profonds regrets et de notre vive sympathie.

Mais je ne voudrais pas vous laisser sous l'impression de cette trop douloureuse nouvelle et, pour l'atténuer, sans vouloir néanmoins l'effacer trop vite, je vais, pour éveiller des émotions plus douces, remettre de votre part à notre si universellement aimé et vénéré maître, M. Marjolin, un exemplaire frappé pour lui de notre médaille commémorative.

En entendant dans quelques minutes notre secrétaire général vous dire ce que M. Marjolin a fait pour notre Société, vous comprendrez sans peine combien nous tenions à lui donner une faible mais durable marque de notre reconnaissance.

NOTICE HISTORIQUE

SUR LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS (1)

Par M. Charles Monod, secrétaire général.

II

J'en viens, sans autre transition, à l'histoire des publications de la Société de chirurgie.

Nous avons vu comment nos premiers procès-verbaux avaient été détruits. Tout le travail des premières années n'a cependant pas été perdu. Quelques œuvres de longue haleine, lues en séance par leurs auteurs, avaient été publiées dans les *Archives générales de médecine*. En 1847, la Société avait formellement invité chacun des membres titulaires à faire chaque année une communication originale. Ces travaux, dès lors, se multiplièrent. On pensa qu'ils pouvaient faire l'objet d'une publication spéciale et que, de la sorte, à l'exemple de l'ancienne Académie de chirurgie, la jeune Société aurait ses *Mémoires* imprimés.

Le premier fascicule parut en mars 1847; le volume ne fut complet que dans le courant de l'année 1849. Il contenait, entre autres, de *Nouvelles études sur la luxation sous-glénoïdienne de l'humérus*, par Goyraud (d'Aix); le mémoire bien connu de Morel-Lavallée sur les *Hernies du poumon*, celui de Gosselin sur les *Déchirures du poumon sans fracture des côtes;* celui de Nélaton sur les *Luxations de la mâchoire inférieure*; ceux de Chassaignac et de Robert sur l'*Écoulement séreux qui s'effectue par l'oreille à la suite des fractures du rocher...* et d'autres.

Le volume était superbe : grand-in-4°, beau papier, caractères de choix. M. Masson père, l'intelligent et complaisant éditeur, qui avait noué avec notre Société d'amicales relations, si bien continuées par son fils, y avait mis tous ses soins. Le malheur était qu'une pareille édition coûtait cher et que nos *Mémoires* étaient appelés à avoir, dans le monde médical, surtout un succès d'estime. M. Masson avertit la Société que la publication ne pourrait pas continuer dans de telles conditions.

Elle continua cependant. Cullérier, dans le discours qu'il prononça à la séance annuelle de juillet 1849, disait : « que la publication des *Mémoires*, un instant compromise, reprenait son cours, grâce à des sacrifices »... Le trésorier d'alors, qui n'était autre que notre vénéré collègue, M. Marjolin, « déjà nommé », vous expliquerait mieux que moi à qui incombèrent ces sacrifices, dont on retrouverait la trace dans le dossier de la Société de chirurgie, à la librairie Masson.

Cullérier annonçait en même temps que le premier fascicule du deuxième volume venait de paraître. Il félicitait la Société

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 1161.

« d'avoir voulu, par son empressement à le publier, bien montrer qu'elle était décidée à continuer son œuvre ». L'œuvre existe, Messieurs. Elle est trop peu connue. Sont-ils nombreux, parmi les jeunes, ceux qui ont tenu à honneur de posséder cette belle collection, de sept volumes, qui abonde en travaux de haute valeur?

C'est là que vous trouverez les premiers éloges lus en séance solennelle par les secrétaires généraux. Quelques-uns de ces morceaux écrits par les Broca, les Legouest, les Trélat, les Guyon, sont à juste titre considérés comme des modèles.

En même temps que ses *Mémoires*, la Société éditait un *Bulletin*, publication beaucoup plus modeste, exclusivement réservée aux procès-verbaux des séances.

Le premier volume ne fut achevé qu'en 1851; il contenait le compte rendu des années 1848, 1849 et 1850. Les fascicules qui le composaient avaient paru successivement à dater des premiers mois de 1849, mais à des intervalles irréguliers. Il en fut de même des suivants; tous les ans, les présidents signalaient cette irrégularité et la déploraient.

Un traité conclu plus tard avec la *Gazette des hôpitaux*, qui se chargea de publier les comptes rendus rédigés par nos secrétaires, et de nous les rendre sous forme de tirages à part, réunis au bout de l'année en un volume, diminua nos frais d'impression, mais sans supprimer les retards.

Il en fut ainsi jusqu'en 1875. C'est grâce à l'intelligente générosité de Mme Huguier, la veuve de P. Huguier, membre fondateur et ancien président de notre Société, que ce fâcheux état de choses put être modifié.

Mme Huguier, sur le conseil d'amis éclairés, fit don à la Société de chirurgie, en souvenir de son mari, d'une rente annuelle de 1 000 francs, en nous laissant le soin d'en déterminer l'emploi.

La Société ayant décidé que cette somme serait consacrée à « favoriser nos publications scientifiques », l'occasion parut bonne pour donner suite à un projet depuis longtemps caressé.

L'impression de nos *Mémoires* demeurait pour nous une lourde charge, et surtout cette publication était dépourvue du cachet d'actualité que doit avoir toute œuvre scientifique. Certains travaux, devant attendre pour paraître que l'on eût réuni les éléments d'un volume complet, ne voyaient le jour que plusieurs années après avoir été communiqués. Aussi bien devenaient-ils plus rares, les auteurs de ces importants travaux préférant avoir recours, pour les faire connaître, à l'un des journaux scientifiques dont le nombre allait croissant.

Mieux valait donc renoncer à éditer nos *Mémoires* à part et les publier désormais, dans l'ordre où ils seraient lus, en même temps que les procès-verbaux et dans un même recueil.

Cette publication unique, pour laquelle on proposa d'abord le nom de *Journal de la Société de chirurgie*, reçut définitivement celui de *Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie*, qui rappelait mieux sa double origine.

Cette transformation, qui ne se fit pas sans de longs pourparlers, et à laquelle s'employèrent avec zèle le secrétaire général d'alors, M. Guyon, et notre éditeur, M. Georges Masson, avait un inconvénient. Pour que notre volume ne prît pas des proportions exagérées, il fallait que les orateurs et les auteurs de communications écrites consentissent aux réductions que le Comité de publication jugerait nécessaires. Celui-ci aurait-il la main assez ferme pour les imposer? Arriverait-il, suivant l'expression de M. Perrin, « à faire figurer Bulletins et Mémoires sur le lit de Procuste, représenté par les fascicules mensuels du nouveau recueil »? On n'était pas sans quelque appréhension à cet égard.

En fait, les choses s'arrangèrent au mieux et aucun de nous ne regrette aujourd'hui la décision prise. Tous les ans, nous possédons un beau volume, aux frais duquel, grâce au legs Huguier, nous pouvons suffire, et qui constitue un recueil apprécié en France et — je puis l'ajouter, preuves en main — à l'étranger.

De plus, grâce à l'activité de nos secrétaires annuels, à laquelle vous vous plaisez à rendre hommage, les fascicules mensuels de nos Bulletins paraissent à des époques presque régulières, et les travaux qu'ils contiennent conservent tout le charme de l'à-propos.

Telles sont nos publications officielles. Mais je ne saurais oublier, en ce jour, certains collaborateurs officieux et dévoués. M. Larrey, dans le discours qu'il prononça en quittant la présidence en 1852, se félicitait de voir trois journaux médicaux faire mention de nos travaux. Il doit être aujourd'hui plus que satisfait lorsqu'il aperçoit, groupés dans l'étroit espace qui leur est réservé, ces nombreux rédacteurs — parmi lesquels vous aimez à reconnaître l'élite de vos élèves — suivant avec assiduité vos séances, dont ils répandent aussitôt dans vingt journaux de Paris et de la province l'intelligente et fidèle analyse. Vous ne me pardonneriez pas si je n'adressais, en votre nom, à ces hommes de bonne volonté, un remerciement cordial.

La collection de nos *Bulletins*, de nos *Mémoires*, de nos *Bulletins et Mémoires*, arrive à faire bonne figure sur les rayons de notre bibliothèque. Ce n'est cependant qu'une faible partie de nos richesses.

Dès le début, la Société de chirurgie s'était occupée de mettre à la disposition de ses membres des livres de choix, dont le nombre, grâce à de fréquentes libéralités (1), grâce aussi aux échanges effectués entre nos publications et celles des sociétés étrangères, alla croissant rapidement.

Le poste de bibliothécaire fut créé, comme je l'ai dit, en 1853. Ce n'était pas, en ce temps-là, une sinécure. Le premier appelé à l'occuper fut notre savant et regretté collègue Giraldès. Aucun choix ne pouvait être meilleur. Giraldès était un érudit, il avait l'amour des livres. Il se mit aussitôt à l'œuvre et fit au delà de ce qu'on attendait de lui.

Lorsque, au bout de trois ans, il donna sa démission, une commission fut nommée pour examiner les résultats de son administration. Broca, bon juge en pareille matière, fut chargé du rapport. J'en extrais un passage, qui donne une idée de l'état dans lequel se trouvait à cette époque notre bibliothèque, ainsi que du travail considérable auquel Giraldès dut se livrer.

« Votre commission, disait Broca, ne saurait trop louer l'habileté et le dévouement avec lesquels M. Giraldès s'est acquitté de la tâche que vous lui avez confiée. Lorsque, il y a trois ans, notre collègue accepta les fonctions ingrates de bibliothécaire, vous conserviez déjà un grand nombre de volumes et d'innombrables brochures; mais ces richesses étaient en quelque sorte perdues pour vous, car vous n'aviez point de catalogue, et les brochures, empilées sans ordre dans les armoires, étaient à peu près introuvables. M. Giraldès, avec un zèle et une persévérance qui lui donnent des droits à la reconnaissance de la Société, a fait de l'ordre au milieu de ce chaos. Aujourd'hui, vous possédez deux catalogues, l'un pour les volumes et les collections de journaux, l'autre pour les brochures et les opuscules. Mais notre collègue a fait plus encore; il n'a pas reculé devant la difficulté d'un classement par ordre de matières. Les brochures ont été méthodiquement distribuées par sujets dans un grand nombre de cartons spéciaux, disposition éminemment profitable aux recherches et qui n'existe que dans bien peu de bibliothèques. »

Malheureusement, les successeurs de Giraldès ne furent pas à sa hauteur. Il fallut, vingt ans plus tard, reprendre son travail en sous-œuvre. Ce fut Giraud-Teulon qui s'en chargea. Il refit un catalogue qui, commencé en 1870, ne fut terminé qu'en 1874.

Je n'oserais dire que Giraldès et Giraud-Teulon aient trouvé ou aient chance de trouver parmi nous des continuateurs dignes d'eux.

Notre bibliothèque a d'ailleurs un vice irrémédiable. Elle étouffe dans un local trop exigu. Quels que soient le zèle et la

(1) Lenoir en mourant, en 1860, a légué à la Société de chirurgie plus de 1200 volumes « dans le plus bel ordre et le meilleur état, parmi lesquels figurent beaucoup de livres rares et de grand prix ». (Éloge de Lenoir, par Paul Broca, in *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. VI, p. LVI.)

compétence de l'excellent bibliothécaire adjoint qui veut bien aujourd'hui veiller au bon état de nos collections, il ne peut, faute de place, arriver à faire ce qu'il voudrait. C'est la seule ombre au tableau, je devais la signaler.

Quant à la caisse, vers laquelle je me tourne respectueusement en terminant cette revue de nos œuvres vives, je n'aperçois, au contraire, qu'un ciel pur et sans nuages.

Il n'en fut pas toujours ainsi. La Société de chirurgie a été pauvre, mais toujours économe, et sachant proportionner ses dépenses à ses moyens. Elle ne tarda pas, au reste, à voir ses ressources grandir, grâce à l'augmentation du nombre de ses membres, grâce aussi à la bonne gestion de ceux de vos collègues que vous avez successivement chargés du soin de vos finances : Marjolin, Debout, Houel, Guéniot, Nicaise, Berger, Schwartz, enfin, le dernier élu et non le moins expert. En 1878, date mémorable, le président sortant, M. Panas, annonçait à ses collègues que, pour la première fois, la Société avait pu consacrer une modeste somme à l'achat de rentes sur l'État. La Société de chirurgie devenait rentière. Vous pensez bien qu'elle n'a pas cessé de l'être. Laissons retomber le voile : bien que nous soyons ici en famille, nous ne sommes cependant pas en comité secret. Il suffira à nos amis de savoir que notre situation financière est bonne.

La Société de chirurgie fut reconnue d'utilité publique en 1851. Elle acquérait ainsi la personnalité civile et devenait apte à recevoir des legs. A l'exception de celui de Huguier, tous ceux qu'elle a reçus ont eu pour objet la fondation de prix. J'ai déjà parlé du *prix Duval*. Il est à peine besoin de rappeler les autres : *prix Laborie*, *prix Gerdy*, *prix Demarquay*, *prix Ricord*. Peut-être, tout en adressant à nos généreux donateurs un reconnaissant souvenir, serait-il à propos de rappeler, comme l'un de nos présidents le faisait en 1876, que l'institution des prix périodiques ne réalise pas complètement l'intention des fondateurs. Le petit nombre, la valeur restreinte, quelquefois même l'absence des mémoires envoyés en témoignent. Il serait à désirer, ajoutait notre collègue, que les bienfaiteurs futurs de notre œuvre entrassent dans la voie ouverte par Mme Huguier, en permettant à la Société de chirurgie la libre disposition de leurs dons, qu'elle saurait employer au mieux des intérêts de la science chirurgicale, son unique souci.

Cette *Notice historique* semblerait sans doute incomplète si elle se restreignait aux détails qui précèdent, si elle n'essayait de donner quelque idée de l'œuvre scientifique accomplie par la Société de chirurgie. Il est évidemment impossible de faire ici une analyse, même écourtée, de ses travaux. Il faut nous en tenir aux grandes lignes, ne nous arrêtant qu'aux principales étapes; cela suffira pour montrer que notre Société, fidèle à ses origines, n'a jamais été que la vivante expression du mouvement chirurgical contemporain.

Lors de sa fondation, et surtout quelques années plus tard, lorsqu'elle eut attiré à elle, au fur et à mesure de leur nomination, les chirurgiens du Bureau central, la Société de chirurgie formait une réunion d'hommes jeunes, animés de généreuses ardeurs, aspirant à se montrer, par leur valeur scientifique et par leurs succès opératoires, dignes de leurs aînés.

L'instant paraissait propice. L'anesthésie, dont les premières applications en France datent de 1846, allait donner à l'activité chirurgicale un nouvel essor. C'était aussi le moment où, sous l'influence de Lebert et de Robin, l'application du microscope à l'étude des lésions pathologiques commençait à permettre de pénétrer plus profondément le secret des affections chirurgicales.

La première des grandes discussions dont nos Bulletins ont gardé le souvenir, fut consacrée à l'étude de l'anesthésie générale, et plus particulièrement à celle de la chloroformisation. Elle s'engagea à propos d'un cas de mort par le chloroforme, observé par Vallet (d'Orléans), un de nos membres correspondants, et à la suite d'un remarquable rapport de Robert, lu dans la séance du 8 juin 1853 (1). Elle se prolongea jusqu'au 22 février 1854, c'est-à-dire pendant près d'un an. Le résumé de la discussion fait par Robert n'occupa pas, à lui seul, moins de quatre séances. Le débat fut donc complet. La Société exprima par son vote final l'avis que, si l'inhalation du chloroforme, même pur et bien administré, pouvait déterminer la mort, ces cas malheureux étaient trop exceptionnels pour que l'on pût renoncer à l'emploi de ce précieux agent (2). Cette discussion s'est renouvelée à bien des reprises parmi nous : elle a toujours abouti à la même conclusion.

C'est aussi dans les premiers volumes de nos recueils que vous trouverez la trace des importantes recherches de Lebert sur les tumeurs fibro-plastiques, sur la distinction du cancer et du cancroïde, sur les enchondromes, etc. Notre Société, en accordant à Lebert, bien qu'il ne fût pas chirurgien de profession, le titre de membre titulaire, montrait tout l'intérêt qu'elle prenait aux travaux de ce genre (3). On sait, au reste, que le savant anatomo-pathologiste retrouvait parmi nous en Broca, Follin et Verneuil, des élèves distingués, qui devinrent bientôt des émules.

Mais ce serait laisser dans votre esprit une fausse impression, que d'insister davantage sur ces souvenirs. La chirurgie active et pratique demeurait la principale des préoccupations de notre Société ; — je dis : la chirurgie, dans la plus large acception du mot.

La spécialisation n'était pas encore en honneur. La main qui maniait avec prestesse le couteau à amputations, était prête à saisir tel jour l'aiguille à cataracte, tel autre le lithotriteur, tel autre encore, le forceps. Nombreuses sont, en effet, les communications que nous pourrions relever, dans les vingt premiers volumes du *Bulletin*, sur les affections des yeux, de la vessie, ou sur les questions diverses relatives à l'obstétrique, voire même sur les maladies du larynx et de l'oreille.

Est-il nécessaire de rappeler les noms de Follin, Perrin et Giraud-Teulon ; de Danyau, Blot et Depaul; de Voillemier, de Dolbeau, ces maîtres — pour ne citer que les disparus — que notre Société se glorifiait de compter parmi les siens?

C'est néanmoins sur ce que l'on est convenu d'appeler la grosse chirurgie, que se concentre le principal effort des chirurgiens de cette époque. Fractures, luxations, affections et plaies des articulations, anévrysmes, hernies, bec-de-lièvre, taille, autoplastie, amputations, désarticulations, ablations de tumeurs, etc.; tels sont quelques-uns des principaux sujets qui sont continuellement à l'ordre du jour.

Tantôt ce sont des faits intéressants, tirés de la pratique, qui sont communiqués, et qui donnent lieu à de courtes remarques ; tantôt c'est une grande discussion qui s'engage. De véritables discours, longuement élaborés, sont lus à la tribune. Ils avaient parfois l'inconvénient, dit-on, de faire le vide dans la salle (4); ils n'en demeurent pas moins pour nous des documents précieux.

Parmi les plus importants de ces grands débats, je signale celui sur les *formes et le traitement de la coxalgie*, ceux plusieurs fois renouvelés sur le *traitement des anévrysmes*, survenant au moment où Vanzetti venait d'établir les avantages de la compression digitale ; ceux encore, non moins abondants, sur les *polypes naso-pharyngiens*, dont l'histoire pathologique est tout entière faite dans nos *Bulletins ;* celui enfin sur l'*évidement des os* et les *résections sous-périostées*, dans lequel Sédillot et Ollier, nos illustres collègues, trouvant chacun parmi nous des partisans et des adversaires, soutinrent eux-mêmes leur opinion respective, jusqu'au jour où la discussion fut close au profit des opérations sous-périostées.

Citerai-je encore les nombreuses séances consacrées à l'examen

(1) *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1852-53, 3e série, t. III, p. 408.
(2) *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1853-54, 3e série, t. IV, p. 409.
(3) Lebert, nommé membre titulaire le 14 août 1850, ayant dû s'éloigner de Paris, fut nommé membre associé étranger le 13 janvier 1853.
(4) Compte rendu pour 1868, par L. Labbé. (*Bulletins de la Société de chirurgie*, 1868, 2e série, t. IX, p. 526.)

de la valeur relative des différents procédés d'*amputation partielle ou totale du pied;* au *traitement des fistules vésico-vaginales;* à l'*anatomie pathologique*, au *mécanisme et au traitement des hernies;* aux *affections et tumeurs des bourses;* aux *plaies de tête, de poitrine et de l'abdomen;* aux *tumeurs de l'utérus et de l'ovaire;* aux *pieds-bots, becs-de-lièvre, anthrax, tumeurs érectiles*... Mais je m'arrête; pour être complet, il faudrait passer en revue la pathologie chirurgicale tout entière.

Je me ferais scrupule, cependant, de ne pas mentionner encore, parmi les sujets de vos délibérations, les *plaies par armes à feu*, dont vous avez abordé l'étude toutes les fois que l'occasion s'en est offerte. La présence parmi nous de tant d'éminents collègues de l'armée ou de la marine, auxquels vous avez toujours tenu à honneur d'ouvrir largement vos rangs, donnait à vos discussions, en de tels jours, une saveur et une portée spéciales.

L'activité, dans toutes les directions, était donc considérable. Et cependant le terrain livré alors aux entreprises de la chirurgie n'avait pas la même étendue qu'autrefois, ni surtout celle qu'il devait atteindre quelques années plus tard.

Le commencement du siècle avait été témoin de singulières audaces. La cure radicale des hernies était remise en honneur à la suite des travaux de Gerdy. Lisfranc pratiquait jusqu'à l'abus l'amputation du col utérin, et Récamier, allant plus loin, osait enlever l'utérus entier et avait des imitateurs; les recherches de Jobert (de Lamballe), de Lembert, de Gély (de Nantes), démontrant la possibilité de pratiquer, sur l'intestin ouvert, au moins chez les chiens, des sutures hermétiques et solides, donnaient l'espoir d'arriver chez l'homme à de semblables résultats; on n'hésitait pas, enfin, du moins à l'étranger, à ouvrir le ventre des femmes pour extirper des kystes de l'ovaire, ou même des tumeurs de plus mauvaise nature... le tout, il est vrai, avec des résultats, pour la plupart, désastreux (1).

C'était aussi l'époque où l'on ne reculait pas devant les plus graves mutilations pour triompher du cancer : larges amputations de langue, ablations dites totales, de la parotide, résection des deux maxillaires, extirpation complète du rectum, etc., sans plus de succès d'ailleurs.

Un temps d'arrêt, même un recul, se produisit. La Société de chirurgie n'y fut pas étrangère. Elle contribua à cette réaction salutaire, soit par son abstention systématique à l'égard de certaines opérations, soit par la sage réserve qu'elle observa à l'égard de certaines autres.

Elle avait deux raisons pour agir de la sorte. Elle cédait au découragement qu'éprouve le praticien, lorsqu'il voit ses efforts ne pas aboutir : le cancer impitoyable, en dépit des plus lourds sacrifices, récidivait, pour ainsi dire, toujours! Mais, surtout, elle constatait qu'une telle chirurgie ne se faisait pas sans de formidables hécatombes.

De tous temps, la mortalité dans les hôpitaux avait été considérable, mais il ne paraît pas que l'on s'en fût sérieusement ému. L'on semblait se résigner assez allègrement à cette *part du feu*, et les quelques succès obtenus faisaient oublier les trop nombreux revers.

Ce sera un des titres d'honneur de la Société de chirurgie d'avoir mis au premier rang de ses préoccupations le souci de la vie humaine, au risque d'être accusée de manquer parfois de hardiesse.

Les recherches statistiques de Malgaigne, de Trélat, de notre savant et si regretté collègue le professeur Le Fort — dont nous ne nous attendions guère à déplorer aujourd'hui la fin prématurée — avaient mis le mal en évidence et permis d'en sonder la profondeur. Restait à le combattre. La Société de chirurgie s'y employa avec zèle.

Pour certains, l'instrument tranchant était le grand coupable; il ouvrait la porte à la phlébite, qui elle-même, suivant la doctrine du jour, était la véritable cause des accidents infectieux auxquels les opérés succombaient. Le bistouri devait donc céder la place aux procédés de striction lente ou de cautérisation qui, en obstruant les vaisseaux, fermaient l'accès aux produits toxiques. Maisonneuve, avec son ostéoclaste, cet instrument de torture qu'il osa employer sur le vivant, montra jusqu'où l'on pouvait aller dans cette voie.

La Société de chirurgie n'eut pas de peine à faire justice de telles exagérations. Mais elle sut aussi reconnaître que l'écraseur linéaire, inventé par Chassaignac, et présenté par lui à ses collègues dès 1856; que le constricteur dont Maisonneuve vantait les qualités supérieures; que le galvanocautère de Middeldorpf, dont Broca contribua à répandre l'usage; que les divers procédés de cautérisation, enfin, et particulièrement la cautérisation en flèches, préconisée par Salmon et par Maunoury, l'un de nos meilleurs correspondants — constituaient de précieuses ressources, et qu'avec leur aide les accidents des plaies, s'ils n'étaient pas supprimés, diminuaient de nombre et d'intensité.

Mais tant que la bataille demeurait engagée dans les milieux contaminés, où, depuis si longtemps, l'infection purulente et l'érysipèle régnaient en maîtres, de simples modifications dans les méthodes opératoires devaient se montrer insuffisantes.

La Société de chirurgie le comprit, et abandonnant, pour un temps, l'objet habituel de ses délibérations, elle mit à son ordre du jour la grande question de l'assainissement des hôpitaux.

Nulle part la campagne ne fut conduite avec plus de vigueur et de talent. Je fais allusion ici à la mémorable discussion soutenue en 1864, rue de l'Abbaye, à propos de la reconstruction de l'Hôtel-Dieu.

Elle fut ouverte, le 12 octobre, par Trélat, qui prononça alors un de ses meilleurs discours. Il le terminait par une série de conclusions qui, après un long débat, furent votées presque sans modifications le 12 décembre suivant. Les projets de l'Administration furent déclarés condamnables. De plus, par la bouche de ses membres les plus autorisés, Gosselin, Verneuil, Broca, A. Guérin, Le Fort, etc., mettant courageusement à nu les vices de notre organisation hospitalière, la Société formulait nettement un programme de réformes.

L'Administration ne se rendit pas. L'Hôtel-Dieu fut reconstruit sur l'emplacement choisi et dans les conditions hygiéniques que l'on sait. Mais qui oserait dire que ce grand débat fut stérile? N'a-t-il pas répandu des idées qui, depuis lors, sont devenues monnaie courante?

Aussi bien notre Société eût-elle obtenu gain de cause sur ce point spécial, le mal n'en aurait pas moins subsisté en grande partie. Nos autres hôpitaux auraient conservé longtemps encore sans doute leur installation défectueuse, avec laquelle il fallait bien compter.

Force était donc de chercher en même temps, dans une autre direction, la solution du problème.

N'atteindrait-on pas le but en posant avec plus de soin les indications opératoires, et surtout en recherchant le meilleur pansement à appliquer aux plaies chirurgicales?

A ce double ordre d'idées se rattachent les recherches de notre éminent collègue et maître, M. Verneuil, poursuivies sans relâche devant la Société depuis 1868, sur l'influence que les états généraux constitutionnels ou les affections préexistantes du foie et des reins peuvent avoir sur les résultats opératoires, — et, d'autre part, l'examen fait par vous des nouveaux topiques proposés de tous côtés et considérés par leurs inventeurs comme seuls capables de s'opposer à l'éclosion des accidents infectieux.

On touchait à la délivrance. La guerre de 1870 venait de montrer la plaie dans toute son horreur. A Paris, la mortalité avait été effrayante. On n'ouvrait plus un abcès, on n'incisait plus un panaris sans redouter l'infection purulente.

Aussi ne fut-ce pas sans un étonnement profond que, en 1871, la Société de chirurgie apprit qu'un de ses membres, notre vénéré maître M. Alphonse Guérin, — dans son service à l'hôpital Saint-Louis, à l'époque néfaste de la Commune, dans les plus mauvaises

(1) Voir dans l'intéressant livre de notre excellent collègue J. Rochard, *La chirurgie française au dix-neuvième siècle*, Paris 1875, p. 267, le chapitre intitulé : « Témérités chirurgicales. »

conditions hygiéniques que l'on pût imaginer, — avait, sur 36 amputations pratiquées du mois d'avril au mois de juin, sauvé 23 malades (1), alors que, pendant les six mois précédents, il avait perdu tous ses opérés, sauf 1 (2).

Est-il besoin de rappeler comment M. Guérin avait obtenu ce résultat? Mettant à profit les démonstrations faites par Pasteur sur les germes atmosphériques, et sur la propriété que possède l'ouate de les arrêter au passage à la façon du meilleur des filtres, il avait eu l'idée de mettre les plaies opératoires à l'abri de toute infection venant de l'air, en les enveloppant d'une épaisse couche de coton.

Le « pansement ouaté » d'A. Guérin, aussitôt expérimenté par ses collègues et reconnu efficace, était un immense progrès. Il était réservé à Lister, que notre Société est heureuse de compter au nombre de ses membres associés, de faire mieux encore. Il établit par une suite de faits qu'en appliquant avec méthode l'acide phénique au pansement des plaies, non seulement on empêche le développement à leur surface des germes capables de les contaminer, mais encore on supprime la suppuration; qu'il est, par conséquent, possible d'obtenir la réunion primitive des parties divisées, toutes les fois qu'elle paraît praticable.

Le pansement de Lister découlait directement des découvertes de Pasteur. Lister s'est d'ailleurs toujours plu à reconnaître — et tout récemment avec éclat, dans une circonstance solennelle — la part qui revient à notre illustre compatriote, dans la merveilleuse évolution de la chirurgie moderne, à laquelle il a lui-même si puissamment contribué.

C'est le 17 mars 1875 qu'il fut pour la première fois question, à la Société de chirurgie, du pansement de Lister. M. Duplay nous communiquait, au nom de M. L. Championnière, qui ne faisait pas encore partie de la Société, un cas de trépanation suivie de guérison. Le succès de cette opération, réputée si grave, était attribué par l'auteur à la rigoureuse application des préceptes de Lister, dont il était, depuis un voyage fait en Écosse en 1868, l'ardent partisan.

L'année suivante, M. Verneuil nous faisait part des résultats que le professeur Saxtorph (de Copenhague), plus tard membre correspondant de notre Société, avait, par le même moyen, obtenus dans son service. Ils étaient bien faits pour fixer l'attention : sur treize résections de grandes articulations, dont quatre de la hanche, Saxtorph n'avait eu qu'une seule mort!

Le pansement de Lister ne tardait pas à être sérieusement mis à l'étude. Peu après la communication de M. Verneuil, MM. Guyon, Labbé, Terrier, L. Championnière nous apportaient une série de faits concordants, tirés de leur pratique, qui en démontraient l'incontestable efficacité.

Ce dernier surtout, devenu notre collègue, ne manqua pas, depuis lors, une occasion d'en mettre en lumière les bienfaits. Justement appelé l' « apôtre » de la méthode nouvelle, c'est lui qui a le plus contribué à la faire connaître et à en répandre l'usage parmi nous.

Les résistances qu'il rencontra furent peu nombreuses d'ailleurs, et bientôt se réduisirent à une seule, celle-là irréductible.

Et s'il n'en reste qu'un, je serai celui-là!

s'écrierait volontiers le collègue excellent qu'il serait bien superflu de nommer.

L'accueil fait par la Société de chirurgie à la méthode de Lister assurait son triomphe en France. Déjà à l'étranger il était incontesté.

Dirai-je l'influence que la vulgarisation de ces pratiques a eue sur la chirurgie moderne : l'infection purulente, l'érysipèle et toutes les complications des plaies définitivement vaincues; les amputations se succédant sans échec; les résections reprenant la place qui leur appartient; l'ouverture d'une articulation n'étant plus l'événement redouté entre tous; la chirurgie des os, ostéotomie, résection des cals vicieux, évidement, devenant sans danger; des opérations plus audacieuses ou plus périlleuses encore : extirpation de goîtres, suture de la rotule rompue, ablation du larynx, trépan, suture ou greffe tendineuses... exécutées presque à coup sûr; toute la chirurgie des viscères faisant cette fois, à bon droit, son apparition sur la scène : cure opératoire des hernies, laparotomies pour obstruction ou plaies des intestins, ablation des tumeurs liquides ou solides de l'ovaire, opérations partielles ou totales sur l'utérus et ses annexes; exploration ou ablation du rein; traitement chirurgical des calculs biliaires, etc., etc. L'énumération est bien incomplète; encore n'ai-je pas essayé d'entrevoir ce que nous réserve l'avenir.

Retournez en arrière. Voyez dans nos Bulletins le mouvement se dessiner d'année en année; vous serez, j'ose le dire, émerveillés.

Ah! je sais bien. Ils ne manquent pas, ceux qui s'effraient; qui nous accusent d'aller trop loin et trop vite; qui parlent de *folie opératoire*.

Laissez dire. Nous ne méritons pas ces reproches. La Société de chirurgie a toujours eu le bonheur de posséder des maîtres à l'esprit sage, prêts à accepter les tentatives, si osées qu'elles paraissent, lorsqu'elles sont suffisamment justifiées, mais sachant aussi repousser sans hésitation toute témérité coupable.

Par là, Messieurs, vous restez fidèles aux traditions séculaires de la chirurgie française. Notre Société se plaçait, en 1843, sous la glorieuse égide de l'Académie de chirurgie. Aujourd'hui, juste cent ans après la disparition de votre aînée, vous êtes en droit de dire que vous continuez sa grande tâche. Fût-il jamais plus à propos d'évoquer ce souvenir que dans cette maison, où, grâce à la bienveillance de la Faculté, nous pouvons célébrer notre fête; dans ce vénérable édifice qui fut, il me sera permis de le rappeler, construit pour les chirurgiens de Saint-Côme, nos pères? Si ces vieux maîtres pouvaient revenir parmi nous, s'ils pouvaient vous entendre et vous voir à l'œuvre, j'imagine que, d'abord étonnés de vos audaces, plus étonnés ensuite de vos succès, ils vous reconnaîtraient pour leurs légitimes héritiers et seraient fiers de leurs descendants.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Tillaux.

De l'épispadias.

(Leçon recueillie par le docteur Thiéry, chef de clinique.)

Je vais vous entretenir aujourd'hui d'un malade atteint d'une affection rare : c'est un jeune homme de vingt-trois ans, atteint d'épispadias, que je vais opérer lundi prochain.

Comment se présente un sujet atteint d'épispadias? Le gland est ordinairement élargi, presque sessile sur l'abdomen, car les corps caverneux sont atrophiés en longueur; au-dessous du gland se trouve une portion exubérante de prépuce : à la face dorsale du gland et de la verge se trouve une gouttière par laquelle s'écoule l'urine.

Tantôt la gouttière peut être fermée jusqu'au gland; le méat est situé sur la face dorsale du gland : épispadias balanique; si l'orifice est situé à la partie moyenne de la verge, c'est l'épispadias spongo-balanique; chez notre malade, la gouttière se prolonge jusqu'au col de la vessie et disparaît sous un pubis vulviforme : c'est alors l'épispadias complet. Le repli cutané placé au-dessous du pubis offre une face postérieure muqueuse.

Quelle est donc la pathogénie de cette singulière malformation?

Quelques auteurs ont rapproché de l'épispadias l'exstrophie de la vessie qui, elle, résulte de l'absence de soudure

(1) A. Blanchard. *Du pansement ouaté*, Th. de Paris, 1872.

(2) R. Hervey. Pansements à l'ouate, *Arch. gén. de méd.*, 1871, 6e série, t. XVIII, p. 643.

des lames abdominales avec disjonction plus ou moins grande des pubis.

Tous ces organes se développent aux dépens de l'allantoïde qui divise en bas la vessie, plus haut l'ouraque, et au delà de l'ombilic le cordon ombilical.

La portion prostatique et membraneuse de l'urèthre est aussi une dépendance de la vésicule allantoïde, un reste du sinus uro-génital. Je passe sous silence la communication du système allantoïdien et de l'intestin.

Le mécanisme qui préside à l'exstrophie de la vessie n'est point encore très net.

La portion spongieuse du canal de l'urèthre se développe d'une tout autre façon, et c'est à son développement que doit se rapporter la production de l'épispadias et de l'hypospadias, celui-ci bien plus fréquent.

Sur le milieu du périnée et en regard du sinus uro-génital il apparaît deux bourgeons latéraux situés de chaque côté d'une fente médiane (je ne parle pas des deux bourgeons scrotaux situés plus bas). Ces deux bourgeons péniens tendent à se souder bientôt sur la ligne médiane, de façon à former d'abord une gouttière dont les bords se rapprochant peu à peu se fusionnent, transforment la gouttière en canal et voilà le canal de l'urèthre formé. Chez la femme, les deux lèvres restent écartées et constituent les petites lèvres qui sont donc l'analogue de la portion spongieuse de l'urèthre de l'homme.

Si les lèvres de la gouttière ne se soudent pas, vous avez l'hypospadias avec absence du corps spongieux de l'urèthre : l'arrrêt de développement peut porter sur toute la longueur (hypospadias périnéal, périnéo-scrotal), ou bien la portion spongieuse peut être plus ou moins développée, hypospadias balanique ou spongo-balanique.

Jusqu'à Dolbeau qui a pu en disséquer deux cas remarquables, on croyait avec Adolphe Richard que l'épispadias était une prolongation de la fissure vésicale sur la face dorsale de la verge.

Dolbeau démontra dans son mémoire, que l'exstrophie de la vessie porte sur le développement des organes génitaux externes.

S'il y avait relation entre les deux, ce serait l'épispadias qui serait primitif et l'exstrophie de la vessie secondaire, et l'épispadias devrait s'accompagner d'exstrophie.

Or, il n'y a pas de relation entre l'exstrophie et l'épispadias.

Dolbeau fit remarquer que les bourgeons péniens vont d'abord à la rencontre l'un de l'autre par leur extrémité antérieure. Supposons qu'ils aillent à la rencontre par leur extrémité postérieure, ils circonscrivent une gouttière qui occupe la face dorsale de la verge et l'épispadias est constitué. Il y a donc fissure uréthrale dorsale avec inversion de l'urèthre.

Quels sont les caractères particuliers que présente notre malade? Il a une vessie à peu près normale, des corps caverneux à peu près normaux, mais peu développés; il a un col de la vessie qui fonctionne; il a une prostate et, par suite, une portion membraneuse de l'urèthre.

Mais il y a incontinence d'urine parce que le col fonctionne mal : le matin, quand il urine à volonté, il peut arrêter le jet.

Il n'y a pas d'écartement de la symphyse pubienne, ce qui est constant dans l'exstrophie : il a des corps caverneux, ce qu'on ne trouve pas dans l'exstrophie. Il a une vessie, un sphincter : c'est donc un véritable épispade.

Il a des érections, même des éjaculations : c'est donc sur les bourgeons externes et surtout les péniens que porte l'arrêt de développement, les bourgeons scrotaux ont évolué : les testicules sont petits mais puissants.

Quant au traitement, il faut arriver à Thiersch (de Leipzig) et à mon ami M. Duplay pour avoir des résultats vraiment remarquables. On a proposé un nombre assez grand de procédés. Dolbeau, je crois, prit un lambeau abdominal qu'il rabattait sur la gouttière. Thiersch a fait ce que Le Fort conseille dans son traitement de l'hypospadias : procédé à deux lambeaux latéraux rabattus en volet en superposant leurs faces cruentées.

Le procédé de M. Duplay est autre. Ce chirurgien propose d'opérer en plusieurs temps : Thiersch le propose aussi. On procède de l'extrémité libre vers la racine en laissant en arrière une sorte de fistule qui suffit à l'écoulement de l'urine, laquelle ne passe pas alors par la gouttière antérieure obtenue : plus tard, on ferme la fistule dorsale.

Dans un temps préparatoire on peut avoir à redresser la verge si elle offre des adhérences pubiennes : cela n'existe pas chez notre malade. Je ferai la réunion de toutes les lèvres de la gouttière jusqu'au pubis.

Le procédé de M. Duplay consiste à enlever de chaque côté de la fissure une bandelette de tissu d'une largeur de 4 à 5 millimètres en pénétrant jusqu'au corps caverneux. Si les bords de la gouttière ne peuvent s'affronter, on peut faire un débridement longitudinal au fond même de la gouttière : on fend le gland pour placer le méat à la partie inférieure et on fait une suture sur sonde. M. Duplay se sert de fil d'argent et applique des tubes de Galli sur une sonde perforée à travers les trous de laquelle il fait passer ses fils d'argent.

Mais il faut savoir que l'échec est possible : le succès est ordinairement partiel et l'on est obligé d'intervenir de nouveau : il ne faut pas se lasser.

Quant au jabot préputial qui existe, on peut, au lieu de le réséquer, le libérer en forme de pont à sa base : on le fait alors pivoter autour de ses deux extrémités et on en coiffe la face dorsale. On obtient aussi le maximum de *restitutio ad integrum* désirable pour une difformité aussi pénible et aussi choquante.

DE L'EXAMEN DES URINES

DANS LES ASSURANCES SUR LA VIE

Les questions auxquelles doit répondre un médecin qui visite un proposant pour une assurance sur la vie sont à peu près les mêmes dans toutes les Compagnies.

Elles portent sur plusieurs points différents, dont les uns sont sans importance et dont les autres, au contraire, réclament la plus grande attention à cause de la gravité même des symptômes qu'ils peuvent faire déceler.

Tout d'abord la coloration et la transparence des urines sont vérifiées à première vue. Presque toujours les qualités du liquide examiné sont normales, cela se comprend; les urines sont toujours fraîches, devant être émises en présence du médecin, et si elles forment un dépôt, c'est qu'il existe une affection qui, le plus souvent, par les douleurs qu'elle provoque, écarte pour un temps le patient de la visite médicale. Dans le cas contraire, on a affaire à des urines troubles renfermées très souvent dans une vessie malade, ou provenant d'un rein atteint, et ici il n'y a pas de doute, le refus ou tout au moins l'ajournement s'impose. S'il se forme immédiatement un dépôt et qu'on ait des soupçons sur la

possibilité d'une affection rénale, les Compagnies prescrivent d'avoir recours à un examen histologique. Les cas semblables sont très rares et encore faut-il être assuré de la compétence de celui qui manie le microscope avant de prononcer l'acceptation ou le refus.

Il faut ensuite se prononcer sur la densité ou la gravité spécifique de l'urine, ces deux termes étant pris dans le langage courant et sur les imprimés, indifféremment l'un pour l'autre. Ce sera toujours avec le pèse-urine qu'on lira la gravité spécifique, qui pourra varier de 1005 à 1025, sans qu'on ait à en tirer une conclusion dans un cas ou dans l'autre. Quand pourtant elle dépasse 1030, quand l'urine est en même temps sirupeuse, on doit penser à la présence du sucre qui sera décelé tout à l'heure à l'aide de réactifs chimiques.

Ce caractère du liquide urinaire pas plus, du reste, que sa réaction chimique n'ont une bien grande importance. L'urine est, en effet, presque toujours acide et rougit plus ou moins rapidement, d'une façon plus ou moins intense, le papier bleu de tournesol.

Mais le côté vraiment utile de l'examen est l'analyse chimique. Il est bien entendu qu'ici on ne demande qu'une analyse qualitative. La quantité des corps en suspension n'intéresse guère le médecin d'assurances qui a presque toujours à prononcer le rejet dès que la présence de l'albumine ou du sucre aura été reconnue.

Occupons-nous d'abord de la recherche de l'albumine. Elle peut se faire à l'aide de n'importe quel agent chimique témoin. Que ce soit l'acide picrique, l'acide acétique, l'acide azotique peu importe, le médecin se servira de celui dont il a le plus l'habitude. Pour nous, nous nous servons encore de la vieille méthode qui consiste à précipiter l'albumine par la chaleur. L'urine est mise dans un tube porté à l'ébullition. Comme l'albumine se coagule à 70 degrés environ, elle est immédiatement précipitée lorsqu'elle existe. On sait que la chaleur agit aussi sur les phosphates, mais le précipité n'est pas le même. Il faut cependant après l'ébullition, quand l'urine se trouble, y verser quelques gouttes d'acide azotique, qui dissout immédiatement les phosphates et accentuerait au besoin la précipitation de l'albumine, puisque seule elle suffit pour déterminer ce résultat.

Comme on le voit, nous nous préoccupons peu de la présence de ce petit nuage de phosphates qu'on rencontre quelquefois chez des sujets bien portants. Il faut pourtant savoir que le diabète phosphaturique, comme l'azoturique, du reste, est une cause formelle d'exclusion.

Le point sur lequel nous voulons principalement attirer l'attention est le phénomène de la glycosurie.

Il faut donc savoir rechercher le sucre, et, sa présence décelée, se prononcer pour le rejet immédiat ou pour l'ajournement.

La recherche du sucre se fait à l'aide de la liqueur de Fehling. On met quantités égales d'urine et du liquide bleu, on chauffe presque à l'ébullition et on examine. Ou il n'y a pas de précipité, le liquide reste clair : alors pas de doute, le proposant est sain; ou il se forme un dépôt rouge-brunâtre et il y a du sucre.

Dans ces deux cas, la solution de l'acceptation ou du rejet est facile; mais on rencontre des urines qui donnent des précipités gris, verdâtres, se formant ou immédiatement, ou une demi-heure après l'examen, il faut savoir que pour que la présence du sucre puisse être affirmée, le précipité doit être rouge-brun et que tant qu'il reste gris-vert, ou bleu-vert, il n'est pas produit par la présence de glycose.

Nous venons de dire que, quand le précipité était rouge-brun, la présence du sucre était décelée. Cela est vrai, presque toujours, pour ne pas dire toujours. Cependant, dans ces derniers temps, des expériences répétées ont prouvé que la réaction du sucre était compatible avec des urines normales et cela parce que d'autres substances que le glycose étaient susceptibles de réduire les sels de cuivre de la liqueur de Fehling. On a recherché ces substances et on a trouvé que l'acide urique et la créatinine avaient ce pouvoir. On a alors proposé différents moyens pour débarrasser l'urine de ces corps et permettre d'arriver à une certitude; mais les réactions nécessaires pour arriver à ce but ne sont pas du ressort du médecin d'assurances qui n'a à sa disposition que le matériel restreint compatible avec la pratique médicale. Aussi, devra-t-il dans ces cas, si la réaction ne lui paraît pas bien nette, si les symptômes manquent, faire examiner le liquide urinaire par un pharmacien qui pourra se prononcer.

La présence du sucre a été réellement constatée, s'ensuit-il nécessairement qu'on ait affaire à un diabétique? Certainement oui dans la grande majorité des cas; mais quelquefois non. Il existe, en effet, des diabètes intermittents et il existe aussi des personnes qui peuvent émettre du sucre sans être pour cela diabétiques. Les émotions vives, certaines fatigues, l'abus du coït, certains mets peuvent parfois déterminer momentanément la présence du sucre dans les urines. Il faudra donc, si on a des soupçons, ne pas se prononcer immédiatement, mais faire repasser le proposant et examiner à nouveau son liquide urinaire. Trois, quatre examens seront quelquefois nécessaires. On pourra arriver ainsi à porter un diagnostic exact de l'affection.

Nous terminerons en appelant toute l'attention du médecin sur cette question si délicate de la présence du sucre ou des symptômes qui peuvent faire penser au diabète. Dans ces cas, il ne faut pas hésiter à s'entourer de toutes les précautions. Pour ne citer qu'un exemple, il est aujourd'hui prouvé, qu'un diabétique peut ne pas présenter à un moment donné de glycose dans ses urines et cet exemple nous le prendrons dans le travail de M. P. Carles, agrégé de pharmacie à l'école de Bordeaux.

Il y a quelques années, un médecin bordelais avait à soigner un diabétique qui, le jour, cédait volontiers à toutes ses préoccupations d'affaires, mais qui était assez heureux la nuit pour retrouver un bon sommeil. Comme les premières analyses de ses urines donnaient des résultats brusquement et alternativement très variables, le malade s'adressa à deux pharmaciens habiles qui marquèrent plusieurs fois, le même jour, sur leurs bulletins d'essais, l'un sucre néant et l'autre une dose fort notable.

Médecin et malade ne sachant à qui entendre prirent M. Carles pour arbitre et lui remirent en même temps deux échantillons de cette urine, l'un pris sur l'excrétion diurne et l'autre nocturne. La quantité de sucre du premier s'élevait à plus de 50 grammes par litre, celle du second était négative. Le désaccord des précédents chimistes était expliqué. Le fait, à plus d'un titre, mérite d'être connu. (*Union méd.*)

VARIÉTÉS

Un médecin de campagne

LA PREMIÈRE OVARIOTOMIE FAITE EN FRANCE AVEC SUCCÈS.
VOYCIKOWSKI.

Si on demandait à un étudiant en médecine, de première année, le nom d'un chimiste qui aurait trouvé un procédé pour communiquer à un microbe une des couleurs de l'arc-en-ciel, il ne serait nullement embarrassé de répondre à son interlocuteur. Mais si on posait à des médecins la question suivante : « Comment s'appelait le médecin qui a fait en France et en Europe (Angleterre exceptée), avec succès, la première opération d'ovariotomie? » les quatre cinquièmes seraient dans un grand embarras.

Les gens du monde, qui s'imaginent que la valeur d'un médecin est en raison directe du nombre des habitants de la ville qu'il habite, répondraient immédiatement : « C'était un Parisien ! » Eh bien ! c'était un médecin de campagne ; à moins que Quingey (Doubs), la petite ville où il exerçait, n'ait, avec les 1,127 habitants que Desobry et Bachelet lui octroyent, la prétention d'être une grande ville.

Son nom, les auteurs qui ont écrit l'historique de l'ovariotomie le mentionnent, mais ils l'écorchent. Ils l'appellent Voyerkowski, tandis que le médecin dont l'habileté opératoire a montré la possibilité de pratiquer avec succès l'opération que les plus grands chirurgiens de ce temps-là proclamaient une témérité, « une

folie », tout simplement, comme le dit Stolz (*Gazette de Strasbourg*, 1852, p. 115), « parce qu'en France on a coutume de repousser avec obstination un procédé dont la réussite paraît *théoriquement* impossible, ou qui ne peut réussir entre les mains de certaines personnes », s'appelait *Voycikowski*.

J'ai sous les yeux son diplôme de bachelier ès lettres, accordé le 5 juillet 1837 par le doyen et les professeurs de la Faculté des Lettres, *Académie de Montpellier*, et la signature très lisible de l'impétrant; le diplôme de docteur en médecine, accordé le 27 mai 1840 par le doyen et les professeurs de la Faculté de médecine, *Académie de Montpellier*, et une deuxième fois la signature de l'impétrant; enfin une lettre du recteur de l'Académie de Montpellier, priant le recteur de Besançon de faire la remise de ces deux diplômes au docteur *Voycikowski*, chez M. Kuerkowski, pharmacien à Besançon (Doubs).

J'ajoute que le diplôme a été enregistré à la préfecture du Doubs, le 9 juillet 1840, et au greffe du tribunal de Besançon, à la même date.

L'opération a été faite le 28 avril, dans le village de Montfort, canton de Quingey, en présence de deux docteurs de Salins, MM. Matoszewicz et Mourset.

Voici comment un autre témoin oculaire la raconte, dans une lettre que le *Franc-Comtois*, journal de Besançon, a insérée le samedi soir, 8 juin 1844, dans son n° 46 :

« Monsieur le rédacteur,

Vous vous plaisez à relater tout ce qui est remarquable ; je n'hésite donc pas à vous prier de mentionner dans votre journal un fait du plus haut intérêt.

M. Voycikowski, Polonais, médecin, résidant en cette ville, vient de se distinguer par une des plus brillantes opérations chirurgicales, et dont le succès est complet.

Il s'agissait de l'extraction d'un squirre, d'un volume énorme (3kg250), auquel étaient adhérents les rudiments informes d'un fœtus. Secondé par MM. Matoszewicz et Mourset, médecins distingués de Salins, venus tous deux pour voir ce cas étrange, M. Voycikowsky a fait preuve d'un talent transcendant. Témoin de cette scène, je n'ai pu qu'admirer et l'habileté rare de l'opérateur et l'étonnant courage de la patiente, Mme Reptumar, de Montfort, qui, littéralement, avait ses entrailles sur ses cuisses pendant l'opération.

Ces messieurs enrichiront sans doute les Annales de médecine de ce cas extraordinaire.

Par de semblables services, M. Voycikowski paie noblement l'hospitalité que lui a donnée la France. Allié à une honorable famille, ce pays espère le conserver longtemps et jouir de ses talents. Son éloge est dans toutes les bouches, la reconnaissance dans tous les cœurs.

Recevez, etc.

G. D.

Quingey, 3 juin 1844. »

Mme Reptumar, l'opérée, est morte il y a quelques années à peine.

A la date à laquelle il pratiquait, sans préoccupation de l'anathème des princes de la science, la première ovariotomie, Voycikowski avait trente-quatre ans, étant né le 15 août 1809, à Sandomir (Pologne). Il exerçait depuis quatre ans, seulement, la médecine dans la petite ville de Quingey. Il y demeura jusqu'au 25 avril 1861, pendant vingt et un ans. Las de la gêne qu'il y endurait, un beau jour il partit pour Paris, le miroir à alouettes des désespérés de province. Il s'installa, 78, faubourg Saint-Martin. Sans relations, sans protections, très timide, Voycikowski traîna à Paris une existence plus misérable encore. Finalement malade, à bout de ressources, il vint mourir à Dijon chez son fils, un modeste employé de la Compagnie P.-L.-M., le 18 mars 1882.

Son fils, après une agonie de quatorze ans, mourut lui-même en 1891, laissant uue veuve et deux enfants, un garçon de dix-sept ans et une fille de dix-neuf, dont la santé est très délabrée. Les petits-enfants de Voycikowski, le médecin de campagne qui, le premier, a pratiqué en France une opération avec laquelle, depuis 1867, les chirurgiens des grands centres ont gagné des millions, n'ont d'autres ressources, pour ne pas mourir de faim, que la petite retraite que leur fait la Compagnie P.-L.-M., les 30 francs que le garçon gagne chaque mois à la Banque de Bourgogne à Dijon, et le produit des travaux de couture et de broderie que Mme Voycikowski et sa fille font pour les magasins.

Cependant, je ne tends pas la main pour ces pauvres gens. Ils ne m'ont pas chargé de le faire. Mais j'ai cru de mon devoir d'apprendre au corps médical que la ville de Dijon devant, dans six mois, transformer le cimetière où repose Voycikowski, en terrains à construire, ses cendres vont être jetées au vent, sa famille étant trop pauvre pour faire face aux frais de leur translation dans le nouveau cimetière.

J'ai voulu éviter aux chirurgiens, qui honorent notre grand pays, l'ennui d'entendre, un jour, quelque journaliste politique leur jeter à la face qu'ils n'ont pas eu la généreuse pensée de faire pour Voycikowski, ce que le docteur Haltenhoff, médecin oculiste à Genève, d'abord, puis, plus tard, notre corporation tout entière, a fait pour un autre médecin de petite ville, Daviel.

J'ajoute, pour les amateurs d'interview, que je ne connais pas Mme Voycikowski ni ses enfants, et que je possède la photographie et des autographes de Voycikowski.

J'ai trouvé tous ces documents parce que, mû par la pensée de venir en aide aux médecins de campagne, je cherche dans tous les coins de la France tout ce qui peut prouver leur grandeur et leur misère. Quand j'ai su que le premier ovariotomiste était un médecin de campagne, j'ai écrit à M. le curé de Quingey (Doubs), le priant de me dire ce qu'il pouvait savoir de Voycikowski et de sa famille. Je ne le connaissais pas. Mais je savais qu'on ne frappe jamais en vain à la porte d'un prêtre quand on lui demande son concours pour une œuvre de charité. Je prie M. Monnier, curé de Quingey (Doubs), de recevoir ici l'expression de mes sentiments respectueux et reconnaissants. Si ces quelques lignes, que je recommande à la bienveillance de mes confrères de la presse médicale et politique, procurent aux enfants de Voycikowski les ressources suffisantes pour éviter la profanation des cendres de leur grand-père, c'est M. le curé de Quingey qu'ils devront remercier.

Dr E. Rolland.

Une souscription est dès aujourd'hui ouverte dans les bureaux du *Bulletin d'oculistique*. Les noms des souscripteurs et leurs adresses seront publiés, à moins d'avis contraire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'externat. — Question donnée : Symptômes de la pneumonie franche aiguë.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Ricard, agrégé des Facultés de médecine, est chargé, pour l'année scolaire 1893-1894, d'un cours de pathologie chirurgicale, pendant l'absence de M. Lannelongue, député.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. le docteur Dewèvre est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. Labatut, suppléant des chaires de physique et de chimie, est chargé, pour l'année scolaire 1893-1894, d'un cours de chimie et toxicologie.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Froment (Eugène) est nommé aide-préparateur des travaux pratiques de chimie.

— *École de médecine de Limoges.* — M. Chénieux, professeur de clinique chirurgicale, est nommé pour trois ans directeur de ladite École.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Fête de la Toussaint.* — La Compagnie voulant faciliter les voyages,

à l'occasion de la fête de la Toussaint, a décidé que les billets d'aller et retour à prix réduits, délivrés sur son réseau du samedi 28 octobre au mercredi 1er novembre, seront tous indistinctement valables, pour le retour, jusqu'aux derniers trains de la journée du vendredi 3 novembre.

Cette durée de validité pourra être prolongée à deux reprises et de moitié (les fractions de jour comptant pour un jour), moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix des billets.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le méro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

5

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques. analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..................		
Chlorure de sodium..............		
Matières organiques..............		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

73

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

60

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-l'Abbé, Paris.**

34



La GOUTTE, la GRAVELLE, les RHUMATISMES sont guéris par les

SELS GRANULÉS EFFERVESCENTS DE LITHINE

de CH. LE PERDRIEL

Les *Sels granulés effervescents* sont de petits globules légers ayant l'aspect de cristaux amorphes, très poreux, qui se dissolvent instantanément dans l'eau et donnent un liquide parfaitement effervescent et transparent.

L'acide carbonique, qui se dégage pendant l'effervescence, facilite la solution, l'absorption, la digestion et l'assimilation de la substance active dont il masque la saveur particulière : ces avantages ont fait depuis longtemps adopter nos sels par les notabilités médicales.

90

ANÉMIE, CHLOROSE, ÉPUISEMENT

Affaiblissement général

HÉMOGLOBINE SOLUBLE

de V. DESCHIENS

PRINCIPE FERRUGINEUX NATUREL, RÉPARATEUR DES GLOBULES DU SANG

SIROP, VIN, DRAGÉES préparées par **Adrian et Cie**

9 et 11, rue de la Perle, PARIS

12

DYSPEPSIES ATONIQUES

COLIQUES HÉPATIQUES et NÉPHRÉTIQUES

La QUASSINE ADRIAN

EXCITE L'APPÉTIT ET DÉVELOPPE LES FORCES

DRAGÉES dosées à 25 mgr **Quassine amorphe.**
GRANULES dosées 2 mgr **Quassine cristallisée.**

22

COLIQUES HÉPATIQUES
COLIQUES NÉPHRÉTIQUES
COLIQUES UTÉRINES

CAPSULES BRUEL

D'ÉTHER AMYL VALÉRIANIQUE

Spécifique des maladies nerveuses en général. Le plus puissant et le plus inoffensif des calmants et antispasmodiques.

32

TUBERCULOSE PULMONAIRE

PLEURÉSIE D'ORIGINE TUBERCULEUSE

Bronchites aiguës et chroniques
Dilatation des bronches, Bronchorrhée

GAIACOL IODOFORMÉ SÉRAFON

& GAIACOL-EUCALYPTOL IODOFORMÉ SÉRAFON

en CAPSULES pour l'usage interne.
en SOLUTIONS pour injections hypodermiques.

Préparation et vente en gros : Mon ADRIAN et Cie, Paris.

92

ELIXIR, VIN, *SACCHARURE*, EUPEPTIQUE

KOLA-MONAVON

Médicament, cardio-vasculaire, Anti-neurasthénique, Tonique reconstituant, Aliment d'épargne

contre *Atonie générale, Convalescence, Débilité, Neurasthénie, Affections cardiaques.*

Elixir dosé à 1gr20 noix de kola pr cuillerée à bouche.



Saccharure dosé à 1gr20 noix de kola pr cuillerée à café.

Phie MONAVON, Lyon, 10, r. de Trion, et tes phies.

11

CHLORÉTHYLE BENGUÉ

3f50



Médecins, 2f75

ANESTHÉSIE LOCALE — NÉVRALGIES

Dr BENGUÉ, phien, 34, rue La Bruyère, Paris.

23

HAMAMELIS DU Dr LUDLAM

Gouttes concentrées, véritable spécifique des hémorrhoïdes, varices, puissant hémostatique. — Paris, Phie CABANÈS, 34, Bd Haussmann. — Ech. sr dem.

46

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Viande crue, Alcool, Écorces d'oranges amères, **Phtisie, Anémie, Convalescence.**

Paris, 20, place des Vosges.

44

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;

2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

99

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE

Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

PRIX du flacon : 4 francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

75

RAIFORT-IODÉ J. BUCI

SIROP *(fait à froid)*

contre les GLANDES DU COU, RACHITISME MOLESSE DES CHAIRS, PALEUR ÉRUPTIONS DE LA PEAU, CROUTES DE LAIT, ETC.

Il remplace les huiles de foie de morue ; c'est un **fluidifiant** et un **dépuratif énergique.**

PARIS, 22 ET 19, RUE DROUOT

48

Crayons intra-utérins.
Bougies uréthrales.
Suppositoires.
Balles rectales contre la constipation.



241

LES PILULES DE VALLET

ont été approuvées par l'Académie de médecine après un rapport qui constate leur efficacité et leur supériorité sur les autres préparations ferrugineuses.

« Les **Pilules de Vallet** étant solubles dans les sucs digestifs, on n'a pas à craindre qu'elles traversent les organes sans produire d'effet. Mais la dissolution en est lente et graduelle, en sorte qu'elles n'offensent pas l'estomac, comme les préparations martiales liquides ou très solubles, qui produisent souvent de l'irritation ou de la gastralgie. » (Extrait du rapport de l'Académie de médecine de Paris.)

Dose : 2 à 8 par jour.

NOTA. — Les *véritables* **Pilules de Vallet** ne sont pas argentées, mais blanches, et sur chaque pilule le nom Vallet est imprimé en noir. Elles ne se vendent qu'en flacons de 3 francs et en demi-flacons de 1 fr. 50. Sur tous les flacons se trouve la signature *Vallet*, 19, rue Jacob, Paris.

22

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.

Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

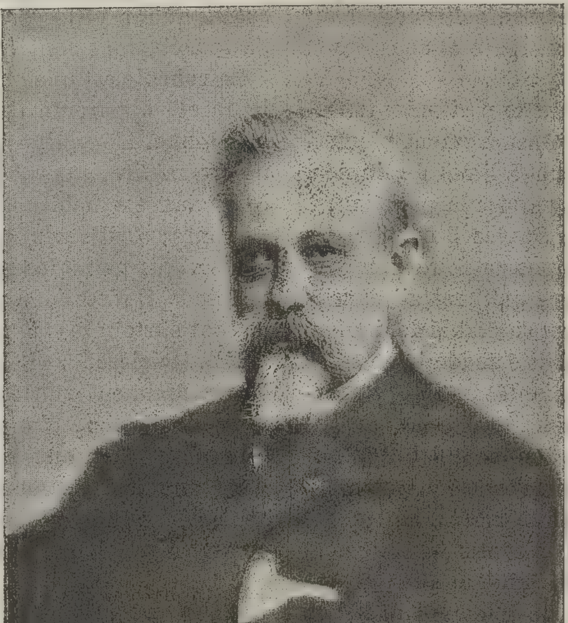
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de la Toussaint, le journal ne paraîtra pas jeudi.

Paris, le 30 octobre 1893.

Il y a huit jours à peine, au moment même où nous mettions sous presse le numéro du journal, résumant le discours que le professeur Le Fort venait de prononcer à l'Académie, on nous annonçait sa mort subite, loin de Paris, dans sa propriété de Sologne, où il était allé se reposer quelques jours, avant de reprendre son service de l'Hôtel-Dieu. C'est en pleine activité intellectuelle et physique que Le Fort a été frappé, sans que rien eût pu faire prévoir la catastrophe qui l'a ravi à la science et à l'amitié des siens.



Avec lui disparaît une personnalité importante de la science chirurgicale française. Le professeur Le Fort était arrivé au summum des grandeurs chirurgicales : professeur de clinique à l'Hôtel-Dieu, il devait, dans quelques semaines, prendre, à l'Académie, le fauteuil de la présidence. Sa carrière fut aussi rapide que brillante.

Né en 1829 à Lille, il fut, à dix-neuf ans, reçu le premier à l'École de service de santé militaire, et il entrait en qualité d'élève à l'hôpital militaire d'instruction de Lille, lorsque deux ans après, en 1850, ces hôpitaux furent supprimés. Le Fort vint alors à Paris compléter ses études comme étudiant civil, il fut reçu externe en 1852, interne en 1853 et débuta dans le service de Malgaigne, dont il devint le gendre et l'ami. Aide d'anatomie, puis docteur en 1858, il prenait part à la campagne d'Italie en qualité de chirurgien sous-aide volontaire. Prosecteur en 1861, en 1863, il fut nommé chirurgien des hôpitaux et agrégé. Dix ans plus tard, il était appelé à la chaire de médecine opératoire et, quelques années après, devint professeur de clinique chirurgicale.

Il est difficile, dans une courte notice nécrologique, d'analyser l'œuvre scientifique de Le Fort ; elle fut considérable.

Le premier travail qui mit en relief les qualités du futur professeur est son mémoire sur l'hygiène hospitalière en France et en Angleterre, bientôt suivi de son rapport sur l'hygiène des maternités. La mortalité des femmes en couches était alors arrivée à des proportions formidables. Le rapport que Le Fort adressa à l'Assistance publique, à la suite de voyages à l'étranger, constitue un document de premier ordre qui, depuis, a servi de base à toutes les discussions sur la matière. Ce fut un des titres scientifiques les plus importants du professeur Le Fort. Sa théorie du « germe contage » était une conception belle et vraie, dont l'application pratique eût, depuis trente ans, bouleversé la chirurgie, si Le Fort eût su en tirer toute l'application pratique.

Dès 1860, il avait fait un véritable plaidoyer en faveur des résections articulaires; il se donna tout entier à la publication d'un traité de « médecine opératoire » qui, primitivement écrit en collaboration avec Malgaigne, devint, par ses éditions et ses modifications successives, une œuvre absolument personnelle.

Les articles qu'il fit paraître dans les différentes publications scientifiques, et en particulier dans le « Dictionnaire encyclopédique », nous montrent en Le Fort un écrivain élégant, un savant consciencieux, un bibliographe de premier ordre, remontant aux sources de chacune de ses cita-

tions, un statisticien remarquable, que nul n'a égalé depuis.

Ses écrits, ses discours sont tous empreints de la grande droiture, qui fut jusqu'au bout sa qualité dominante. Le professeur Le Fort, avec son esprit net et décidé, ses allures franches et vives, n'était pas partisan de ces « combinaisons » qui, sous la direction de certains de ses collègues, tendent parfois à vicier les concours, et parfois il se retira d'un jury dont les décisions ne lui paraissaient pas exclusivement dictées par l'unique appréciation des épreuves.

Le Fort n'avait point d'ennemis; il laisse de profonds regrets dans le corps médical, où il était aimé pour ses qualités de cœur, pour sa droiture, pour la convenance parfaite avec laquelle il défendait ses idées, pour sa probité et sa loyauté scientifiques.

Revenant sur la communication faite par M. Richardière à la dernière séance, M. Béclère dit que le *rhumatisme blennorragique* est plus fréquent chez les enfants qu'on ne le croit (Société médicale des hôpitaux, 27 octobre). Il s'agit presque exclusivement de petites filles atteintes de vulvo-vaginite à gonocoques, dont la nature est souvent méconnue. Cette vulvo-vaginite résulte ordinairement, non de manœuvres inavouables, mais de rapports familiaux, de la cohabitation avec des parentes atteintes de blennorragie.

M. Sevestre, qui a vu depuis quelques mois trois cas de rhumatisme blennorragique chez des petites filles, pense qu'en effet, cette affection est chez les enfants beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit en général.

Une présentation de malade faite par M. Rendu devient le point de départ d'une longue et intéressante discussion sur le traitement de la péritonite tuberculeuse et aussi de la pleurésie de même nature.

La malade de M. Rendu était atteinte de péritonite tuberculeuse avec ascite et d'un double épanchement pleural. M. Rendu fit une ponction et évacua 7 litres de liquide, puis, par la canule même qui avait servi à la ponction, il injecta à l'aide d'une seringue de Pravaz 5 centimètres cubes de naphtol camphré. Il n'y eut pas de douleur immédiatement, ce qui tient sans doute à ce qu'il restait dans le péritoine une quantité encore assez considérable de liquide. Les jours suivants, il y eut une sensibilité abdominale assez vive et de la fièvre. Tout cela tomba bientôt et l'on put percevoir dans le ventre un empâtement en gâteau, qui se tassa en quelque sorte, de façon à donner plus tard l'impression d'une tumeur. Depuis, cette induration a complètement disparu et, par le palper abdominal, on ne trouve plus rien d'anormal. L'épanchement pleural s'est également résorbé sans laisser de traces. L'état général s'est depuis beaucoup amélioré et la malade a sensiblement gagné en poids. Actuellement, elle donne l'impression d'être complètement guérie.

Cette communication amène une assez longue discussion à laquelle prennent part surtout MM. Fernet, Le Gendre, Juhel-Rénoy et Rendu.

Tout le monde est d'accord pour reconnaître que la tuberculose du péritoine avec ascite guérit assez souvent sous l'influence de moyens thérapeutiques différents. C'est elle aussi qui a donné les meilleurs résultats aux chirurgiens qui ont fait la laparotomie. Il semble actuellement qu'avant d'avoir recours à l'intervention chirurgicale, il faut tout d'abord essayer des moyens médicaux plus inoffensifs.

M. Fernet aurait peur d'employer le naphtol camphré; il craindrait de provoquer une douleur vive et une action réflexe énergique, semblable à celle qui, à la suite du lavage de la plèvre, amène des accidents apoplectiformes ou convulsifs. La mort subite pourrait être même la conséquence de cette intervention. M. Le Gendre, en effet, a provoqué la mort chez les animaux en leur injectant une petite quantité de naphtol camphré dans la plèvre. Si les chirurgiens ont pu employer le naphtol camphré assez largement dans le traitement des péritonites tuberculeuses, c'est que, d'une part, ils agissaient sur une séreuse depuis longtemps enflammée et modifiée, et chez des malades chloroformisés.

Ce serait, en tout cas, une bonne précaution que de laisser une certaine quantité de liquide dans le péritoine ou la plèvre, de façon à diluer le naphtol camphré. M. Rendu n'a pas constaté de douleur immédiate, pas plus que M. Catrin, qui a injecté du naphtol camphré dans la plèvre après une ponction de pleurésie, mais en ayant le soin de ne pas évacuer totalement le liquide.

Il est vrai que, pour les accidents consécutifs au lavage pleural, on a surtout incriminé la pression. On n'aurait pas de semblable déboire en faisant les injections lentement. Cette théorie n'explique pas tout, car M. Fernet a vu la perte de connaissance survenir après l'injection de 15 à 20 grammes seulement de liquide iodé dans la plèvre.

Pour sa part, M. Juhel-Rénoy vante surtout l'emploi d'une solution de chlorure de zinc.

M. Sevestre conte l'histoire d'une petite épidémie de *rubéole* qu'il a observée récemment dans un lycée de Paris. Ses conclusions sont intéressantes.

La rubéole est une maladie indépendante, autonome, dont la rareté apparente tient surtout à ce qu'elle est souvent méconnue. L'éruption peut être très intense sans réaction inflammatoire, sans fièvre; la tuméfaction des ganglions cervicaux est habituelle. L'incubation est d'une quinzaine de jours; c'est surtout au début que la maladie est contagieuse. Elle paraît cesser de l'être dès que l'éruption est terminée, il n'est donc pas besoin d'isoler les convalescents, ce sont surtout les suspects qu'il faut séparer.

MM. Béclère, Juhel-Rénoy, Galliard, Comby, Rendu, Catrin prennent successivement la parole. Leurs observations confirment d'une façon générale les conclusions de M. Sevestre. Parfois, la fièvre peut être assez marquée, elle peut atteindre momentanément 39 et 40 degrés, surtout chez les adultes, l'engorgement ganglionnaire, considéré comme signe diagnostic, peut faire défaut.

MÉDECINE PRATIQUE

Neurasthénie et arthritisme, d'après M. R. Vigouroux (1).

Par le docteur Albert Mathieu,
Médecin des hôpitaux.

M. R. Vigouroux vient de publier sur les rapports de la neurasthénie et de l'arthritisme un intéressant travail. Il

(1) R. Vigouroux. *Neurasthénie et arthritisme.* — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Maloine.

aboutit à des conclusions thérapeutiques qui méritent d'être connues.

Pour lui, la neurasthénie est un état très voisin de l'arthritisme; les deux états morbides auraient une formule clinique commune.

Nous ne demandons pas mieux, pour notre part, que d'admettre la parenté de la neurasthénie et de l'arthritisme. Nous pensons depuis bien longtemps — et cette idée nous l'avons défendue toutes les fois que l'occasion s'est présentée — que l'arthritisme n'est au fond qu'un état névropathique. Cet état névropathique est en quelque sorte la prédisposition commune d'où dérive plus tard, au hasard des rencontres, d'après le mode de l'existence et l'hygiène suivie, la goutte, le diabète, l'obésité, etc. On sait, du reste, qu'on a donné place aux maladies de la branche arthritique dans la famille névropathique.

S'il est souvent juste de dire que c'est par la neurasthénie que l'on entre dans la dégénérescence héréditaire, c'est-à-dire dans la famille névropathique, on peut dire aussi qu'on y entre tout aussi bien par l'arthritisme, et cet arthritisme se rencontre très souvent en combinaison avec les névroses les plus diverses.

Pour M. R. Vigouroux, l'arthritisme et la neurasthénie ont une base chimique commune : l'acidité exagérée des milieux organiques et la diminution des échanges nutritifs, le ralentissement de la nutrition en un mot. Cette acidité exagérée des milieux est démontrée par l'acidité exagérée de l'urine qui n'est, en somme, que le liquide de lavage de l'organisme.

L'urine des neurasthéniques, quelle que soit, du reste, la forme clinique de la névrose, se distinguerait par les caractères suivants : augmentation considérable de la quantité d'acide éliminée en vingt-quatre heures, diminution de l'urée et des autres produits solubles, augmentation relative des produits azotés incomplètement oxydés, apparition très fréquente de certaines substances anormales, telles que l'acide lactique libre et les leucomaïnes toxiques. Ce sont là précisément les caractères de l'urine des arthritiques. On pourrait donc répéter, avec M. Huchard, qui se plaçait il est vrai à un point de vue différent, que la neurasthénie est une névrose arthritique.

On a vu que, d'après M. R. Vigouroux et M. Gautrelet, qui a fait les recherches chimiques de ce travail, l'apparition de l'acide lactique libre serait chose fréquente chez les neurasthéniques, on pourrait en trouver de 3 à 12 grammes par jour. Nous avouons avoir été surpris par ce chiffre élevé, d'autant plus que le chiffre de 12 grammes est indiqué pour des malades dont le volume quotidien d'urine aurait été inférieur à la normale. Comme la quantité normale d'urine varie de 12 à 1400 grammes d'urine chez l'homme adulte, il faudrait donc admettre que ces 12 grammes d'acide lactique se trouvaient dans une quantité d'urine ne dépassant guère 1 litre. Cela équivaudrait donc à environ, au moins, 10 p. 1000 d'acidité. Une urine ayant une acidité totale de 10 p. 1000, cela nous paraît tout à fait extraordinaire! Il y a là un point sur lequel nous aurions besoin d'éclaircissements.

Quoi qu'il en soit, il faudrait surtout retenir ces deux faits, l'augmentation de l'acidité de l'urine et la diminution de l'urée dans l'urine des neurasthéniques, facteurs tous deux d'un élément commun, le ralentissement des échanges organiques. Voyons quelles conséquences en tire M. Vigouroux, au point de vue de l'intervention thérapeutique.

Trois indications fondamentales en dérivent : diminuer la ration alimentaire chez les neurasthéniques, leur faire prendre du bicarbonate de soude et les soumettre à l'électrisation statique.

Il faut diminuer la ration d'entretien, parce qu'il est illogique de donner à ces malades une quantité d'aliments supérieure à celle qu'ils peuvent utiliser. On a généralement tendance à les suralimenter, à combattre leur affaiblissement par une nourriture aussi réconfortante que possible; c'est là une erreur. Ce qu'il faut avant tout, c'est ne leur pas faire prendre une quantité de substances nutritives supérieure à celle qu'ils sont susceptibles d'assimiler normalement. Il faut, en un mot, diminuer chez eux la ration d'entretien, il faut leur donner moins à manger qu'ils ne mangeaient auparavant.

Le premier résultat de ce régime restreint est de les faire maigrir, mais bientôt ils reprennent leur équilibre, l'amaigrissement s'arrête; les malades se sentent plus gais, plus courageux et plus forts. L'expérience a donc confirmé l'exactitude de cette donnée théorique.

L'acidité exagérée de l'urine indique l'emploi des alcalins à faible dose. On en donnera suffisamment pour corriger l'hyperacidité urinaire, c'est-à-dire de 4 à 7 grammes par jour environ. Le bicarbonate de soude, donné à cette dose, est du reste considéré comme susceptible d'augmenter les échanges organiques et d'amener une élévation de la quantité d'urée éliminée.

Quant à l'électrisation statique, ce serait le stimulant vital par excellence. Elle donnerait des résultats bien supérieurs à l'hydrothérapie et au massage.

Nous avons bien rencontré un certain nombre de neurasthéniques qui s'y sont trouvés rebelles; nous en avons rencontré, d'autre part, un bon nombre que la douche chaude ou froide, suivant les cas, a beaucoup améliorés. Ce n'est pas une raison pour dire du mal de la franklinisation que nous considérons comme un excellent mode d'intervention physique. Il a, entre autres, le grand avantage d'impressionner ces névropathes beaucoup plus que les autres méthodes de traitement physique et de les influencer heureusement.

Telle est la formule thérapeutique que M. R. Vigouroux établit en regard de la formule chimique qu'il attribue à l'urine des neurasthéniques. Il déclare en avoir obtenu les meilleurs résultats. Nous sommes d'autant mieux disposé à essayer cette méthode de traitement que, d'une part, M. Vigouroux affirme sa valeur clinique, et que, de l'autre, les bons effets obtenus peuvent s'expliquer d'une façon tout aussi satisfaisante par une théorie différente. Sans parler du chimisme urinaire, on eût pu établir une méthode semblable, en prenant comme point de départ l'état de la digestion chez les neurasthéniques.

La neurasthénie implique généralement la dyspepsie, et cette dyspepsie se caractérise souvent par la diminution de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique. L'hypochlorhydrie n'existe pas toujours, mais presque toujours en cas semblable.

Or, quelle est l'action du bicarbonate de soude aux doses auxquelles le donne M. Vigouroux? C'est précisément d'exciter la sécrétion de la muqueuse stomacale et d'augmenter la proportion de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique. L'amélioration de la digestion pourrait suffire, à la

rigueur, pour expliquer l'augmentation de l'urée dans l'urine sous l'influence des alcalins à faible dose.

On sait, d'autre part, qu'il y a une sorte de balancemententre l'acidité du suc gastrique et l'acidité de l'urine; quand l'une augmente, l'autre diminue et réciproquement.

Il est possible que l'hyperacidité de l'urine, chez les neurasthéniques, soit en rapport avec l'hypo-acidité stomacale. Ce serait donc, non pas directement, mais indirectement, que la richesse de l'urine en acide indiquerait l'usage des alcalins. Il semble que l'organisme fabrique toujours une certaine quantité d'acide, qu'il déverse, soit dans l'estomac où les aliments la saturent, soit dans la vessie.

De ce que l'urée augmente dans l'urine quand on administre des alcalins à petite dose, il ne faut donc pas en conclure forcément que les oxydations organiques se sont faites plus complètement, mais que la digestion des albuminoïdes a été plus satisfaisante. Les deux facteurs, il est vrai, peuvent agir, soit dans le même sens, soit en sens contraire.

Quoi qu'il en soit, nous sommes d'accord avec M. Vigouroux pour reconnaître qu'il y a intérêt à ne pas donner aux dyspeptiques une quantité d'aliments supérieure à celle qu'ils peuvent élaborer. Il y a un *coefficient d'utilisation*, qu'il serait bon de connaître dans chaque cas pris en particulter. Il faudrait pouvoir établir chez chaque malade un rapport entre la quantité des substances azotées qui pénètrent dans le tube digestif, et celles qui en sortent après avoir été utilisées. Ce rapport, nous avons récemment cherché à le déterminer dans quelques cas, M. L.-A. Hallopeau et moi, mais, même en ne donnant que du lait, nous nous sommes heurtés à des difficultés d'exécution inattendues.

L'idéal serait évidemment de donner aux malades exactement la ration alimentaire qui leur convient.

Faut-il pour cela diminuer l'alimentation chez tous? Il nous paraît certain qu'il faut distinguer. Il y a des neurasthéniques qui s'alimentent fort peu, spontanément, et auxquels on rend un grand service en les *gavant*, en les *suralimentant*.

On sait quels succès a obtenus Weir-Mitchell par son procédé qui est basé à la fois sur le repos, l'isolement et la suralimentation progressive. Personnellement, nous avons obtenu de très beaux résultats par le gavage à la poudre de viande.

Nous avons donc tendance à croire qu'il n'y a pas une formule unique. Le meilleur guide serait encore, à notre sens, de rechercher dans quelle mesure est utilisée l'alimentation donnée. Weir-Mitchell commençait, du reste, par une alimentation lactée assez légère, qu'il augmentait progressivement. C'est probablement là ce qu'il conviendrait le mieux de faire : partir d'une ration faible, qu'on élèverait progressivement, en s'arrêtant au moment où l'urée éliminée est en quantité iusuffisante, relativement à l'azote ingéré. Il y a là tout un plan de campagne et de recherches.

Si donc on n'était pas convaincu par les raisons que donne M. Vigouroux pour agir comme il le propose, on voit qu'on pourrait être amené à agir à peu près comme il l'a fait par des raisons différentes. En faisant la critique de sa méthode, nous croyons non l'avoir affaiblie, mais l'avoir au contraire renforcée.

REVUE DE LA PRESSE

Les accidents gravido-cardiaques. — I. Leyden, dans une étude récente, montre que les accidents gravido-cardiaques peuvent survenir non seulement dans le cas de lésions valvulaires, mais dans le cas d'hypertrophie, de dilatation du cœur, de cœur brightique. Une cause fréquente et peu connue est la parésie cardiaque liée à l'anémie, à la chlorose, aux hémorragies. Comme causes d'hémorragies au cours de la grossesse, une mention spéciale doit être faite des insertions vicieuses du placenta. Parmi les lésions valvulaires les plus mal tolérées au cours de la grossesse, il faut citer les lésions mitrales, et en particulier le rétrécissement.

Les femmes atteintes de lésions cardiaques deviennent enceintes aussi souvent et aussi facilement que les autres. Mais les fausses couches sont, chez elles, fréquentes. Toute grossesse amène une aggravation plus ou moins prononcée, plus ou moins persistante, de la lésion cardiaque. Aussi Leyden défend-il le mariage aux jeunes filles cardiaques. Les cardiaques mariées doivent être surtout prévenues du danger des grossesses successives à bref délai.

Dans les formes graves, la mortalité n'est pas moins de 40 p. 100. La mort est rare pendant la grossesse; elle peut survenir au cours de l'accouchement, elle survient surtout après l'accouchement. Les causes sont ordinairement l'œdème pulmonaire et le collapsus du cœur. Même en cas d'accidents légers et non mortels, la convalescence est toujours très longue, la faiblesse très marquée, la compensation très lente à se rétablir après la grossesse.

En cas de troubles gravido-cardiaques menaçants et résistants au traitement, Leyden regarde comme indiqué l'accouchement prématuré artificiel. En effet, la dyspnée, les hydropisies ne peuvent aller qu'en augmentant, la résistance de la malade qu'en diminuant. Les résultats seront d'autant plus favorables qu'on interviendra plus tôt. Le chloroforme, quand son emploi est nécessaire chez une femme atteinte d'accidents gravido-cardiaques pendant l'accouchement prématuré ou artificiel, peut être donné à condition d'observer toutes les précautions ordinaires. (*Zeits. f. Klin. Med.*)

II. Schlayer, à un point de vue plus obstétrical, a étudié aussi les accidents gravido-cardiaques. Il est d'accord avec Leyden sur le rôle prépondérant du rétrécissement mitral, la nécessité d'interdire le mariage aux cardiaques, l'emploi possible du chloroforme à faible dose. Sur 25 malades qu'il a observées, 2 sont mortes pendant l'accouchement, 10 pendant les jours suivants. La proportion des enfants mort-nés atteignait presque le tiers, moins de la moitié des enfants survécurent finalement après l'accouchement. Les fausses couches sont d'autant plus fréquentes qu'il y a eu plus de grossesses antérieures.

Schlayer insiste sur l'importance du régime lacté, du repos au lit dès les premiers mois de la grossesse. Il est peu partisan de l'avortement provoqué, qui donne une mortalité considérable. Au cours de l'accouchement, on s'attachera à extraire l'enfant aussi lentement que possible; aussitôt après, on placera un bandage très serré sur le ventre, de façon à lutter contre la diminution de pression abdominale et la chute trop brusque de cette pression. L'ergotine, l'ergot de seigle, ne doivent être employés qu'en cas de nécessité absolue. Leur action vaso-constrictive ajoute un obstacle de plus au travail du cœur. Le pouls sera toujours surveillé avec le plus grand soin. (*Zeits. f. Geburst. und Gynacol.*)

La faradisation dans les déviations utérines. — M. L.-R. Regnier a fait dans le service de M. Labadie-Lagrave, à la Maternité, une série de recherches sur le traitement des déviations utérines par la faradisation. Souvent préconisé, ce traitement est trop peu connu. Il paraît cependant préférable à l'emploi des pessaires qui constituent une gêne permanente et ne sont qu'un moyen palliatif.

Voici la technique indiquée par M. Regnier. Un des électrodes est constitué par un hystéromètre introduit dans la cavité uté-

rine, l'autre par une large plaque appliquée soit à la région abdominale (rétroversion et rétroflexion), soit à la région sacrée (antéversion et antéflexion), rarement à l'une des régions lombaires (déviations latérales). La durée de chaque séance est de trois minutes ; les séances sont faites d'abord tous les deux, puis tous les trois jours. On ne les commencera que trois jours après la fin des règles. On emploiera une bobine induite à gros fil avec interruptions très fréquentes. L'intensité du courant sera assez forte pour déterminer de légères contractions utérines facilement perceptibles par la main qui tient l'hystéromètre intra-utérin. Dans le cas de déviation compliquée de procidence, il est bon d'ajouter à la faradisation intra-utérine la faradisation des parois vaginales.

Les résultats ont été très satisfaisants dans trois antéversions, deux rétroversions, trois rétroversions avec rétroflexions. Le nombre des séances nécessaires est seulement de dix à vingt. En cas de rupture étendue du périnée, une périnéorraphie préalable est parfois nécessaire pour permettre au traitement électrique d'exercer son action. Dans quelques cas d'abaissement simple, l'électrisation des parois vaginales peut être indiquée. En résumé, ce procédé permettrait de réserver les pessaires pour les cas d'inversion ou de procidence complètes. (Société d'électrothérapie.)

Ce procédé est, on le voit, très simple, à la portée de tous les praticiens. Appliquée avec une antisepsie suffisante, l'introduction de l'électrode intra-utérin est aussi inoffensive qu'une simple hystérométrie. Les déviations utérines constituent une affection si fréquente et si pénible, que ce traitement méritait d'être signalé. Son efficacité paraît s'expliquer par les contractions totales qu'il détermine du côté de la matrice. Peut-être doit-on aussi songer à une action sur les nerfs péri-utérins. L'amélioration des douleurs paraît, en effet, dans quelques cas, survenir avant la disparition de la déviation.

Emploi du sulfate de spartéine. — Rohde indique les règles suivantes pour l'emploi du sulfate de spartéine, comme tonique du cœur et comme diurétique. La dose de 5 centigrammes par jour lui a toujours paru suffisante pour obtenir la diurèse. Dans quelques cas, il y a avantage à associer la spartéine à la digitale, au convallaria, au strophantus. L'association de ces divers diurétiques, réunis à faibles doses, permet, dans des cas rebelles, d'obtenir un effet que n'auraient pas donné des doses massives de l'un d'entre eux. Elle permet, de plus, de soutenir cet effet pendant plusieurs semaines. En donnant quatre ou cinq fois par jour 1 centigramme de spartéine, les effets commencent à se faire sentir au bout de vingt-quatre heures. Comme pour la digitale, l'augmentation de pression artérielle précède la diurèse. On observe quelquefois une diminution de la fréquence du pouls, accéléré sous une influence pathologique, mais on n'observe pas le ralentissement que produit la digitale.

Le sulfate de spartéine peut être aussi employé en injections sous-cutanées. Les injections d'une solution à 2 p. 100 ne déterminent ni douleur ni inflammation. L'effet sur le pouls est sensible après quelques minutes.

Rohde étudie enfin la diminution de l'albumine, qui s'observe souvent sous l'influence de la spartéine. Cette diminution est réelle, elle n'est pas le fait d'une simple dilution produite par la polyurie. La disparition de l'albumine peut même être complète. (*The Practitioner.*)

Traitement des péricardites suppurées. — Siewers a réuni neuf observations d'intervention chirurgicale dans les péricardites suppurées. Les résultats ont été très favorables; l'opération n'a jamais eu d'influence funeste sur le travail du cœur et bien qu'elles n'aient jamais été pratiquées qu'en présence d'accidents très graves, quatre guérisons ont été obtenues. Cette proportion élevée de guérisons doit sans doute s'expliquer en partie par ce fait que les succès sont toujours publiés plus volontiers que les insuccès. Alors même que la mort est survenue, l'opération a été utile pour diminuer les souffrances et paraît avoir prolongé la vie.

Voici la technique indiquée par Siewers : l'incision sera faite soit dans le quatrième, soit dans le cinquième espace intercostal gauche, suivant les cas. Elle ne doit pas être trop rapprochée du bord du sternum, car on s'exposerait à la blessure de l'artère mammaire interne et, accident plus grave, à l'ouverture de la plèvre gauche; elle ne doit pas en être d'autre part trop éloignée, car, après le retrait du péricarde distendu, l'orifice péricardique cesserait de correspondre à l'orifice cutané et l'issue du pus se ferait difficilement. La distance moyenne au bord sternal sera donc de 3 à 4 centimètres. L'incision sera faite en entonnoir et dans l'observation de Siewers à une incision cutanée de 8 centimètres correspondait une incision péricardique de 2 centimètres 5 seulement. Le drainage est indispensable. On ne fera pas de lavage du péricarde, lavage qui serait inutile et dangereux.

Dans le cas assez fréquent où à la pyo-péricardite se trouve jointe une pleurésie purulente gauche, on doit pratiquer successivement, comme Siewers l'a fait chez sa malade, l'incision du péricarde et l'empyème. L'incision du péricarde devra être faite en premier lieu pour débarrasser le cœur de l'épanchement qui le comprime; on fera les deux opérations à quelques jours d'intervalle. Sur deux cas d'incision du péricarde et d'empyème chez le même malade eut lieu une guérison. (*Zerts. f. Klin. med.*)

Les azotates alcalins dans l'intoxication palustre. — Buro a employé, dans la malaria, le nitrate de soude et le nitrate de potasse. Ces sels seraient de véritables spécifiques ayant une action analogue à celle de la quinine. Les doses à prescrire chez l'adulte sont de 1 gramme à 1gr50 par jour. On peut les donner soit dans l'intervalle, soit au moment des accès. Quand il faudra augmenter ces doses, quand l'emploi devra être prolongé, on préférera le nitrate de soude, moins toxique pour le cœur que le nitrate de potasse. La saveur de ces sels n'est pas désagréable, ils sont bien tolérés par l'estomac. (*Pester med. chir. Presse.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Faux rétrécissements de l'urèthre (1), par le docteur Reliquet et A. Guépin, interne des hôpitaux.

M. Reliquet a déjà plusieurs fois appelé l'attention sur les faux rétrécissements de l'urèthre. Il vient encore de faire paraître une nouvelle brochure sur ce sujet, en collaboration avec M. Guépin, interne des hôpitaux.

Les faits de faux rétrécissements, c'est-à-dire le spasme de l'urèthre fournissant les signes matériels d'un rétrécissement vrai, étant assez fréquents, il faut savoir gré à MM. Reliquet et Guépin de mettre les praticiens en garde contre une erreur de diagnostic facile à commettre.

Ces spasmes de l'urèthre, simulant des rétrécissements, reconnaissent diverses causes; ils peuvent se produire dans les conditions suivantes :

1° Toutes les fois qu'il y a une cause d'irritation localisée de l'extrémité de la verge au collet du bulbe, il y a spasme de la région profonde de l'urèthre avec passivité de la vessie.

2° Toutes les fois qu'il y a une cause d'irritation dans la région profonde de l'urèthre ou dans ses organes annexes, il y a spasme de la région profonde de l'urèthre avec excitation de la contraction vésicale.

3° Lorsqu'on ne trouve pas du côté de l'urèthre, de ses organes annexes ou des organes voisins, la cause de l'excitation uréthrale ou de l'excitation vésico-uréthrale, il faut la chercher du côté des reins et du côté du système nerveux.

Les nombreux faits observés par M. Reliquet depuis 1878, époque à laquelle il a formulé ces lois, n'ont fait que les confir-

(1) Paris, F. Alcan.

mer de plus en plus. Après avoir cité et discuté un grand nombre d'observations, les auteurs terminent ainsi :

« Les conclusions de ce mémoire viennent à l'encontre des idées généralement admises. Toutes les fois qu'une bougie à tête conique est arrêtée en un point de l'urèthre, toutes les fois qu'une bougie conique olivaire, petite ou grosse, est serrée en un point de l'urèthre, on conclut à l'existence d'un rétrécissement vrai du canal de l'urèthre et souvent, par une intervention opératoire rapide immédiate, on agit contre ce prétendu rétrécissement.

Les faits que nous venons d'énumérer démontrent d'une façon positive combien ces signes matériels du rétrécissement de l'urèthre sont trompeurs. C'est parce qu'ils nous ont trompés, que maintenant, après avoir examiné l'urèthre, comme nous le faisons toujours, avec la bougie conique olivaire, petite ou grosse, si cette bougie est arrêtée, engagée dans une section étroite de l'urèthre et serrée, par cette section même, nous nous gardons bien de conclure immédiatement à l'existence d'un vrai rétrécissement, ayant le calibre de la bougie engagée et serrée dans cette section étroite de l'urèthre.

1° Le rétrécissement peut exister et avoir vraiment le calibre de la bougie.

2° Le rétrécissement peut exister et ne pas avoir, en réalité, le calibre de la bougie qui y est engagée ; il peut être le siège d'un spasme qui en a diminué considérablement le calibre.

3° Si fine que soit la bougie serrée dans la section étroite de l'urèthre, il peut arriver que cette étroitesse énorme de l'urèthre, provoquant la rétention d'urine durable, ne soit exactement qu'un spasme de l'urèthre localisé en un point variable et provoqué par une cause très éloignée du point étroit de l'urèthre.

Aussi, depuis longtemps, avant d'affirmer l'existence du rétrécissement vrai, malgré les signes physiques donnés par l'examen direct du canal avec la sonde, et dont nous venons de parler, nous cherchons si, en un point quelconque du sujet, il n'y a pas une cause matérielle d'un réflexe dont la conclusion est le spasme de l'urèthre.

Si nous trouvons cette cause à l'extrémité de la verge, et c'est là un des cas fréquents, nous la faisons disparaître avant de faire quoi que ce soit dans la continuité du canal. C'est ainsi qu'en débridant le prépuce, qu'en débridant le méat, en faisant cesser la suppuration des glandes de Tyson, nous avons vu, séance tenante, l'étroitesse de l'urèthre dans sa continuité disparaître complètement et que nous avons vu cesser des récidives apparentes de rétrécissement chez des sujets qui avaient déjà subi plusieurs opérations.

De même on fera disparaître toutes les causes de spasmes tenant à un état particulier des organes circonvoisins. Enfin, on étudiera avec le plus grand soin l'état du système nerveux qui, bien souvent, est la seule cause de ce spasme de l'urèthre simulant le rétrécissement.

Ici l'erreur est souvent très facile, d'autant qu'il n'est pas possible d'enlever la cause du spasme comme dans les cas précédents. Souvent on est au début de l'affection du système nerveux; comme on l'a dit, c'est là un signe prémonitoire dans l'ataxie. Mais, en dehors de l'ataxie, il y a d'autres affections du système cérébro-spinal capables de produire ce phénomène de spasme trompeur.

Nous ne saurions trop mettre en garde nos confrères contre l'intervention opératoire directe dans ces cas de prétendus rétrécissements de l'urèthre. En raison même de l'affection du système nerveux et de l'état spécial des tissus chez ces sujets, cette intervention opératoire directe sur les parois de l'urèthre y provoque facilement une lésion qui devient un vrai rétrécissement de l'urèthre.

Nous connaissons bien des ataxiques qui sont dans ce cas. »

On le voit, le travail de MM. Reliquet et Guépin est surtout intéressant en ce qu'il a pour but de faire connaître toute une variété de faux rétrécissements qu'on pourrait, si l'on n'était prévenu, se trop hâter de traiter chirurgicalement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie des sciences a procédé, aujourd'hui lundi, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. Charcot.

Au premier tour de scrutin, M. Potain a été élu par 43 voix sur 54 votants.

Cette nomination recueillera l'assentiment unanime du corps médical.

— *Concours de l'internat.* — Question donnée : Cæcum et abcès péri-cæcaux.

M. le docteur Gouraud, membre du jury de l'internat, ayant déclaré qu'il était allié à l'un des candidats, a été remplacé dans ce jury par le premier en tour des juges tirés supplémentairement, M. le docteur Muselier.

— *Concours de l'externat.* — Question donnée : Symptômes de la fièvre typhoïde.

— Par décret, en date du 26 octobre 1893, des distinctions honorifiques ont été décernées aux personnes ci-après désignées, qui ont accompli des actes de courage et de dévouement :

Médaille en argent de deuxième classe. — MM. les docteurs Laurant (de Lille), Bataille, conseiller général, demeurant à Saint-Gervais d'Auvergne, et Durand, médecin-major de deuxième classe au 134e régiment d'infanterie.

Mention honorable. — M. de Saint-Sardos, médecin à Salvagnac.

— Dans une circulaire relative à l'officiat de santé et à la loi du 30 septembre 1892, le ministre de l'Instruction publique s'exprime en ces termes :

« La mise en exécution, à dater du 1er décembre prochain, de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, soulève, en ce qui concerne les études pour l'officiat de santé, un certain nombre de questions qu'il importe de résoudre avant le début de l'année scolaire.

Tout d'abord, il va sans dire que les étudiants qui ont commencé leurs études en vue de l'officiat ont le droit de les continuer. Mais il m'a été demandé si les jeunes gens qui possèdent les grades, titres ou certificats précédemment requis pour l'inscription en vue de l'officiat, pourraient encore prendre leur première inscription au mois de novembre prochain.

L'affirmative n'est pas douteuse. La loi porte la date du 30 novembre. En vertu de son article 34, elle n'est exécutoire qu'un an après sa promulgation, c'est-à-dire le 1er décembre 1893. D'autre part, elle dispose en son article 31 que « les élèves qui, au moment de l'application de la présente loi, auront pris leur première inscription, pourront continuer leurs études médicales et obtenir le diplôme d'officier de santé ». Il en résulte que quiconque se trouve dans les conditions réglementaires peut, jusqu'au 1er décembre prochain, exclusivement, terme de rigueur, prendre la première inscription en vue de l'officiat.

La loi précédente sur l'exercice de la médecine interdisait à l'officier de santé d'exercer sa profession en dehors du département pour lequel il s'était présenté. Les règlements rendus en exécution de cette disposition faisaient obligation à l'étudiant en officiat de s'inscrire dans l'établissement, Faculté ou École, dans le ressort duquel était compris le département où il se proposait d'exercer.

La loi du 30 novembre 1892 a disposé, article 29, que les officiers de santé, sans exception, qu'ils aient été reçus avant ou après cette date, « auront le droit d'exercer la médecine sur tout le territoire de la République ». Et, comme l'article 36 abroge, en même temps que les dispositions de la loi de ventôse an XI, toutes les dispositions des lois et règlements contraires à la loi nouvelle, il en résulte qu'à dater du 1er décembre 1893 sont abrogées toutes les dispositions réglementaires relatives aux circonscriptions des divers établissements d'enseignement médical, en ce qui concerne les études pour l'officiat et la réception des officiers de santé.

Tant qu'il restera des étudiants en officiat inscrits dans les Écoles, les jurys fonctionneront comme par le passé. Cependant, comme les aspirants à ce grade ne sont plus astreints à subir leurs examens définitifs dans telle Faculté ou dans telle École, il pourra se faire que la constitution des jurys soit rendue superflue par l'absence de candidats. Afin d'éviter des déplacements inutiles et onéreux, les étudiants seront invités à se faire inscrire un mois plein avant la date fixée pour l'ouverture de chaque session.

Les sessions ont été précédemment fixées aux mois d'août et d'avril. Dans l'état actuel des choses, il n'est plus nécessaire de conserver une session en avril. La seconde session aura lieu en novembre; elle sera réservée, comme l'était la session d'avril, aux candidats ajournés à la session d'août.

De la sorte, les professeurs de Faculté pourront en même temps présider les examens d'officiat et les examens de sages-femmes fixés au mois de novembre par le décret du 25 juillet 1893.

Ces dispositions sont applicables dès cette année. »

— M. Brissaud est chargé pendant l'année 1893-1894 du service de M. Charcot à la Salpêtrière.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Fabreguettes (de Saint-Chamond), de Fauget (de Thèze), Fontrouge (de Saint-Laurent-de-la-Cabrerisse), Molloy (de Paris).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 126. — JEUDI 2 ET SAMEDI 4 NOVEMBRE 1893. 66e ANNÉE. JEUDI 2 ET SAMEDI 4 NOVEMBRE 1893. — N° 126.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. De la sciatique, par M. le docteur I. BRUHL, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

De la sciatique.

Par le docteur I. BRUHL, ancien interne des hôpitaux.

La *sciatique* est une affection banale, d'une fréquence extrême dans nos hôpitaux. Elle est habituellement rangée parmi les névralgies ; mais depuis longtemps divers auteurs ont montré combien elle diffère de la névralgie simple, combien elle se rapproche par son évolution de quelques maladies chroniques.

Il n'y aurait pas lieu de consacrer une Revue à cette question, si, dans ces dernières années, un certain nombre de faits nouveaux n'étaient venus enrichir le tableau un peu monotone de cette affection : ils justifient, à notre avis, le présent travail. Nous nous proposons, tout en esquissant l'histoire complète de la sciatique, d'insister particulièrement sur ces chapitres nouveaux, tels que les amyotrophies limitées au domaine du sciatique poplité externe, les déformations du tronc (scolioses sciatiques), la sciatique hystérique, etc.

I

DÉFINITION. SYNONYMIE. — La sciatique, appelée encore *névralgie sciatique*, *douleur sciatique*, *goutte sciatique*, *ischias* (des auteurs allemands), *névralgie fémoro-poplitée*, se définit d'elle-même; c'est la névralgie du nerf sciatique, à la condition d'entendre par là, non seulement le tronc du nerf et ses branches de divisions, mais aussi son origine, c'est-à-dire le plexus sacré.

Souvent à la névralgie du plexus sacré s'ajoutent des douleurs correspondant aux rameaux du plexus lombaire, et M. Brissaud, à qui nous devons de très remarquables recherches sur cette question, a proposé d'étendre la signification du mot sciatique à la névralgie de tout le plexus lombo-sacré: cette façon de voir de M. Brissaud trouvera une intéressante application, lorsque nous traiterons des scolioses de la sciatique.

La sciatique est une affection douloureuse du membre inférieur, caractérisée avant tout par des phénomènes douloureux, à la fois continus et paroxystiques, suivant le trajet du nerf sciatique et accessoirement par certains troubles de la sensibilité, de la motilité et de la nutrition dans le domaine de ce nerf. Cette définition indique que la sciatique n'est pas toujours identique à elle-même; et si la première partie de cette définition met en relief la nature *névralgique* de la sciatique, la seconde partie est destinée à indiquer l'élément *névrite*, qui vient si souvent s'ajouter à la névralgie.

II

HISTORIQUE. — Les Anciens avaient assurément connu la sciatique; mais ils ne possédaient sur cette question que des notions vagues; cette névralgie était, en effet, confondue avec les diverses affections douloureuses des membres inférieurs, et en particulier avec les maladies de l'articulation coxo-fémorale. C'est à Cotugno (1764) que nous devons la première bonne description de cette névralgie; c'est à lui que revient incontestablement l'honneur d'avoir séparé la sciatique des affections de la hanche, en distinguant l'*ischias arthritica* ou *vera*, c'est-à-dire les arthropathies de la hanche, de l'*ischias nervosa postica* ou névralgie sciatique. Aussi, est-ce à juste titre que la sciatique fut pendant longtemps appelée la « maladie de Cotugno ».

La description de Cotugno devint classique, et pendant de longues années la question resta en l'état. Puis elle gagna en précision, sinon en intérêt, grâce aux recherches de Valleix (1841) et de Romberg (1840). Valleix, appliquant à la sciatique la méthode générale qu'il avait introduite dans l'étude des névralgies, fit connaître les *points douloureux* échelonnés le long du trajet du nerf. C'est avec Lasègue (1) seulement que l'histoire de la sciatique prend un regain d'intérêt; Lasègue voit dans la sciatique une maladie ayant une évolution pathologique bien spéciale; il montre que loin d'être toujours une affection *bénigne*, la sciatique est parfois une maladie *grave;* il établit les caractères sur lesquels on peut se fonder pour distinguer ces deux variétés importantes de sciatique.

Quelques années plus tard, M. Landouzy (2) reprit et développa les idées de Lasègue; il chercha une base anatomopathologique aux divisions qu'il proposa : c'est ainsi que M. Landouzy décrivit une *sciatique-névralgie* et une *sciatique-névrite*, distinction capitale pour le clinicien.

(1) LASÈGUE. *Arch. gén. de méd.*, 1864.
(2) LANDOUZY. *Arch. gén. de méd.*, 1875.

Nous n'insisterons pas sur les nombreux travaux consacrés à la thérapeutique de la sciatique ; nous ne ferons que mentionner les heureux effets du chlorure de méthyle dans le traitement des névralgies, médication que l'on doit à M. Debove.

Enfin, parmi les contributions récentes à l'histoire de la sciatique, nous citerons les travaux : sur les amyotrophies limitées au domaine du sciatique poplité externe, que l'on doit à Charcot et à l'École de la Salpêtrière (1); sur les déviations vertébrales, étudiées par Charcot, MM. Babinski (2), Ballet (3), Brissaud (4), Bruhl et Soupault (5); sur la polyurie de la sciatique, mise en évidence par MM. Debove et Rémond (6); sur la sciatique des variqueux, spécialement étudiée par M. Quénu (7); enfin, sur la sciatique hystérique, qui a fait l'objet d'un intéressant mémoire de MM. Achard et Soupault (8). Nous aurons l'occasion, dans le cours de ce travail, de revenir plus en détail sur chacun de ces points particuliers.

III

Étiologie. — La sciatique compte parmi les plus fréquentes de toutes les névralgies ; à ce point de vue, elle vient se ranger à côté de la névralgie du trijumeau et de la névralgie intercostale. Mais elle ne paraît pas également fréquente dans tous les pays, ni dans toutes les villes ; très commune à Paris, elle s'observerait beaucoup plus rarement à Berlin, ainsi que l'a déjà fait remarquer Romberg; à certains moments, indépendamment de l'influence des saisons, elle se montrerait avec une fréquence telle que Lasègue s'était demandé s'il n'y avait pas une sorte d'épidémicité pour la sciatique.

Quoique très commune dans l'un et l'autre sexe, elle est d'observation plus courante dans le sexe masculin que dans le sexe féminin, dans la proportion de 3 à 2. Rare avant l'âge de vingt ans, elle offre son maximum de fréquence entre trente et cinquante ans.

Les causes mêmes de la sciatique sont extrêmement nombreuses; nous n'en signalerons que les plus importantes.

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître que la *prédisposition nerveuse* joue ici un rôle plus effacé que dans les autres névralgies; il importe néanmoins de rappeler que récemment on a mis en lumière les rapports de la sciatique et de l'hystérie.

Le *refroidissement* et en particulier le froid humide ont été maintes fois incriminés comme cause de sciatique; on a vu la sciatique apparaître chez des gens qui avaient couché sur la terre humide, qui s'étaient assis sur des pierres froides, qui avaient passé la nuit étendus sur le sol. Peut-être est-ce dans le même sens qu'il faut interpréter l'action, d'ailleurs contestée, des climats et des saisons.

La situation superficielle du nerf, qui n'est pas protégé par un plan musculaire, ses rapports avec les organes pelviens expliquent suffisamment le mode d'action d'un grand nombre de causes, parmi lesquelles il faut citer :

1° Les *traumatismes* (chutes sur le siège, contusions du nerf, blessures diverses, plaies par armes à feu, irritation du nerf par fragments d'os fracturé, etc.);

2° Le *surmenage des membres inférieurs* (fatigues, marches prolongées, abus de la machine à coudre);

3° Les *compressions* (compression du nerf dans la gouttière ischiatique, par suite d'une position assise prolongée, compression par l'S iliaque distendu par des matières fécales accumulées, compression par les tumeurs de l'utérus, par les tumeurs du bassin et des organes contenus dans l'excavation pelvienne [anévrysmes, adénopathies, hernies, cancers, kystes, grossesse, accouchement, etc.]);

4° Dans le même ordre d'idées, on peut mentionner les altérations des corps vertébraux, le mal de Pott, les méningites spinales;

5° La *stase veineuse*, soit dans le système de la veine cave inférieure (varices des membres inférieurs), soit dans le système porte (hémorroïdes). Enfin, il faut mentionner une série de causes beaucoup plus générales et dont il est plus difficile d'interpréter le mode d'action. Certaines *infections*, la syphilis, le paludisme, et surtout la blennorragie (Fournier), comptent la sciatique au nombre de leurs manifestations possibles; rappelons que, dans la tuberculose, la sciatique a été considérée parfois comme un véritable phénomène prodromique.

A côté des infections, il faut faire une place pour divers états diathésiques ou dyscrasiques, agissant au moins comme causes prédisposantes; tels sont le rhumatisme, la goutte, le diabète; celui-ci peut se traduire par une sciatique bilatérale. Par contre, l'anémie, la chlorose, les cachexies s'accompagnent beaucoup plus rarement de sciatique que certaines autres névralgies.

Enfin, dans nombre de cas, toute notion étiologique fait défaut; la sciatique mériterait bien alors l'épithète d'essentielle.

Ainsi, on voit combien nombreuses et diverses sont les causes de sciatique; et cependant, nous n'avons pas la prétention d'en avoir fait l'énumération complète. Il eût été beaucoup plus intéressant, à coup sûr, de tenter une classification pathogénique; mais cet essai serait prématuré, et à ce point de vue, il faut nous borner à dire qu'il y aurait lieu de distinguer une sciatique : rhumatismale, traumatique, infectieuse, toxique, dyscrasique, diathésique, nerveuse, etc.

IV

Anatomie pathologique. — Ce chapitre sera forcément court, car les documents font à peu près complètement défaut. La sciatique est, d'ailleurs, assimilée dans la majorité des cas à une névralgie; comme telle, elle correspond à un simple trouble fonctionnel, purement dynamique, et qui ne se traduit par aucune lésion appréciable; mais il est à peine besoin de rappeler ici que l'histologie nerveuse fine est encore entourée d'obscurités pour nous, et il est vraisemblable que les méthodes dont nous disposons actuellement ne suffisent qu'à nous faire connaître les altérations grossières.

Dans les rares faits, où l'existence de lésions a pu être nettement établie, celles-ci étaient variables, inconstantes; aussi ne méritent-elles qu'une simple mention. On a signalé

(1) Parmentier et Guinon. *Arch. de neurol.*, n° 59.
(2) Babinski. *Arch. de neurol.*, 1888.
(3) Ballet. Soc. méd. des hôpit., 1889.
(4) Brissaud. *Arch. de neurol.*, 1890.
(5) Bruhl et Soupault. *Méd. moderne*, 1892, p. 826.
(6) Debove et Rémond. Soc. méd. des hôpit., oct. 1891.
(7) Quénu. *Gaz. des hôpit.*, 1892, et *Traité de chirurgie*, t. II.
(8) Achard et Soupault. *Gaz. des hôpit.*, 21 juillet 1892.

plusieurs fois une augmentation de volume du nerf; on a noté parfois l'hypérémie du nerf; plus intéressante est l'infiltration séreuse ou œdémateuse du névrilème. Cette altération, quoique la valeur du fait soit contestable, présente un intérêt historique : Cotugno l'avait signalée. Or, on se rappelle que c'est à Cotugno qu'on doit la découverte du liquide céphalo-rachidien; et cet auteur n'était pas éloigné d'admettre qu'il y avait pénétration de ce liquide dans la gaine du nerf. A l'appui de cette théorie, Cotugno s'appuyait sur un cas de ponction du nerf, ponction qui aurait donné issue à une certaine quantité de sérosité.

D'une façon tout à fait exceptionnelle, on a relevé l'infiltration purulente du nerf. Les lésions vasculaires méritent d'attirer davantage l'attention. Bichat avait signalé les varices au voisinage ou dans l'épaisseur du nerf; plus récemment, dans divers mémoires ou communications, M. Quénu est revenu sur ce point; il a insisté sur l'état variqueux des veines qui entourent la gaine du nerf, et qui pourraient lui adhérer et déterminer ainsi une véritable névralgie par compression; d'ailleurs, M. Quénu a obtenu des guérisons de sciatique rebelle chez des variqueux par la résection des paquets vasculaires accolés au tronc du nerf. Enfin, on a signalé des cas de véritable névrite, qui, à une période avancée, aboutirait à une sclérose du nerf; mais les faits bien observés sont encore rares; et il serait prématuré d'affirmer que la sciatique-névrite (désignation essentiellement clinique, comme nous le verrons) correspondît dans tous les cas à une névrite (au sens anatomique du mot).

Signalons simplement pour mémoire les exemples rares de tumeurs du nerf : névrome, tubercule, plaques ostéo-calcaires, faits qui appartiennent plutôt à la pathologie du nerf sciatique, qu'à la sciatique proprement dite.

V

Symptomatologie. — La sciatique se présente, au point de vue clinique, sous des aspects divers; mais, dans un très grand nombre de cas, elle ne se traduit guère que par des phénomènes subjectifs; c'est ce qui en rend la description difficile; c'est ce qui explique aussi pourquoi il est possible de simuler cette maladie.

La sciatique est une affection apyrétique ; elle ne retentit sur l'état général que dans les formes graves et encore pour ainsi dire, par contre-coup, soit par l'insomnie qu'elle entretient, soit par une sorte d'infirmité qu'elle entraîne. Elle est presque toujours unilatérale, sauf dans des cas rares, sur lesquels nous reviendrons en étudiant les *formes cliniques* de la sciatique.

Le phénomène capital, fondamental de toute sciatique est la *douleur*. Elle s'annonce tantôt d'une façon soudaine; elle éclate brusquement et acquiert d'emblée son summum d'intensité; dans ce cas, elle se présente avec les caractères des douleurs névralgiques en général; d'autres fois, au contraire, cette douleur s'installe graduellement, progressivement; elle est précédée de prodromes, consistant en un endolorissement vague, profond, s'accompagnant de fourmillements, parfois de crampes, quelquefois de sensations subjectives de chaud ou de froid; puis, les phénomènes douloureux s'accentuent, deviennent plus aigus, comparables parfois aux douleurs fulgurantes; enfin éclate le *paroxysme* névralgique dans toute son acuité.

La *crise* est caractérisée par des douleurs atroces, d'une intensité extrême, capables d'arracher des cris aux malades les plus courageux; les élancements douloureux sillonnent le membre, suivant le trajet du nerf, affectant le plus souvent une direction descendante, de la hanche vers le pied; plus rarement il s'agit d'une douleur bien localisée; c'est ainsi qu'il est exceptionnel de la voir cantonnée en un point fixe, bien limité, correspondant au trajet du nerf, quoiqu'elle présente un maximum en certains points. Elle est tantôt superficielle, presque cutanée; tantôt elle est profonde, à tel point que le malade la rapporte aux muscles et aux os.

Ces crises douloureuses se succèdent à des intervalles plus ou moins rapprochés; elles se montrent plus fréquentes vers le soir; elles éclatent souvent la nuit, et deviennent une cause d'insomnie; l'intensité des souffrances est parfois telle qu'elle a poussé nombre de personnes au suicide. Lorsque le malade est ainsi en imminence de crises douloureuses, il suffit de la cause la plus légère pour en provoquer l'éclosion; un mouvement intempestif du membre inférieur, le changement de position, un effort quelconque (toux, éternûment, défécation) sont des raisons suffisantes pour déterminer une crise. L'influence de la marche ou de l'immobilité est des plus variables; ainsi, certains accès sont provoqués par la marche, d'autres fois ils sont calmés; il est des malades qui ne peuvent rester immobiles et qui, pendant toute la durée de leur paroxysme douloureux, changent incessamment de position et d'attitude.

Il importe maintenant d'étudier de plus près le siège et le trajet de la douleur; d'ailleurs, cette étude est souvent facilitée par les renseignements fournis par le malade lui-même; celui-ci, avec une précision presque mathématique, indique le siège de la douleur; son doigt dessine le trajet du nerf. La douleur occupe, en effet, la région lombaire, l'échancrure sciatique, la fesse, la partie postérieure de la cuisse, le mollet, parfois le pied. Une exploration attentive montre que sur ce trajet tous les points ne sont pas également endoloris; c'est dans l'intervalle des crises qu'on peut le mieux s'assurer que toutes les parties du nerf ne sont pas également atteintes, la douleur se cantonne en de véritables sièges d'élection : ce sont les *points douloureux*, dont nous devons la connaissance précise à Valleix. Ces points douloureux, répartis conformément aux lois générales formulées par Valleix, sont extrêmement nombreux; on en trouvera la liste dans tous les traités et articles de dictionnaire consacrés à la sciatique; nous ne ferons qu'en énumérer les principaux.

Le point *lombaire*, situé immédiatement au-dessus du sacrum, répond aux branches supérieures du plexus sacré.

Le point *sacro-iliaque* correspond à l'articulation du même nom; ce serait celui qu'on observerait le plus communément, d'après Valleix; il serait même caractéristique de la sciatique.

Le point *iliaque* est situé vers le milieu de la crête de l'os iliaque; la douleur se fait surtout sentir en ce point dans les névralgies liées aux affections viscérales du petit bassin.

Les points suivants sont échelonnés sur le trajet du nerf ou de ses branches, à partir de son émergence hors de l'excavation pelvienne.

Le point *fessier* ou *ischiatique* occupe le sommet de l'échancrure sciatique; d'après Erb, son existence serait presque constante dans la sciatique.

Le point *trochantérien* ou *rétro-trochantérien* est situé vers le bord postérieur du grand trochanter; il répond à la gouttière limitée en dehors par cette apophyse et en dedans par

la tubérosité ischiatique; ce point est le siège le plus habituel de la douleur continue.

Les trois points *fémoraux* supérieur, moyen, inférieur, sont échelonnés le long de la partie postérieure de la cuisse; mais souvent il y a, le long de la cuisse, une véritable zone douloureuse continue, plutôt que des foyers distincts; la douleur paraît ici siéger dans le tronc du nerf lui-même.

Le point *poplité* est situé à la partie externe du creux poplité; il correspond à l'origine du sciatique poplité externe.

Le point *rotulien* siège vers le bord externe de la rotule; la douleur à ce niveau est due à la névralgie d'un rameau articulaire de la branche cutanée péronière; parfois toute la région qui correspond à l'articulation du genou est endolorie.

Le point *péronier* ou *péronéo-tibial* présente une grande importance à cause de son extrême fréquence; il est situé immédiatement au-dessous de la tête du péroné; on sait que le nerf sciatique poplité externe contourne cette tête osseuse en s'enroulant autour d'elle.

A la jambe, la douleur existe le long du bord externe du péroné; mais c'est surtout la pression du mollet qui la provoque.

Enfin, il faut signaler le point *malléolaire*, situé à la partie postéro-inférieure de la malléole externe; le point *dorsal du pied* et le point *plantaire externe*, qui s'observent moins souvent et partant sont moins importants; le point *calcanéen*, dont l'existence a été notée par Lagrelette (1).

A la liste de ces points douloureux il convient d'ajouter le point *apophysaire*, auquel Trousseau attachait une grande importance; il répond à un foyer d'hyperesthésie siégeant au niveau de la crête du sacrum.

Il est tout à fait exceptionnel de constater simultanément l'existence de tous ces points douloureux; le plus souvent il n'existe que quelques foyers d'hyperesthésie, d'ailleurs variables dans le cours même d'une attaque de sciatique; la névralgie n'affecte pas, en général, tout le domaine du nerf; elle se localise à la fesse, autour du genou, parfois au mollet; la sciatique est plus souvent partielle que totale.

Néanmoins il n'est pas rare, surtout dans les formes intenses, d'observer des *irradiations* douloureuses, qui retentissent sur les nerfs du plexus lombaire, parfois même sur le sciatique du côté opposé; il est possible, dans certains cas, de noter des douleurs qui atteignent le périnée et le scrotum. Enfin, caractère qui rapproche la sciatique des névralgies en général, il est parfois donné de relever, chez un même malade, d'autres névralgies concomitantes.

Le paroxysme douloureux, ce que Cotugno appelait le spasme, ne constitue pas toute la symptomatologie de cette névralgie; dans l'intervalle des crises il persiste un état d'endolorissement plus vague, intéressant le membre inférieur dans sa totalité ou dans certains de ses segments; il n'y a donc que rémission et non disparition des phénomènes douloureux. Ces périodes pour ainsi dire *intercalaires*, où existent avec la note douloureuse des troubles fonctionnels divers, donnent souvent à la sciatiqne un cachet spécial, qui permet de la distinguer de la plupart des autres névralgies. En effet, il est de règle de voir le paroxysme dominer la symptomatologie d'une névralgie. Or, il est loin d'en être toujours ainsi dans la sciatique; parfois même la crise douloureuse est à peine ébauchée; elle reste au second plan : ce qui fait donc l'intérêt de la sciatique, ce sont souvent les signes de la période intercalaire. On conçoit de ce fait une grande variabilité dans l'expression clinique de la sciatique; et la division fondamentale en sciatique-névralgie et sciatique-névrite sur laquelle nous aurons à revenir longuement en étudiant les formes cliniques, découle tout entière de ce que nous venons de dire.

Mais il faut, avant d'aborder ce chapitre, continuer l'énumération des symptômes de la sciatique.

Il est possible, avons-nous dit, de provoquer la douleur par la pression sur les points douloureux de Valleix; mais il est une autre manœuvre, qui permet de provoquer la douleur : c'est la manœuvre à laquelle on a donné le nom de *signe de Lasègue*, il constitue un précieux moyen de diagnostic entre la névralgie sciatique et certaines affections articulaires de la hanche, qui par les irradiations douloureuses pourraient en imposer pour une névralgie; c'est encore un excellent moyen de diagnostic pour dépister la simulation de la sciatique, simulation fréquente, parce qu'elle est relativement facile.

Voici en quoi consiste le signe de Lasègue : lorsque la jambe est fléchie sur la cuisse, on peut obtenir sans douleur une flexion forcée de la cuisse sur le bassin; car, dans ces conditions, le nerf est placé dans un état de relâchement; au contraire, lorsque la jambe est étendue sur la cuisse, ce même mouvement de flexion de la cuisse sur le bassin provoque une vive douleur qui s'explique parce que, dans cette attitude, le nerf est tiraillé et fortement tendu. On sait que la première partie de cette manœuvre est impossible, s'il s'agit d'arthrite coxo-fémorale. Le signe de Lasègue a donc une réelle valeur.

Enfin, on note encore dans la sciatique toute une série de troubles divers, intéressant la motilité, la sensibilité, la nutrition du membre.

Les troubles *moteurs* sont inconstants; ils peuvent faire entièrement défaut lorsque la sciatique n'est pas très intense; lorsqu'elle affecte, au contraire, une grande acuité, on note divers troubles, consistant surtout en contractions fibrillaires, en crampes douloureuses, même en contractures; parfois le membre est agité de secousses convulsives, atrocement pénibles et qui augmentent l'état douloureux. Quoique le jeu des articulations se fasse librement, les mouvements de flexion de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin s'exécutent difficilement, car ils provoquent ou exagèrent la souffrance du malade.

L'impotence fonctionnelle affecte des degrés variables suivant l'intensité de la névralgie; dans les formes essentiellement douloureuses, la marche est toujours pénible, parfois impossible; dans certains cas, le moindre mouvement exaspère la douleur, à tel point que ces malades sont condamnés à l'immobilité absolue dans la position horizontale. La marche, d'ailleurs, est anormale; dès que le pied porte sur le sol, supportant le poids du corps, il y a une légère flexion instinctive du genou; le malade traîne la jambe; souvent il y a même absence de soulèvement du pied, du côté malade, particularité sur laquelle M. Babinski a insisté : il y a donc *claudication*.

Dans un grand nombre de cas, le haut du corps est porté en avant, fléchi sur le bassin, attitude bien différente de celle de la coxalgie, où le corps est plutôt rejeté en arrière, de sorte que le malade marche dans une rectitude exagérée. La démarche dans la sciatique s'accompagne parfois de mouvements de salutation caractéristiques. Cette attitude vicieuse s'accompagne souvent de déformations verté-

(1) Lagrelette. Th. de Paris, 1869.

brales sur lesquelles nous aurons l'occasion de revenir.

Enfin, dans certains cas, on a signalé un état parétique ou paralytique de certains groupes musculaires, paralysies que l'on observe surtout dans la forme de sciatique-névrite.

Les *troubles de la sensibilité* affectent aussi des types divers : parfois il y a hyperesthésie; c'est l'exception; parfois la sensibilité reste normale; mais beaucoup plus intéressants sont les cas qui s'accompagnent d'anesthésie; ces faits ont été étudiés spécialement par Hubert-Valleroux (1); les divers modes de la sensibilité sont plus ou moins touchés; l'anesthésie s'observe surtout dans la sciatique-névrite; elle est parfois absolue dans une variété, la sciatique hystérique, dont nous reparlerons à propos des formes.

Les *réactions électriques* sont assez mal connues; on admet en général que, dans les sciatiques récentes, il y a hyperesthésie au courant faradique; dans les sciatiques anciennes, au contraire, il est parfois difficile de faire contracter les muscles. D'après Eulenburg, on observerait d'une manière inconstante des modifications quantitatives en plus ou en moins; mais il y aurait presque toujours des modifications qualitatives allant jusqu'à l'inversion de la formule normale, c'est-à-dire réaction de dégénérescence. Cette opinion est d'ailleurs absolument contestée par Erb.

On a, en outre, signalé un grand nombre de *troubles trophiques*, *vaso-moteurs*, *sécrétoires*, surtout observés dans la forme de la sciatique-névrite. Les uns intéressent la peau et se montrent sous forme d'érythèmes, quelquefois de véritables dermites, se traduisant par des phénomènes d'inflammation locale, rougeur des téguments, chaleur, hyperthermie; d'autres fois, les téguments sont pâles, blêmes, blafards, présentant des marbrures violacées; dans ce cas, il y a souvent abaissement de la température locale. On a également signalé diverses éruptions, soit furonculeuses, soit phlycténulaires, soit vésiculeuses; dans certains cas, les vésicules d'herpès se disposent par groupes suivant le trajet d'une branche nerveuse; c'est le zona; mais il importe de savoir que le zona du sciatique est relativement rare. On a également décrit un développement exagéré du système pilaire, des altérations sudorales en plus ou en moins.

Enfin, parmi les troubles trophiques, le plus important et le plus intéressant est, à coup sûr, l'*atrophie musculaire*. Celle-ci peut se présenter sous des formes variées et tenir à des causes différentes. Dans certains cas, en effet, l'atrophie est une simple conséquence du repos prolongé auquel a été condamné le malade; on ne note alors aucune modification des réactions électriques. Il n'en est plus de même dans les faits qui correspondent à la sciatique-névrite; ici l'atrophie peut être précoce; elle est souvent très accusée et s'impose à une simple inspection; parfois, cependant, il n'y a pas de diminution de volume, malgré l'amyotrophie; celle-ci est alors masquée par une adipose du tissu cellulaire; l'examen électrique révèle, dans ce cas, l'existence constante de la réaction de dégénérescence. Cette seconde variété d'atrophie est indépendante de la durée et de l'intensité de la sciatique.

Elle frappe tantôt tout le membre, tantôt un segment de membre; c'est la forme d'atrophie entrevue par Lasègue et étudiée surtout par M. Landouzy (2). On sait quelles déductions on est en droit de tirer de cette amyotrophie au point de vue du pronostic. Mais ce n'est pas la seule forme qu'il importe de signaler; à côté d'elle existe, en effet, une autre variété, dont nous devons la connaissance à Charcot et à ses élèves, MM. Guinon et Parmentier (1); ici l'atrophie prédomine dans un groupe musculaire qui est sous la dépendance d'une même branche nerveuse. Des faits de ce genre ont été signalés par Bianchi (2), Lefèvre (3), Brivois (4), Dorion (5), etc.; presque tous les exemples de ce genre se rapportent à des sciatiques consécutives à des accouchements laborieux. Rarement l'atrophie est limitée aux muscles du mollet; c'est dire que le nerf tibial est rarement en cause; beaucoup plus souvent ces amyotrophies s'observent dans le domaine du sciatique poplité externe. MM. Guinon et Parmentier ont réuni plusieurs faits de sciatique avec paralysie et atrophie dégénérative dans le domaine de ce nerf en dehors de la sciatique obstétricale. Dans tous ces faits l'atrophie musculaire prédominerait sur le groupe des muscles extenseurs, sans que, dans l'état actuel de la science, il soit possible de fournir une explication satisfaisante de cette localisation.

Comme toute névralgie, la sciatique peut donner naissance à un certain nombre de phénomènes, que l'on s'explique difficilement, et que l'on décrit parfois sous le nom de phénomènes *réflexes*. On serait peut-être autorisé à ranger sous ce chef quelques rares faits de glycosurie, d'azoturie et surtout la polyurie.

La *polyurie*, au cours de la sciatique, a été spécialement étudiée par MM. Debove et Rémond (6); d'après ces auteurs, elle serait la règle dans la sciatique intense; la quantité d'urine émise dans les vingt-quatre heures oscillerait entre 2 et 4 litres; le taux des urines suivrait une marche parallèle à l'évolution de la sciatique, s'élevant pendant que la névralgie augmente d'intensité, pour s'abaisser avec la sédation de la douleur. Cette marche de la polyurie semble bien montrer qu'il y a une relation directe entre la névralgie et la polyurie, et qu'il ne s'agit pas d'une simple coïncidence. On sait, en effet, que M. Huchard nie la polyurie de la sciatique; lorsqu'elle s'observe, c'est qu'il y a sciatique chez un artério-scléreux; la polyurie serait le fait de l'artério-sclérose.

M. Debove ne croit pas qu'il s'agisse d'un simple phénomène réflexe dû à l'intensité des douleurs; car ces troubles ne se rencontrent pas dans d'autres névralgies tout aussi douloureuses que la sciatique. Or, cette polyurie peut s'expliquer de plusieurs façons : elle peut être une manifestation de l'hystérie, car elle s'observe chez des sujets atteints de sciatique hystérique (V. plus loin). Elle pourrait aussi être interprétée d'une façon plus physiologique. On sait que quand on excite chez le chien le bout central d'un sciatique sectionné, il se produit une augmentation de la pression artérielle, constatable à l'hémodynamomètre et expliquée par une constriction réflexe des petits vaisseaux; or, cette augmentation de pression amène une augmentation de la sécrétion urinaire : c'est peut-être de cette façon qu'on pourrait concevoir la polyurie de la sciatique. Cette explication cadre assez bien avec les résultats d'expériences de M. Lépine, consignés dans la thèse de M. Hu-

(1) Hubert-Valleroux. Th. de Paris, 1870.
(2) Landouzy. *Arch. gén. de méd.*, 1875.

(1) G. Guinon et Parmentier. *Arch. de neurol.*, n° 59.
(2) Bianchi. Th. de Paris, 1867.
(3) Lefèvre. Th. de Paris, 1876.
(4) Brivois. Th. de Paris, 1876.
(5) Dorion. Th. de Paris, 1884.
(6) Debove et Rémond. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, oct. 1891.

gonnard (1), dont les conclusions se résument ainsi : 1° les excitations moyennes ou fortes du sciatique diminuent considérablement ou même arrêtent la sécrétion urinaire; 2° les excitations légères du même nerf l'augmentent.

Quelle que soit la théorie à laquelle on s'arrête, cette polyurie est un symptôme fréquent de la sciatique intense, douloureuse, et mérite d'être retenue.

La sciatique donne très souvent lieu à des attitudes vicieuses, à des déformations parfois très marquées, qui entraînent secondairement des déviations vertébrales, auxquelles on a donné, par abréviation, le nom de *scoliose sciatique*.

Cette question a déjà suscité un grand nombre de travaux; aussi demandons-nous au lecteur la permission de lui accorder quelques développements.

Scoliose sciatique. — *Historique.* — Il y a six ou sept ans seulement que Charcot appela l'attention sur certaines déformations du tronc observées au cours de la sciatique. Ces déformations ont été spécialement étudiées par M. Babinski dans un intéressant mémoire paru, au mois de janvier 1888, dans les *Archives de neurologie*. Cette étude a, plus tard, été reprise et complétée par M. Ballet (2) et surtout par M. Brissaud (3) qui a contribué à bien nous faire connaître les diverses modalités de cette scoliose sciatique. Parmi les travaux parus sur cette question, nous ne citerons que les plus importants; il serait aisé, au moyen de ces indications, de reconstituer la bibliographie complète; signalons donc les mémoires de Nicoladoni (4), de Remak (5), de Higier (6), de Schüdel (7), de Souques (8), de Hallion (9), de Lamy (10), de Bruhl et Soupault (11), de Françon (12), de Fischer et Schönwald (13), etc. On trouvera dans le mémoire de M. Françon la liste complète des observations publiées.

Étude clinique. — La scoliose sciatique est encore actuellement rangée parmi les complications rares de cette maladie. Cependant à en juger par le grand nombre d'observations publiées coup sur coup, il faut conclure que cette déviation vertébrale est beaucoup plus fréquente qu'on ne l'avait pensé jusqu'à présent. Charcot avait à maintes reprises longuement insisté sur la nécessité d'examiner le malade nu, car la déformation ne s'impose pas toujours à une simple inspection. En mettant à profit cette méthode, il nous est arrivé souvent d'observer cette scoliose.

La scoliose appartient surtout aux sciatiques graves, tenaces, ou bien aux formes très douloureuses de la maladie; ce qui se conçoit, si l'on admet, ainsi que nous le dirons plus loin, qu'il s'agit, au début du moins, d'une attitude instinctive que prend le malade pour éviter ou pour atténuer ses souffrances. Il importe toutefois de rappeler que, dans des cas beaucoup plus rares où la douleur est peu marquée, on a pu noter des déformations; la sciatique fruste pourrait donc s'accompagner de scoliose; celle-ci aurait alors une véritable signification diagnostique, ainsi que l'ont montré MM. Charcot et Ballet.

Les déviations vertébrales affectent divers types : parfois il y a cyphose, plus rarement lordose; mais la scoliose est la déviation de beaucoup la plus fréquente et la plus importante. Celle-ci d'ailleurs ne se présente pas toujours de la même façon; on en décrit deux formes principales; la plus commune est la *scoliose croisée* bien mise en lumière par M. Babinski; l'autre est la *scoliose homologue*, dont nous devons l'étude à M. Brissaud.

La *scoliose croisée* est caractérisée essentiellement par l'inclinaison du tronc du côté opposé à la sciatique, d'où le nom de scoliose *croisée*, que lui a donné M. Brissaud. Il résulte de cette attitude vicieuse que : 1° du côté de l'inclinaison la distance qui sépare le rebord des fausses côtes de la crête iliaque, autrement dit *la hauteur du flanc* (Richer), diminue plus ou moins jusqu'à être nulle; 2° que la colonne vertébrale présente une courbure dorso-lombaire dont la concavité est dirigée du côté de l'inclinaison et, par conséquent, regarde le côté sain. Les épaules ne sont plus sur le même plan, l'épaule du côté sain étant notablement abaissée; mais, le plus souvent, il se produit, au-dessus de la première courbure du rachis, une ou plusieurs courbures secondaires, dites courbures de compensation, marquées surtout à la région cervico-dorsale; celles-ci tendent à rétablir l'équilibre en ramenant à la rectitude ou même en inclinant du côté malade la partie supérieure du corps. On comprend comment ces courbures entraînent à leur suite une situation variable des épaules.

Pour bien se rendre compte des déformations, il importe d'examiner le malade debout et nu. Parfois il devient difficile d'apprécier d'une façon précise le sens de la courbure; aussi est-ce la *hauteur du flanc* qu'il faudra avant tout considérer; c'est elle qui constitue la donnée capitale.

En dehors de la scoliose proprement dite, l'attitude du malade atteint de sciatique comporte une légère flexion du tronc en avant, parfois une rotation de la colonne vertébrale sur son axe, de sorte que ni les épaules, ni les épines iliaques antéro-supérieures ne se trouvent plus sur le même plan. Le membre malade est plus ou moins fléchi; la plante du pied repose sur le sol, mais ne s'y appuie pas; pour permettre cette attitude fléchie du membre, il y a une inclinaison du bassin du côté malade; il en résulte une forte saillie de la hanche et l'attitude décrite sous le nom de attitude hanchée.

La *scoliose homologue* de M. Brissaud est caractérisée par l'inclinaison du tronc du côté de la sciatique; dans ce cas, la hauteur du flanc du côté malade est diminuée, parfois réduite à zéro; la colonne lombaire décrit une courbe dont la concavité est dirigée du côté de la sciatique. Il y a élévation du bassin de ce côté et raccourcissement apparent du membre, en même temps qu'une légère flexion de ses divers segments.

Enfin, on a décrit quelques faits de *scoliose alternante*, c'est-à-dire de scolioses qui ont été tantôt croisées, tantôt homologues, soit au gré du malade, soit indépendamment de sa volonté (Remak, Higier); mais cette variété est à coup sûr assez rare.

Quelle que soit la forme de la scoliose, son époque

(1) Hugonnard. Th. de Lyon, 1880.
(2) Ballet. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1889.
(3) Brissaud. *Arch. de neurol.*, 1890.
(4) Nicoladoni. *Wiener med. Presse*, 1886.
(5) Remak. Soc. de méd. int. de Berlin, 1892, et *Deuts. med. Wochens.*, 1891-1892.
(6) Higier. *Deuts. med. Wochens.*, 1892.
(7) Schudel. *Arch. f. klin. Chir.*, 1889, t. XXXVIII.
(8) Souques. *Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, 1890.
(9) Hallion. Th. de Paris, 1892.
(10) Lamy. *Rev. d'orthop.*, 1891, et *Progrès méd.*, 1891.
(11) Bruhl et Soupault. *Méd. moderne*, 1892.
(12) Françon. *Lyon méd.*, 1893.
(13) Fischer et Schönwald. *Wien. med. Wochens.*, 1893.

d'apparition est assez variable. C'est d'ordinaire dans le cours même de la sciatique, pendant la phase d'acuité, qu'elle se montre; parfois elle est précoce et devient appréciable dès les premiers jours (une fois au bout de vingt-quatre heures [Babinski]); d'autres fois, c'est au bout de quelques mois seulement qu'elle devient manifeste. Elle varie d'intensité avec l'attitude du malade; moins marquée quand le patient est couché, elle s'accuse davantage quand il est debout, quand il est fatigué ou lorsqu'il y a recrudescence de la douleur.

Ce qu'il importe de mettre en relief, c'est qu'elle diminue avec la sédation des phénomènes douloureux et qu'elle est susceptible de guérir complètement. Cette terminaison heureuse est la règle; c'est un des bons arguments à invoquer en faveur de l'origine musculaire de la scoliose. Dans des cas exceptionnels elle devient définitive; d'après M. Babinski, cette éventualité s'expliquerait par la production de rétractions fibreuses, le tissu fibreux s'étant substitué au tissu musculaire. Enfin, cette scoliose est sujette à récidiver lors d'une atteinte ultérieure de sciatique.

Causes et nature de la scoliose sciatique. — Un très grand nombre de théories ont été formulées pour expliquer ces déformations. Nous ne citerons que sommairement plusieurs d'entre elles. Mais, dès le début, nous tenons à faire remarquer combien l'origine musculaire de la sciatique paraît vraisemblable; mieux que toute autre elle donne une explication satisfaisante de la majorité des faits.

D'après Gussenbauer (1), la scoliose serait d'origine neuro-musculaire; mais elle ne s'observerait que dans les cas où la névralgie affecterait non seulement le tronc du nerf, mais aussi les rameaux cutanés et musculaires de la région lombo-sacrée. Il y aurait alors douleur à la pression entre l'épine iliaque postéro-supérieure et les dernières vertèbres lombaires.

Nicoladoni (2) insiste sur les douleurs lombaires et inguinales et met en cause le plexus lombaire. Mais il admet de plus que l'inflammation gagnant de proche en proche, atteindrait la moelle par l'intermédiaire des racines. La sciatique radiculaire serait cause de la scoliose; l'inclinaison des vertèbres permettrait à la région endolorie de la moelle et aux racines nerveuses malades de disposer du plus grand espace possible dans le canal rachidien.

Schüdel (3) combat cette théorie au nom de l'anatomie; il insiste sur ce fait que, même dans les scolioses les plus prononcées, la moelle reste au centre du canal. Suivant Schüdel, la scoliose s'expliquerait par une raison anatomique; cet auteur a découvert, en effet, un rameau sensitif né de la deuxième paire sacrée et qui innerverait le muscle sacro-lombaire; dans la névralgie sciatique la contraction musculaire provoquerait ou exaspérerait la douleur; aussi le malade évite-t-il de contracter ce muscle qui reste dans le relâchement; la contraction du muscle sain correspondant entraînerait le corps du côté opposé à la sciatique et déterminerait la scoliose croisée. Mais cette théorie ne saurait s'appliquer à la généralité des faits, puisqu'elle n'explique pas la scoliose homologue.

C'est pour combler cette lacune que Fischer et Schönwald (4) ont imaginé leur théorie. Pour qu'il y ait scoliose, il faut la participation du plexus lombaire; la scoliose homologue apparaîtrait quand la névralgie atteint les rameaux antérieurs du plexus lombaire (nerf iléo-inguinal, génito-crural, fémoro-cutané); la scoliose croisée résulterait de la névralgie des rameaux postérieurs; la scoliose alternante se montre quand la névralgie des rameaux postérieurs s'atténue, les rameaux antérieurs restant douloureux.

Toutes ces théories ne satisfont point l'esprit; d'ailleurs les auteurs se sont réciproquement adressé de nombreuses objections. On peut assurément concevoir les choses d'une façon plus simple. La théorie musculaire, telle qu'elle a été formulée par MM. Charcot et Babinski, rend compte de la majorité des faits. Les déformations résultent d'attitudes instinctives que prennent les malades, dans le but d'atténuer leurs douleurs. C'est la douleur qui est la cause principale de la scoliose et cela est tellement vrai qu'on peut observer des déformations analogues dans diverses autres affections douloureuses des membres inférieurs. Enfin, en dehors de l'élément douleur, M. Babinski invoque encore une prédisposition individuelle, tous les malades ne présentant pas les déformations du tronc.

L'origine musculaire admise en principe, la déformation doit résulter soit d'une paralysie musculaire, soit d'une contracture musculaire, soit enfin d'une simple contraction musculaire avec immobilisation de certains muscles. Cette dernière hypothèse paraît, en effet, la plus vraisemblable; il s'agit le plus souvent d'une sorte de spasme fonctionnel, peut-être dans certains cas de contracture. Cette manière de voir a l'avantage de cadrer avec ce fait, que la scoliose est susceptible d'être complètement corrigée, dans la résolution obtenue par la chloroformisation.

Ainsi dans la scoliose croisée, il résulte de l'attitude instinctivement adoptée par le malade, que le côté sain supporte surtout le poids du corps, et qu'en reportant le centre de gravité vers le côté sain, on décharge d'un certain poids le côté malade.

Il devenait difficile, cependant, dans cette hypothèse, d'expliquer la scoliose homologue. Aussi M. Brissaud a-t-il fait intervenir ici un nouvel élément. Il avait remarqué qu'il y avait scoliose homologue dans les sciatiques qui s'accompagnent de contractures musculaires; il y avait, dans ces cas, exagération du réflexe rotulien, trépidation épileptoïde; il s'agissait, en un mot, de la variété de sciatique décrite par MM. Brissaud et Lamy sous le nom de *sciatique spasmodique;* dans les observations de ces auteurs, il y avait toujours participation du plexus lombaire à la névralgie du plexus sacré; aussi M. Brissaud a-t-il proposé d'envisager la sciatique comme une névralgie du plexus lombo-sacré. La théorie de M. Brissaud est des plus séduisantes; elle explique évidemment un certain nombre de faits; mais elle ne saurait s'appliquer à tous les faits de scoliose homologue. On a observé, en effet, la scoliose croisée dans la sciatique spasmodique et on a vu la déformation homologue dans des cas où il n'y avait ni contracture, ni phénomènes spasmodiques.

C'est pour expliquer ces diverses éventualités que MM. Bruhl et Soupault ont proposé une autre hypothèse; elle permettrait de généraliser la théorie de MM. Charcot et Babinski. Des faits observés par Bruhl et Soupault, il résulterait que la scoliose croisée se voit lorsque la sciatique rend douloureux tout le membre inférieur; le malade incline alors le tronc du côté sain pour éviter de faire porter le poids du corps sur la jambe endolorie, qu'il traîne, pour

(1) Gussenbauer. *Prag. med. Wochens.*, 1890.
(2) Nicoladoni. Loc. cit.
(3) Schudel. Loc. cit.
(4) Fischer et Schönwald. Loc. cit.

ainsi dire, légèrement fléchie, sans soulever le pied. La scoliose homologue se produirait dans les cas où la névralgie affecte le plexus lombo-sacré et la partie supérieure du sciatique; dans ce cas, le malade se penche du côté atteint, légèrement fléchi en avant, de façon à mettre les muscles pelviens dans le relâchement. Ainsi les différentes attitudes s'expliqueraient par les différentes localisations de la névralgie.

VI

Formes et variétés cliniques. — La sciatique est loin d'offrir un type uniforme; aussi se prête-t-elle mal à une description purement nosographique. Elle se présente, au contraire, sous les aspects cliniques les plus divers; on est donc autorisé à décrire les formes de la sciatique.

Tout d'abord, la névralgie n'occupe pas toujours tout le tronc du nerf sciatique et ses branches. Elle est souvent partielle; elle peut, par exemple, se cantonner à une des grandes branches de division (sciatique, poplité externe, interne), parfois à certains rameaux seulement.

Cette distribution variable explique la possibilité de névralgies limitées à la fesse, à l'articulation du genou, à la partie antéro-externe ou postérieure de la jambe. Nous avons insisté sur l'importance de cette localisation au point de vue des déformations.

Parmi les formes de la sciatique, il y a lieu avant tout de bien séparer la *sciatique-névralgique* de la *sciatique-névrite;* cette distinction fondamentale, malgré les types de transition, est capitale; elle constitue un des grands progrès accomplis dans l'étude de cette maladie, et, ainsi que nous l'avons dit, elle a été mise en valeur par Lasègue, puis par M. Landouzy.

Rappelons que, d'après M. Fernet, la sciatique résulterait toujours d'un processus névritique; mais étant donné la pauvreté des documents anatomiques, nous proposons de considérer actuellement encore cette division comme répondant surtout à des faits cliniques.

Voici, d'après M. Landouzy, les caractères de chacune de ces variétés.

Dans la *sciatique-névralgie*, la douleur est le phénomène capital, à peu près unique; il n'y a guère de troubles trophiques. Les douleurs éclatent subitement et d'emblée revêtent toute leur acuité; il y a des alternatives de calme et de recrudescence; la palpation du nerf n'indique aucun changement dans son volume; à côté des douleurs spontanées, on trouve toujours un ou plusieurs points au niveau desquels la pression est douloureuse. Les crises disparaissent, mais les récidives sont fréquentes.

La *sciatique névrite*, au contraire, présente un début lent et insidieux, il y a d'abord gêne et engourdissement du membre; puis la douleur augmente progressivement d'intensité; elle est constante et continue, sans présenter les paroxysmes de la crise névralgique. La douleur est provoquée ou exagérée par la pression tout le long du trajet du nerf; il n'y a donc pas de points douloureux à proprement parler, au sens que Valleix avait attaché à ce terme. Parfois la palpation permet de reconnaître une augmentation de volume du nerf. Dans cette forme, les troubles trophiques sont constants; l'atrophie musculaire est précoce et rapide; il y a des altérations de la sensibilité; la nutrition de la peau est compromise. D'une façon générale, la sciatique névrite correspond aux formes graves de la maladie, tandis que la sciatique névralgie correspond aux formes bénignes.

A côté de ces deux variétés importantes, il faut mentionner quelques autres types cliniques. La sciatique, dans certains cas, s'accompagne de contracture; elle mérite alors le nom de *sciatique spasmodique* (Brissaud, Lamy); il y a sensation de raideur dans tout le membre, qui paraît atteint de raccourcissement; en même temps, on note de l'exagération du réflexe rotulien, de la trépidation épileptoïde. Dans ce cas, le plexus lombo-sacré serait intéressé.

La *sciatique blennorragique* est une complication rare de la blennorragie, sur laquelle M. Fournier a spécialement appelé l'attention. On trouvera les détails relatifs à cette question dans la thèse de Brisson (1883) et dans une Revue de M. Raymond (1) consacrée à l'étude des complications nerveuses de la blennorragie. La sciatique se montre surtout dans le cours de la blennorragie; elle débute brusquement, atteint d'emblée ou du moins très rapidement son apogée, pour décroître de même; elle évolue ainsi parfois en quatre ou cinq jours. Elle se localise surtout à la cuisse. Elle disparaît par le traitement anti-blennorragique et peut reparaître avec une nouvelle blennorragie. Il est souvent difficile de savoir, s'il s'agit bien d'une sciatique ou si les phénomènes douloureux ne sont pas symptomatiques d'une complication méningo-médullaire, dont l'existence est démontrée aujourd'hui. La sciatique blennorragique se montre surtout dans le cours des manifestations rhumatismales de la chaudepisse; parfois elle alterne avec elles.

D'après M. Quénu, il existerait une véritable *sciatique variqueuse*; c'est-à-dire que chez les malades porteurs de varices, la sciatique se présenterait avec des allures un peu spéciales; en général, il n'y a que peu de douleurs spontanées; celles-ci ne sont pas très intenses; il n'y a pas de véritables crises névralgiques; il s'agirait plutôt d'un endolorissement profond. Cette sciatique serait le fait des varicosités des veines du nerf. Cependant, d'après M. Quénu, les varices du nerf sciatique sont constantes chez les variqueux et pourtant tous les variqueux n'ont pas de sciatique; pour que celle-ci se produise, il faut l'intervention d'une infection qui déterminerait de la phlébite des veines variqueuses. Dans certains cas, la sciatique a cédé à la résection de ces paquets veineux enflammés.

Beaucoup plus intéressante à coup sûr est la *sciatique hystérique*, récemment étudiée par MM. Achard et Soupault (2). On trouve, chez certains malades, à la fois les symptômes classiques de la sciatique et des stigmates de l'hystérie. On est autorisé, dans ces cas, à se demander s'il s'agit d'une coïncidence fortuite ou s'il y a des relations plus étroites entre ces deux affections. L'hystérie pourrait, dans certains cas, simplement prédisposer à la sciatique, comme elle prédispose à d'autres névralgies. Mais dans les observations qui ont été le point de départ du travail de MM. Achard et Soupault, la sciatique doit être considérée comme un véritable accident hystérique. Elle paraît siéger plus souvent du côté gauche; elle s'accompagne d'ordinaire de polyurie, qui est peut-être aussi de nature hystérique. De plus, chose très intéressante, cette sciatique est très douloureuse, quoiqu'elle occupe le côté de l'hémianesthésie, ce qui montre bien que l'anesthésie de la peau est indépendante de celle des troncs nerveux. Enfin, ce qui donne bien le cachet hystérique à cette variété de sciatique, c'est qu'elle peut succé-

(1) Raymond. *Gaz. des hôpit.*, 5 sept. 1891.

(2) Achard et Soupault. *Gaz. des hôpit.*, 21 juillet 1892.

der à une attaque nerveuse et qu'elle est susceptible de guérir par la suggestion.

Il faut encore faire une mention spéciale pour la *sciatique double*. Celle-ci, on le sait, est le plus souvent symptomatique d'une altération de la colonne vertébrale, d'une affection méningo-médullaire ou d'une lésion des nombreux organes contenus dans le petit bassin. Il en découle un précepte important : il faut, en pareil cas, pratiquer le toucher rectal ou vaginal, de façon à s'assurer si la sciatique est symptomatique d'une affection pelvienne.

Le diabète sucré est parfois la cause de névralgies symétriques, bilatérales, sur lesquelles M. Worms a insisté; il peut, en particulier, donner naissance à une sciatique double; aussi importe-t-il de ne pas négliger l'examen des urines, d'autant plus que la névralgie cède au traitement de la maladie causale. Enfin Charcot (1) a récemment décrit une *sciatique double primitive*, simulant jusqu'à un certain point les paraplégies toxiques; dans ces cas, la moelle est dynamiquement intéressée; elle est l'intermédiaire obligée entre la sciatique droite et la sciatique gauche.

VII

MARCHE; DURÉE; TERMINAISON. — La marche de la sciatique est sujette à de grandes variations; en général, après un début brusque ou graduel, il survient une sorte de période d'état, pendant laquelle se montrent des crises douloureuses à retour irrégulier; la guérison s'obtient graduellement. Il persiste assez souvent, et pendant un temps fort long, un léger affaiblissement du membre qui reste engourdi, raide, lourd; le malade se fatigue facilement.

La durée est toujours assez longue ; elle varie entre plusieurs semaines et plusieurs mois; d'après Erb, la durée moyenne serait de deux à huit semaines; la durée serait d'autant plus longue que les accès douloureux seraient plus intenses.

La guérison est la terminaison habituelle de la sciatique, comme de toutes les névralgies; mais il importe de ne pas oublier que les récidives sont extrêmement communes. Parfois la sciatique est très rebelle, tenace; elle peut alors déterminer une impotence fonctionnelle persistante et faire du malade un infirme.

Il résulte de l'évolution de la sciatique, que si le PRONOSTIC n'est pas grave *quoad vitam*, il doit, du moins, être formulé avec certaines réserves. Il varie d'ailleurs avant tout avec la forme de la sciatique. Celle-ci est-elle symptomatique, l'issue de la maladie dépendra de l'affection causale; la sciatique-névralgie est relativement bénigne; beaucoup plus grave est le pronostic de la sciatique-névrite, à cause des paralysies amyotrophiques, parfois irrémédiables, qui peuvent en être la conséquence.

VIII

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de la sciatique ne présente, en général, aucune difficulté; il s'impose, pourrait-on dire, dans la majorité des cas; et de fait, le malade accuse de lui-même, avec une grande précision, le siège et le trajet des douleurs. Toutefois, comme les principaux symptômes sont purement subjectifs, le diagnostic peut être rendu plus difficile par le fait qu'on a affaire à des personnes inintelligentes, incapables de fournir des renseignements exacts.

On ne confondra pas la névralgie sciatique avec le *rhumatisme musculaire* et, en particulier, avec le rhumatisme de la région lombaire. Celui-ci s'accuse par des douleurs beaucoup plus vagues et plus diffuses, à tel point que Valleix a pu dire que, dans la sciatique, le malade indique du doigt le siège de la douleur; dans le rhumatisme, il désigne avec la main la région endolorie. De plus, la douleur rhumatismale s'exagère sous l'influence des mouvements, de la contraction du muscle; il n'y a pas de crises nettes, comme dans la névralgie.

Le diagnostic devient beaucoup plus difficile avec les affections de la hanche, surtout avec la *coxalgie* et l'*arthrite sèche coxo-fémorale*.

La coxalgie, dans ses premières périodes, peut en imposer pour une sciatique, lorsque les douleurs irradiées, et en particulier la douleur du genou, sont prédominantes. On devra prendre en grande considération l'attitude du membre, sa situation, sa longueur; on recherchera surtout si la pression est douloureuse au niveau du grand trochanter; on étudiera avec soin l'état des mouvements communiqués à l'articulation de la hanche ; on verra que ces mouvements réveillent la douleur lorsqu'ils sont possibles, que d'autres fois l'articulation est à peu près immobilisée et que les articulations du bassin suppléent dans une certaine mesure à l'immobilité de la hanche, phénomène qu'on reconnaît en appliquant le doigt sur l'épine iliaque antérieure et supérieure qui suit les mouvements communiqués au membre inférieur. Dans ces cas, le *signe de Lasègue* peut encore rendre de grands services. A une période avancée de la coxalgie, l'erreur n'est guère possible.

L'arthrite sèche coxo-fémorale est souvent très difficile à diagnostiquer, d'autant plus que parfois il y a en même temps péri-arthrite et retentissement douloureux sur le nerf sciatique; il devient ainsi malaisé de faire la part des choses, mais dans l'arthrite sèche, on percevra parfois des craquements articulaires en faisant jouer la jointure; le malade lui-même a conscience de ces craquements. C'est par un minutieux examen local, par la palpation attentive de la jointure, par son exploration, qu'on pourra conclure dans l'un ou l'autre sens.

Il est une autre variété de coxalgie, la *coxalgie hystérique*, qui, dans ses premières périodes, s'accompagne de douleurs névralgiformes et qui pourrait parfois égarer le diagnostic. Les stigmates hystériques que l'on doit rechercher, et qui existent le plus souvent, ne suffisent pas à légitimer le diagnostic; aussi bien avons-nous vu que la sciatique compte au nombre des manifestations possibles de la névrose. Cependant les douleurs nettement localisées au niveau de l'articulation de la hanche, les déformations souvent très prononcées, les contractures qui déterminent ces déformations, la disparition de tous ces symptômes sous le chloroforme, permettront de rapporter à leur véritable cause les signes qu'on a constatés.

Enfin on peut encore être appelé à faire le diagnostic différentiel de la sciatique avec certaines affections, telles que la psoïtis, les abcès du fascia lata, les ostéites du fémur; il nous paraît superflu d'insister sur ces diverses éventualités.

Une autre considération est plus importante au point de vue du diagnostic : il ne faut pas oublier que la sciatique, qui se traduit souvent uniquement par des symptômes subjectifs, est susceptible d'être simulée; il s'agira de dépister cette simulation; or le diagnostic de la sciatique simulée

(1) CHARCOT. Leçon du mois de décembre 1890.

est parfois très difficile; ici encore la manœuvre de Lasègue peut donner de précieuses indications.

Il importe, d'autre part, de se demander si une sciatique appartient à la forme névralgique ou névritique, distinction capitale au point de vue du pronostic et sur laquelle nous avons suffisamment insisté.

Il y aura, en dernier lieu, à formuler un *diagnostic étiologique*, à se demander si une sciatique est protopathique ou symptomatique; d'où la nécessité d'examiner avec soin la colonne vertébrale, le petit bassin et les organes contenus dans l'excavation pelvienne, sans oublier la possibilité d'une affection médullaire qui pourrait se traduire par des phénomènes douloureux, à caractère pseudo-névralgique.

IX

Traitement. — Le traitement de la sciatique est un des chapitres importants dans l'histoire de cette maladie; mais ce traitement est souvent des plus difficiles. Nous n'avons pas la prétention de passer en revue tous ces traitements; un certain nombre d'entre eux sont assez connus pour n'avoir besoin que d'une simple mention.

Avant d'entreprendre le traitement d'une sciatique, il importe de s'assurer de sa cause; si elle est symptomatique, c'est à l'élément causal qu'il faudra d'abord s'adresser. On procédera ainsi à l'extraction de corps étrangers, on débarrassera l'S iliaque des matières fécales, etc., etc.

D'autre part, il importe de connaître le terrain sur lequel s'observe la sciatique; chez les rhumatisants, les goutteux, les syphilitiques, les paludiques, les diabétiques, c'est la diathèse ou la maladie constitutionnelle qu'il faudra combattre.

S'il s'agit d'une sciatique en quelque sorte idiopathique, le traitement variera suivant qu'il s'agit d'une névralgie aiguë bien caractérisée ou d'une sciatique torpide, traînante, récidivée.

Le traitement interne de la sciatique paraît devoir être relégué au second plan. Les médicaments nervins, qui réussissent d'ordinaire dans les névralgies, donnent ici des résultats bien inférieurs : ce qui semble indiquer, ainsi que nous l'avons dit au début, que la sciatique n'est pas toujours une simple névralgie.

Parmi les médicaments prescrits à l'intérieur, les plus employés sont l'antipyrine, le salicylate de soude, le sulfate de quinine. La térébenthine avait pendant longtemps été considérée comme un véritable spécifique. L'opium et ses dérivés, les solanées vireuses trouvent parfois leurs indications. Enfin, dans les cas invétérés, la médication iodurée ou arsénicale compte de nombreux partisans.

C'est le traitement externe et local qui mérite la place prépondérante. Dans cet ordre d'idées, les pulvérisations de *chlorure de méthyle*, suivant la méthode de M. Debove, méritent le premier rang. La technique du *siphonage* est trop connue, pour que nous jugions à propos de la décrire ici. Cette méthode compte d'innombrables succès : c'est la façon la plus rapide et la plus simple, ajoutons la plus propre, de faire une révulsion intense. Il importe que cette révulsion porte sur une large surface cutanée et qu'elle ne soit pas limitée à une étroite bande de peau qui correspondrait au trajet du nerf. L'effet est souvent immédiat; néanmoins, en général, il faut renouveler les pulvérisations avant d'obtenir une sédation complète des douleurs.

On prescrit encore des applications calmantes (huiles, liniments, pommades) à base d'opium, de belladone, de chloroforme, des révulsifs (sinapismes, ventouses, vésicatoires). Les injections sous-cutanées ont été jadis très employées : on injectait *loco dolenti* de l'eau, de la morphine, de l'atropine, de la teinture d'iode, du chloroforme, de l'essence de térébenthine.

Contre les sciatiques rebelles et invétérées, on aura recours à la cautérisation ignée, pointes de feu, raies de feu. Rappelons encore qu'une ancienne pratique consiste dans la cautérisation du lobule de l'oreille, agissant peut-être comme un révulsif à distance, peut-être par simple suggestion.

L'électrothérapie, sous toutes ses formes, a été très vantée, surtout en Allemagne. Le massage donne de bons résultats dans certains cas; il est indiqué contre l'atrophie musculaire, contre la raideur et l'engourdissement qui persistent souvent après la sciatique.

Enfin l'hydrothérapie est une ressource précieuse : douches chaudes, bains et douches sulfureuses, bains de vapeur sont tour à tour préconisés. Certaines stations thermales sont indiquées pour le traitement de la sciatique : Aix-les-Bains, Néris, Bourbonne, etc.

L'élongation du nerf, soit par de simples manœuvres externes, soit par la voie sanglante, n'a pas donné les résultats qu'on en attendait et tend à tomber en désuétude.

Certaines formes de sciatique présentent des indications thérapeutiques spéciales. La sciatique des variqueux sera amendée par le port d'un bas à varices ; parfois même on a été jusqu'à réséquer les veines variqueuses qui entouraient la gaine du nerf (Quénu).

La sciatique hystérique est susceptible de guérir par un traitement purement psychique, par la suggestion. La suggestion entre d'ailleurs, sans doute pour une certaine part, dans diverses méthodes thérapeutiques que nous avons signalées.

En résumé, le même traitement ne convient pas à toutes les sciatiques ; en particulier, on ne traitera pas de la même façon la sciatique-névralgie et la sciatique-névrite. En présence d'une sciatique aiguë, récente, intense, à type névralgique, on recommandera le repos, des médicaments calmants (antipyrine), des pulvérisations légères au chlorure de méthyle.

Dans la sciatique subaiguë, à type névritique, il faut insister sur le massage, les frictions, les révulsifs sous forme de pulvérisations répétées de chlorure de méthyle, de cautérisation ignée ; l'électricité est ici particulièrement utile ; enfin il y aura parfois lieu de conseiller un traitement interne qui variera avec le terrain ou avec la diathèse.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 30 octobre 1893, ont été nommés à l'emploi de professeur agrégé à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires, et affectés aux chaires d'enseignement ci-après indiquées :

Chirurgie d'armée : blessures de guerre : M. Ferraton, médecin-major de deuxième classe.

Maladies et épidémies des armées : M. Lemoine, médecin-major de deuxième classe.

Hygiène : M. Mauguat, médecin-major de deuxième classe.

— Les dispositions du décret du 31 juillet dernier (Voir *Gaz. des hôp.*, 1893, p. 850) sont applicables à tous les officiers de santé,

qu'ils aient obtenu ce titre avant ou après l'établissement du régime d'étude de 1883.

Il est de principe que les dispenses ne sont accordées qu'à titre onéreux. En conséquence, les officiers de santé qui voudront bénéficier des dispositions du décret du 31 juillet devront acquitter tous les droits des grades, des inscriptions, des travaux pratiques, de bibliothèque et d'examens dont ils sont dispensés.

Les termes du décret du 31 juillet étant impératifs, les intéressés n'ont pas à adresser une demande au ministre de l'Instruction publique. Il leur suffira de se présenter au secrétariat de la Faculté où ils désirent subir les épreuves du doctorat et de justifier de leur identité et de leurs grades. Dès que les droits de dispense seront acquittés, ils pourront être admis aux examens.

— *Hôpitaux de Lyon*. — Le concours pour l'externat vient de se terminer par les nominations suivantes :

1. MM. Hugot, Carrel, Bec, Charvet, Maguet, Nodet, Vial, Vignard, Voron, Gaudet,

11. Chaffal, Craponne, Caillot, Lavabre, Thévenet, Dechaume, Sgourdéos, Carle, Cantas, Lschon,

21. Perret, de Vaucher, Deville, Rigot, Grousset, Guyotot, Julhiet, Mazereau, Lévy, Jacques,

31. Jarsaillon, Lacombe, Beuf, Carrez, Roget, Levet, Davrand, Gault, Giroud, Jacquemin,

41. Pinatelle, Ovize, Lascols, Gardette, Fargier, Juvanon, Hôtelier, Balvay, Bory, Jannin,

51. Manuelides, Lenail, Despiney, Congé, Latour, Martin et Lamy.

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : **20 c.** — Avec Supplément : **30 c.**

Paris, le 6 novembre 1893.

Le vent est à l'économie. La Faculté vient de perdre deux de ses professeurs — pendant la période des vacances — avant l'ouverture des cours, et ces deux chaires de cliniques ne seront pourvues de professeurs titulaires que l'année suivante. Deux agrégés viennent d'être, pour l'année qui commence, chargés des cours cliniques devenus si inopinément vacants.

Le fait, en lui-même, n'a rien qui, au premier abord, semble irrégulier ou anormal. Les agrégés ne sont-ils pas créés pour suppléer les professeurs? Sont-ils au-dessous de la tâche que leur incombe? Aurait-on à se plaindre de leur zèle? Évidemment non. Nous sommes persuadés que les chaires magistrales laissées vacantes ne seront pas en souffrance. Mais quelles que soient les qualités du professeur intérimaire, du fait même que sa situation est provisoire, son enseignement se ressentira de cet état passager, transitoire; nulle réforme sérieuse, nul progrès durable ne saura être tenté. L'agrégé prend le service dans l'état où il le trouve, il l'y laisse : dans l'impossibilité matérielle d'y apporter des réformes que tout le monde reconnaît nécessaires, que le titulaire réclamera dès qu'il sera nommé, mais qu'il ne réclamera qu'une année plus tard, puisque sa nomination est retardée d'une année.

En outre, l'idéal d'un maître, véritablement épris de son art, est de créer autour de lui un centre, une école. Or, il n'y arrive qu'à la suite des années, par une persévérance ininterrompue. C'est ainsi que se sont créées les écoles de la Salpêtrière et de la Pitié, qui attirèrent, jusqu'à la disparition des titulaires, un courant constant d'élèves et d'auditeurs.

Il est donc incontestable, qu'en matière d'enseignement, le provisoire ne vaut rien. Cependant, la Faculté s'y laisse aller, non par amour des agrégés, il en faut bien convenir, mais simplement par une mesure d'économie mesquine que voici.

L'agrégé, momentanément professeur, reçoit une indemnité de 7000 francs payable sur les 12000 francs affectés au professeur titulaire. Mais il perd les 4000 francs qui lui sont dus comme agrégé. Ci... 9000 francs économisés. C'est pour cette raison que deux chaires ne seront pas pourvues cette année de titulaire, que les professeurs nouveaux nommés auront une année de plus sur leurs épaules lorsqu'ils prendront le lourd fardeau de l'enseignement magistral.

Il faut être bien malintentionné pour ne pas reconnaître que, dans cette Faculté qui dépense, chaque année, 90000 francs pour son chauffage, le budget n'est pas réglé avec une sage économie.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Lorsque, dans l'une des dernières séances, l'Académie a discuté la question de la déclaration obligatoire des maladies contagieuses, plusieurs membres ont proposé d'inscrire la tuberculose sur la liste. Cette proposition n'a pas été adoptée. Mais si l'Académie n'a pas osé aller jusque-là, ce dont, pour notre part, nous la félicitons, elle a pensé, avec juste raison, qu'il fallait tenter quelque chose dans le sens de la prophylaxie de la tuberculose. C'est pour répondre à ce desideratum que M. Marquez lui propose un projet de vœu tendant à obtenir la désinfection de tous les logements et garnis ayant été habités par des tuberculeux. Cette proposition, transmise par M. Bucquoy, a été prise en considération et renvoyée à l'examen d'une commission.

M. Nicaise a donné lecture d'une note historique fort intéressante, sur le traitement des plaies au XIVe siècle. Il nous apprend que le chirurgien de Philippe le Bel, Mondeville (de Montpellier), s'est efforcé, au grand scandale de ses contemporains, de montrer qu'il n'était pas nécessaire de faire suppurer les plaies pour les guérir, et il avait institué un traitement qui consistait à nettoyer les plaies, à les débarrasser des corps étrangers, à ne pas les sonder pour ne pas les infecter, à les suturer avec de la soie, à les recouvrir de compresses imbibées de vin chaud et enfin à les panser rarement. On le voit, ce traitement se rapproche singulièrement de celui de nos jours. Malheureusement, Mondeville n'eut point d'imitateurs et son traitement des plaies disparut avec lui. Mais il est assez curieux de constater l'idée d'infection venant du dehors qui a guidé ce précurseur de l'antisepsie.

A la Société médicale des hôpitaux (3 novembre), comme suite à la présentation de malade, faite par M. Rendu dans la dernière séance, M. Millard fait voir une jeune fille

atteinte de tuberculose péritonéale avec ascite, actuellement très améliorée sous l'influence d'un traitement purement médical. Cependant elle présente encore dans l'abdomen trois foyers distincts d'induration.

M. Comby rapporte également deux cas de péritonite tuberculeuse guéris. Il s'agissait dans le premier cas d'un enfant de neuf ans, dans l'autre d'une jeune femme.

M. Armand Siredey a vu, pendant son internat, une femme guérir d'une semblable péritonite dans des conditions bien particulières. L'ombilic se tuméfia, s'ouvrit et donna passage à une grande quantité de liquide. On n'augurait rien de bon de cet accident, et cependant la terminaison fut heureuse : à sa sortie de l'hôpital, la malade paraissait complètement guérie.

La péritonite tuberculeuse, faut-il conclure de tout cela, guérit assez souvent sans intervention chirurgicale; à ce point de vue, la forme ascitique est la plus favorable.

Intéressante communication de M. Netter sur l'*actinomycose*. On sait que cette infection, assez fréquente chez les bovidés en Allemagne et en Italie, est due à la présence d'un parasite, d'un champignon dont les éléments sont groupés en étoile autour d'un centre commun d'implantation. Ils forment, ainsi réunis, des corpuscules jaunâtres, de teinte soufrée, facilement visibles à l'œil nu.

L'actinomycose détermine souvent des indurations qui rappellent les tumeurs malignes et des trajets fistuleux semblables à ceux de la tuberculose. Elle se localise fréquemment à la face; quelquefois aussi au thorax. Elle donne lieu alors à des accidents d'aspect varié et d'un diagnostic souvent difficile à moins que l'idée ne vienne de l'actinomycose et que le microscope ne révèle dans le pus la présence des micro-organismes caractéristiques.

Les deux cas rapportés par M. Netter appartiennent à l'actinomycose thoracique. Une femme, d'aspect fortement anémique, entre à Lariboisière pour une pleurésie en apparence banale. L'épanchement est assez modéré; par la ponction, on constate que le liquide est séro-fibrineux; traitement par le salicylate de soude. L'épanchement diminue lentement. Au bout de quelque temps, il apparaît sur la paroi thoracique de la tuméfaction œdémateuse avec une plaque d'induration au centre. Au niveau de cette plaque, il se fait une ouverture fistuleuse par laquelle s'écoule du pus mal lié. Dans ce pus existent des grains jaunes de coloration soufrée facilement visibles à l'œil nu; l'examen par le microscope permet de reconnaître qu'il s'agit d'amas radiés, de grains caractéristiques d'actinomycose. Encouragé par les bons résultats obtenus sur les animaux, M. Netter donne à sa malade de l'iodure de potassium à dose assez élevée. Le résultat fut à la fois très rapide et surprenant. L'induration fondit en quelques jours, le trajet fistuleux se sécha, et bien qu'il existe encore actuellement un très léger suintement, la guérison paraît à peu près complète; l'amélioration obtenue est telle que cette guérison ne fait actuellement aucun doute.

Dans l'autre cas, le diagnostic ne fut fait qu'à l'autopsie. Un malade accuse des douleurs thoraciques, on constate un épanchement pleural et, par la ponction, on évacue 1600 grammes de liquide. Il y a de la dysphagie, et, cependant, par le cathétérisme, pas de signe de rétrécissement œsophagien. A l'autopsie, M. Netter constate, au-devant des vertèbres dorsales supérieures, un épaississement du tissu conjonctif et une cavité remplie d'un pus compact, épais comme du mastic. Trois disques vertébraux sont érodés; deux disques inter-vertébraux ont complètement disparu. Il y avait dans le pus concrété, avec des parasites de tout ordre, des étoiles d'actinomycose très nettes.

M. Netter pense, avec grande apparence de raison, que le parasite avait pénétré non par les voies respiratoires, mais par l'œsophage. Du reste, dans le second cas, il existait une fistule œsophagienne. L'actinomycose qui pénètre par l'œsophage dans le médiastin peut, par voisinage, provoquer une pleurésie simple, et donner lieu à des abcès susceptibles, dans quelques cas, de venir s'ouvrir à la peau.

L'actinomycose chez l'homme est rare en France, où l'on n'en connaît que douze cas; elle est beaucoup plus fréquente en Allemagne et en Italie, parce qu'elle y est beaucoup plus fréquente aussi chez les animaux.

Les vétérinaires ont observé les bons effets de l'iodure de potassium. Grâce à ce médicament on obtient la guérison dans un grand nombre de cas chez les animaux. Il a déjà été employé avec succès chez l'homme par des médecins hollandais sur les conseils de Thomassen (d'Utrecht) et de M. le professeur Nocard (d'Alfort). Il n'y a aucun doute actuellement sur l'efficacité de l'iodure qui agit contre les lésions de l'actinomycose tout aussi heureusement, mais beaucoup plus rapidement, que contre les lésions syphilitiques. En Amérique, on conseille de donner d'emblée des doses élevées, 8 à 10 grammes par jour.

Chose curieuse, les cultures d'actinomycose ne sont pas arrêtées par une solution d'iodure de potassium à 1 p. 100. L'iodure n'agit donc pas en diminuant la vitalité du parasite, en rendant les milieux impropres à sa culture, mais en renforçant l'organisme dans la lutte qu'il soutient.

Sur 2395 cas de syphilis, M. Fournier n'a vu des *gommes syphilitiques* se montrer que dans 5 cas, quarante ans et plus après le chancre. Sa rareté même constitue l'intérêt présenté par un malade de M. Thibierge qui a des ulcérations très vraisemblablement syphilitiques de la cuisse cinquante-deux ans après avoir eu un chancre induré.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Descroizilles.

Deux cas de zona de l'épaule.

(Leçon recueillie par le docteur A.-F. Plicque, ancien interne des hôpitaux.)

Nous venons d'avoir l'occasion d'observer simultanément deux cas d'affection cutanée qui présentaient l'un avec l'autre l'analogie la plus grande. Je fais allusion à deux exemples d'éruption vésiculeuse, occupant la région de l'épaule et une partie du bras, et dont les éléments étaient groupés de telle façon qu'il était impossible de ne pas affirmer, de prime abord, quand on les avait sous les yeux, qu'il s'agissait d'un zona. C'est sur deux petites filles, à peu près du même âge, que nous avons pu étudier cette efflorescence vésiculeuse, à forme spéciale.

La première de ces deux enfants, Henriette B..., âgée de huit ans, se porte bien d'habitude, et n'était nullement souffrante une semaine avant l'apparition des phénomènes éruptifs. Le 25 septembre, on a vu, sur son épaule droite, des rougeurs et des petits boutons groupés sur différents points de cette région; le 27, on l'amenait à l'hôpital.

Le 28 septembre, nous constations une éruption qui

s'était développée en arrière de l'omoplate du côté droit à peu près au niveau de la fosse sous-épineuse et qu'on retrouvait également en arrière de la tête de l'humérus, ainsi que dans l'aisselle, à la partie postérieure et supérieure du bras, enfin, sur le thorax, parallèlement à la clavicule. Cette éruption qui ne dépassait la ligne médiane, ni en arrière, ni en avant, était constituée par des groupes de vésicules, dont un certain nombre avaient des dimensions considérables. En arrière, on voyait cinq à six grands groupes et quelques autres plus petits qui formaient une traînée horizontale, sur laquelle on pouvait compter au moins cent grosses vésicules, bien distinctes les unes des autres et encore transparentes pour la plupart. Cette traînée se bifurquait en arrière du moignon de l'épaule; l'une de ces bifurcations occupait la partie brachiale du creux axillaire et une portion restreinte de la face postérieure du bras. On pouvait compter sous l'aisselle cinq à six groupes avec une soixantaine de vésicules moins volumineuses que celles qui recouvraient l'omoplate et, sur le bras, huit à dix groupes et une centaine de vésicules plus petites. L'autre branche de bifurcation contournait la partie thoracique de l'aisselle pour atteindre la paroi thoracique à peu de distance du bord antérieur de la clavicule. Là, on apercevait quatre groupes formés par trente ou quarante vésicules de moyennes dimensions et disposés de façon à représenter un V à sommet tourné en dedans. Le plus éloigné du creux axillaire s'était développé à quatre centimètres à peu près du bord gauche du sternum.

L'état général était bon, avec le thermomètre à 37 degrés. L'enfant était un peu pâle, un peu chétive, mais rien, chez elle, ne ressemblait au marasme; elle se plaignait de quelques douleurs à l'épaule; on ne constatait, en explorant la sensibilité cutanée, rien autre chose qu'un peu d'hyperesthésie très problématique. A l'auscultation, on ne trouvait rien d'anormal; la langue était nette, il y avait de l'appétit.

La seconde enfant, Jeanne B..., âgée de sept ans, nous a été présentée, le 3 octobre, à la consultation de l'hôpital, pour une éruption qui n'existait que depuis l'avant-veille et était représentée, comme dans le premier cas, par une poussée vésiculeuse. Les vésicules s'étaient formées sur la région scapulaire, l'aisselle, la partie supérieure et postérieure du bras gauche, ainsi que sur les espaces intercostaux situés immédiatement au-dessous de la clavicule. On voyait, comme chez l'autre enfant, une traînée rougeâtre, parallèle à l'épine de l'omoplate et qui se partageait, en arrière du moignon de l'épaule, en deux branches, dont l'une se portait vers l'aisselle et la paroi thoracique, l'autre, vers la partie postérieure du bras. Les portions de tégument devenues rouges étaient couvertes de vésicules formant un certain nombre de groupes; ces vésicules, trop nombreuses pour qu'on pût les compter, étaient, pour la plupart, très petites : quelques-unes seulement avaient grossi et formaient comme de petites ampoules. Nous n'avons trouvé ici, ni fièvre, ni troubles généraux; l'enfant n'a pu nous dire si elle souffrait de l'épaule; mais sa mère prétendait qu'elle s'en plaignait, quand on a aperçu l'éruption pour la première fois. Au voisinage ou au niveau même des groupes vésiculeux, nous n'avons constaté, ni hyperesthésie, ni anesthésie; l'examen du thorax a révélé que, de ce côté, tout allait bien. La petite fille, peu colorée et assez grêle de proportions, ne paraissait pas malade, et n'a pas voulu être soignée à l'hôpital.

Ainsi que je l'ai dit, il ne pouvait y avoir indécision relativement à la question du diagnostic : la nature vésiculeuse de l'éruption, sa disposition unilatérale, la façon dont elle était répartie par groupes distincts les uns des autres ne pouvaient laisser de doute dans l'esprit du clinicien. Nous avions sous les yeux deux exemples de ce qu'on appelle le zona cervico-brachial, ou cervico-thoraco-brachial, et qui ne différaient que par le côté du corps qu'ils occupaient.

Nous n'avons ici, au point de vue étiologique, que des données fort incertaines. La première des deux petites filles a eu la rougeole à l'âge de trois ans; dans sa famille, quatre enfants sont morts d'affection thoracique et son père est malade de la poitrine, tandis que sa mère et deux autres enfants sont bien portants. Pour la seconde petite fille, on raconte qu'elle a eu la scarlatine, il y a quatre mois; son père est rhumatisant et assez fréquemment atteint d'éruption de nature boutonneuse.

Dans le premier cas, il est permis de croire à des antécédents de famille se rapportant à la tuberculose; dans le second, on peut supposer l'arthritisme du côté paternel. Nous trouvons, chez les deux enfants, les attributs du lymphatisme, mais à un degré modéré. Nous ne pouvons invoquer de cause déterminante, ni pour l'une, ni pour l'autre. Il en est souvent ainsi dans le zona; son origine reste presque toujours très obscure.

Je n'insisterai pas longtemps sur le pronostic : de prime abord, tout indiquait chez nos deux enfants que nous n'avions devant nous que de simples indispositions qui marcheraient vers la guérison sans incident fâcheux. Chez l'une des deux petites filles, nous voyons, en effet, que l'éruption est déjà arrivée, cinq jours après son entrée à l'hôpital, à la période de dessiccation. Chez l'autre, il est probable que les vésicules grandiront encore, pendant deux ou trois jours, avant de se flétrir. Mais il faut toujours songer, dans les prévisions qu'on formule vis-à-vis d'un zona, aux névralgies qui surviennent souvent dans la région sur laquelle l'éruption s'est faite, qui lui succèdent d'habitude, quelquefois longtemps après son début et, dans d'autres circonstances, apparaissent en même temps qu'elle, ou même la précèdent et jouent, par rapport à la lésion cutanée, le rôle de phénomène précurseur. Ces douleurs sont persistantes, peuvent s'éterniser pendant des mois entiers et atteindre un degré très élevé d'intensité. Le médecin ne doit jamais oublier d'avertir les malades ou leur entourage de cette particularité désagréable.

Il faut aussi tenir compte des cicatrices qui, dans quelques cas, ne s'effacent pas complètement et qui, le plus souvent, disparaissent fort lentement, tantôt en se décolorant et en devenant plus pâles que le reste du tégument, tantôt, au contraire, en prenant une teinte pigmentaire plus ou moins accusée, comme je l'ai observé dans un cas de zona du creux inguinal. On remarquera que, chez l'une de nos petites filles, les vésicules se sont promptement recouvertes de croûtes, puis ces croûtes sont tombées et ont mis à nu des érosions assez profondes. Il est probable qu'il lui restera des cicatrices qui s'effaceront tardivement et, peut-être, d'une façon incomplète. A ce sujet, on se rappellera aussi que des cicatrices, constatées sur une région limitée du corps, sur un seul côté, et dans lesquelles on retrouve la disposition en traînées ou en petits groupes, peuvent conduire le clinicien à deviner l'existence antérieure d'un zona.

Il y a longtemps qu'on a dit avec raison que, moins on fait de thérapeutique active, vis-à-vis d'un zona, mieux cela

vaut. Les cataplasmes produisent un mauvais effet et les seuls topiques auxquels il soit bon d'avoir recours sont les applications de substances pulvérulentes, de poudres d'amidon, de bismuth, de camphre, isolées ou combinées, et maintenues en place par une couche d'ouate modérément épaisse.

Il est nécessaire aussi de constater souvent, pendant le cours d'un zona, à l'aide de la percussion et de l'auscultation, quel est l'état des organes respiratoires, car la coïncidence d'une phlegmasie aiguë du thorax avec l'éruption n'est pas rare. Toutes ces règles de conduite sont applicables ici ; il s'agit de deux cas d'une grande simplicité et qui, heureusement, ne s'accompagnent d'aucun phénomène douloureux assez prononcé, pour qu'il y ait lieu de recourir aux injections sous-cutanées de morphine qu'on pratique quelquefois, quand les névralgies concomitantes du zona sont très violentes. Nos deux petites filles sont lymphatiques et nous devrons leur administrer quelques toniques, parmi lesquels je donnerai la préférence à l'huile de foie de morue. Enfin ces deux enfants sont un peu délicates et, comme nous entrons dans une mauvaise saison, il faudra, pour leur convalescence, recommander à leurs parents d'observer des précautions minutieuses à l'égard des sorties prématurées et des refroidissements.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 octobre 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

CORRESPONDANCE

Elle comprend une lettre de M. Kauffmann, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire.

COMMUNICATION

Tuberculose. — M. BUCQUOY présente une note de M. Marquez relative à la prophylaxie de la tuberculose. (Voir au Premier-Paris.)

LECTURE

Mondeville et le traitement des plaies au quatorzième siècle. — M. E. NICAISE. Mondeville, chirurgien de Philippe le Bel, a écrit, au commencement du quatorzième siècle, un « Traité de chirurgie » qui est une œuvre remarquable, méritant encore d'être lue aujourd'hui ; c'est pour les étudiants un livre d'instruction et d'éducation. Ce livre de chirurgie est le premier de notre littérature chirurgicale, il n'y en a pas de plus ancien, et il n'a jamais été imprimé, malgré sa valeur et les objurgations de Malgaigne, Littré et Chéreau. Comme il a été écrit en latin, M. Nicaise, pour le vulgariser, vient d'en publier une traduction.

Pour donner une idée de cet auteur, de ses opinions avancées, il suffit de rapporter ce qu'il dit de la suppuration et du traitement des plaies. Le premier il soutient que la suppuration est une complication et qu'il faut l'éviter, c'est la doctrine d'aujourd'hui. Il en déduit un traitement des plaies; on ne les sondera pas, on pratiquera la réunion immédiate, on fera un pansement avec le vin chaud ou salé, on protégera les plaies contre l'air, car ainsi que nous le croyions il y a quelques années, il considérait l'air comme l'agent de la suppuration; il avait aussi inventé un emplâtre antiseptique pour appliquer sur les plaies.

Son traitement des plaies du gros intestin donne encore une idée de la valeur de ce chirurgien précurseur : il suture la plaie de l'intestin, par une suture des pelletiers, rentre l'intestin, suture la paroi abdominale, et si, dit-il, cette opération est faite immédiatement après la blessure, la guérison est rapide; il l'a obtenue avec un seul pansement.

En résumé, il a existé au quatorzième siècle une période de la chirurgie, dans laquelle on cherchait à combattre la suppuration, on réunissait immédiatement les plaies, on les pansait avec du vin chaud ou un emplâtre antiseptique. Cette période est restée inconnue jusqu'à notre époque, le livre de Mondeville étant resté lui-même inédit.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Étude sur le dermographisme ou dermatoneurose toxi-vasomotrice (1), par T. Barthélemy.

M. Barthélemy appelle dermographisme ce qu'on a autrefois dénommé autographisme, d'une expression moins heureuse. Il n'est pas nécessaire, en effet, que ce soit le sujet lui-même qui trace des caractères sur sa peau; ils peuvent très bien être tracés par un autre. Quant au sous-titre grec que l'auteur a ajouté, en seconde ligne, il exprime en deux mots sa théorie; pour lui, le dermographisme se produit chez des sujets qui sont soumis à une intoxication par des substances toxiques qui portent leur action sur les vasomoteurs. Pour lui, c'est sur les centres vasomoteurs eux-mêmes que se produirait l'intoxication.

On sait en quoi consiste l'autographisme, ou mieux le dermatographisme. Il suffit, en appuyant un peu, de tracer des traits sur la peau avec une pointe mousse comme celle d'un crayon, pour voir bientôt se produire un soulèvement en saillie de la peau, qui reproduit exactement les linéaments tracés. Il est possible ainsi de former des lettres, des mots, de faire des dessins plus ou moins complexes. Ces saillies persistent assez longtemps. Tantôt les saillies sont rosées d'abord, puis blanches, tantôt blanches d'emblée. Elles sont assez apparentes pour qu'on puisse les reproduire par la photographie.

Il s'agit là évidemment d'un œdème localisé par paralysie vasomotrice analogue à celui qui constitue l'urticaire. On sait du reste, ainsi que Jaquet l'a démontré, que chez les gens en état d'imminence ortiée, le grattage produit les soulèvements caractéristiques. En supprimant le grattage, on supprime l'urticaire.

Pour produire le dermographisme, il faut donc deux choses : une prédisposition névropathique, que l'on trouve chez beaucoup des membres de la famille névropathique, et une auto-intoxication d'origine digestive. Comme le dit M. Barthélemy, un léger degré de dyspepsie est chose fréquente chez les individus entachés de nervosisme héréditaire et d'arthritisme. Ce serait là la condition voulue pour que se réalise la dermoneurose toxi-vasomotrice.

On peut se demander dès lors pourquoi les malades dermographiques ne sont pas plus fréquents encore, tant sont communs le neuro-arthritisme et la dyspepsie. Les personnes exposées à l'urticaire sont, elles aussi, des névropathes, mais ce qu'il y a de plus important chez elles, c'est la prédisposition nerveuse. Sans cela, l'urticaire serait beaucoup plus fréquente.

Les empreintes produites sur la peau des dermographes par des pressions diverses rentrent dans la catégorie des stigmates démoniaques, qui ont joué autrefois un rôle si important. Les dermographes d'autrefois étaient considérés comme des possédés; comme le dit M. Barthélemy, on les traitait par le feu, d'une façon un peu trop énergique, maintenant, il faut les traiter par l'eau. Il est vrai, qu'autrefois, le feu les guérissait radicalement.

Il n'y a pas de petite question en pathologie, tout est dans tout et il se trouve qu'en abordant un sujet en apparence aussi simple que le dermographisme, on soulève immédiatement la question controversée des rapports du nervosisme, de l'arthritisme et des

(1) In-8°. Prix : 7 fr. 50. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

auto-intoxications. On soulève aussi une question d'histoire qu'on nous permettra de qualifier de brûlante.

On lira donc avec intérêt le livre très complet de M. Barthélemy. Il est orné de toute une série de photogravures qui représentent le dermographisme chez l'homme et chez... le cheval.

Le courant alternant sinusoïdal en gynécologie (1), par le docteur MINA KAPLAN-LAPINA.

Le courant sinusoïdal est un courant pour ainsi dire intermédiaire entre le courant galvanique continu et le courant faradique intermittent. Tout en ne subissant aucune interruption, il présente deux maxima successifs, l'un positif, l'autre négatif, également espacés, réguliers comme temps et comme force électromotrice.

Essayé par M. Apostoli, dont Mme Kaplan-Lapina est l'élève, le courant sinusoïdal n'a donné aucun bon résultat contre l'hémorragie; il calme très bien la douleur et combat souvent avantageusement la leucorrhée. Il n'a pas d'action sur l'hydrorrée à laquelle donnent lieu certains fibromes. Il active et favorise la résolution des exsudats péri-utérins, mais il n'est pas démontré encore qu'il ait tendance à amener la régression des fibromes. Ces conclusions sont de M. Apostoli lui-même.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 29 octobre 1893, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Méry (C.-A.), Franc, Gouzot, Florentin, Lajugie, Grillière, Grias, Parmentier, Laumet, Peignon, Ygouf, Dufestel, Baillet, Laurent, Ansaloni, Oulié, Loppé, Baudier, Michel, Séname, Lacoarret, Bentéjac, Pauvert, Harlet, Vanneufville, Combe, Pannetier, Larrieu, Bresson, Brunet, Widal, Méry (C.-H.-J.), Casabianca, Lesur, Leuillieux, Dameuve, Chataignier, Ducasse et Guillet.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — M. le pharmacien aide-major de deuxième classe Lafontaine.

— Par décret, en date du 29 octobre 1893, M. le médecin-major de deuxième classe Dziewonski, attaché à la direction du service de santé au ministère de la Guerre, est nommé commissaire militaire près la société l'Union des femmes de France, et, membre de la commission supérieure des sociétés d'assistance aux blessés et malades des armées de terre et de mer, en remplacement de M. le médecin-major de première classe Schneider, envoyé en mission en Perse.

— Par décision ministérielle du 2 novembre 1893, M. Eybert, médecin aide-major de deuxième classe, est désigné pour le 138e d'infanterie.

— *Concours de l'externat.* — Question donnée : Muscles de la région antérieure de la jambe.

— Un concours s'ouvrira le lundi 4 décembre prochain, à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires du Val-de-Grâce, pour quatre emplois de répétiteur à l'École du service de santé militaire.

Ces emplois se rapportent aux parties de l'enseignement ci-après indiquées : 1° anatomie normale et pathologique; 2° pathologie interne et clinique médicale; 3° pathologie externe et clinique chirurgicale; 4° matière médicale thérapeutique, hygiène et médecine légale.

Le concours aura lieu dans les formes et les conditions prévues par les notes ministérielles du 26 décembre 1888 (*Bulletin officiel* du ministère de la Guerre, partie réglementaire 1888, p. 1363) et du 28 février 1890 (même *Bulletin*, partie réglementaire 1890, p. 333).

(1) In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Maloine.

Les médecins-majors de deuxième classe qui désireraient concourir pour ces emplois en feront la demande par la voie hiérarchique au ministre de la Guerre (7e direction). Ces demandes devront parvenir au ministère avant le 20 novembre prochain, terme de rigueur; elles seront accompagnées de l'avis motivé de tous les chefs hiérarchiques des candidats, y compris celui du directeur du service de santé du corps d'armée auquels ils appartiennent.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Moitessier, agrégé, est maintenu, pour l'année scolaire 1893-1894, dans les fonctions de chef des travaux chimiques.

— *École de médecine de Clermont.* — M. Bousquet est nommé, pour trois ans, directeur de ladite École.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. Gley, agrégé, est nommé assistant de la chaire de physiologie générale, en remplacement de M. Gréhant, nommé professeur titulaire.

— *Missions scientifiques.* — M. le docteur Fernand-Lagrange vient d'être chargé d'une mission en Algérie et en Tunisie, à l'effet d'y étudier les maladies endémiques du foie.

M. le docteur A. Loir, préparateur à l'Institut Pasteur, est chargé d'une mission en Tunisie, pour étudier les maladies épidémiques des animaux.

M. le docteur Pichevin, chef des travaux gynécologiques à la clinique chirurgicale de l'hôpital Necker, est envoyé en mission en Allemagne pour étudier les progrès de la gynécologie et l'organisation des travaux gynécologiques.

— Une souscription est ouverte par les élèves et amis de Trélat dans le but de placer son buste dans la salle des Actes de la Faculté de médecine.

On peut adresser les souscriptions à MM. Paul Segond, professeur agrégé, chirurgien de la Maison municipale de santé, 11, quai d'Orsay, et E. Potherat, chirurgien des hôpitaux, 35, rue Barbet-de-Jouy.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bonnet de Malherbe, décédé à Shang-Haï, à l'âge de quatre-ving-quatre ans; Cristofari (de Bastia); Dumont de Sournac, médecin-major de première classe en retraite, à Tarbes; Estorges, de Redjas-Zeraïa (Constantine), et Labitte, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Clermont (Oise).

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les travaux pratiques d'anatomie pathologique, sous la direction de M. le docteur Brault, chef des travaux, commenceront le lundi 6 novembre 1893.

MM. les étudiants, pourvus de douze inscriptions régulières (la douzième ayant été prise en juillet 1893), sont priés de se faire inscrire, pour lesdits travaux, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), tous les jours, jusqu'au samedi 25 novembre inclus, et de midi à trois heures. Ils peuvent demander leur inscription par écrit.

Ils sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seront refusées.

Des lettres de convocation leur seront adressées à domicile.

— Les travaux pratiques d'histologie (première année), pendan le semestre d'hiver, auront lieu les mardis, jeudis et samedis, de deux heures un quart à quatre heures, au laboratoire des travaux pratiques d'histologie (École pratique), à partir du samedi 11 novembre 1893.

Ces travaux sont obligatoires pour tous les étudiants de première année.

— Les travaux pratiques de physique, chimie, histoire naturelle commenceront, pendant le semestre d'hiver, le lundi 6 novembre 1893 (ceux de physique, le lundi 4 décembre), à l'École pratique (15, rue de l'École-de-Médecine), aux jours et heures ci-après désignés :

1° Physique : Lundi, mercredi, vendredi, de quatre heures à six heures du soir;

2° Chimie : Mardi, jeudi, samedi, de huit heures à dix heures et demie du matin.

3° Histoire naturelle : Lundi, mercredi, vendredi, de neuf heures à onze heures du matin.

— Le cours de médecine légale pratique (M. Brouardel, professeur) commencera, à la Morgue, le mercredi 8 novembre 1893, à deux heures du soir, et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. — Les mercredis, M. le professeur Brouardel; les vendredis, M. le docteur Descoust; les lundis, M. le docteur Vibert.

Des conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie seront faites au laboratoire de toxicologie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf). Elles ont lieu les mardis, jeudis et samedis, depuis le samedi 4 novembre 1893, dans l'ordre suivant : les jeudis, à quatre heures, M. le docteur Descoust; les mardis et samedis, à trois heures, M. le docteur Vibert et M. Ogier.

MM. les docteurs en médecine et MM. les étudiants ayant subi le troisième examen de doctorat seront seuls admis à suivre ce cours et ces conférences, sur la présentation d'une carte qui leur sera délivrée, après inscription, au secrétariat de la Faculté.

Le laboratoire de chimie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf) sera ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique.

— M. le professeur Farabeuf a commencé son cours d'anatomie aujourd'hui lundi 6 novembre 1893, à quatre heures du soir (grand amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Ordre des leçons : Première partie : *a.* Couches musculo-aponévrotiques et vaisseaux du cou; *b.* Artères, veines et nerfs du membre supérieur. — Deuxième partie : *a.* Artères, veines et nerfs du membre inférieur; *b.* Vaisseaux des parois et des viscères du pelvis.

— M. Brissaud, agrégé chargé de cours, commencera son cours de clinique des maladies du système nerveux le mardi 7 novembre 1893, à dix heures du matin (hospice de la Salpêtrière), et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Mathias-Duval commencera son cours d'histologie le mardi 7 novembre 1893, à quatre heures du soir (grand amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Objet du cours : La cellule en général, l'ovule et le spermatozoïde en particulier; le système glandulaire; le foie, le rein; les glandes vasculaires sanguines; le sang.

— M. Schwartz, agrégé, commencera ses conférences de pathologie externe le mardi 7 novembre 1893, à quatre heures du soir (petit amphithéâtre), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Straus commencerera son cours de pathologie expérimentale et comparée le mercredi 8 novembre 1893, à quatre heures du soir (amphithéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale, École pratique, 1er étage), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Objet du cours : La bactériologie dans ses applications à la médecine. Principaux microbes pathogènes. Maladies infectieuses communes à l'homme et aux animaux.

— M. le professeur Ch. Richet commencera son cours de physiologie le mercredi 8 novembre 1893, à cinq heures du soir (grand amphithéâtre de l'École pratique), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

— M. Charrin commencera ses conférences de pathologie interne le mercredi 8 novembre, à six heures du soir (petit amphithéâtre), et les continuera les vendredis, lundis, mercredis suivants, à la même heure. — Sujet : Maladies de l'appareil urinaire.

— M. le professeur Dieulafoy commencera son cours de pathologie interne le jeudi 9 novembre 1893, à trois heures (grand amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

— M. Heim, agrégé, commencera ses conférences d'histoire naturelle médicale le vendredi 10 novembre 1893, à deux heures du soir (grand amphithéâtre), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Cornil commencera son cours d'anatomie pathologique le vendredi 10 novembre 1893, à cinq heures du soir (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera, les lundis et vendredis suivants, à la même heure, dans le même amphithéâtre; les mercredis, à deux heures, dans la salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique (2e étage).

— Les cours de l'École d'anthropologie, 15, rue de l'École-de-Médecine, pour l'année 1893-1894, ont lieu ainsi qu'il suit :

Le lundi, à quatre heures, M. G. de Mortillet : Anthropologie préhistorique; — à cinq heures, M. Capitan (novembre, décembre, janvier) : Anthropologie pathologique; M. F. Schrader (à partir de février) : Géographie anthropologique.

Le mardi, à quatre heures, M. André Lefèvre : Ethnographie et linguistique; — à cinq heures, M. Georges Hervé : Ethnologie.

Le mercredi, à quatre heures, M. J.-V. Laborde : Anthropologie biologique; — à cinq heures, M. P.-G. Mahoudeau : Anthropologie zoologique.

Le vendredi, à quatre heures, M. A. Bordier : Géographie médicale; — à cinq heures, M. L. Manouvrier : Anthropologie physiologique.

Le samedi, à quatre heures, M. Ch. Letourneau : Sociologie (histoire des civilisations); — à cinq heures, M. A. de Mortillet : Ethnographie comparée.

— La policlinique de chirurgie des femmes du docteur Berrut (151, rue de Grenelle-Saint-Germain) est ouverte du 1er novembre au 31 août. Le jeudi, à neuf heures : leçon ouverte aux médecins et aux sages-femmes sur la présentation de leur carte, et aux élèves inscrits. On s'inscrit à trois heures. A dix heures : consultation.

réseau du Midi, et notamment pour : Arcachon, Biarritz, Dax, Guéthary (halte), Hendaye, Pau, Saint-Jean-de-Luz, Salies-de-Béarn, etc.

Avec les réductions suivantes, calculées sur les prix du tarif général d'après la distance parcourue, sous réserve que cette distance, aller et retour compris, sera d'au moins 500 kilomètres : Pour une famille de deux personnes, 20 p. 100; pour une famille de trois personnes, 25 p. 100; pour une famille de quatre personnes, 30 p. 100; pour une famille de cinq personnes, 35 p. 100; pour une famille de six personnes ou plus, 40 p. 100.

Durée de validité : 33 jours, non compris les jours de départ et d'arrivée.

La durée de validité des billets de famille peut être prolongée une ou deux fois de trente jours, moyennant le paiement, pour chacune de ces périodes, d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix du billet de famille.

Avis. — La demande de ces billets doit être faite quatre jours au moins avant le jour du départ.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dès l'ouverture de la séance, il y avait, à l'Académie, un nombreux public médical et extra-médical. Cette affluence inaccoutumée était causée par l'annonce, faite dans les grands journaux, de la lecture du rapport de MM. Brouardel et Dieulafoy sur l'état de Cornelius Herz. Après la lecture du procès-verbal et les présentations, M. le président donne la parole à M. Dieulafoy pour une « communication officielle ». Aussitôt le silence s'établit, et M. Dieulafoy, de sa voix claire et bien timbrée, commence à lire le rapport; mais, à peine a-t-il lu quelques lignes que de nombreuses protestations s'élèvent de tous côtés; plusieurs membres demandent la parole à la fois; le bruit couvre à ce point la voix de l'orateur qu'il est obligé de s'arrêter. M. Larrey obtient alors la parole et, dans un langage plein de convenance à l'égard des rapporteurs qu'il met hors de cause, il fait observer que l'Académie de médecine n'a été aucunement avertie de ce rapport et qu'il y va de sa dignité de se refuser à l'entendre. M. Besnier déclare que cette lecture choque le sentiment d'un grand nombre de ses collègues. M. Brouardel prend la parole à son tour; il explique qu'il s'agit d'un rapport médico-légal qui est absolument du ressort de l'Académie; que les médecins anglais qui donnent leurs soins à Cornelius Herz ont depuis longtemps publié tous les détails possibles sur son état, qu'il n'y a conséquemment pas de secret professionnel à garder, et qu'il est temps, qu'en France comme en Angleterre, on sache la vérité. Rien n'y fait. L'Académie se refuse à en entendre davantage, et M. Dieulafoy descend de la tribune.

L'Académie n'aime pas, en général, à se mêler de ce qui ne la regarde pas; mais il n'en est pas moins vrai qu'elle s'est montrée quelque peu sévère à l'égard de deux collègues très généralement estimés et qui ont pensé ne pouvoir mieux faire que de placer leur communication sous le patronage de cette Académie « dépositaire des traditions d'honneur professionnel et de bonne foi scientifique ».

Nos lecteurs trouveront plus loin le rapport de MM. Brouardel et Dieulafoy.

La suite de cette séance a été remplie par un rapport de prix et par une nouvelle communication de M. Laborde sur le rappel à la vie, dans les diverses variétés d'asphyxie, par la méthode des tractions rythmiques de la langue.

Nous avons également à signaler une lecture de M. Bazy sur l'urétéro-cystonéostomie, opération consistant à aboucher l'uretère à la vessie.

Mentionnons aussi les mesures prophylactiques prises contre la diphtérie aux îles Saint-Pierre et Miquelon par le gouverneur actuel, M. Feillet, d'accord avec le chef du service de santé, M. Dupouy. Grâce aux mesures énergiques qui ont été prises, mesures consistant principalement dans la déclaration obligatoire, la désinfection et l'isolement, la mortalité par diphtérie a baissé de près de 80 p. 100 aux îles Saint-Pierre et Miquelon. Le fait est intéressant à noter au moment même où se discute, à l'Académie, la question de la déclaration obligatoire des maladies contagieuses. Il faut féliciter M. le gouverneur de cette colonie de n'avoir pas attendu la promulgation de la loi pour l'appliquer dans toute sa rigueur, en présence d'un aussi terrible fléau que la diphtérie. Il serait à souhaiter qu'hygiénistes et médecins trouvassent, en tous pays, une administration aussi intelligemment soucieuse des intérêts de la santé publique.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

Une acromégalique.

Par M. le docteur VALAT (de Cahors), ancien interne des hôpitaux de Paris.

En 1886, M. Pierre Marie a décrit, sous le nom d'acromégalie, une affection caractérisée par « une hypertrophie singulière non congénitale des extrémités supérieures, inférieures et céphaliques ». Les observations de cette maladie sont encore peu nombreuses, aussi avons-nous cru utile de publier le cas suivant, qui en est un exemple typique :

Mlle Joséphine A..., âgée de cinquante et un ans. Ses antécédents héréditaires ne présentent aucune particularité intéressante.

Le père, instituteur, est mort à soixante-six ans de gastrite; la mère a succombé à soixante-dix ans, des suites d'une chute.

Deux frères, l'un de quarante-six ans et l'autre de quarante-deux ans, jouissent d'une bonne santé et n'ont pas de difformité. Chacun d'eux a trois enfants également bien portants.

Joséphine A... n'a eu aucune maladie.

De douze à seize ans elle était sujette à des épistaxis fréquentes pendant l'été.

A vingt ans a eu un enfant.

De seize à vingt-deux ans a été réglée. Pendant cette période de six années les menstrues étaient régulières, abondantes et duraient huit jours. A vingt-deux ans, Joséphine A... a cessé d'être réglée et depuis ne l'a été qu'une seule fois vers l'âge de trente-deux ans.

A vingt ans elle s'est placée comme cuisinière dans une famille de Cahors et est restée dans la même maison jusqu'à quarante ans. A cette époque « ses maîtres lui donnèrent congé à cause de sa difformité ». En effet, ses mains et sa tête avaient pris de telles dimensions que sa présence devenait désagréable.

Nous donnons ici la description de la tête, des mains, des pieds, etc.; nous indiquerons plus loin la marche de l'affection.

Aujourd'hui (août 1892), Joséphine A... est un véritable phénomène. Toute personne qui passe près d'elle regarde avec étonnement cette femme de petite taille (1m50), à dos très voûté, à tête énorme, monumentale, comme on peut en juger par les photographies ci-contre et par les dimensions indiquées plus bas.

Au premier abord, on se rend compte que c'est la face et non le crâne qui contribue à donner à la tête des proportions monstrueuses. C'est une tête de géant sur les épaules d'une femme de petite taille. La circonférence horizontale passant par la bosse occipitale et la partie moyenne du front est de 60 centimètres. Un ruban mené de la racine du nez à la protubérance occipitale externe en contournant la voûte du crâne, mesure 34 centimètres. Le trajet décrit par un ruban partant de la pointe du menton et mené au sommet de la tête, en suivant de chaque côté la mâchoire inférieure et la région temporale, est de 75 centimètres.

L'hypertrophie porte sur tous les organes : nez, yeux, lèvres, pommettes, mais principalement sur le menton et les joues, ce qui a valu à Joséphine A... le sobriquet de « tête de veau ». Cette dénomination paraît justifiée par l'examen de la photographie prise de profil.

Le front est bas, presque normal, plat. Il mesure 5 centimètres de la racine du nez à la naissance des cheveux. Loupe du volume d'un haricot à la partie moyenne du front et un peu à gauche de la ligne médiane.

Les arcades sourcilières sont accentuées. Poils des sourcils rares, courts, châtain foncé.

Les yeux présentent un degré notable d'exophtalmie; ils ont conservé tous leurs mouvements. La sclérotique est jaunâtre, subictérique. La région caronculaire est hypertrophiée. L'œil gauche est en strabisme externe.

Les paupières supérieures très développées, trop longues, forment deux ou trois plis transversaux. Cette hypertrophie ne porte pas sur les cartilages tarses, ainsi qu'on peut s'en assurer en retournant les paupières. Les cils sont courts. La peau des paupières est légèrement pigmentée.

Le nez mesure 8 centimètres de la racine à la pointe et forme un relief de 3 centimètres et demi, de l'aile à la pointe. La peau est un peu violacée au niveau du lobule.

La lèvre supérieure est hypertrophiée, mais non au même degré que l'inférieure. Cette dernière est énorme, très épaisse et renversée en bas. Son bord libre violacé présente, au niveau de la muqueuse, des plis verticaux très accentués. Par suite de sa procidence, la bouche est toujours entr'ouverte et laisse apercevoir la langue.

Si on fait tirer la langue, on est frappé de son volume. L'hypertrophie porte principalement sur la partie antérieure du V lingual. La muqueuse a quelques plis profonds, mais est surtout recouverte de papilles très nombreuses, arrondies et presque du volume d'une tête d'épingle. Les papilles caliciformes ne sont pas hypertrophiées au même degré.

De chaque côté du filet lingual les veines ranines très développées, du calibre d'une plume d'oie, forment un petit plexus. Sur la face interne des joues rampent quelques veines sinueuses.

La voûte palatine contraste par ses faibles dimensions avec la partie inférieure de la cavité buccale.

L'arcade dentaire supérieure a perdu toutes les dents qui sont tombées en provoquant de violentes névralgies.

Les amygdales ont le volume d'un œuf de pigeon.

La mâchoire inférieure ne possède plus que les quatre incisives, les deux canines et la première petite molaire droite. Ces dents sont déchaussées, branlantes, renversées fortement en avant par la langue qui les recouvre. Le bord alvéolaire qui les supporte est très aminci.

C'est le développement excessif des joues et du menton qui donne au visage sa note caractéristique. Le menton est énorme, augmenté dans tous les sens. Il mesure 6 centimètres de la pointe au bord libre de la lèvre inférieure. Le prognathisme est très accentué. La courbe décrite par le maxillaire inférieur et mesurée d'un tragus à l'autre en passant par la pointe du menton, est de 39 centimètres. Un ruban mené d'un tragus à l'autre, en contournant les pommettes et le dos du nez, atteint 32 centimètres.

Les oreilles ne sont pas très développées, 7 centimètres dans le sens vertical.

La tempe gauche est sillonnée par une veine du calibre d'une plume de corbeau.

Le crâne, quoique hypertrophié, ne l'est pas dans les mêmes proportions que la face. On n'y voit aucune irrégularité, aucune saillie anormale. Le cuir chevelu, très épais, forme au niveau de la région occipitale plusieurs plis, comme s'il y avait un excès de tégument en cette région. Les cheveux, très abondants, noirs, grisonnent par places et ne présentent aucune altération.

Le cou est en rapport avec le volume de la tête. Par suite de l'énorme saillie du maxillaire inférieur et de la cyphose cervico-dorsale, il paraît court. Il représente dans son ensemble un tronc de cône à base inférieure, et il est si large à son union avec les épaules que celles-ci le débordent à peine. Il doit en partie ses dimensions à un énorme goître qui occupe les trois portions de la glande thyroïde. Le lobe médian, kystique, arrondi et mobile, forme une saillie aussi grosse qu'un œuf de poule et les deux latéraux soulèvent les sterno-mastoïdiens, pour remplir les creux sus-claviculaires, qu'ils effacent complètement, et recouvrent le tiers interne des clavicules et la fourchette sternale. La circonférence du cou, au niveau de sa partie moyenne, est de 53 centimètres. La présence du goître ne permet pas de juger des dimensions du larynx.

Dans la région de la jugulaire externe droite, serpentent deux veines parallèles, sinueuses et du volume du petit doigt.

A gauche, les deux veines jugulaires sont moins développées.

Les carotides, cachées par le goître, ne présentent pas de puissants battements.

Les proportions du thorax, bien qu'exagérées, ne le sont cependant pas au même degré que celles de la tête et du cou. La région de la fourchette sternale, plus large qu'à l'état normal, est plane, sonore à la percussion. Plus bas, vers l'insertion des quatrième, cinquième et sixième côtes, se trouve une convexité très marquée, qui ferait penser, la malade étant habillée, à un développement très accentué des seins. Sur ce massif osseux, il est difficile de délimiter le sternum et les côtes. On sent seulement sur ces dernières, et à 7 ou 8 centimètres de la ligne médiane, des saillies osseuses qui constituent dans leur ensemble un chapelet analogue à celui du rachitisme. Les côtes sont plus larges qu'à l'état normal; l'appendice xiphoïde est déjeté vers la droite. Les reins, très atrophiés, forment à peine relief.

Les veines sous-cutanées thoraciques sont très développées dans toute la région antéro-latérale.

Les mains larges, courtes, massives, sont pareilles à celles d'un terrassier; leur qualificatif, main en battoir, donne une idée fort exacte de leur ensemble. Tous les doigts sont augmentés de volume, mais ont conservé leurs proportions respectives. Peut-être l'hypertrophie est-elle un peu plus manifeste sur l'index de chaque main et plus encore sur le droit. Ils n'ont pas perdu leur forme de cylindre aplati et irrégulier, mais paraissent courts

grâce à l'exubérance des parties molles et au lieu de s'effiler de la phalange vers la phalangette, ils gardent partout le même volume. Les ongles ont leurs caractères habituels. Malgré ces diverses modifications, la malade peut coudre, faire le bas avec autant de facilité qu'avant la difformité.

L'hypertrophie est moins marquée au niveau de la région métacarpienne. Les éminences thénar, hypothénar et les différents sillons de la paume de la main n'ont rien d'exagéré. Sur la face dorsale, la peau a une épaisseur normale et les veines sous-cutanées sont petites.



Les poignets sont gros : circonférence au niveau des apophyses styloïdes 18 centimètres à droite et 19 centimètres à gauche. Les avant-bras paraissent trop faibles pour les mains qu'ils supportent. Les bras n'ont rien de spécial.

Les pieds, longs et très larges, sont plus hypertrophiés que les mains. L'exagération est surtout notable dans la région du talon, où les tissus plantaires sont très épais et mobiles par suite de leur exubérance. Sur la face dorsale, la peau est fine et les veines sous-cutanées peu développées. Les orteils, à l'inverse des doigts, n'ont pas des dimensions exagérées. Déviation légère du gros orteil en dehors. Durillon au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil droit.

Les jambes, les genoux, les cuisses paraissent grêles comparés aux pieds.





Pas de varices aux membres inférieurs.

Toutes les fonctions de l'économie s'accomplissent régulièrement.

L'appétit est normal. Cette femme nous apprend qu'autrefois, de vingt à trente-cinq ans, elle avait une faim insatiable : « Elle aurait mangé un pain de 2 kilos sans s'arrêter. » Elle buvait aussi beaucoup.

Les bruits du cœur sont normaux. Pouls radial, régulier, pas très fort : 76 pulsations.

La voix est grave. Autrefois Joséphine A... « ne parlait pas si gros ». La parole est traînante. Pendant la conversation, cette femme a des inspirations sonores à timbre tubaire, véritable cornage.

Les organes génitaux externes n'auraient pas subi d'hypertrophie, au dire de la malade.

Urines : ni sucre, ni albumine.

Aucun trouble du système nerveux. La sensibilité à la pression, à la chaleur, est conservée sur toute la surface du corps. Joséphine A... n'est pas trop sensible au froid. Pendant l'hiver dernier, elle a éprouvé dans les doigts (principalement dans le médius et l'annulaire) et les mains — jamais dans les pieds — des phénomènes douloureux : sensations d'engourdissements, de fourmillements, de piqûres, qu'elle désigne sous le nom de « crampes ». Assez souvent, ils irradiaient jusqu'à l'épaule, en suivant la face dorsale de l'avant-bras et externe du bras ; ils présentaient leur maximum d'intensité aux doigts et aux mains. Ils survenaient dans la seconde moitié de la nuit et duraient de trois quarts d'heure à une heure.

Réflexes rotulien et plantaire conservés.

Les facultés intellectuelles sont intactes. Fille d'instituteur, elle nous raconte qu'elle n'avait pas beaucoup de facilité pour apprendre à lire et à écrire. C'est surtout la mémoire qui lui faisait défaut. Elle répond cependant à toutes nos questions et aussi bien qu'il est permis à une personne de sa condition. Malgré sa difformité et les ennuis qu'elle lui suscite, son caractère n'est pas aigri. « Il est malheureux, dit-elle, qu'à cause de ma figure, on ne m'occupe pas, car je pourrais encore travailler. » Mais elle supporte très bien cet ostracisme et son moral n'est pas affecté.

Elle n'a jamais eu de céphalalgie. Elle est très affirmative sur ce point.

Pas de douleurs musculaires ou articulaires.

Les sens spéciaux donnent lieu à quelques remarques.

L'odorat, le goût et le toucher sont intacts.

L'ouïe est un peu affaiblie. L'oreille gauche perçoit le bruit d'une montre à 40 centimètres de distance et la droite à 15 centimètres seulement.

La vue est atteinte. L'œil gauche voit moins bien que le droit. Hémianopsie temporale pour chaque œil ; elle est moins étendue à droite. A l'ophthalmoscope : O.D. ne présente aucune altération ; O.G., commencement d'atrophie papillaire.

Joséphine A... avait trente-cinq ans lorsque ses maîtres l'avertirent que sa figure grossissait : elle s'aperçut environ à la même époque de l'hypertrophie des mains et des pieds. Nous connaissons cette femme depuis 1875. Cuisinière dans la famille d'un de nos camarades de collège, nous avions souvent l'occasion de la voir. Déjà, à cette époque, l'hypertrophie de la face était notable sans atteindre néanmoins les proportions actuelles. Aussi pensons-nous que la difformité fait encore des progrès.

Inutile de discuter ici le diagnostic qui s'impose, tant les acromégaliques ont entre eux « un air de famille ». En se reportant aux photographies ci-jointes, on s'aperçoit que cet « air » est facile à retenir.

Nous nous contenterons d'attirer l'attention sur les quelques particularités propres à notre malade :

1. *Absence de céphalalgie.* — Joséphine A... a été très affirmative à ce sujet : elle n'a jamais souffert de la tête. D'après les recherches de M. Marie, la céphalalgie serait presque constante.

2. *Absence de matité rétro-sternale.* — Ce signe négatif a sa valeur, attendu que la persistance du thymus est la règle chez les acromégaliques. Toutefois on n'est pas autorisé à conclure de l'absence de matité à la non-persistance du thymus.

3. *Goître volumineux.* — Dans une Revue générale (*Gaz. des hôp.*, 1889, n° 128), M. Georges Guinon s'exprime ainsi à propos du corps thyroïde : « Le corps thyroïde ne ferait jamais défaut dans l'acromégalie, c'est tout au plus s'il présenterait une certaine diminution de volume. » Notre cas fait donc exception à la règle. Verstraeten a déjà publié une observation d'acromégalie avec goître.

4. *Développement des veines de la moitié supérieure du corps.* — Les veines jugulaires externes, ranines, sous-cutanées, thoraciques présentent un développement très marqué, hypertrophie qu'on n'observe pas dans celles des membres inférieurs. Il faut ajouter que ces derniers sont de tous les segments du corps les moins développés.

MÉDECINE LÉGALE

Rapport sur l'état de santé de Cornelius Herz.

Par MM. les professeurs Brouardel et Dieulafoy.

Nous avons l'honneur, M. le professeur Brouardel et moi, de faire connaître à l'Académie de médecine le rapport qui nous a été demandé par M. le président du Conseil, concernant les résultats de la mission dont nous avons été chargés, en vue de constater l'état de santé de Cornelius Herz.

En publiant ce rapport *in extenso*, notre but est de nous opposer à toute légende, à tout malentendu, qui pourrait être tenté de se substituer à la vérité.

Cette publicité, elle est du reste justifiée par l'exemple que nous ont donné nos très honorables confrères anglais qui, à plusieurs reprises, et tout récemment encore, dans le *British Medical Journal*, ont discuté, avec les détails les plus circonstanciés, le diagnostic et le pronostic de la maladie de Cornelius Herz.

Ce qu'ont fait les médecins anglais, nous allons le faire également et, entrés dans cette voie, nous plaçons le présent rapport sous le patronage de cette Académie de médecine, dépositaire des traditions d'honneur professionnel et de bonne foi scientifique.

Maintenant établissons nettement les faits :

Le 20 juin 1893, MM. les professeurs Charcot et Brouardel étaient chargés, par M. le ministre des Affaires étrangères, de se rendre à Bournemouth pour examiner Cornelius Herz à l'effet de savoir s'il était en état d'être transporté hors de son domicile.

A la suite d'un double examen aussi prolongé que scrupuleux et éclairés par les renseignements fournis par les médecins anglais, MM. Charcot et Brouardel rédigèrent un rapport dont nous allons reproduire les traits les plus saillants :

Cornelius Herz est atteint de diabète sucré avec phosphaturie, azoturie et albuminurie. A ces symptômes diabétiques s'ajoutent une pâleur des tissus, un amaigrissement considérable, une déperdition telle des forces, que, pendant les examens prolongés faits par les médecins français, le malade fut pris d'angoisse, de sueurs froides, de refroidissement aux extrémités avec tendance à la syncope. La dépression des forces était encore expliquée par ce fait que le malade, atteint d'une intolérance stomacale absolue, vomissait tous ses aliments, ce qui avait engagé les médecins anglais à recourir à l'alimentation par la voie rectale.

D'autre part, Cornelius Herz avait été pris, le 6 février 1893, d'accès de fièvre avec anxiété précordiale et troubles cardio-vasculaires, qui avaient fait diagnostiquer aux médecins anglais une aortite aiguë. Depuis cette époque, le malade avait été sujet à des sensations de défaillance et de syncope survenant principalement dès qu'il voulait se lever. C'étaient bien là des signes d'angine de poitrine.

En face de cette situation caractérisée par un état diabétique voisin de la cachexie et par des accidents cardio-aortiques sans cesse menaçants, les conclusions de MM. Charcot et Brouardel furent les suivantes : « Les constatations directes que nous devons relater, notamment la crise avec tendance à la syncope, dont nous avons été témoins, ne nous laissent aucun doute sur la réponse qu'il y a lieu de faire à la question qui nous a été posée. On ne pourrait transporter Cornelius Herz sans faire courir au malade les plus grands dangers ; nous ne prendrions pas la responsabilité de conseiller son transport. »

Néanmoins le rapport se terminait par une phrase où nous relevons la déclaration suivante : « Il n'est pas impossible qu'il survienne une rémission dans la marche de la maladie. »

Eh bien, cette rémission est survenue et c'est ici que commence la deuxième partie du rapport actuel.

Sous l'influence d'une hygiène alimentaire sévère, d'un traitement bien conduit, le malade s'est amélioré, les forces ont reparu peu à peu, et quand nous sommes arrivés à Bournemouth samedi dernier, 4 novembre, M. Brouardel et moi, voici ce que nous avons constaté en présence de nos honorables confrères anglais.

Cornelius Herz est dans la plénitude de ses facultés intellectuelles. Il n'est plus l'homme anémié et amaigri du mois de juin ; il n'est plus l'homme tombant d'inanition et de faiblesse, il a bonne mine, il est solidement musclé, il a engraissé, la voix est forte et bien timbrée, le pouls est de bonne qualité. Au point de vue des symptômes diabétiques, le sucre urinaire a notablement diminué, et l'albuminurie a complètement disparu, nous ne constatons aucun symptôme de brightisme.

L'alimentation, impossible il y a quelques mois, est actuellement solide et substantielle, on en peut juger, du reste, par quelques vomissements qui ont eu lieu en notre présence, vomissements provoqués, suivant le malade, par l'état nerveux où l'avait plongé notre examen.

Entre autres symptômes, d'ordre également nerveux, nous signalons des sensations de froid et de légère anesthésie occupant principalement le côté gauche du corps et parfois provoquées par la pression de l'hypocondre gauche.

L'examen du cœur nous a donné les résultats suivants : il n'y a pas d'hypertrophie cardiaque et le choc systolique est normal. A l'auscultation on perçoit un très léger souffle au premier temps à la région mitrale, et un prolongement du second temps à l'orifice aortique ; ce prolongement ne mérite même pas le nom de souffle de retour, et, d'ailleurs, les autres signes de l'insuffisance aortique font défaut.

Au dire du malade, qui reste confiné dans son lit, les tendances à la défaillance sont fréquentes, l'angoisse syncopale survient soit spontanément, soit à l'occasion de mouvements avec la sensation de la vie qui s'éteint.

Ce sont là des symptômes d'angine de poitrine, mais ils ne se sont pas produits en notre présence et nous nous contentons de les signaler.

Il ressort donc de notre examen : qu'à part les troubles cardio-aortiques avec lesquels il faut compter, car chacun sait les terribles surprises que peut entraîner l'angor pectoris, à part ces troubles cardio-vasculaires, il y a, dans l'état général du malade, une amélioration tellement manifeste que Cornelius Herz, répondant à nos questions, nous a dit lui-même : « Oui, je me sens mieux ; oui, je suis plus fort. »

Il ne peut donc y avoir aucune hésitation dans nos conclusions relativement au déplacement et au transport de Cornelius Herz :

Ce qui n'était pas possible il y a quatre mois, est possible aujourd'hui.

A ces conclusions, qu'il nous soit permis d'ajouter quelques mots. Après avoir accompli notre mandat auprès du malade, nous avons pris congé de nos honorables confrères anglais que nous ne saurions trop remercier de leur parfaite courtoisie, et de l'extrême obligeance avec laquelle ils nous ont fourni tous les renseignements désirables.

A l'issue de notre consultation à Bournemouth, nous sommes rentrés à Londres, nous avons envoyé un mot à l'ambassade de France, et le soir même, à dix heures, nous étions reçus avec empressement et une bonne grâce charmante, par le premier secrétaire, M. le baron d'Estournelles.

Séance tenante, nous faisions part de nos conclusions à M. le baron d'Estournelles, et il en informait aussitôt à Paris M. le président du Conseil par une dépêche que nous avons rédigée en commun. Notre mission était terminée.

THÉRAPEUTIQUE

Action de l'aconitine dans les névralgies.

Par le docteur Delmis.

Les propriétés physiologiques si caractérisées de l'aconitine la désignent tout naturellement pour combattre les affections douloureuses et spécialement les névralgies (Gubler, Franceschini, Laborde, Seguin [de New-York], A. Dumas [de Cette], de Molènes).

L'excellent travail, publié par le docteur A. Dumas, contient des indications précieuses pour l'emploi de cette substance.

« L'aconitine est un médicament énergique, très efficace dans les névralgies faciales congestives surtout, et dans quelques autres névralgies *a frigore*.

Elle est utile dans les affections catarrhales en général.

La tolérance existe pour elle comme pour d'autres alcaloïdes, lorsqu'elle est méthodiquement administrée sans qu'on ait à redouter des effets d'accumulation dans l'organisme.

Elle peut être donnée à des doses très réfractées et convenablement espacées.

Il convient de commencer par des doses faibles et de n'augmenter que progressivement (1). »

L'aconitine n'est pas seulement utile dans les névralgies; on sait qu'elle rend les plus grands services dans les maladies douloureuses, telles que la céphalalgie, la migraine, la pleurodynie, de même que dans les rhumatismes articulaires et les arthrites aiguës. Chez plusieurs malades atteints de ces affections, elle a donné les résultats les plus encourageants.

L'aconitine est un médicament bien défini, qui agit chez l'homme d'une manière sûre et régulière; mais à cause de son action énergique, il faut l'administrer à petites doses et largement espacées; on devra aussi s'assurer de la provenance du produit et employer une préparation bien dosée, toujours identique, comme les Pilules Moussette, par exemple, dont on a déjà pu vérifier les effets. On évitera ainsi certains inconvénients résultant des origines diverses de cet alcaloïde, et qui ont été signalés par le docteur Desnos à la Société médicale des Hôpitaux de Paris (séance du 22 octobre 1880).

Fréquemment les névralgies sont accompagnées d'accidents intermittents et périodiques bien marqués; c'est pour combattre cette complication que le docteur Moussette a composé des Pilules très exactement dosées, contenant chacune un cinquième de milligramme d'aconitine pure et du quinium dont l'indication est nette dans ces sortes d'affections.

Au début, il sera bon de tâter la susceptibilité du malade, et de commencer le premier jour par faire prendre trois pilules : une le matin, une à midi et une le soir.

Si le premier jour on n'obtenait pas une sédation marquée, on pourrait augmenter graduellement d'une pilule par jour, jusqu'à six dans les vingt-quatre heures; on s'en tiendra à cette dose jusqu'à la cessation des douleurs, et à moins de cas exceptionnels, on ne devra pas aller au delà; s'il survenait un peu de diarrhée, on diminuerait la dose de ces pilules.

En résumé, les expérimentations faites dans les hôpitaux de Paris, ont démontré que les Véritables Pilules Moussette possèdent une efficacité incontestable, et qu'elles sont employées avec succès dans tous les cas où l'usage de l'aconitine est indiqué.

(1) Dr A. Dumas, chirurgien de l'hôpital de Cette. *De l'aconitine; de son emploi dans les névralgies faciales et le tic douloureux; sa posologie.*

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 novembre 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

M. le Président annonce que, dans la prochaine séance, l'Académie aura à nommer un vice-président, en remplacement de M. Le Fort.

COMMUNICATION OFFICIELLE

M. Dieulafoy a la parole pour la lecture du rapport qu'il a fait, avec M. Brouardel, sur l'état de Cornelius Herz. (Voir le Premier-Paris.)

Tractions rythmiques de la langue. — **M. Laborde** communique de nouveaux faits de rappel à la vie par le procédé des tractions rythmiques de la langue dans différents cas de mort apparente (asphyxie des nouveau-nés, chloroformisation, etc.).

LECTURE

Urétéro-cystonéostomie. — **M. Bazy** donne lecture d'une communication sur ce sujet. (Sera publié.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 3 novembre 1893, a été promu dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat :

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de deuxième classe Alquier.

— Par décision ministérielle du 5 novembre 1893, M. le médecin-major de première classe Mercier est désigné pour le 15e régiment d'artillerie.

— *Concours de l'externat.* — Question donnée : Muscles de la région postérieure de la cuisse.

— *Hôpitaux de Nancy.* — Le concours pour l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. André, Renard, Thouvenin, Fischer et Hartmann.

— Les Commissions des prix de la Faculté de médecine de Paris, pour l'année scolaire 1893-1894, sont composées ainsi qu'il suit :

Prix Barbier. — MM. Panas, Tarnier, Farabeuf, Le Dentu, Terrier; suppléant, M. Tillaux.

Prix Châtauvillard. — MM. Panas, Cornil, Dieulafoy, Mathias-Duval, Pouchet; suppléant, M. Laboulbène.

Prix Jeunesse (hygiène). — MM. Brouardel, Proust, Gautier, Fournier, Pouchet; suppléant, M. Gariel.

Prix Saintour. — MM. Guyon, Duplay, Lannelongue, Le Dentu, Tillaux; suppléant, M. Pinard.

Prix de Thèses. — MM. Brouardel, Guyon, Hayem, Tarnier, Duval, Debove, Tillaux, Terrier, Gautier; suppléants, MM. Straus, Le Dentu.

Prix Montyon. — MM. Brouardel, Proust, Gautier, Fournier, Pouchet; suppléant : M. Gariel.

— Le concours annuel pour une place d'interne titulaire et deux places d'interne provisoire à l'Hôtel-Dieu d'Orléans aura lieu le 15 décembre prochain, à une heure après-midi audit Hôtel-Dieu.

Pour s'inscrire au concours et pour tous les renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices d'Orléans.

— *École de médecine d'Angers.* — M. Lemesle, licencié ès sciences physiques, préparateur de physique à la Faculté des sciences de Rennes, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux physiques et chimiques.

— *Faculté des sciences de Caen.* — Un congé, pour l'année scolaire 1893-1894, est accordé, sur sa demande, à M. Sausse, préparateur de physique.

M. Belloc, licencié ès sciences physiques, est chargé, pour l'année scolaire 1893-1894, des fonctions de préparateur de physique.

— *Faculté des sciences de Clermont.* — M. Giraud, licencié ès sciences physiques et ès sciences naturelles, chargé des fonctions de préparateur de géologie et de minéralogie à la Faculté des sciences de Clermont, est nommé, à partir du 1er novembre 1893, préparateur de géologie et minéralogie à ladite Faculté, en remplacement de M. Glangeaud, démissionnaire.

— La Société française de dermatologie et de syphiligraphie reprendra ses séances le jeudi 9 novembre, dans la salle des conférences de l'hôpital Saint-Louis.

— Le trésorier de l'Association française pour l'avancement des sciences est autorisé à accepter, au nom de ladite Association, aux clauses et conditions imposées par le testateur, le legs que lui a fait le sieur Louis-Jean Fontarive, d'une somme de 20 000 fr. en nue propriété. Lors de l'extinction de l'usufruit, les revenus serviront à encourager et récompenser les auteurs d'importants travaux scientifiques, selon la volonté du testateur.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Auquier (de Beauvoisin), Brivois (de Paris), Charazac (de Toulouse), Desmoulins (de Toulon), Lévêque (de Togny-aux-Bœufs), Ozouf (de Paris), Sicard (de Marseille).

— Les leçons cliniques de M. le docteur Kirmisson sur la chirurgie orthopédique ont lieu les lundis et vendredis, à neuf heures, à l'hôpital des Enfants-Assistés, rue Denfert-Rochereau, 74. — Les leçons de cette année seront consacrées aux difformités des membres. — Consultations gratuites les mardis, jeudis et samedis, à neuf heures.

— Le cours de M. le professeur Terrier (médecine opératoire) a lieu les mercredis, vendredis et lundis à cinq heures du soir, dans le grand amphithéâtre.

— Le cours de M. le professeur G. Pouchet (pharmacologie) a lieu les mardis, jeudis et samedis, à deux heures du soir, dans le petit amphithéâtre. — Les mardis et jeudis, leçon à l'amphithéâtre; les samedis, démonstration au laboratoire; étude pratique et détermination des produits composant la matière médicale.

— M. le professeur Lejars, agrégé, chargé de cours, a commencé aujourd'hui 8 novembre 1893, son cours de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Pitié, à neuf heures et demie du matin, et le continuera les lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Le vendredi, à neuf heures et demie du matin, exercices cliniques.

— M. le professeur Pinard commencera son cours clinique d'accouchements et de gynécologie le vendredi 10 novembre 1893, à neuf heures du matin (clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Ordre du cours : Lundi et vendredi, leçons de clinique obstétricale à l'amphithéâtre, par le professeur; mardi, leçon de diagnostic obstétrical, par le docteur Wallich, chef de clinique; mercredi, leçons et opérations de gynécologie, par le docteur P. Segond, agrégé; jeudi, leçons de thérapeutique obstétricale, par le docteur Varnier, agrégé, à quatre heures; samedi, leçons et opérations de chirurgie infantile, par le docteur Kirmisson, agrégé. — Tous les jours, à cinq heures, cours pratique et manœuvres obstétricales par les docteurs Potocki, Lepage et Bouffe de Saint-Blaise, répétiteurs. — Visite tous les matins à neuf heures.

— M. Ricard, agrégé, chargé de cours, commencera son cours de pathologie chirurgicale le vendredi 10 novembre, à quatre heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Tarnier commencera son cours de clinique d'accouchements et de gynécologie le samedi 11 novembre 1893, à neuf heures du matin (clinique d'accouchements, rue d'Assas), et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Ordre du cours : Mardi et samedi, leçons à l'amphithéâtre. Visite des malades tous les matins, à neuf heures.

— M. le professeur Gariel commencera son cours de physique médicale, le samedi 11 novembre 1893, à midi (petit amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Objet du cours : La méthode graphique et ses applications. Revision de l'optique. Vision. Revision de la chaleur; chaleur animale.

— M. Maygrier, agrégé, commencera ces conférences d'obstétrique le samedi 11 novembre 1893, à cinq heures (grand amphithéâtre), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Panas commencera son cours de clinique ophtalmologique le lundi 13 novembre 1893, à l'Hôtel-Dieu, à neuf heures du matin, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Cliniques et opérations à dix heures; exercices ophtalmoscopiques tous les mercredis.

— *Hôpital de la Charité.* — M. le professeur Tillaux commencera le cours de clinique chirurgicale le lundi 13 novembre 1893, à neuf heures et demie du matin, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

M. le docteur Thiéry, chef de clinique, commencera des conférences avec exercices cliniques le lundi 13 novembre, à cinq heures un quart. Elles auront lieu le lundi et le vendredi.

M. le docteur Pilliet, chef de laboratoire, fera des démonstrations d'anatomie pathologique les lundis et jeudis, à quatre heures.

— M. le docteur Castex, ancien prosecteur et chef de clinique chirurgicale de la Faculté, reprendra à sa clinique, 52, rue Jacob, son cours sur les maladies du larynx, du nez et des oreilles, le mardi 14 novembre, à trois heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. — Examen des malades et opérations à partir de trois heures et demie. On s'inscrit à la clinique les mêmes jours de trois heures à cinq heures.

— MM. Collet, Landowski, Launay et Riche, internes des hôpitaux, commenceront une conférence d'internat le samedi 18 novembre, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Dupuytren).

— Le Conseil général des Facultés a autorisé, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1893-1894, les cours libres suivants :

M. Auvard : Gynécologie. Séméiologie du système génital chez la femme. — Mardi, jeudi et samedi, à quatre heures (amphithéâtre Cruveilhier), lundi 11 décembre 1893.

M. Despagnet : Maladies des yeux. — Lundi et vendredi, à huit heures du soir (amphithéâtre n° 2), lundi 4 décembre 1893.

M. Fort : Anatomie chirurgicale de l'urèthre. Traitement des rétrécissements de l'urèthre par l'électrolyse linéaire. — Mardi et samedi, à huit heures du soir (amphithéâtre Cruveilhier), samedi 18 novembre 1893.

M. Foveau de Courmelle : Électrothérapie. — Lundi et vendredi, à cinq heures (amphithéâtre Cruveilhier), lundi 11 décembre 1893.

M. Lavaux : Affections des voies urinaires. — Mardi, jeudi et samedi, à deux heures (amphithéâtre Cruveilhier), jeudi 14 décembre 1893.

M. Sandras : Maladies de la poitrine et des voies respiratoires. — Jeudi et samedi, à cinq heures (amphithéâtre Cruveilhier), jeudi 7 décembre 1893.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. le professeur Dastre commencera son cours de physiologie, rue de l'Estrapade, n° 18, le lundi 13 novembre 1893, à dix heures et demie, et le continuera les mercredis et lundis suivants, à la même heure. — Il traitera du système nerveux et des organes des sens. Les expériences qui ne trouveront point place dans la leçon seront reproduites dans des conférences qui auront lieu chaque mardi, de une heure à trois heures.

M. le professeur Troost commencera son cours de chimie, rue Michelet, n° 3, le lundi 13 novembre 1893, à une heure, et le continuera les jeudis et lundis suivants, à la même heure. — Il exposera les lois générales de la chimie et les principes de la thermo-chimie ; il fera l'histoire des métalloïdes et de leurs principales combinaisons. Des manipulations, qui sont dirigées pendant toute l'année par le professeur, commenceront dans la seconde quinzaine de novembre.

M. le professeur Duclaux commencera son cours de chimie biologique, à l'Institut Pasteur, rue Dutot, n° 25, le mardi 14 novembre 1893, à deux heures et demie, et le continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure. — Il étudiera le rôle agricole des microbes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 129. — SAMEDI 11 NOVEMBRE 1893. 66e ANNÉE. SAMEDI 11 NOVEMBRE 1893. — N° 129.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Du traitement orthopédique des attitudes vicieuses permanentes de la coxalgie.

Par le docteur Raymond SAINTON, ancien interne à l'hôpital des Enfants-Assistés.

I

Parmi les enfants atteints de coxalgie qui viennent demander des soins au chirurgien, on rencontre deux grandes classes de malades; les uns commencent à souffrir de la hanche, ils se plaignent depuis peu de temps, ils n'ont ni grosses lésions, ni déformations très apparentes; ce sont des coxo-tuberculeux au début. Le chirurgien est maître de son diagnostic et de son traitement. S'il reconnaît le siège et la nature de la maladie, il sait de quel côté il doit porter tous ses soins; il n'ignore aucune des complications qu'il doit chercher à empêcher et la terminaison qu'il doit favoriser; en un mot, il est le maître de la situation, c'est à lui de savoir choisir le meilleur mode de traitement, d'éviter toute hésitation et toute perte de temps. Le succès dépendra souvent du système employé et du soin apporté à l'appliquer.

Malheureusement ces cas de coxalgies au début sont relativement rares. Beaucoup de ces petits malades, avant de se présenter à nous, ont été soumis à des traitements plus ou moins empiriques, ou bien les conseils donnés par les médecins qui nous ont précédés ont été mal exécutés et alors on nous amène un enfant atteint d'une claudication plus ou moins marquée, avec une déformation quelquefois considérable de la région de la hanche; ce n'est plus seulement un malade, c'est un infirme qui n'a plus d'espoir que dans la chirurgie réparatrice; c'est alors que le rôle du chirurgien orthopédiste se modifie. Il ne doit plus seulement prévoir une complication; il doit réparer ce que la négligence ou l'ignorance ont fait, et on peut dire qu'alors son rôle devient plus difficile et aussi plus brillant; il se spécialise davantage, en quelque sorte.

Nous arrivons, en effet, aux cas qui vont faire le sujet de cette rapide Revue. Évidemment nous reconnaissons que les conditions indiquées dans notre titre sont très variables, surtout au point de vue anatomo-pathologique. Nous voulons étudier aussi bien les ankyloses vicieuses que les subluxations, les déformations par contractures musculaires, n'ayant en vue que la mauvaise attitude. Nous trouvons là des conditions très différentes, qu'il faut savoir distinguer les unes des autres, et cependant elles ont bien des points de ressemblance. Toutes résultent de soins antérieurs insuffisants ou mal compris; toutes amènent une infirmité à peu près semblable et réclament un traitement qui, pris dans son ensemble, présente la même indication, le redressement du membre.

Si nous avions l'intention d'étudier, pour toutes les périodes de la maladie, le traitement de la coxalgie, il nous serait peut-être permis d'arriver à cette conclusion que cet état de déformation extrême ne devrait presque jamais se produire. Actuellement, on connaît dans tous ses détails la marche de la coxo-tuberculose; on sait quelles sont les complications et la terminaison de la maladie, lorsqu'elle est abandonnée à elle-même ou soignée d'une façon insuffisante. Au point de vue pratique, les méthodes de traitement sont nombreuses et, en général, faciles à appliquer. Il semblerait donc qu'il est aisé de mener la coxalgie jusqu'au bout dans de bonnes conditions. Malheureusement dans la pratique, il n'en est pas toujours ainsi, et ce ne sont pas, en général, les médecins qui sont à blâmer. La maladie qui nous occupe a une durée fort longue; les enfants, ou plutôt leurs parents se lassent facilement d'un traitement qui consiste surtout à maintenir le malade immobile dans une bonne position; souvent ils finissent par obéir à des conseils plus ou moins autorisés; ils font marcher leur coxalgique après avoir supprimé un appareil qu'ils considèrent comme gênant et comme nuisible à la santé générale, et alors, en peu de temps, la déformation se reproduit. Ou bien encore (et nous avons vu un cas de ce genre), le petit malade a été consciencieusement soigné et immobilisé pendant de longs mois; il n'accuse plus aucune douleur, spontanée ou provoquée, l'appareil immobilisateur a été enlevé, et, après une période d'observation assez longue, on a pu considérer la guérison comme définitive. On permet alors à l'enfant de marcher, et pendant quelques mois toute crainte semble pouvoir être mise de côté. Puis quelques douleurs reparaissent dans l'articulation considérée comme guérie, et très rapidement la cuisse se place dans une position vicieuse. Dans ce cas encore, le chirurgien doit agir, et doit rechercher le meilleur procédé pour réparer le mal

que, malgré toutes les précautions, il n'a pas pu empêcher.

Nous n'avons pas du tout l'intention d'étudier les meilleurs moyens à employer pour empêcher les déformations de se constituer. Ce serait reprendre presque tout le traitement de la coxo-tuberculose. Nous supposons le mal produit, et nous envisageons le cas d'un malade dont la coxalgie est plus ou moins avancée dans son évolution, guérie ou présentant encore des symptômes aigus, mais dans laquelle il y a un élément qui domine la situation, c'est l'attitude vicieuse. Nous prenons pour l'instant la question dans son ensemble; nous ne nous attachons pas à savoir si la tête est luxée, ou est restée dans la cavité cotyloïde, s'il y a une ankylose complète, ou des contractures ou rétractions musculaires plus ou moins intenses qui s'opposent à ce que la cuisse reprenne sa position physiologique; en un mot nous envisageons l'état d'un de ces petits malades, malheureusement trop nombreux, peu ou pas soignés antérieurement, et présentant, par suite de l'attitude vicieuse de la cuisse, un raccourcissement quelquefois considérable du membre. Il en résulte une claudication énorme, la nécessité de se servir d'une canne et même d'une béquille; en un mot ce sont là de malheureux infirmes que l'on a tort d'abandonner, car il y a souvent beaucoup à faire pour eux. Ce sont précisément les différents traitements dont peuvent bénéficier ces malades que nous voulons passer en revue.

Nous disions que le fait qui domine la situation dans ces cas, c'est le raccourcissement du membre. Ce raccourcissement, qui est la résultante d'éléments multiples, constitue ce qu'on appelle en pathologie le raccourcissement apparent, mais, comme le faisaient très justement remarquer dernièrement MM. Ménard et Griffon(1), ce raccourcissement apparent est celui dont le clinicien a le plus à se préoccuper; c'est le véritable raccourcissement fonctionnel. Il résulte précisément de cette attitude vicieuse que nous voulons combattre, attitude vicieuse qui comporte deux éléments principaux : la flexion de la cuisse sur le bassin et l'adduction plus ou moins considérable du membre. Nous ne voulons pas rappeler à quel degré peuvent être portés ces deux vices d'attitude, ce qu'il nous suffira de dire, c'est que, chez les malades arrivés à cette période de la coxalgie, le pied du côté atteint reste éloigné de terre, pendant la station debout, de 2 à 10 centimètres et plus; qu'il en résulte une claudication énorme; que, pour diminuer cette claudication, l'enfant place son pied du côté malade dans un équinisme forcé pendant qu'il maintient le genou du côté sain dans une flexion presque constante. Nous rappellerons encore que ces attitudes compensatrices finissent quelquefois par devenir permanentes, après avoir été seulement volontaires; qu'il ne tarde pas à se produire une scoliose d'attitude qui, coïncidant avec la saillie de la fesse et de la région trochantérienne du côté de la coxalgie, rend le petit malade complètement difforme. En un mot, ce rapide exposé suffit pour montrer combien grave est cette attitude vicieuse, qui est, presque à elle seule, la cause de tous ces désordres fonctionnels, et combien est important le rôle de l'orthopédie qui nous enseigne comment nous pouvons y remédier.

Si maintenant nous entrons dans l'étude plus détaillée de cet état, il est certain que l'on peut rencontrer des variétés considérables. Certains malades sont au début de leur coxalgie; ils souffrent plus ou moins et la contracture musculaire amène une déviation de la cuisse encore peu prononcée; elle s'oppose surtout à la mobilisation du membre; elle devient un élément de diagnostic important; mais il n'y a pas de véritable redressement à faire. Il faudra simplement songer à placer le membre dans la rectitude, lorsqu'on appliquera un appareil; le chloroforme n'est même pas toujours nécessaire.

Tout autre est la situation du malade arrivé à une période plus avancée de la maladie. Qu'il y ait ou non des douleurs au niveau de la jointure, que la coxalgie soit guérie ou encore en voie d'évolution, l'attitude vicieuse est arrivée à un degré très marqué, et elle est permanente. On trouve les différents éléments dont nous avons parlé plus haut, et même si l'on endort le malade, le redressement ne se fait pas toujours. Il importe évidemment de préciser à ce moment l'état de l'articulation malade et des parties voisines, de rechercher l'existence d'une suppuration non encore reconnue, de constater s'il existe une vraie ou une fausse ankylose.

On sait que, dans la coxo-tuberculose, l'ankylose vraie est relativement rare; mais arriver à préciser absolument cet état n'est pas absolument nécessaire; ce qu'il importe de rechercher, c'est si, pendant le sommeil chloroformique, on retrouve une mobilité qui permettra de redresser la cuisse par les moyens les plus simples, ou si, au contraire, la raideur est assez considérable pour nécessiter une véritable opération. Cet examen, fait avec le plus grand soin, présente une très grande importance; lorsqu'on a fait cette première constatation, il sera encore utile de préciser les causes qui fixent ainsi le fémur dans une attitude vicieuse, rétractions musculaires, luxation, ankylose osseuse ou fibreuse, etc. Ici, on rencontre souvent quelques difficultés, et il faut reconnaître que, dans bien des cas, lorsque l'enfant n'est pas amaigri, ou lorsque la région est empâtée, il est malaisé de préciser la situation exacte de la tête et le degré absolu de l'ankylose.

Par contre, il est plus facile de préciser la valeur de l'attitude vicieuse, et celle du raccourcissement fonctionnel. On connaît le procédé employé pour se rendre un compte exact de la flexion, de l'adduction, du raccourcissement réel. Le petit malade doit être placé, dans le décubitus dorsal, sur un plan horizontal et suffisamment résistant. En portant la cuisse dans sa flexion réelle, c'est-à-dire en l'élevant jusqu'à ce que la lordose lombaire ait complètement disparu, il devient facile, à l'aide d'un goniomètre, de mesurer très exactement l'angle que forme la cuisse avec le bassin. Il peut aller jusqu'à l'angle droit, et même le dépasser.

Pour préciser le degré d'adduction du membre, il faut placer, autant que possible, le bassin dans sa position normale, c'est-à-dire arriver à ce que les deux épines iliaques antérieures et supérieures soient à peu près sur une ligne perpendiculaire à l'axe du corps. On abandonne alors la cuisse à elle-même, et on la voit se porter plus ou moins sur le membre opposé.

Si alors, à l'aide d'un cordon, on prend l'axe du corps, passant par le sternum, l'ombilic, la symphyse pubienne, on constate que cet axe vient couper la jambe ou la cuisse du côté malade en un certain point que l'on note très exactement. C'est là une donnée un peu approximative, mais qui suffira pour se rendre compte du profit retiré d'une intervention.

Quant au raccourcissement, il s'apprécie à l'aide de

(1) Ménard et Griffon. *Rev. d'orthop.*, 1er sept. 1893.

mensurations directes, prenant pour points de repère des saillies osseuses, épine iliaque, rotule, malléoles. Il est facile ainsi de comparer les deux membres l'un à l'autre.

Cet examen étant terminé, il faut choisir un mode de redressement, et ramener, autant que possible, les deux membres au parallélisme, c'est-à-dire, comme nous l'avons indiqué plus haut, apporter un remède à ce raccourcissement fonctionnel qui domine, en somme, la situation. Il n'est pas toujours facile d'indiquer exactement, même sous le chloroforme, quels seront les moyens à employer pour ce résultat. Évidemment quand il n'y a pas d'ankylose, quand la coxalgie est en voie d'évolution, on peut arriver au résultat cherché par un redressement simple; le fémur étant, dans la suite, maintenu dans une bonne attitude, on peut espérer que l'ankylose se produira dans cette position, la plus avantageuse de toutes.

Lorsque, au contraire, l'affection est déjà ancienne, que l'arthrite peut être considérée comme guérie, que la fixité de la jointure, pour ne pas employer le mot ankylose, est devenue définitive, on ne peut guère compter sur le simple redressement manuel. On aura alors à choisir entre les ténotomies ou myotomies multiples, l'ostéoclasie ou l'ostéotomie du fémur et même la résection. Mais avant d'étudier ces différents modes de redressement, disons qu'il existe bien des cas intermédiaires, où l'on est en droit d'hésiter; on peut espérer que le redressement simple permettra d'atteindre le but poursuivi, mais on ne saurait l'affirmer d'une façon certaine. Il est donc prudent de rester sur une sage réserve.

II

Redressement simple. — Ce mode de redressement, qui peut être obtenu à l'aide de moyens variés, est évidemment un mode de thérapeutique n'exigeant pas une grande habileté chirurgicale, mais, par contre, lorsqu'on l'applique mal, on n'obtient qu'un résultat très imparfait.

Ce redressement peut se faire de deux façons, lentement ou brusquement.

Le redressement lent s'obtient à l'aide de l'extension continue, c'est-à-dire de tractions lentes opérées sur le membre par l'intermédiaire de poids, de caoutchoucs, de vis, etc. Il présente l'avantage de ne pas nécessiter l'emploi du chloroforme; au début de la maladie, alors que la déformation est peu marquée, qu'il n'existe qu'une contracture musculaire qui sera facile à vaincre, il pourra donner de bons résultats. Mais, dans d'autres cas, il sera bien infidèle, surtout si on l'emploie à l'exclusion de tout autre moyen d'immobilisation; il est si difficile d'empêcher un enfant de s'agiter, de chercher à se soustraire à cette traction qui, au début surtout, lui est pénible.

Quoi qu'il en soit, le procédé a eu pendant longtemps un très grand succès; il est encore très employé; il est donc utile d'en parler. On a cherché à réaliser cette extension continue dans deux conditions différentes : 1° à l'aide d'appareils permettant au malade de marcher; c'est la méthode américaine; 2° en immobilisant le malade au lit, dans le décubitus horizontal; c'est la méthode française.

Notre but n'est pas de faire la description de tous les appareils employés. Nous voulons surtout montrer leur but. Évidemment, ils tendent plutôt à empêcher la déformation qu'à la corriger. Les uns, appareils dits américains, permettent au malade de marcher. Ils sont construits de telle sorte qu'il est possible d'imprimer des mouvements à l'articulation coxo-fémorale. Dans l'idée des promoteurs de la méthode, ils avaient surtout pour but d'éviter l'ankylose, grâce justement à cette mobilisation de la jointure malade.

Dans l'extension horizontale, au contraire, le malade est étendu sur un lit un peu dur, et, par un procédé quelconque, on cherche à exercer une certaine traction sur le membre malade. C'est ainsi qu'agissent l'appareil de Lannelongue, de Hennequin, l'extension simple à l'aide de bandes de diachylon, etc. Il est certain qu'à l'aide de cette méthode bien appliquée on peut corriger une déformation même assez marquée. Mais pour cela, il faut une surveillance de chaque jour, il faut compter un peu sur la docilité du petit malade; on est donc exposé à avoir des échecs, ou à s'endormir dans une tranquillité exagérée.

III

Avec le redressement brusque nous arrivons à une méthode de traitement plus rapide, plus sûre, et permettant, s'il n'y a pas d'ankylose, de corriger les attitudes les plus défectueuses. Souvent la contracture musculaire est si prononcée, les adhérences péri-articulaires sont déjà si solides, qu'il semble, au premier abord, qu'on n'obtiendra rien avec le redressement brusque. Et, cependant, quand l'enfant est en complète résolution, si l'on connaît les règles que l'on doit suivre pour arriver à un bon résultat, si surtout on est suffisamment patient, on produit une correction que l'on n'aurait pas osé espérer.

Il est bien certain que le chloroforme est absolument indispensable. Pendant la période aiguë de la coxalgie cette opération est fort douloureuse; de plus, il faut arriver à un relâchement musculaire complet. Le bassin de l'enfant doit être, autant que possible, maintenu solidement par un aide. Nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire pour cela de se servir d'appareils spéciaux, de bandages, de sangles. En effet, la force que va avoir à déployer le chirurgien ne doit pas être très grande; il ne faudra employer ni efforts violents, ni secousses, si l'on veut arriver, sans danger, au résultat cherché.

Les manœuvres à exécuter pour amener le redressement de membre se composent de deux temps : 1° la mobilisation de la jointure; 2° l'extension de la cuisse. Comme le conseillent les chirurgiens et en particulier notre maître, M. Kirmisson, qui a, à différentes reprises, appelé l'attention sur ce point, soit dans ses leçons cliniques à l'hospice des Enfants-Assistés, soit dans son article coxalgie du *Nouveau Traité de chirurgie*, il serait mauvais de chercher à amener immédiatement le membre dans l'extension. D'abord, on y réussirait difficilement; ensuite, on s'exposerait à provoquer des désordres soit du côté des parties molles, soit du côté de l'extrémité supérieure du fémur. Il est donc prudent d'exagérer d'abord la flexion, de façon à amener la cuisse presque en contact avec l'abdomen. Après avoir répété ce mouvement jusqu'à ce qu'il soit devenu facile, on porte successivement le membre dans l'adduction, l'abduction, la rotation en dedans et en dehors, on lui fait exécuter de grands mouvements de circumduction, de façon à rompre toutes les adhérences, à allonger peu à peu les muscles rétractés, en même temps que la tête, pendant ces manœuvres, tend à reprendre sa place dans la cavité cotyloïde, si elle l'avait quittée. Alors seulement on cherche à placer la cuisse dans sa bonne position, c'est-à-dire dans

l'extension et dans une légère abduction. On y réussit rarement du premier coup; mais on gagne peu à peu; on renouvelle les mouvements de mobilisation; on exagère, s'il le faut, l'extension et l'abduction et, petit à petit, les tissus cèdent, s'allongent et on arrive ainsi à un redressement très marqué.

Évidemment, il ne faut pas toujours compter, dans une première intervention, sur un résultat pleinement satisfaisant. Il est quelquefois nécessaire, dans une tentative ultérieure, de compléter l'œuvre d'une première opération. Il est souvent plus prudent d'agir ainsi que de vouloir trop bien faire du premier coup.

Pendant toutes ces manœuvres de redressement, on entend généralement de nombreux craquements indiquant la rupture d'adhérences fibreuses; on sent la tête, plus ou moins dénudée, frotter sur les parties de l'os coxal également altérées; quelquefois enfin, on a la sensation d'un véritable soubresaut indiquant que la tête a repris sa place dans la cavité cotyloïde plus ou moins modifiée dans sa forme et ses dimensions; mais cette sorte de réduction n'est jamais comparable à celle que l'on obtient dans les luxations traumatiques.

Lorsque la cuisse est ainsi en bonne position, c'est-à-dire placée dans l'extension et dans une légère abduction, il faut chercher à l'y maintenir; mais il y a encore certaines règles qu'il ne faut pas oublier. Il faut toujours se comporter comme si l'ankylose allait se produire dans la position que l'on a obtenue. Aussi recommande-t-on une abduction très modérée et une très légère flexion de la cuisse sur le bassin. Évidemment cette recommandation est bien théorique, car il est presque impossible d'arriver, surtout dans une première tentative, à une extension complète. Cependant ce sont là de petites précautions qu'il ne faut pas négliger.

Quant aux moyens à employer pour maintenir l'extension, nous ne ferons que les rappeler, sans insister autrement sur leur description ni sur leur valeur respective. Ce sont du reste à peu près les mêmes appareils que ceux que nous avons indiqués pour le redressement lent : gouttière de Bonnet plus ou moins simplifiée, appareils à extension continue de Sayre, de Lannelongue; appareil silicaté de Verneuil; ceinture de Bouvier, etc. D'après ce que nous avons pu voir, il nous semble que l'appareil le plus facile à appliquer, le moins coûteux et le plus efficace, est l'appareil de Verneuil un peu modifié. Le silicate est avantageusement remplacé par le plâtre qui sèche beaucoup plus vite, ce qui présente un très grand intérêt dans ce cas où l'on a à maintenir un membre qui a la plus grande tendance à se fléchir de nouveau. On ne peut guère reprocher ici au plâtre de présenter un poids trop considérable, puisque l'enfant devra garder absolument le lit. Enfin les appareils faits avec cette matière présentent une solidité à toute épreuve, que l'on peut encore augmenter en interposant au milieu du tissu même, comme le recommande M. Kirmisson, une petite attelle métallique. Avec cet appareil, on peut facilement maintenir l'extension du membre et attendre la guérison dans une bonne attitude. De plus, il est facile de le modifier selon les indications. Nous avons vu souvent employer, lorsqu'il y a des abcès avec trajets fistuleux, une large gouttière antérieure embrassant la cuisse malade, le bassin et l'abdomen jusqu'à la base du thorax. Il est facile ainsi de faire les pansements nécessités par la situation particulière du malade.

De plus, l'immobilisation obtenue de cette façon n'empêche pas de faire l'extension à l'aide de bandes de sparadrap soutenant un poids proportionné à celui de l'enfant. Comme nous l'avons déjà dit, si le résultat obtenu à la première tentative n'a pas été pleinement satisfaisant, s'il reste trop de flexion ou de l'adduction, on renouvelle l'opération au bout de deux ou trois mois. Pendant ce temps, les muscles se sont allongés, les tissus en général sont devenus plus souples et on obtient une nouvelle amélioration, généralement très suffisante.

Est-ce à dire qu'à ce moment-là, lorsqu'on a pu placer la cuisse dans une bonne position, tout est gagné? Pour le moment, oui, car non seulement le résultat orthopédique est parfait, mais les douleurs diminuent, les dangers de suppuration sont moins grands (si la maladie est encore dans sa période d'activité), les déplacements articulaires, s'ils n'existent pas encore, se produiront moins facilement; s'ils existent déjà, ils n'augmenteront pas. Mais, par contre, combien longue devra être l'immobilisation pour que ce redressement, ainsi obtenu, persiste! Si la coxalgie est encore en cours d'évolution, évidemment la situation ne se trouve pas beaucoup modifiée et on aurait tort de compter sur une guérison beaucoup plus rapide. Ce serait s'exposer à des récidives. Si, au contraire, les lésions tuberculeuses sont guéries, s'il ne reste plus, en un mot, qu'une attitude vicieuse, il faudra encore maintenir un appareil immobilisateur pendant un temps très long, jusqu'à ce que les douleurs aient totalement disparu, que l'ankylose soit, sinon complète (ce qui est rare), du moins assez solide pour empêcher la flexion ou l'adduction de se reproduire.

C'est alors que les appareils silicatés, les appareils en cuir moulé peuvent devenir d'un usage très avantageux. De plus, comme il reste souvent un peu de raccourcissement du membre malade, on peut, afin de diminuer la claudication, faire porter une chaussure légèrement surélevée de ce côté. Il vaut mieux, du reste, ne pas chercher à compenser complètement le raccourcissement; on s'exposerait peut-être, ainsi, à favoriser l'ascension de la tête fémorale.

Lorsque tout s'est passé ainsi sans complications, quel est le résultat définitif? D'après ce que nous avons pu voir, et nous avons suivi des malades pendant un temps fort long, le redressement forcé, sous le chloroforme, est une opération des plus utiles et donne des guérisons parfaites, proportionnées d'ailleurs aux désordres qui existaient antérieurement dans la jointure. Du reste, en redressant ainsi une hanche tuberculeuse, on ne fait que rétablir un ordre qui n'aurait jamais dû être troublé. Tous les efforts, dans le traitement de la coxalgie, doivent tendre à maintenir la cuisse dans l'extension et dans une légère abduction. Or, par suite de soins insuffisants ou d'un accident quelconque, l'état contraire s'est produit; la cuisse est fléchie; le redressement n'a pour but que de nous ramener à cette attitude qui a été malheureusement perdue.

IV

Maintenant que nous avons indiqué les avantages du redressement brusque dans les attitudes vicieuses de la hanche, il est nécessaire de passer en revue les quelques inconvénients et même les dangers que peut présenter cette opération. Ainsi, quand on pratique les manœuvres que nous avons indiquées, sur une coxalgie non guérie, il

arrive souvent que l'on donne une suractivité à l'arthrite en voie d'évolution, suractivité qui se manifeste par des douleurs et par de la fièvre. Mais l'immobilisation absolue ne tarde pas à calmer ces accidents et nous les avons rarement vus persister au delà de quelques jours. Il est bon cependant d'être prévenu et de ne pas attribuer à une complication grave une suite opératoire, en somme sans grand danger.

Il n'en est pas tout à fait de même des accidents qui peuvent se produire au moment même du redressement. Parmi ceux-ci, il faut noter en première ligne les fractures et en particulier les fractures du col du fémur. C'est une complication opératoire qu'il faut évidemment connaître, que beaucoup de médecins redoutent, mais qui cependant, d'après ce que nous avons vu, est plus rare qu'on serait tenté de le croire, lorsqu'on pense à l'état de friabilité de l'extrémité supérieure du fémur dans la coxalgie. On peut, du reste, dans ce cas, provoquer soit une fracture vraie, soit un décollement épiphysaire. Mais nous pensons que, lorsqu'on procède d'après les règles que nous avons indiquées, il est exceptionnel que l'on produise une fracture; c'est surtout pour éviter cette complication qu'il faut agir lentement, doucement, et ne jamais vouloir arriver du premier coup à la perfection.

D'ailleurs, une fracture vînt-elle à se produire, on aurait tort de s'alarmer outre mesure. Évidemment, si la séparation osseuse se fait très près de la tête, si le ligament rond a été détruit, on peut craindre que l'extrémité fémorale, complètement détachée des parties voisines, ne fasse séquestre et n'engendre ainsi des accidents. Mais dans la pratique, il semble que cet accident soit très rare. Pour notre part, sur un nombre relativement considérable de redressements de la hanche sous le chloroforme, nous n'avons vu qu'une seule fois une fracture se produire et les suites de cette complication ont été des plus bénignes.

Quant aux lésions des parties molles, elles sont encore plus rares, surtout si l'on envisage les lésions pouvant entraîner quelque inconvénient. Il est prudent, cependant, pendant les efforts de redressement, d'observer l'état de la peau au niveau du pli de l'aîne. Celle-ci perd très vite de son élasticité primitive et, de plus, se ramollit au niveau du pli de flexion, sous l'influence de la transpiration et même au contact de l'urine. Dans ces conditions, on peut voir se produire des petites érosions de l'épiderme, mais nous pensons que la déchirure complète de la peau doit être très rare. Il en est de même pour les ruptures des vaisseaux et des nerfs, car nous supposons toujours que le chirurgien agit avec douceur. Une seule fois également nous avons vu se produire des ruptures musculaires qui ont dû présenter une certaine importance, car il s'est formé, à la face externe de la cuisse, des épanchements sanguins disséminés. Il ne s'est produit du reste aucune complication et le sang épanché s'est résorbé très rapidement.

En résumé, le redressement brusque, plus fidèle que le redressement à l'aide d'appareils ou de manipulations, est une opération des plus utiles et presque toujours dépourvue de dangers. Si on le fait pendant l'évolution de la coxalgie, il provoque quelques douleurs consécutives et souvent un peu d'élévation de la température; puis, tout rentre rapidement dans l'ordre. Si, au contraire, l'arthrite coxo-fémorale est guérie depuis longtemps et n'a laissé après elle qu'une attitude défectueuse qu'il importe, au plus haut point, de corriger, le redressement simple, quand il est possible, est l'opération de choix, n'entraînant après lui aucune suite fâcheuse.

Mais nous venons précisément d'indiquer la seule objection que l'on puisse faire au redressement simple : c'est qu'il est souvent impossible. L'ankylose peut être trop serrée, les rétractions musculaires sont trop considérables pour qu'on puisse obtenir une correction notable. Il faut alors chercher un autre mode de redressement.

V

Ténotomies. — Dans les cas les plus simples, ceux où l'on constate encore une mobilité assez grande de l'articulation, on retirera quelquefois un grand bénéfice des sections musculaires, tendineuses, aponévrotiques. L'idée n'est pas neuve et, depuis longtemps, on a pratiqué des ténotomies sous-cutanées autour de l'articulation coxo-fémorale, pour pouvoir étendre la cuisse. Mais on comprend qu'une opération aussi aveugle, dans une région comme le triangle de Scarpa, n'est pas absolument dépourvue de dangers, aussi on ne faisait ces sections que dans des cas très rares et Holmes, par exemple, déclare ne pas l'avoir pratiquée plus d'une ou deux fois.

Avec la chirurgie antiseptique, la question s'est beaucoup modifiée et la méthode sous-cutanée, qui n'a plus de raison d'être, a fait place à la ténotomie à ciel ouvert. Le professeur Lorenz, en 1889, a de nouveau appelé l'attention sur la valeur de cette méthode, mais il est probable qu'à l'heure actuelle, presque tous les chirurgiens orthopédistes ont fait cette opération. Nous l'avons vu pratiquer un certain nombre de fois par notre maître, M. Kirmisson, et nous avons été frappé de sa valeur dans certains cas. Nous ne pensons pas qu'il soit souvent nécessaire de pratiquer ces sections tendineuses, mais on rencontre cependant un certain nombre de cas où le redressement est impossible à obtenir malgré les tentatives prolongées; on constate alors facilement par le palper et même par la vue, qu'un muscle ou qu'un groupe musculaire, fascia lata, droit antérieur, muscles adducteurs, refuse absolument de se laisser distendre. Rien ne s'oppose alors à ce qu'on le mette à nu, au niveau de son insertion supérieure, par une incision suffisante pour y voir très clair. Puis, pendant qu'un aide pratique l'extension, on sectionne le muscle ou le tendon pour ainsi dire fibre par fibre, jusqu'à ce que la cuisse puisse être amenée dans une position convenable.

Cette opération est, dans tous les cas, simple et bénigne. Elle est surtout indiquée dans les déformations très anciennes, où les muscles fortement rétractés ont subi, en certains points, une sorte de transformation fibreuse qui empêche leur élongation. Dans les cas de flexion ou d'adduction extrême, il vaudra également mieux faire une myotomie à ciel ouvert, plutôt que de s'exposer à des ruptures musculaires. Une antisepsie rigoureuse justifie encore ici pleinement une intervention sanglante.

VI

Ostéoclasie et ostéotomie. — Nous avons supposé jusqu'ici que l'ankylose n'existait pas ou était assez lâche pour permettre le redressement. Les muscles qui se trouvaient être les seuls facteurs de l'attitude vicieuse étaient allongés ou sectionnés. Mais il existe une autre catégorie de faits où la situation est bien différente. Même sous le chloroforme,

il est impossible d'obtenir la mobilisation de la jointure. On a une ankylose qui, cliniquement au moins, est complète. On possède encore pour ces cas des moyens de redressement donnant des résultats aussi satisfaisants et qui, à l'heure actuelle, ne présentent guère plus de dangers les uns que les autres. La tâche du chirurgien consiste surtout à chercher quel est le procédé le plus avantageux, celui qui s'applique le mieux au cas particulier qu'il envisage.

Les opérations que nous allons indiquer ou bien redressent le fémur au-dessous de l'articulation ankylosée, c'est ainsi qu'agissent l'ostéoclasie ou l'ostéotomie du fémur, ou bien suppriment cette articulation plus ou moins ankylosée, c'est le cas de la résection orthopédique de la hanche.

Notre intention n'est pas de faire ici l'historique de ces différentes opérations, de rappeler les différents procédés employés, en citant les statistiques plus ou moins nombreuses que l'on trouve facilement dans la plupart des monographies et dans les ouvrages classiques les plus récents. Nous voulons surtout montrer la valeur de ces trois opérations, les résultats qu'elles peuvent donner comparés à leur bénignité, en tenant compte, bien entendu, de la simplicité de leur technique.

Il est certain que l'ostéoclasie du fémur, en un point suffisamment rapproché de la région trochantérienne, est le mode de redressement qui, au point de vue chirurgical, se rapproche le plus du redressement forcé. La lésion qui, dans certains cas, est une complication, devient ici le but du chirurgien. On peut donc dire que l'ostéoclasie du fémur, faite dans le but de corriger la flexion de la cuisse sur le bassin, est aussi ancienne que le redressement forcé. Cependant, nous pourrons rappeler que l'une des premières observations d'ostéoclasie pour ankylose coxo-fémorale, faite de propos délibéré, remonte à 1861, et que l'opération fut faite par Maisonneuve.

Depuis, elle a été répétée un grand nombre de fois. Des instruments, plus perfectionnés les uns que les autres, ont été imaginés pour faciliter cette rupture du fémur au lieu d'élection. Cette méthode a eu une vogue évidemment méritée, et la thèse d'agrégation de M. Pousson, datant de 1886, rapporte un certain nombre d'observations d'ostéoclasie du fémur, pour ankylose vicieuse. Cependant, ce procédé avait à lutter contre deux ennemis bien puissants : l'antisepsie, qui permet de considérer les opérations sanglantes comme aussi inoffensives que les lésions faites sans le secours du bistouri, et aussi contre cette tendance très naturelle et vraiment scientifique du chirurgien, qui n'aime pas agir en aveugle, et qui préfère préciser le siège et l'étendue de son intervention. Il en résulte que, à l'heure actuelle, on fait probablement encore des fractures manuelles ou instrumentales de l'extrémité supérieure du fémur pour redresser les attitudes vicieuses (dont l'immense majorité doit être attribuée à la coxo-tuberculose), mais si l'on parcourt la littérature de nos jours, si on lit les nombreuses observations publiées dans les revues et journaux spéciaux, on constate que l'ostéoclasie, dans le cas particulier qui nous occupe, tend de plus en plus à céder le pas à l'ostéotomie, l'opération rivale, s'il est permis de s'exprimer ainsi.

Cependant, l'ostéoclasie manuelle ou instrumentale a donné et donne encore de bons résultats; elle ne présente guère de dangers et, de plus, c'est une opération rationnelle. Mais elle a contre elle d'être brutale, d'être difficile à exécuter avec les mains, parce que la fracture doit être faite très près du bassin, et que celui-ci est très difficile à immobiliser. D'autre part, un instrument comme l'ostéoclaste de Robin modifié, si parfait soit-il, représente une assez grosse complication, et, toute autre cause mise à part, cette considération suffirait pour expliquer la rareté relative des cas d'ostéoclasie.

Par contre, il semble que, si la méthode de redressement par fracture du fémur fait de moins en moins de partisans, l'ostéotomie, ou section du fémur à l'aide d'un instrument tranchant, devient, pour beaucoup de chirurgiens orthopédistes, la méthode de choix. Ceux-là mêmes qui ne l'ont jamais pratiquée et qui ont à choisir une méthode entre toutes celles qui sont employées, vont beaucoup plus volontiers à l'ostéotomie, trouvant là une application simple de leurs idées chirurgicales générales. Pour ceux qui, comme nous, ont vu faire cette opération un très grand nombre de fois, et qui ont pu la comparer à l'ostéoclasie du fémur, il ne peut guère y avoir d'hésitation que dans certains cas très particuliers.

L'opération que nous indiquons ici n'est pas nouvelle, puisque la première ostéotomie pour ankylose vicieuse de la hanche a été pratiquée en 1826, par Rhea Barton. Le chirurgien américain trouva des imitateurs, et, malgré la complication que présentait alors cette opération, malgré l'insuffisance de l'instrumentation, des résultats satisfaisants furent obtenus. Ces premières ostéotomies se faisaient à ciel ouvert et la section de l'os était pratiquée à l'aide d'une petite scie. En 1869, Adams conseilla la section sous-cutanée portant sur le col, mais il se servait encore d'une petite scie étroite. Ce n'est que dans les années suivantes (Gant, 1872) que l'on employa le ciseau ou l'ostéotome de Mac Ewen, et que l'on pratiqua l'ostéotomie linéaire sous-trochantérienne, telle que nous l'avons vue répétée tant de fois par nos maîtres, et en particulier par M. Kirmisson.

Sans vouloir reproduire ici l'excellente classification introduite par M. Campenon dans sa thèse d'agrégation, nous pouvons dire que, par l'ostéotomie, on peut se proposer deux buts différents : chercher à redresser simplement la cuisse ou bien remédier en même temps à l'ankylose. On peut arriver au premier résultat en sectionnant le fémur, soit au niveau du col, soit au niveau du trochanter, soit au-dessous de lui. Si le redressement ne peut pas être obtenu par une section simple, on pourra pratiquer l'ostéotomie cunéiforme. Si, d'autre part, on est en présence d'un raccourcissement considérable, on peut chercher à le corriger, au moins en partie, par une ostéotomie oblique (Ollier, Hennequin, Broca). En somme, dans ces différents modes opératoires, on redresse une hanche ankylosée, mais on ne fait rien contre l'ankylose.

Il n'en est pas de même par les procédés d'ostéotomies dites enarthrodiales. Ici les chirurgiens cherchent à rétablir des mouvements, non dans l'ancienne articulation, mais au-dessous de celle-ci, au point même où ils pratiquent l'ostéotomie (Sayre, Volkmann). C'est par la forme donnée aux surfaces de section, l'une étant concave pour recevoir l'autre extrémité osseuse convexe, que l'on obtient ce résultat. On comprend immédiatement que cette opération est beaucoup plus compliquée, et par conséquent plus grave que l'ostéotomie simple. Comme le dit fort bien M. Kirmisson dans le *Nouveau Traité de chirurgie*, le pronostic de l'ostéotomie enarthrodiale se rapproche beaucoup plus de celui de la résection de la hanche que de celui de l'ostéotomie simple. Et comme, de plus, le résultat poursuivi, c'est-

à-dire une pseudarthrose mobile, est très rarement obtenu, on comprend que l'opération de Sayre et de Volkmann soit à peu près abandonnée, tandis que les observations d'ostéotomies linéaires se multiplient de plus en plus.

On pourrait donc actuellement, d'une façon générale, poser les indications suivantes : si le redressement de la hanche n'a pu être obtenu par les simples manipulations, il y a avantage à recourir à l'ostéotomie du fémur. S'il y a peu de raccourcissement, l'ostéotomie linéaire donnera d'excellents résultats. Si le raccourcissement est très marqué (et nous parlons du raccourcissement que le redressement ne corrigera pas), il y a intérêt à pratiquer l'ostéotomie oblique.

L'ostéotomie simple, sous ou intra-trochantérienne, suivant qu'on la fait un peu plus haut ou plus bas, est une opération généralement peu compliquée et absolument bénigne dans ses suites. Après avoir soigneusement fixé ses points de repère, constitués surtout par les limites du grand trochanter, on fait à quelques centimètres au-dessous du sommet de cette tubérosité (la distance exacte varie suivant la taille du sujet) une petite incision longitudinale, en faisant pénétrer la pointe du bistouri jusqu'à l'os. La longueur de cette incision des parties molles varie un peu suivant les chirurgiens. Les uns la font très petite, afin de laisser passer la lame de l'ostéotome ; la petite plaie se réunit alors par première intention, sans qu'il soit besoin de faire de suture. D'autres opérateurs préfèrent agrandir l'incision de façon à sectionner l'os presque à ciel ouvert. La plaie est ensuite suturée. C'est évidemment là un détail opératoire peu important ; chaque chirurgien agit un peu suivant ses idées personnelles.

Comme dans toutes les ostéotomies, il faut avoir soin d'inciser le périoste avec le bistouri, faute de quoi l'on est exposé à voir glisser son ostéotome à la surface de l'os et à produire ainsi des échappées plus ou moins graves. On introduit ensuite son ostéotome longitudinalement et on le place perpendiculaire à l'axe du fémur, lorsqu'on est arrivé sur le tissu osseux, en lui faisant exécuter un quart d'arc de cercle. On fait ensuite la section de l'os comme sur une autre partie du squelette, en agissant lentement, et en dégageant à chaque instant, par un mouvement de va et vient, la lame de son instrument. On court le risque, si on néglige cette précaution, de voir, à un moment donné, son ostéotome pincé par l'os, et on ne peut plus l'arracher qu'au prix d'assez grands efforts. Lorsqu'on a fait pénétrer son ostéotome n° 1, c'est-à-dire le plus gros, à une certaine profondeur dans le fémur, il est plus commode, pour terminer la section, de prendre une lame plus mince, les n°s 2 ou 3.

Lorsqu'on a ainsi traversé toute l'épaisseur de la région sous-trochantérienne, on retire son instrument et on achève la fracture par un effort de flexion ou d'extension. Lorsqu'il y a une ankylose à peu près complète, ce temps de l'opération est généralement très facile. Si, au contraire, la tête fémorale exécute des mouvements assez faciles et un peu étendus, on est quelquefois obligé de faire la section presque complète avec l'instrument tranchant, car on manque de résistance pour casser une partie, même minime, de l'os.

Il ne reste plus alors qu'à étendre la cuisse sur le bassin, ce qui est le plus souvent assez aisé, et nous pensons qu'il est rarement nécessaire de faire des sections tendineuses ou musculaires pour achever le redressement. Il est certain qu'à ce moment, les deux fragments osseux ne se correspondent pas exactement et par le redressement, dans les cas ordinaires, qui s'accompagnent d'adduction et de flexion, on produit, au niveau de l'extrémité supérieure du fémur, un angle ou une sorte de crosse à concavité postéro-externe. Mais les inconvénients de cette petite déformation sont bien minimes, si on songe au peu de longueur du fragment supérieur.

La cuisse étant ainsi placée dans l'extension avec une légère abduction, il suffit de la maintenir dans cette situation à l'aide d'un des appareils dont nous avons parlé plus haut. Il est, en tous cas, utile de joindre l'extension continue à l'immobilisation. L'appareil de M. Hennequin peut, là encore, rendre de grands services.

L'immobilisation devra être fort longue. Si, en effet, la consolidation n'est pas parfaite et qu'il y ait encore quelques symptômes aigus du côté de l'articulation, la contracture musculaire pourra déformer le cal, et reproduire la flexion et l'adduction. Nous avons toujours vu immobiliser les enfants au lit pendant trois mois, et, au bout de ce temps, on ne les laisse marcher qu'avec des béquilles. Nous croyons qu'il serait peu prudent de raccourcir ce temps, d'autant que pendant cette période, évidemment un peu longue, l'ankylose articulaire se complète.

Les résultats sont, le plus souvent, très satisfaisants. Nous avons vu des malades ostéotomisés ainsi depuis un temps assez long, et nous avons toujours vu la cuisse rester dans une très bonne attitude. Il y a, le plus souvent, un peu de raccourcissement réel, qu'il est utile de compenser, au moins en partie, à l'aide d'une semelle surélevée, et alors la claudication devient vraiment très peu prononcée.

Par le procédé que nous venons d'indiquer, on corrige seulement la déformation et le raccourcissement fonctionnel qui en est la conséquence ; on laisse le raccourcissement vrai et on ne cherche pas à remédier à l'ankylose de la hanche. Aussi, a-t-on cherché à faire mieux encore, en diminuant le raccourcissement de la cuisse et en rendant des mouvements, sinon dans l'articulation elle-même, au moins en un point très voisin d'elle, et cela en variant un peu les procédés d'ostéotomie ou les soins consécutifs. Nous avons déjà indiqué ces variétés d'ostéotomies, nous allons compléter un peu leur histoire.

M. Ollier, dans son *Traité des résections*, a exposé le principe des ostéotomies longitudinales ou obliques, destinées à provoquer un allongement artificiel des os ; il l'employait surtout dans le rachitisme. Plus récemment, M. Hennequin a appliqué cette méthode opératoire à l'ankylose de la hanche en position vicieuse, et nous avons vu cette opération exécutée par MM. Terrier, Kirmisson, Broca, etc. On comprend comment, grâce à une section plus ou moins oblique, il est possible de faire glisser les deux fragments l'un sur l'autre sans leur faire perdre complètement le contact, et d'allonger ainsi d'autant le fémur. Le mode opératoire, indiqué par les chirurgiens que nous avons cités, est le suivant : incision oblique des parties molles, à partir du milieu de la face antérieure du grand trochanter, sur la face antéro-externe de la cuisse ; ostéotomie oblique du fémur, à l'aide d'un ciseau large ou de l'ostéotome de Mac Ewen ; cette section osseuse commence en haut et en dehors à la limite inférieure du grand trochanter, pour aboutir en bas et en dedans à 10 centimètres environ plus bas (1).

(1) Voir *Rev. d'orthop.*, 1er janvier 1892.

On applique ensuite un appareil à extension de Hennequin, et il devient ainsi possible d'obtenir un allongement de plusieurs centimètres. De plus, le cal ne se trouve pas brusquement fléchi, comme après l'ostéotomie simple, ce qui est évidemment favorable pour la solidité ultérieure.

MM. Terrier et Hennequin sont encore allés plus loin. Dans un cas (peut-être cette opération a-t-elle été renouvelée depuis), ils ont transformé la néarthrose ankylosée en néarthrose mobile, en pratiquant ce que ces auteurs appellent la gymnastique sous l'extension. Ils ne craignent pas ainsi, le redressement étant obtenu, de mobiliser l'ancienne articulation. Dans le cas dont nous parlons, le résultat a été des plus heureux.

Comme nous le disions plus haut, l'ostéotomie oblique est un peu plus compliquée et peut ne pas présenter toujours la bénignité de l'ostéotomie linéaire simple. On peut craindre d'ouvrir le canal médullaire sur une aussi longue étendue, et il est certain qu'il faut avoir soin d'observer une antisepsie rigoureuse. De plus, dans deux des cas dont nous parlons plus haut, il s'est produit un éclatement du fémur au delà des limites assignées à la section osseuse; c'est une conséquence de l'obliquité énorme de l'ostéotomie. Peut-être pourrait-on obtenir un résultat aussi satisfaisant en diminuant un peu cette obliquité, et alors l'accident que nous venons d'indiquer serait moins à craindre. Il est vrai que les conséquences en ont été absolument bénignes.

Enfin, pour être à peu près complet, nous devons dire quelques mots de l'ostéotomie énarthrodiale. Cette opération a pour but, non seulement de redresser le fémur, mais encore de créer, au point où elle porte, une véritable néarthrose. C'est Sayre qui, en 1862, eut la première idée de ce procédé opératoire. Il consiste, comme nous le disons plus haut, d'une façon générale, dans une section arrondie de l'os, le fragment inférieur convexe devant être reçu dans le fragment supérieur concave. Cette ostéotomie peut porter sur la région sous-trochantérienne (Sayre), sur le trochanter lui-même ou sur le col fémoral (Volkmann). Il est facile de comprendre immédiatement que ce dernier mode opératoire est déjà compliqué, et qu'il faut aller porter la scie ou l'ostéotome à une assez grande profondeur. Si, comme cela arrive souvent, le patient est affaibli par la longue maladie qu'il vient de subir, si ses viscères ne sont pas absolument sains, il est bien à craindre qu'une intervention de ce genre ne réagisse d'une façon fâcheuse sur son état général.

De plus, il ne semble pas que l'ostéotomie énarthrodiale, si belle en théorie, ait jamais produit des résultats bien brillants. Quelque soin qu'on apporte à mobiliser de bonne heure, on voit le plus souvent se confirmer la consolidation osseuse, et bien rares sont les cas où l'on a pu donner quelques mouvements à la hanche.

En résumant ce court aperçu sur l'ostéotomie du fémur pour les ankyloses vicieuses de la hanche, nous pouvons dire que, en général, c'est une excellente opération, ne présentant pas de très grandes difficultés d'exécution, ne faisant courir que peu de dangers aux malades et donnant de très bons résultats. Si on a affaire à un cas simple, pour lequel on se propose seulement de corriger l'attitude vicieuse, l'ostéotomie linéaire simple suffira. Si, au contraire, on est en présence d'un raccourcissement considérable, auquel ne remédiera pas le simple redressement, il vaut mieux faire une ostéotomie oblique, qui, jointe à une extension bien faite, pourra donner un allongement très marqué.

VII

Il nous reste encore à parler de la résection orthopédique de l'extrémité supérieure du fémur. Ici, nous serons bref, car cette opération, déjà beaucoup plus compliquée, est, en somme, rarement indiquée. Elle trouvera cependant son application dans les cas où il existe une luxation irréductible, cause principale de la déformation. En supprimant la tête fémorale, il devient facile de redresser le membre en plaçant le moignon osseux ainsi créé, en face de la cavité cotyloïde, et en le maintenant dans cette situation à l'aide de l'extension continue.

La résection peut encore être utile dans les cas où il y a eu des suppurations prolongées, où il existe encore des trajets fistuleux, des séquestres, etc. Il est certain qu'alors l'opération a une double indication, alors que cet état particulier rend les autres modes d'intervention à peu près impraticables. Nous ferons seulement remarquer que, dans les cas où il existe une ankylose sinon osseuse, du moins assez serrée, la résection, faite suivant les procédés opératoires ordinaires, devient assez difficile, puisqu'il est à peu près impossible de mobiliser la tête.

Il est donc permis de dire que la résection de la hanche, en tant qu'opération orthopédique, ne présente que de rares indications; mais, d'autre part, comme, à la période où elle peut avoir son utilité, la coxalgie est guérie, elle peut être faite dans des conditions d'asepsie parfaite, et perd par là même le plus grand de ses dangers.

Il resterait évidemment bien des détails à noter, même sans sortir des limites que nous avons assignées à cette Revue générale. Mais nous avons indiqué les points principaux, ceux que tout le monde doit connaître; le rôle de chirurgien consiste à modifier les règles générales, suivant les indications présentées par chaque cas particulier.

VIII

Nous pouvons résumer ce travail en posant les conclusions générales suivantes :

Pendant la période d'évolution de la coxo-tuberculose, alors que la contracture musculaire est le seul facteur de l'attitude vicieuse, il faut employer les moyens simples et donner la préférence au redressement brusque sous le chloroforme.

Lorsque la coxalgie est guérie ou au moins arrivée à sa période de régression, l'attitude vicieuse tient à des facteurs multiples, rétraction musculaire, déplacements et déformations des surfaces articulaires, ankylose. Il devient alors nécessaire de faire l'ostéoclasie ou l'ostéotomie du fémur.

Dans quelques cas très rares, présentant des indications spéciales, on peut recourir à la résection orthopédique de la hanche.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Le mouvement et les exercices physiques (1), par L.-E. Dupuy.

Ce livre est le recueil de leçons pratiques sur les systèmes osseux et musculaire faites par le docteur Dupuy (de Saint-Denis) à l'association philotechnique ; il s'adresse aux curieux, aux élèves des lycées et des écoles normales. Dans son travail, l'auteur enseigne ce qu'il faut d'anatomie, de physiologie, de pathologie et de beaucoup d'autres sciences pour avoir une idée suffisante des conditions de notre vie.

Notre confrère a réalisé, avec succès, sa tentative originale et son livre s'offre au lecteur, comme un guide sûr, agréable et facile, pour le conduire à travers les notions souvent arides des sciences biologiques.

Formulaire pratique pour les maladies de la bouche et des dents (2), par G. Viau.

Ce formulaire est peut-être le premier publié par un dentiste, depuis que les dentistes ont une existence légale. C'est un petit livre, bien portatif. L'auteur a choisi dans les publications médicales ou dentaires celles dont il se sert et celles qu'il a crues les meilleures.

M. Viau ne s'est pas contenté de publier les formules en série; il a rappelé, dans un résumé très bref, les caractères fondamentaux des principales affections avec lesquelles doit compter le dentiste ; et les principales indications des différentes médications ; enfin, le livre se termine par une courte étude sur la cocaïne employée comme anesthésique local dans la pratique de l'art dentaire.

En résumé, excellent petit livre pour les praticiens que les nécessités journalières mettent aux prises avec les affections de la cavité buccale.

Le choléra (3), par L. Galliard.

Il était tout à fait opportun de mettre au point la question du choléra, c'est ce que s'est chargé de faire M. Galliard, que les circonstances ont mis à même de bien étudier cette maladie pendant la dernière épidémie. Le choléra semble s'être acclimaté en Europe ; il faut, semble-t-il, nous habituer à vivre avec lui comme nous vivons avec la fièvre typhoïde, ce qui n'empêchera peut-être pas des épidémies plus graves, plus denses, plus meurtrières de nous venir de temps à autre d'Asie. C'est donc un ennemi qu'il importe de bien connaître. Les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* ont pu juger de la façon de faire de M. Galliard qui, dans une Revue générale qu'ils n'ont sans doute pas oubliée, a exposé le traitement du choléra.

Détermination pratique de la réfraction oculaire par la kératoscopie (4), par le docteur Billot.

Ce petit livre, tout de pratique pure, est un travail de vulgarisation écrit par un médecin militaire pour ses camarades de l'armée. Le procédé qu'il recommande, pour l'examen des conscrits, est simple, facile, à la portée de tous, ne demande pas un long apprentissage et, une fois connu, l'est pour toujours.

Le travail du docteur Billot est donc indispensable pour ses confrères de l'armée, que leur goût spécial n'a pas poussé vers l'ophtalmologie et qui sont cependant si souvent appelés à déterminer la réfraction soit chez des conscrits, soit chez des hommes, mauvais tireurs, qui ont besoin de lunettes, soit chez des hommes à incorporer.

(1) In-8°. Prix : 5 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-18 raisin. Prix : 5 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

(3) In-16. Bibliothèque Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

(4) In-18 raisin. Prix : 3 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 7 novembre 1893, M. Hippolyte Bernheim, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 7 novembre 1893, ont été nommés près la Faculté de médecine de Montpellier : 1° professeur de physique, M. Massol, agrégé ; 2° professeur de pharmacie, M. Gay, agrégé.

— *Concours de l'externat.* — Questions données : Vertèbres dorsales. — Articulation radio-carpienne.

— Dans sa dernière séance, l'Académie des sciences a nommé M. le docteur Rollet (de Lyon), comme membre correspondant dans la section de médecine et de chirurgie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Benoit, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Montpellier ; Jullian (de Chateaurenard) ; Lafosse (de Cherbourg).

— M. le professeur Jaccoud reprendra son cours de clinique médicale le samedi 11 novembre 1893, à neuf heures et demie du matin, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

— M. Marfan, agrégé, chargé de cours, commencera le cours de clinique des maladies des enfants (professeur, M. Grancher), le samedi 11 novembre 1893, à quatre heures de l'après-midi (hôpital des Enfants-Malades), et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

M. Dejerine, agrégé de la Faculté, médecin de Bicêtre : conférences cliniques sur les maladies du système nerveux, les jeudis, à quatre heures ; première conférence le jeudi 16 novembre.

M. Hermet : maladies des oreilles, les samedis à dix heures.

M. Feulard, ancien chef de clinique de la Faculté : maladies de la peau, les mercredis, à dix heures.

M. Cuvillier : maladies du nez, du pharynx et du larynx, les vendredis à dix heures.

M. Rouffinet : maladies des yeux, les jeudis, à dix heures.

— M. le professeur Potain commencera son cours de clinique médicale à l'hôpital de la Charité, le mardi 14 novembre 1893, à dix heures, et le continuera les samedis et mardis de chaque semaine, à la même heure.

La visite des malades aura lieu à huit heures et demie du matin. — Leçons de séméiologie, par M. Vaquez, chef de clinique, les vendredis à dix heures. — Démonstrations d'anatomie pathologique, par M. Suchard, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, tous les jours.

— M. le docteur J. Simon recommencera ses conférences à l'hôpital des Enfants, le mercredi 15 novembre, à neuf heures, et les continuera tous les mercredis à la même heure. — Consultations cliniques le samedi à neuf heures.

— M. le professeur Le Dentu commencera son cours de clinique chirurgicale le vendredi 17 novembre 1893, à neuf heures et demie du matin, à l'hôpital Necker, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Opérations, les mardis et vendredis après la leçon. — Opérations abdominales, le jeudi à neuf heures, au pavillon de gynécologie. — Visite des malades, à neuf heures : les lundis, mercredis et vendredis, salle Malgaigne (hommes) ; les mardis et samedis, salle Lenoir (femmes).

— M. Magnan reprendra ses leçons cliniques à l'asile Sainte-Anne, dans l'amphithéâtre de l'admission, le vendredi 17 novembre,

à dix heures du matin, et les continuera les vendredis et mardis suivants à la même heure. Les conférences du mardi seront consacrées à l'étude pratique du diagnostic de la folie. Les leçons auront pour objet, cette année, « les délires systématisés dans les diverses psychoses. »

— Le cours (spécial aux élèves sages-femmes, nouveau régime) de M. le docteur Ribemont-Dessaignes, agrégé, a lieu les lundis, mercredis et vendredis, à deux heures et demie de l'après-midi (amphithéâtre de la Clinique d'accouchements).

(Seront seules admises, à ce cours, les élèves sages-femmes entrées à la clinique le 1er novembre 1893.)

— MM. les docteurs Rochon-Duvigneaud et A. Terson font, à l'Hôtel-Dieu, tous les soirs, de cinq heures à sept heures, un cours pratique d'ophtalmologie qui comprendra :

1° Examen fonctionnel de l'œil et réfraction ophtalmoscopique (avec malades) ;

2° Anatomie normale et pathologique de l'œil (avec démonstration des pièces anatomiques et notions pratiques de technique).

Médecine opératoire avec exercices pratiques.

Les cours auront une durée de six semaines.

S'inscrire tous les matins à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Riban, maître de conférences, chargé de cours, commencera son cours de chimie analytique, rue Michelet, n° 3, le lundi 13 novembre, à trois heures, et le continuera les lundis suivants, à la même heure. — Il traitera des procédés généraux, de l'analyse quantitative, puis du dosage et de la séparation des métaux.

M. le professeur Bouty commencera son cours de physique le mardi 14 novembre, à une heure et demie, dans l'amphithéâtre de physique, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure. — Il traitera de l'acoustique et de l'optique (substances isotropes). Des manipulations et des conférences, qui sont dirigées toute l'année par le professeur, commenceront dans la seconde quinzaine de novembre.

M. le professeur J. Delage commencera son cours de zoologie, anatomie, physiologie comparée le mardi 14 novembre 1893, à trois heures et demie, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure. — Il traitera des articulés et mollusques.

M. le professeur Ditte commencera son cours de chimie, rue Michelet, n° 3, le mercredi 15 novembre 1893, à deux heures, et le continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure. — Il traitera des métaux et de leurs combinaisons principales.

M. le professeur Bonnier commencera son cours de botanique le mercredi 15 novembre 1893, à trois heures et demie, dans l'amphithéâtre de physique, et le continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure. — Il traitera des principaux groupes de végétaux européens.

M. J. Chatin, professeur-adjoint, fera les lundis, à trois heures et demie, et les jeudis, à quatre heures et demie, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle, des leçons sur les organes et les fonctions de la nutrition.

M. Combes, maître de conférences, fera, les mardis et les samedis, dans la salle des conférences, à trois heures et demie, des conférences de chimie organique. — Il traitera des corps de la série grasse.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Hiver* 1893-1894. — *Trains rapides quotidiens composés de voitures de première classe, wagons-lits, lits-toilette* (Nord), *lits-salons* (P.-L.-M.), *avec cabinets de toilette et water-closets.* — Depuis le 3 novembre 1893, partent tous les jours : 1° de Paris (P.-L.-M.), à huit heures vingt-cinq soir ; 2° de Paris (gare du Nord, place de Roubaix), à sept heures quarante-quatre soir, et de Paris (P.-L.-M.), à huit heures quarante-cinq soir, des trains rapides à destination du littoral de la Méditerranée (Hyères, Saint-Raphaël, Cannes, Nice, Monaco, Menton, etc.). Ils continuent jusqu'à Vintimille où il y a une correspondance immédiate pour l'Italie.

Ces trains prennent, au départ de Paris, les voyageurs de première classe ayant à effectuer un parcours d'au moins 600 kilomètres, ainsi que ceux pour Lyon et l'au-delà vers Grenoble.

Deux trains de même nature partent également tous les jours de Vintimille à midi dix et midi cinquante. Ce dernier correspond à Paris-Nord avec les trains rapides à destination de l'Angleterre, de la Belgique, de la Hollande et de l'Allemagne.

— Chemin de fer d'Orléans. — Hiver 1893-1894. — *Excursions aux stations thermales et hivernales des Pyrénées et du golfe de Gascogne : Arcachon, Biarritz, Pau, Salies-de-Béarn* (tarif spécial G. V., n° 106, Orléans). — Des billets d'aller et retour, avec réduction de 25 p. 100 en 1re classe et de 20 p. 100 en 2e et 3e classe sur les prix calculés au tarif général d'après l'itinéraire effectivement suivi, sont délivrés toute l'année, à toutes les stations du réseau de la Compagnie d'Orléans, pour les stations hivernales et thermales ci-après du réseau du Midi, et notamment pour Arcachon, Biarritz, Dax, Guéthary (halte), Hendaye, Pau, Saint-Jean-de-Luz, Salies-de-Béarn, etc.

Durée de validité : **15 JOURS**, non compris les jours de départ et d'arrivée.

Tout billet d'aller et retour délivré au départ d'une gare située à 500 kilomètres au moins de la station thermale ou hivernale, donne droit, pour le porteur, à un arrêt en route à l'aller comme au retour. Toutefois, la durée de validité du billet ne sera pas augmentée du fait de ces arrêts.

La période de validité des billets d'aller et retour peut, sur la demande du voyageur, être prolongée deux fois de dix jours, moyennant le paiement aux administrations, pour chaque fraction indivisible de dix jours, d'un supplément de 10 p. 100 du prix total du billet aller et retour.

Avis. — La demande de ces billets doit être faite trois jours au moins avant le jour du départ.

— *Excursions en Touraine, aux châteaux des bords de la Loire et aux stations balnéaires de la ligne de Saint-Nazaire au Croisic et à Guérande.* — La Compagnie du chemin de fer d'Orléans délivre des billets pour les deux itinéraires suivants :

Premier itinéraire (1re classe, **86** fr.; 2e classe, **63** fr.; durée, **30 JOURS**). — Paris, Orléans, Blois, Amboise, Tours, Chenonceaux et retour à Tours, Loches et retour à Tours, Langeais, Saumur, Angers, Nantes, Saint-Nazaire, Le Croisic, Guérande et retour à Paris, *viâ* Blois ou Vendôme, ou par Angers, *viâ* Chartres, sans arrêt sur le réseau de l'Ouest.

Nota. — Le trajet entre Nantes et Saint-Nazaire peut être effectué, sans supplément de prix, soit à l'aller, soit au retour, dans les bâteaux de la Compagnie de la Basse-Loire.

La durée de validité de ces billets peut être prolongée une, deux ou trois fois de 10 jours, moyennant paiement, pour chaque période, d'un supplément de 10 p. 100 du prix du billet.

Deuxième itinéraire (1re classe, **54** fr.; 2e classe, **41** fr.; durée, **15 JOURS**). — Paris, Orléans, Blois, Amboise, Tours, Chenonceaux et retour à Tours, Loches et retour à Loches, Langeais et retour à Paris, *viâ* Blois ou Vendôme.

En outre, il est délivré, à toutes les gares du réseau d'Orléans, des billets aller et retour comportant les réductions prévues au tarif spécial G. V., n° 2, pour des points situés sur l'itinéraire à parcourir, et *vice versâ.*

Ces billets sont délivrés toute l'année : à Paris, à la gare d'Orléans (quai d'Austerlitz) et aux bureaux succursales de la Compagnie, et à toutes les gares et stations du réseau d'Orléans, pourvu que la demande en soit faite au moins trois jours à l'avance.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Études anatomo-pathologiques. *L'Inflammation*, par le docteur Maurice Letulle, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. 1 vol. in-8°, avec 21 figures dans le texte et 12 planches en chromo-lithographie hors texte. — Prix : 20 francs. — Paris, G. Masson.

Maladies infectieuses et parasitaires des os, par le docteur Gangolphe, médecin de la Faculté de Lyon. 1 vol. in-8° avec 99 figures. — Prix : 16 francs. — Paris, G. Masson.

L'hydrothérapie dans les maladies chroniques et les maladies nerveuses, par les docteurs Beni-Barde et Materne, médecins de l'établissement hydrothérapique de la rue Miromesnil (Paris). 1 vol. gr. in-8°. — Prix : 8 francs. — Paris, G. Masson.

Les pyosepticémies médicales, par le docteur Georges Etienne, ancien interne des hôpitaux de Nancy. 1 vol. gr. in-8° de 389 p. — Prix : 7 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les nouveaux hypnotiques. Étude expérimentale et critique, par le docteur Georges Houdaille. 1 vol. gr. in-8° de 240 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. D. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 13 novembre 1893.

Depuis longtemps, les chirurgiens interviennent d'une façon systématique lorsqu'il existe une collection de liquide d'origine inflammatoire et infectieuse. Ils évacuent le liquide et font des lavages antiseptiques de la cavité qui le renferme. Ils obtiennent ainsi de remarquables succès.

L'intervention chirurgicale réclame une large incision et autant que possible une antisepsie à ciel ouvert. Pourquoi, en cas d'épanchement d'origine infectieuse dans les séreuses pleurales, péritonéales et articulaires, le médecin n'interviendrait-il pas d'après les mêmes principes, mais d'une façon atténuée? Pourquoi ne pas combiner l'antisepsie à l'évacuation si souvent pratiquée pour les épanchements pleurétiques?

S'étant fait ces réflexions, M. Fernet a, en cas de pleurésie, de péritonite ou d'arthrite, pratiqué des injections d'eau iodée ou d'eau naphtolée — d'eau naphtolée surtout — qui ont précédé ou suivi l'évacuation du liquide (séance de la Société médicale des hôpitaux du 10 novembre).

En procédant ainsi, il a obtenu de bons résultats dans la plupart des cas. Cette méthode s'applique surtout aux cas dans lesquels un épanchement de date déjà reculée tend à devenir purulent. Dans un cas semblable, il y avait un épanchement considérable, 6 à 7 litres de liquide dans la plèvre. Il fut fait une série de ponctions évacuatrices de 1000 à 1200 grammes de liquide et suivies chaque fois de l'injection d'un demi-litre d'eau boriquée naphtolée. La guérison fut ainsi obtenue. Elle fut obtenue aussi dans les cas où de simples ponctions évacuatrices n'avaient pu empêcher la reproduction incessante du liquide.

A noter surtout la guérison de trois cas d'arthrite blennorrhagique aiguë avec épanchement séro-purulent, par de véritables lavages de la synoviale à l'aide de l'eau naphtolée. Les lavages étaient faits par la canule même qui avait servi à faire la ponction.

Ces interventions, qu'on eût autrefois considérées comme très hardies, doivent se faire naturellement avec toutes les précautions de rigoureuse antisepsie. Lorsqu'elles n'auront pas amené la guérison, il sera toujours possible, au besoin, de recourir à l'intervention chirurgicale, qui comporte surtout l'ouverture large de la séreuse malade.

Dans un de ces cas, M. Fernet a obtenu la guérison apparente d'une tuberculose pleuro-péritonéale. Il a, il est vrai, dans un travail antérieur, fait remarquer la guérison relativement assez fréquente de cette localisation de la tuberculose.

Un malade de M. Hanot avait une pleurésie aiguë d'apparence banale. La ponction fut jugée nécessaire; le liquide extrait était franchement hémorragique. L'inoculation à un cobaye démontra sa nature tuberculeuse. Cependant la guérison apparente eut lieu.

M. Catrin fait remarquer que MM. Kelsch et Vaillard ont démontré que la pleurésie aiguë, vulgaire, était le plus souvent tuberculeuse. Si elle guérit si souvent, c'est que cette localisation est une des moins graves de la tuberculose.

M. Fernet n'y contredit pas, mais il pense que l'intervention par lavage antiseptique peut contribuer à amener cette heureuse terminaison.

La filaire du sang est un parasite allongé, filiforme, de mœurs singulières. Les malades qui en sont atteints ont, en général, de la chylurie, des varices lymphatiques, de l'éléphantiasis, une anémie marquée. Chose curieuse, la filaire du sang ne se constate pas, en général, dans le sang pendant le jour : elle ne s'y trouve que pendant la nuit. Cette filaire nocturne a été tout d'abord la seule connue. Depuis, on en a signalé deux autres variétés, l'une qui ne se trouve dans le sang que pendant le jour, l'autre qui s'y rencontre à la fois pendant le jour et pendant la nuit.

M. Laveran a observé, au Val-de-Grâce, un soldat qui avait séjourné successivement à la Nouvelle-Calédonie, au Tonkin et au Soudan. Au Tonkin, il avait pris les fièvres intermittentes; pendant son séjour en Afrique, il avait eu des accès irréguliers. On dut le rapatrier. Pendant le trajet, il eut une hématurie et le médecin du bord parla de fièvre bilieuse hématurique bien que la jaunisse ait toujours fait défaut.

Au Val-de-Grâce, on constata un état accentué d'anémie, une fièvre vive, de la céphalalgie, une grosse rate. Il semblait bien s'agir d'un cas d'impaludisme. M. Laveran rechercha comme toujours, les hématozoaires du paludisme dans le sang, il ne les trouva pas, mais il trouva pendant le jour des embryons de filaire : il s'agissait donc d'un cas de filariose fébrile. M. Antony a vu un cas semblable, mais il a trouvé la filaire la nuit.

Il résulte de ces observations que la nécessité peut se poser de faire le diagnostic entre l'impaludisme et la filariose. M. Laveran, s'appuyant sur les expériences qu'il a faites sur les filaires vivantes, se demande si la quinine n'agirait pas aussi contre la filariose.

Les médecins doivent faire connaissance avec ces maladies exotiques dont les expéditions coloniales menacent de multiplier les exemples en France. C'est ainsi que l'on rencontre, à Paris et dans les ports de mer, d'assez fréquents cas de lèpre d'origine exotique.

MÉDECINE PRATIQUE

Surdité et syphilis.

Par le docteur A.-F. Plicque,

Médecin-adjoint à la Compagnie du Nord, ancien interne des hôpitaux.

On sait combien il est difficile de guérir ou seulement d'améliorer les surdités acquises. On sait même quelle tâche ingrate présentent les tentatives faites pour enrayer l'évolution des surdités à leur début. Dans un récent travail présenté à l'Académie royale de médecine de Belgique, M. le docteur A. Delie (d'Ypres) a étudié les rapports de la surdité avec la syphilis, soit héréditaire, soit acquise (1). Il a montré que la connaissance de ses rapports permettait d'instituer, dans certains cas, un traitement curatif et surtout un traitement préventif, offrant une réelle efficacité. Il n'est donc pas inutile de donner un résumé de son mémoire. Nos confrères, en cherchant dans leurs souvenirs, en reconnaîtront certainement toute la justesse clinique.

Les manifestations de la syphilis, soit acquise, soit héréditaire, qui peuvent atteindre l'appareil auditif, sont extrêmement variées : macules, papules, condylomes indolores, rhagades douloureuses, ulcérations, écoulement du conduit auditif externe, catarrhe de la caisse avec ou sans épanchement muqueux ou purulent, lié ordinairement à une lésion syphilitique du pharynx nasal; otorrhées rebelles précédées parfois de douleurs névralgiques atroces; exostoses du conduit auditif externe (celles-ci sont loin d'être toujours de nature syphilitique); hyperostoses parfois considérables de l'apophyse mastoïde, ostéopériostites du rocher avec douleurs hémicraniennes très rebelles à exacerbations nocturnes ; ostéites d'une partie du rocher avec destruction osseuse, suppuration et expulsion de séquestre ; otalgies dues à l'infiltration ou à l'ulcération de l'isthme du gosier; surdité résultant de l'oblitération de la trompe ou d'une hyperostose ou exostose du conduit auditif interne, ou bien d'une gomme de la base du crâne (compression et atrophie du nerf auditif).

M. Delie insiste tout particulièrement sur les lésions tardives de l'oreille interne. Ces lésions ont pu survenir jusqu'à quarante ans après le début dans la syphilis acquise; elles ont été observées chez des syphilitiques héréditaires âgés de treize et dix-huit ans. Elles sont avant tout caractérisées par l'explosion inattendue et rapide d'une surdité profonde, accompagnée de perte d'équilibre, de vertige violent, de bourdonnements et de vomissements. Mais, à côté de ces accidents constitués, ce qu'il importe surtout de connaître, ce sont les symptômes prémonitoires qui, souvent, les précèdent longtemps à l'avance, et qui manquent rarement, quoiqu'ils soient assez fréquemment méconnus.

Dans la syphilis acquise, les symptômes prémonitoires sont la diminution de l'acuité auditive, les bourdonnements, les vertiges. A côté de ces symptômes appartenant aux diverses maladies de l'oreille, M. Fournier cite, comme plus spécialement propre à la syphilis, l'hyperacousie douloureuse. M. Delie indique les névralgies auriculaires à exacerbations nocturnes, névralgies atroces que seul l'iodure guérit.

Dans la syphilis héréditaire, les accidents auriculaires apparaissent surtout à l'époque de la puberté. Ils ont été précédés par les altérations dentaires, les lésions cutanées et osseuses, la kératite interstitielle. Le début est souvent très brusque. Les deux symptômes capitaux sont : 1° la bilatéralité de l'abolition de l'ouïe; 2° la disproportion entre l'audition à l'air, qui est relativement conservé et l'audition du diapason appliqué sur les os du crâne; cette audition cranienne est complètement abolie. Il y a des vertiges, des nausées, mais sans perte de connaissance et sans douleur.

Le pronostic dans la syphilis de l'oreille dépend avant tout de la façon plus ou moins précoce dont le diagnostic est fait et le traitement spécifique institué. Dans les cas les plus graves, la surdité est si subite, si foudroyante, qu'on n'a pas le temps d'agir. Ces cas s'observent aussi bien dans la syphilis héréditaire que dans la syphilis acquise. La surdité est complète d'emblée et restera complète. Ordinairement les vertiges, le manque d'équilibre ne seront que passagers, bien que persiste parfois une démarche un peu chancelante, surtout dans l'obscurité. Dans les cas à développement progressif, les plus favorables sont ceux où la surdité n'est pas uniquement due à des lésions labyrinthiques, où il existe, en même temps que ces lésions labyrinthiques, des lésions de l'oreille moyenne. Celles-ci sont, en effet, beaucoup plus facilement améliorées par le traitement spécifique. D'après M. Delie, la conservation relative de l'audition pour les sons élevés serait d'un pronostic favorable pour le succès du traitement. Même en cas de surdité complète, quelques succès ont été obtenus. M. Fournier a vu guérir un cas de surdité complète, survenant six ans après le chancre. Moos, dans une surdité datant de deux ans déjà, a obtenu une amélioration très marquée. M. Baratoux, dans deux cas de surdité bilatérale subite dus à la syphilis héréditaire, a obtenu la guérison. La surdité, dans un de ces cas, remontait à un an. Mais les assertions de Wendt, qui aurait obtenu 79 succès rapides dans 79 cas de syphilis auriculaires, sont évidemment trop optimistes.

Comme traitement dans les cas à début foudroyant, M. Delie recommande d'essayer d'abord, pendant une dizaine de jours, les injections sous-cutanées de strychnine, associées à la pilocarpine et aux frictions mercurielles poussées jusqu'à la salivation. Il administre la strychnine de la façon suivante : chaque jour il injecte aux apophyses mastoïdes 2 et même 6 milligrammes de strychnine. Il emploie la solution suivante :

Sulfate de strychnine. . 0g05 centigrammes.
Eau distillée. . . . . . 5 grammes.

(1) Voir *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, août, septembre et octobre 1893.

Une seringue de Pravaz renferme 10 milligrammes de strychnine. Ces injections paraissent n'avoir été faites que chez l'adulte. Elles agissent surtout sur les vertiges. Peut-être l'ergotinine aurait-elle un effet analogue, tout en étant d'un maniement moins dangereux.

L'emploi de la pilocarpine devra être également très précoce. M. Delie rejette les instillations directes dans la caisse et préconise la pilocarpine, soit en pilules, soit en injections sous-cutanées. Voici la formule des pilules :

Chlorhydrate de pilocarpine . .	0g01 centigr.
Extrait digitale	0g05 centigr.
Extrait strophantus	0g002 milligr.

Pour une pilule. En prendre une le soir avant de se mettre au lit. Le dernier repas, très léger, aura lieu quatre heures avant l'absorption de la pilule. Chez l'enfant, on donnera la moitié ou le quart de ces doses. Chez l'adulte, quand, au bout de quelques jours, l'accoutumance est survenue, on peut ordinairement doubler la dose de pilocarpine. En injections sous-cutanées, les doses de début chez l'adulte ne seront que de 5 milligrammes. On pourra rarement atteindre 2 centigrammes. Le traitement par la pilocarpine sera prolongé pendant plusieurs semaines.

Comme moyen d'administrer le mercure, M. Delie préfère à tout les frictions faites aux doses quotidiennes de 2, 3, 4, 6 grammes chez l'adulte ; 0g50 centigrammes, 1 gramme, 2 grammes chez l'enfant. Ces frictions sont poussées jusqu'à salivation légère. On instituera un régime tonique. On défendra l'alcool et le tabac.

Quand la salivation apparaît, on suspendra le mercure pour donner l'iodure. Avant quinze ans, on ne dépassera pas 1 gramme d'iodure de potassium par jour, donné de préférence dans du sirop de quinquina, après le repas. Les doses seront, chez l'adulte, de 4 grammes et même de 8 grammes dans les cas graves.

Les courants continus seront appliqués de la façon suivante : large plaque positive sur un côté de la nuque, petite plaque négative en avant du tragus du côté opposé. Le courant sera très faible, juste suffisant pour déterminer la réaction du nerf acoustique. Cette réaction s'obtient plus facilement dans l'oreille malade que dans l'oreille saine. Des fractions de milliampères suffisent souvent. Cinq à dix milliampères seraient, en tous cas, un maximum. Les renversements des courants, faits avec un courant très faible, atténueraient les bourdonnements.

Malgré les succès parfois inespérés, obtenus par ces divers moyens, on n'oubliera pas que le vrai traitement de la syphilis auriculaire, sera toujours le traitement préventif. Ce traitement préventif consistera avant tout dans l'emploi du mercure. Il devra être institué au moindre symptôme menaçant. M. Delie conseille même de faire de parti pris des cures hydrargyriques entre dix et quinze ans, avant l'âge où apparaît la surdité, chez tous les syphilitiques héréditaires. On donnera ensuite l'iode et les toniques.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA PAR LE CUIVRE

Par le docteur Moricourt,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Ancien chef de clinique du docteur V. Burq.

Aujourd'hui que le choléra semble se répandre un peu partout et vouloir devenir, en France tout au moins, une maladie endémique, et que la doctrine microbienne a eu pour effet d'introduire, dans la thérapeutique de cette maladie, nombre de médicaments parasiticides, dont, à en juger par les articles qui ont paru sur ce sujet, les résultats sont loin de surpasser ceux qui avaient été obtenus auparavant, il nous paraît opportun de rappeler l'attention sur un traitement du choléra un peu trop laissé dans l'ombre, à notre avis. Je veux parler du traitement par le cuivre, préconisé par le docteur Burq, à une époque où il n'était guère encore question de microbes, et qui a, du moins, le mérite de s'appuyer, je ne dis pas sur l'immunité absolue, mais sur l'infime mortalité des ouvriers qui travaillent le cuivre de manière à en être suffisamment imprégnés, par le choléra, la fièvre typhoïde et la plupart des maladies épidémiques, comparée à celle des ouvriers travaillant d'autres métaux ou exerçant d'autres professions.

Avant de rien avancer, Burq avait visité plus de 400 usines à cuivre. Il avait établi, par des recherches minutieuses, la préservation des musiciens de l'armée qui jouent des instruments de cuivre.

Les expériences qu'il a faites avec Ducom à Lariboisière, dès 1869, plus tard, celles du docteur Galippe ont démontré d'ailleurs l'innocuité des sels de cuivre.

D'un autre côté, les travaux de Paul Bert et Capitan, de Miquel, ont fait voir qu'il fallait les compter au nombre des antiseptiques les plus puissants.

Déjà en 1849, dans différents hôpitaux, entre autres dans le service de Rostan, Burq obtenait, dans la plupart des cas, au moyen d'armatures de cuivre, la cessation immédiate des crampes des cholériques. Qu'a-t-on trouvé de mieux depuis, et quoi de plus facile à se procurer qu'un objet en cuivre ?

Ensuite, en 1866, dans le service d'Horteloup, le sulfate de cuivre donné à l'intérieur, chez les malades qui avaient conservé une parcelle de pouls, de chaleur ou d'urine, produisait 16 guérisons sur 18 cas.

Ne sont-ce pas là des résultats encourageants et qui auraient dû empêcher ce traitement de tomber dans l'oubli ?

Des faits, en apparence opposés à la préservation des ouvriers en cuivre, ont été rapportés ; le traitement du choléra par le sulfate de cuivre aurait, a-t-on dit, donné des résultats peu favorables dans le service de Pidoux. Ce n'est pas ici la place de reprendre cette discussion. Il me suffira de rappeler que Burq a réfuté victorieusement toutes ces assertions, notamment dans sa protestation aux Académies des sciences et de médecine, insérée dans la *Gazette des hôpitaux* du 16 novembre 1865 ; et que M. le docteur H. Brochin a publié dans ce même journal, au mois de septembre 1866, un article où il défendait les idées de Burq.

Ceux des lecteurs de la *Gazette* qui voudront juger cette question en connaissance de cause, consulteront avec fruit :

1° Le livre de Burq : « Du cuivre contre le choléra », paru en 1867, et le dernier ouvrage sur le même sujet qu'il a publié en 1884. Ils y trouveront les formules relatives au traitement du choléra par le sulfate de cuivre, que j'ai reproduites dans la *Gazette des hôpitaux* du 13 novembre 1884, et dans mon *Manuel de métallothérapie*, 1888, p. 191.

2° Les comptes rendus du Congrès international d'hygiène tenu, à Paris, en 1878, pendant l'Exposition universelle.

PRODUITS ACCESSOIRES DE LA BOUCHERIE

DE PROVENANCE DES ABATTOIRS DE PARIS (1)

Par M. L. Villain,

Chef du service de l'inspection des viandes de Paris et des communes suburbaines.

Une fois les quatre quartiers de viande enlevés pour l'étal avec la fressure (poumon, cœur, foie, rate), la langue, la cervelle, les reins et le ris chez le veau, il reste à l'abattoir les sous-produits utilisés dans l'industrie.

Ces produits accessoires de la boucherie sont très importants : je vais examiner les principaux.

Les cuirs de bœuf alimentent les fabriques de tanneurs et de corroyeurs. Depuis quelques années, ils sont dédoublés en plusieurs épaisseurs pour faire des capotes de voiture.

Nous expédions en Amérique les peaux épaisses de certaines races de bœufs (garonnais, maraichins, normands), en vue de la fabrication des courroies de transmission; par contre, ce pays nous donne les cuirs plus fins de ses races anglaisées.

Les cuirs de veau constituent dans le commerce le veau dit de Bordeaux.

Les peaux de mouton, une fois tannées, sont fendues plusieurs fois dans leur épaisseur; chaque feuille de cuir est livrée ensuite à la confection de sacs de dames, porte-feuilles, porte-monnaie, chaussures de dames et d'enfants.

Il suffit de citer la toison du mouton pour rappeler aussitôt à l'esprit les divers usages auxquels elle est destinée : draps, étoffes de laine, tapis, etc.

Les meilleurs selles de bicyclettes sont depuis peu recouvertes avec la peau de cochon, du verrat principalement. Ce n'est pas à Paris que la dépouille du porc est faite, mais dans les campagnes, en Normandie, en Bretagne, où le lard n'est pas toujours consommé avec la couenne.

Les basanes de pantalons de cavalerie et d'artillerie sont prises dans la peau du cheval.

Les cornes et les sabots du bœuf sont employés par les fabriques de peignes, boutons, tabletterie, coutellerie, baleines factices, par suite des procédés d'aplatissement. On fait aussi avec eux de la poudre de corne, qui est un précieux engrais.

Avec les crins de la queue du bœuf, on fabrique des coussins, matelas, des crinières de casque; les poils du dedans des oreilles, ceux surtout de la race schwitz, sont utilisés dans la confection des pinceaux fins.

Une fois le porc saigné, les soies sont arrachées et vendues aux fabriques de brosses. Ce travail est effectué dans nos abattoirs par des femmes, au moyen d'un crochet en fer semblable à l'accroche-bouton.

Les pieds du bœuf produisent de l'huile, de la colle, de la gélatine, du noir animal; ils entrent encore dans la préparation des tripes à la mode de Caen.

Le rectum du bœuf, une fois retourné, sert d'enveloppe au véritable saucisson de Lyon, à celui de bonne marque en un mot.

Le saucisson de Lyon de ménage n'exige comme protection que le côlon du même animal, dont l'aspect bosselé irrégulièrement est très caractéristique. En général, on peut dire que la bonne charcuterie est placée dans un boyau gros, côlon ou rectum, témoin les saucisses de Lorraine à l'antique renommée.

Le côlon du bœuf conserve dans son intérieur certains saucissons, cervelas, saucisses de Strasbourg et divers produits hachés dont la consommation est très considérable dans les grandes villes.

L'intestin grêle du bœuf (menu) et le côlon (gros) recouvrent les saucissons cuits que nous connaissons tous et qui sont vendus en charcuterie avec la mention : à l'ail ou sans ail.

Le cæcum du bœuf, en terme du métier la *baudruche*, est utilisé par les batteurs d'or, comme moyen de contention de l'or en feuilles; il revêt la langue de bœuf à l'écarlate, les langues fourrées, toujours si prisées des gourmets.

Le cæcum et le gros intestin du porc entrent dans la confection des andouilles.

L'intestin de veau constitue la *fraise*, mets très gras, assez recherché en la saison froide; l'été, la fraise est transformée en andouillettes qui jouissent d'une bonne réputation.

Dans l'intestin grêle du porc, on entonne — c'est le mot — le boudin et la saucisse de Toulouse.

Dans l'intestin grêle du cheval, on découpe, chose curieuse, des pétales pour certaines fleurs artificielles.

La *baudruche* du mouton ou le péritoine de l'extrémité du cæcum constitue la capote hygiénique, moyen démodé et remplacé aujourd'hui par celle en caoutchouc.

L'intestin grêle de mouton fournit les cordes harmoniques pour violon. Il sert aussi d'enveloppe aux petites saucisses dites *chipolatas*, qu'on a caractérisées si heureusement de doigts de gens riches.

L'estomac de porc, coupé en lanières, fait de très bonnes andouilles.

Les tripes à la mode de Caen et le gras double ont pour base la panse de bœuf (caillette, feuillet, rumen). La gouttière œsophagienne, d'un aspect charnu, très estimée des mangeurs de tripes, a nom « la veine ».

La panse de mouton sert à faire des blagues à tabac, des pantoufles et des cretons pour la nourriture des chiens. Elle est employée également pour la préparation des tripes d'inférieure qualité ou pour la mélanger à celle de bœuf.

Celle de veau est achetée par les charcutiers, qui en font des andouilles excellentes. On la fait entrer aussi dans la composition du gras double, mais la plus grande partie est jetée au *nivet :* on entend par ce mot la réunion de déchets graisseux de toutes sortes provenant des abattoirs ou des étaux; le nivet est livré au fondeur.

La caillette du mouton et l'estomac du porc sont raclés intérieurement par les extracteurs de pepsine. Le résidu du raclage, qui n'est autre chose que la muqueuse, est enlevé le jour même à cause de son altération rapide. L'estomac de porc renferme 100 fois plus de pepsine que la caillette du mouton.

La présure, on le sait, était autrefois retirée de la caillette de veau, d'où son nom. Aujourd'hui, on se sert plutôt de présures artificielles ou de l'action de la chaleur comme caille-lait.

La vessie est recueillie pour l'emballage et l'opération des graisses, suifs, saindoux; elle remplace, dans certains cas, le parchemin trop coûteux. Dans nos campagnes, on en fait des blagues à tabac. Cousue en forme de fuseau, elle enrobe certains saucissons de Lorraine de haute renommée.

L'épiploon de porc (crépine) recouvre les saucisses plates

(1) Communication faite au Congrès de la tuberculose, lors de sa visite aux abattoirs de la Villette, le 31 juillet 1893.

du charcutier. Ceux du bœuf, du veau, du mouton, sont livrés à la fonte : ils ont nom *toilette*.

Le mésentère de nos animaux de boucherie, vulgo *rati*, est enlevé par le fondeur.

Du suif ou graisse, on extrait la stéarine, l'oléine, etc., et, depuis longtemps déjà, la margarine, dont l'usage s'est répandu partout.

L'œsophage (herbière) est donné aux chiens. Certains fabricants le font entrer dans le hachis des saucissons communs.

On a vu la verge du bœuf et du taureau (le nerf) servir, une fois séchée, à la confection de liens d'une puissance extrême, d'allonges pour accrocher les viandes à l'étal et de cannes rendues rigides par l'introduction d'une tige d'acier. Désséchée à l'étuve, — *horresco referens*, — le chirurgien l'emploie comme dilatateur utérin en remplacement de la laminaire.

Le péricarde produit, aux dires des fumeurs, les meilleures blagues à tabac.

La vésicule biliaire est plutôt achetée, par les ménagères, pour le nettoyage des vêtements, que par les teinturiers en boutique.

Le fiel sert encore de véhicule pour la peinture à l'enluminure ; enfin certains pharmaciens font entrer l'extrait de fiel de bœuf dans la préparation de pilules contre la dyspepsie et l'obésité des goutteux.

L'amer du mouton est porté dans les lavoirs pour le dégraissage des linges.

Les pancréas (fagoue) ne sont pas consommés ; ils sont jetés avec d'autres déchets à la fonte. De celui du porc, on extrait la pancréatine nécessaire au commerce.

La moelle des os longs, la moelle épinière, les corps thyroïdes du mouton, les testicules du taureau, les capsules surrénales du veau et du mouton sont enlevés depuis peu de nos abattoirs pour la préparation de certains liquides organiques qui, d'après l'école de Brown-Séquard, servent de traitement à la neurasthénie, à l'ataxie locomotrice progressive, au myxœdème, à la maladie bronzée, etc.

Le sang de nos animaux de boucherie — celui du porc excepté — est recueilli avec précaution dans des plats en zinc. Caillé, il est transporté dans une usine où l'on en extrait, par égouttage, le sérum, puis l'albumine, deux produits dont les usages sont tellement importants qu'il faudrait un chapitre spécial pour les passer en revue.

Le résidu, ou mieux le caillot, est rendu imputrescible au moyen d'acides et utilisé, une fois séché, comme engrais d'une grande valeur.

Bien des gens pensent que le sang est un aliment très nourrissant. Des médecins conseillent souvent, aux personnes atteintes d'anémie ou de maladies consomptives, de boire le sang aussi vivant que possible ; c'est pourquoi l'on voit, chaque matin, dans nos abattoirs, une foule s'empresser de boire le sang chaud des animaux que l'on vient de sacrifier. Quelques personnes prennent aux abattoirs des bains partiels de sang.

L'hémoglobine est la matière colorante rouge du sang. Elle contient une forte proportion de fer sous une forme en quelque sorte organisée et aisément assimilable ; aussi a-t-on cherché à l'utiliser comme un véritable reconstituant ferrugineux. Les hémoglobines du commerce sont simplement des globules sanguins, séparés de la fibrine et du sérum et desséchés à une basse température.

Les matières trouvées dans les intestins, au moment de l'abatage, servent à la fabrication de la pâte à papier. On en retire surtout des engrais froids peu estimés.

De tous temps, en France comme à l'étranger, les bains de panse, de tripe devrais-je dire, ont été recommandés par la masse aux personnes atteintes de douleurs ou dont un membre était affaibli, paralysé même ; aussi n'est-il pas rare de rencontrer à la Villette des malades venant plonger, qui une jambe, qui un bras, dans une échancrure faite à une panse de bœuf retirée chaude de la cavité abdominale, et rester dans cette situation une heure au moins.

En Italie, à Rome, les bains de tripe, dit M. E. Piou, sont en grand honneur. Un établissement en marbre, « la Tripeia », baptisé pompeusement d' « Institut zoothermique », existe même dans l'abattoir de cette ville, où les gens malades viennent à volonté demander un soulagement à leurs membres endoloris.

La peau des fœtus de vache (gosselins) sert de toison aux chevaux de bois à mécanique ; on fait avec elle des pantoufles, des souliers, voire des gilets de chasse.

Celle des fœtus de mouton mérinos, quand la laine est poussée convenablement, produit l'astrakan ; l'industrie teint alors la laine sans toucher à la peau, qui reste blanche et arrive ainsi à imiter la véritable fourrure. Le commerce emploie également cette peau pour la fabrication de jouets d'enfants : chiens caniches, moutons, saints Jean-Baptiste, etc. Dépourvue de laine, on en fait du parchemin.

Des têtes de bœuf (cassards) et des têtes de mouton (caboches), on en extrait de la gélatine, du noir animal, de la colle forte, etc.

La tête de mouton, avant d'être livrée à l'équarrisseur, a été débarrassée de la cervelle et de la langue, y compris les masséters et les ptérygoïdiens externes.

La jarre des pieds de mouton, qui tombe lors du grattage à l'atelier d'échaudage, est transformée en feutre grossier.

Enfin, les raclures qui proviennent des têtes et pieds de veau, des pieds de mouton, une fois échaudés, les poils, ergots, bourres, etc., sont un précieux engrais pour les oliviers.

Quant aux viandes saisies par le service d'inspection des viandes, une partie est conduite au Muséum d'histoire naturelle pour la nourriture des fauves, des carnassiers ; l'autre, la plus considérable, est livrée, après dénaturation par un liquide infectant, à l'équarrisseur, qui la transforme en produits connus : graisses, huiles, savons, engrais, etc.

On peut donc dire aisément que, dans nos abattoirs, l'économie est véritable et que rien ne se perd.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de clinique obstétricale (1), par Ch. Maygrier.

Ces douze leçons ont été faites à la clinique de la rue d'Assas et recueillies par le docteur Demelin, chef de clinique ; elles portent sur les points les plus intéressants de la pratique des accouchements. C'est ainsi que le professeur y traite de l'accouchement dans les bassins rachitiques moyennement viciés et de la conduite qu'il convient de tenir. Trois leçons sont consacrées à cette intervention de l'accoucheur, elles sont remarquables par leur clarté, la netteté des indications posées, le choix judicieux des procédés conseillés. Vient ensuite une étude sur la rigidité du col,

(1) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

pendant le travail et, en particulier, sur la rigidité syphilitique. La conduite à tenir pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches chez les femmes atteintes de fibro-myomes utérins est l'objet des trois leçons suivantes.

Signalons, enfin, l'étude des causes de mort subite chez les femmes atteintes d'insertion vicieuse du placenta et des moyens de la prévenir; l'étude de l'influence de la syphilis sur la grossesse; de la présentation du siège, et nous aurons mis en relief les principaux chapitres de ce recueil de leçons cliniques.

L'albuminurie dans le diabète (1), par le docteur Sallès.

Thèse intéressante d'un interne des hôpitaux de Lyon, dont voici les conclusions :

1° L'albuminurie dans le diabète, question controversée et encore assez peu connue, est d'un grand intérêt pratique;

2° Sa fréquence évaluée d'une façon contradictoire par les auteurs, oscille entre 50 et 65 p. 100;

3° On peut, avec M. le professeur Teissier, distinguer trois grandes variétés cliniques :

A. Albuminurie alternante.
B. Albuminurie concomitante.
C. Albuminurie substitutive.

L'albuminurie alternante forme une catégorie bien tranchée dont l'existence est prouvée par des observations indiscutables.

4° Elle n'est pas très rare, puisque dans la statistique de M. J. Teissier, elle représente 20 p. 100 des cas. Elle est peu abondante et appartient à des diabètes légers.

C'est la plus bénigne des trois.

5° L'albuminurie concomitante, beaucoup plus commune, est passagère ou continue.

Presque toujours, elle est d'origine dyscrasique.

Elle accompagne les diabètes moyens et évolue pour son propre compte sans influencer ni la glycosurie, ni la plupart des autres symptômes.

Son pronostic immédiat est bon et, par elle-même, elle ne met pas la vie en danger. Cependant, d'après M. Teissier, près de la moitié des cas évoluent à la longue vers la néphrite. A ce titre, elle serait peut-être un peu plus grave que ne l'enseigne M. Bouchard.

Le diabète n'est probablement pour rien dans cette néphrite dont le point de départ est le plus souvent une affection antérieure ou concomitante.

6° L'albuminurie substitutive est une véritable néphrite dont les signes s'installent avec une rapidité variable. Cette forme est la plus rare des trois.

A mesure que la lésion rénale progresse, ses manifestations tendent de plus en plus à remplacer celles du diabète. Parfois la substitution est brusque.

Son pronostic est très grave, fatal même à échéance éloignée; mais, phénomène remarquable, la mort n'est, le plus souvent, pas le fait de la néphrite, mais d'une complication.

7° Le diagnostic est surtout une question de sagacité.

Aucun symptôme, en dehors des cylindres épithéliaux ne permet d'affirmer que le rein est altéré. Ni la quantité, ni la qualité de l'albumine, ni l'état des réflexes ne donnent des renseignements péremptoires.

La constance et la date de son apparition paraissent avoir une réelle importance pronostique. Il semble, en effet, que l'albuminurie tardive soit une présomption en faveur de la néphrite.

On interrogera également avec soin l'état de la circulation.

Alors même que rien n'attire l'attention du côté de l'existence d'une lésion rénale, il est impossible d'affirmer que la maladie n'évoluera pas dans ce sens à un moment donné.

8° Dans l'albuminurie alternante, le traitement sera surtout dirigé contre l'état constitutionnel (goutte).

Il en sera de même dans la forme concomitante, sans lésion rénale. Ici, il faudra éviter tout ce qui peut surmener le rein; donc, proscrire le régime carné exclusif qui favorise la néphrite (Boudet, J. Teissier).

Cette proscription s'étend à plus forte raison aux cas d'albuminurie concomitante avec néphrite; celle-ci doit absorber toute l'attention du médecin qui laissera alors de côté le régime antidiabétique.

Dans la forme substitutive, on n'a plus à s'occuper de la glycosurie qui a disparu. Le traitement est le même que celui du mal de Bright commun.

(1) In-8°. Prix : 5 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Dans sa dernière assemblée, la Faculté de médecine arrête sa liste de présentation pour la chaire vacante de thérapeutique.

M. Landouzy est placé en première ligne et M. Hanot, en deuxième ligne.

— *Concours de l'externat.* — Question donnée : Artère axillaire et ses branches.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Le concours pour l'emploi de premier interne à l'hôpital Saint-André s'est terminé par la nomination de M. Aunis.

— *Hôpitaux de Marseille.* — Le concours pour deux places de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Ed. Boinet, professeur à l'École de médecine, agrégé des Facultés, et Oddo.

— *Hôpitaux de Nantes.* — Les concours de l'internat et de l'externat se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes : MM. 1. Roulleau, Viaud-Grand-Marais, Rivet, Sourisse, Rouger, Raingeard, Pichat, Rautureau, Augé et Sainz.

Internes provisoires : MM. Rabineau, Bréchoteau, Haie, Reliquet, Bonhouranet, Arin, Savatier et Duclos.

Externes : MM. 1. Jeunnin, Gaucher, Aubry, Chesneau, Sébilleau, Jalaber, Noury, Lefloch, Fillion, G. Pelletier.

11. Gangloff, Gautret, David, Jocet, Pouzin et Caillaud.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — Ont été proclamés lauréats de la Faculté.

Première année. — Médaille d'argent : M. Babans; mentions honorables : MM. Martin et Duméry.

Deuxième année. — Médaille d'argent : M. Degroote; mention honorable : M. Bussière.

Troisième année. — Médaille d'argent : M. Tribondeau; mention honorable : M. Belzer.

Quatrième année. — Médaille d'argent : M. Viguier; mention honorable : MM. Crozet et Ziegler.

Prix du conseil général : M. Brunet. — Prix Godard, non décerné. — Prix des thèses : médaille d'or : M. Sabrazès; médaille de vermeil : M. Bordier; médaille d'argent : M. Matignon; médailles de bronze *ex æquo* : MM. Bruyère, Faguet, Frèche, Mesny et Tornu. — Prix de la Société des amis de l'Université : MM. Bordier et Chevalier. — Prix des élèves sages-femmes, deuxième année, médaille d'argent : Mlle Monsec.

— *École de médecine de Nantes.* — Ont été proclamés lauréats :

Première année. — Premier prix : M. Sébilleau; deuxième prix : M. Pouzin; accessit : M. Jeannin; mentions très honorables : MM. Grosse et Brochard.

Deuxième année. — Premier prix : M. Rouger; deuxième prix : M. Duclos; premier accessit : M. Augé; deuxième accessit : M. Haie.

Troisième année. — Néant.

Quatrième année. — Premier prix : M. Aubry.

Prix de clinique. — Premier prix : M. Olgiati; deuxième prix *ex æquo* : MM. Augé et Rautureau.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Landoz (d'Amance).

— M. Gilbert Ballet reprendra ses leçons cliniques sur la pathologie mentale et nerveuse à l'hôpital Saint-Antoine, le dimanche 3 décembre, à dix heures, et les continuera les dimanches suivants à la même heure, pendant les mois de décembre et de janvier.

— *Muséum.* — M. le professeur Pouchet commencera son cours d'anatomie comparée le mardi 14 novembre, à neuf heures trois quarts du matin, dans la salle des cours du laboratoire d'anatomie comparée, rue de Buffon, 55, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

M. le professeur Gréhant commencera son cours de physiologie le mercredi 15 novembre 1893, à trois heures, dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

— M. le docteur Fort commencera, à l'École pratique (amphithéâtre Cruveillier) à huit heures du soir, le samedi 18 novembre, son cours sur le traitement des rétrécissements par l'électrolyse linéaire.

— M. le docteur Vignes commencera à sa clinique, 18, rue Dauphine, le samedi 18 novembre, à deux heures, un cours de thérapeutique oculaire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de clinique médicale, par le professeur Peter, médecin de l'hôpital Necker, membre de l'Académie de médecine. T. III et dernier, contenant : la rage et les doctrines microbiennes, les fatigues et les surmenés, les typhoïdiques, les grippés, les diphtérisés, le choléra infantile, le choléra nostras, le choléra indien, les scrofuleux, quelques faits de cardiopathie, les goitreux exophtalmiques, etc., etc. 1 vol. in-8° de 900 pages, cartonné. — Prix : 15 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

L'hiver dans les Alpes-Maritimes et dans la principauté de Monaco. (Climatologie et hygiène), par le docteur E. Onimus, lauréat de l'Institut. 1 vol. in-18 avec 56 fig. — Prix : 4 francs. — Paris, G. Masson.

Recherches anthropologiques sur le plan horizontal de la tête; méthode pour le déterminer (Travaux du laboratoire d'anatomie de la Faculté de médecine de Lyon), par le docteur Eug. Hirtz. 1 vol. in-8° de 70 pages, avec 3 planches hors texte. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Les nouvelles recherches sur les éléments nerveux, par J. Dagonet, médecin-adjoint de l'Asile clinique (Sainte-Anne). Une brochure in-8° de 48 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 131. — JEUDI 16 NOVEMBRE 1893. 66e ANNÉE. JEUDI 16 NOVEMBRE 1893. — N° 131.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » . — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie est rentrée dans son calme habituel. Du gros incident de la dernière séance, il n'est plus question, et la docte et prudente assemblée a repris le cours de ses travaux purement scientifiques.

La parole a été donnée à M. Monod, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'Intérieur, pour la lecture d'une note très détaillée sur les mesures sanitaires qui ont été prises par l'administration contre le choléra en 1892. Il ressort de cette lecture que les résultats obtenus ont été des plus encourageants, ce que nous avaient déjà appris les communications de MM. Brouardel et Proust. L'expérience est assez concluante en ce sens que la France, vers la fin de l'année dernière, avait à se défendre contre deux épidémies cholériques, l'une intérieure, celle du dépôt de mendicité de Nanterre, l'autre provenant de l'étranger et exerçant surtout ses ravages à Hambourg. Or, grâce aux mesures prises, mesures que nous avons déjà fait connaître et qui consistent dans la visite médicale et la surveillance, pendant cinq jours, de tout voyageur provenant d'un pays contaminé, dans la déclaration des premiers cas, dans l'isolement des cas isolés, dans la désinfection rigoureuse, dans la visite médicale et la désinfection des navires, etc., etc., l'épidémie qui menaçait de nous envahir a pu être et a été incontestablement enrayée. Ce résultat est d'autant plus heureux qu'il a pu être obtenu à peu de frais et avec la suppression des quarantaines dans nos ports. Outre les mesures générales prises par l'administration, et qui sont celles qui ont été adoptées par la conférence de Bruxelles, il en est une nouvelle, très importante, qui a été mise en vigueur et sur laquelle n'a pas manqué d'insister M. Monod. Nous voulons parler de la visite médicale des navires avant leur départ. Ainsi, pendant l'épidémie du Havre, soixante-quatre navires sont partis de ce port, après avoir subi cette visite médicale, et aucun de ces navires n'a importé le choléra dans les pays où ils ont débarqué.

Nous sommes donc aujourd'hui en possession de moyens efficaces de nous défendre contre le choléra, soit qu'il naisse chez nous, soit qu'il vienne du dehors. Ces moyens ont été mis en usage par l'administration avec un zèle, une énergie et une patience, dont il faut lui savoir gré. Le succès a complètement couronné ces premiers efforts, et il y a tout lieu de penser que, lorsqu'il faudra de nouveau recourir à ces mesures et mettre la France en état de siège épidémique, cela deviendra de plus en plus facile, car elles sont, pour ainsi dire, déjà entrées dans nos mœurs, et personne, aujourd'hui, n'oserait plus invoquer contre leur application cet épouvantail de l'atteinte à la liberté individuelle.

L'Académie a élu un vice-président en remplacement de M. Le Fort; son choix s'est porté sur M. Rochard, auquel nous sommes heureux d'adresser toutes nos félicitations.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Les médecins experts devant les tribunaux.

Le Conseil d'État, dans sa séance du 9 novembre, a adopté le projet suivant de décret portant règlement d'administration publique, en exécution des paragraphes 2 et 3 de l'article 14 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine et relatif : 1° aux conditions suivant lesquelles peut être conféré le titre d'expert devant les tribunaux; 2° à la revision des tarifs du décret du 18 juin 1811 en ce qui touche les honoraires, vacations, frais de transport et de séjour des médecins.

PROJET DE DÉCRET

Le Président de la République française,

Sur le rapport du Garde des sceaux, ministre de la Justice;

Vu la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine et notamment les paragraphes 2 et 3 de l'article 14 ainsi conçus :

« Un règlement d'administration publique revisera les tarifs du décret du 18 juin 1811 en ce qui touche les honoraires, vacations, frais de transport et de séjour des médecins.

« Le même règlement déterminera les conditions suivant lesquelles pourra être conféré le titre d'expert devant les tribunaux; »

Vu le décret du 18 juin 1811, contenant règlement pour l'administration de la justice en matière criminelle, de police correctionnelle et de simple police, et tarif général des frais;

Le Conseil d'État entendu.

Décrète :

CHAPITRE PREMIER

Des conditions dans lesquelles est conféré le titre d'expert médecin devant les tribunaux.

ARTICLE PREMIER. — Au commencement de chaque année judiciaire et dans le mois qui suit la rentrée, les cours d'appel, en

chambre du conseil, le procureur général entendu, désignent, sur des listes de propositions des tribunaux de première instance du ressort, les docteurs en médecine à qui elles confèrent le titre d'expert devant les tribunaux.

Art. 2. — Les propositions du tribunal et les désignations de la cour ne peuvent porter que sur les docteurs en médecine français, ayant au moins cinq ans d'exercice de la profession médicale et demeurant, soit dans l'arrondissement du tribunal, soit dans le ressort de la cour d'appel.

Art. 3. — En dehors des cas prévus aux articles 13, 44, 235 et 268 du Code d'instruction criminelle, les opérations d'expertise ne peuvent être confiées à un docteur en médecine qui n'aurait pas le titre d'expert. Toutefois, suivant les besoins particuliers de l'instruction de chaque affaire, les magistrats peuvent désigner un expert près un tribunal autre que celui auquel ils appartiennent.

En cas d'empêchement des médecins experts résidant dans l'arrondissement et s'il y a urgence, les magistrats peuvent, par ordonnance motivée, commettre un docteur en médecine français de leur choix.

CHAPITRE II

Des honoraires, vacations, frais de transport et de séjour des experts médecins.

Art. 4. — Chaque médecin requis par des officiers de justice ou de police judiciaire ou commis par ordonnance, dans les cas prévus par le Code d'instruction criminelle, reçoit à titre d'honoraires :

1° Pour une visite avec premier pansement. . . .	8	francs.
2° Pour toute opération autre que l'autopsie . . .	10	»
3° Pour autopsie avant inhumation.	25	»
4° Pour autopsie après exhumation.	35	»

Au cas d'autopsie d'un nouveau-né, les honoraires sont de 15 et 25 francs, suivant que l'opération a eu lieu avant inhumation ou après exhumation.

Tout rapport écrit donne droit, au minimum, à une vacation de 5 francs.

Art. 5. — Le coût des fournitures reconnues nécessaires pour les opérations est remboursé sur la production des pièces justificatives de la dépense.

Art. 6. — Il n'est rien alloué pour soins et traitements administrés soit après le premier pansement, soit après les visites ordonnées d'office.

Art. 7. — En cas de transport à plus de deux kilomètres de leur résidence, les médecins reçoivent, par kilomètre parcouru, en allant et en revenant :

1° Vingt centimes si le transport a été effectué en chemin de fer;

2° Quarante centimes si le transport a eu lieu autrement.

Art. 8. — Dans le cas où les médecins sont retenus dans le cours de leur voyage par force majeure, ils reçoivent une indemnité de 10 francs par chaque journée de séjour forcé en route, à la condition de produire, à l'appui de leur demande d'indemnité, un certificat du juge de paix ou du maire de la localité, constatant la cause du séjour forcé.

Art. 9. — Il est alloué aux médecins, outre les frais de transport, s'il y a lieu, une vacation de 5 francs à raison de leurs dépositions, soit devant un tribunal, soit devant un magistrat instructeur.

Si les médecins sont obligés de prolonger leur séjour dans la ville où siège soit le tribunal, soit le juge d'instruction devant lequel ils sont appelés, il leur est alloué, sur leur demande, une indemnité de 10 francs par chaque journée de séjour forcé.

Art. 10. — Sont abrogées toutes les dispositions du décret du 18 juin 1811 en ce qu'elles ont de contraire au présent chapitre.

CHAPITRE III

Dispositions transitoires.

Art. 11. — Les officiers de santé reçus antérieurement au 1er décembre 1893 et ceux reçus dans les conditions déterminées par l'article 31 de la loi du 30 novembre 1892 peuvent être portés sur la liste d'experts près les tribunaux s'ils réunissent les conditions de nationalité, de durée d'exercice de leur profession et de résidence prévues à l'article 2 du présent décret.

Ils ont droit aux mêmes honoraires, vacations, frais de transport et de séjour que les docteurs en médecine.

Art. 12. — Le tarif prévu au chapitre II du présent décret ne sera applicable qu'aux opérations requises postérieurement au 30 novembre 1893.

Art. 13. — Le garde des sceaux, ministre de la justice, est chargé de l'exécution du présent décret.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

Kyste hydatique multiloculaire primitif de la plèvre droite; ouverture large avec résection costale et drainage; guérison.

Par le docteur J. Reboul (de Nîmes),
Membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris.

Les kystes hydatiques primitifs de la plèvre sont rares d'après les statistiques récentes de Neisser et de Maydl. Les kystes multiloculaires sont une exception.

Aussi m'a-t-il paru de quelque intérêt de communiquer à la Société de chirurgie, le cas que je viens d'opérer avec le concours de mes distingués confrères, MM. les docteurs Delon et Delamare (de Nîmes), Pollon et Carrière (d'Uzès).

Il s'agit d'un kyste hydatique multiloculaire primitif de la plèvre droite, traité par l'ouverture large avec résection costale et drainage.

Observation (1). — M. Henri X... (d'Uzès), âgé de vingt-neuf ans, m'est adressé le 15 juillet 1893, par M. le docteur Delon, pour deux tumeurs liquides siégeant à la partie moyenne et antérieure de la région thoracique droite.

Antécédents héréditaires. — Grands pères et grand'mères morts entre quatre-vingts et quatre-vingt-dix ans. Père âgé de cinquante-six ans, n'a jamais été malade; mère, cinquante-six ans, en bonne santé. Huit frères et sœurs : une seule sœur est vivante et jouit d'une bonne santé; les autres frères ou sœurs sont morts en bas âge, la plus âgée est morte à trois ans.

Antécédents personnels. — Dans l'enfance, bonne santé. Pendant cette période et plus tard, M. Henri X... avait souvent des chiens autour de lui et les caressait volontiers.

A vingt ans, pleurésie ou pneumonie droite qui l'oblige au séjour au lit pendant un mois. Durant cette maladie, le patient absorbe par l'imprudence d'un ami une quantité exagérée de laudanum. Guérison de cet accident.

A vingt et un ans, service militaire d'un an : bonne santé pendant cette période.

A vingt-trois ans, M. Henri X... se marie; à cette époque, il exerçait la profession d'encaisseur, marchait et se fatiguait beaucoup.

A vingt-quatre ans, angine diphtéritique, guérison sans complications.

A vingt-cinq ans, pendant l'hiver, bronchite à droite, toux fré-

(1) Les docteurs Delon et Delamare (de Nîmes) ont bien voulu me remettre leurs notes sur ce malade pour la rédaction de cette observation et m'aider, avec les docteurs Pollon et Carrière (d'Uzès), dans l'opération et le traitement consécutif. Je les remercie de leur obligeance.

quente; révulsifs, durée : un mois. Depuis cette époque (1889), le malade se plaint du côté droit du thorax.

En 1890 (vingt-six ans), M. Henri X... a une influenza grave, avec bronchopneumonie, surtout à droite, révulsifs; durée : un mois et demi. Convalescence longue, pas de forces, pas d'énergie, pas d'appétit. Essoufflement au moindre effort, mais pas d'accès de suffocation.

A vingt-sept ans (1891), quelques accès de suffocation qui surviennent très brusquement, sans cause apparente. A cette époque, quelques crises nerveuses (sans suffocation) avec contractions cloniques et toxiques (hystérie); elles ont progressivement disparu. Elles étaient moins fréquentes que les accès de suffocation. Pendant ces accès de suffocation, le malade avait une toux sèche, quinteuse, sans expectoration. Un amaigrissement rapide s'étant produit, on craignait le début d'une tuberculose pulmonaire.

Pendant un an et demi, bonne santé. L'appétit et les forces reviennent, M. Henri X... engraisse et peut recommencer à travailler. Cependant une marche accélérée, l'ascension d'un escalier, déterminent de la suffocation avec malaises du côté droit du thorax « comme s'il était plein, embarrassé ». Fréquemment points de côté dans la région mammaire droite.

Ces divers troubles (suffocation, sensation de gêne, points de côté) augmentent progressivement jusqu'en novembre 1892, époque à laquelle M. Henri X... est obligé de cesser tout travail et de faire quelques séjours au lit.

Le 1er novembre 1892, le malade éprouve une douleur très vive du côté droit, la suffocation est intense au moindre mouvement. M. le docteur Cassan (de Nîmes) pense à un épanchement pleurétique à droite. Toux sèche, quinteuse, sans expectoration.

M. Henri X... retourne quelques jours après à Uzès, où M. le docteur Carrière porte le diagnostic d'épanchement pleurétique avec bronchite chronique. La douleur de côté a augmenté; le malade « sentait comme un poignard enfoncé dans le côté ». Insomnie absolue, cris et plaintes continuels. La suffocation persiste, non augmentée, les quintes de toux continuent, pas de crachats. Amaigrissement rapide.

Un mois après, il se produit une tuméfaction diffuse du genou droit, avec douleurs vives, spontanées, augmentées par la pression. M. le docteur Carrière pense à du rhumatisme articulaire aigu. Légère poussée au genou gauche. Guérison au bout de deux mois.

Pendant et après ces manifestations articulaires, la douleur thoracique est moins intense, les quintes de toux sont à peu près supprimées. Diminution de la suffocation, sauf pendant la marche. Meilleur état général.

En avril 1893, on constate accidentellement une tumeur à trois travers de doigt au-dessous du mamelon droit, mais le malade n'y attache pas grande importance.

M. Henri X... peut reprendre ses occupations, assez fatigantes.

Au commencement de juillet, les douleurs thoraciques augmentent d'intensité; des accès de suffocation très violents, très brusques se produisent sans cause apparente; ils sont de courte durée : deux ou trois minutes. Au début de l'accès, cyanose de la face; à la fin, pâleur avec sueurs froides. Le malade se sentait comme serré à la gorge et ne pouvait prononcer une parole; il lui semblait qu'il allait mourir par manque d'air. Ces accès graves (quatre ou cinq) survenaient au moment des repas. Dans l'intervalle des accès, gêne continuelle de la respiration, surtout marquée dans l'ascension d'un escalier. Une nouvelle tumeur apparaît au-dessus de la première, immédiatement au-dessous du mamelon droit.

M. le docteur Ducamp, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, voit alors le malade; il diagnostique un abcès froid, consécutif à une carie costale, conseille une opération et, en attendant, ordonne des frictions mercurielles sur la tumeur, des bains sulfureux et une cure de vingt jours à Euzet-les-Bains.

M. le docteur Reynaud, chirurgien des hôpitaux de Nîmes, examine aussi le malade, conclut à un abcès froid d'origine costale et conseille une opération.

Le 15 juillet 1893, M. Delon (de Nîmes), ancien interne des hôpitaux de Paris, m'adresse le malade.

État actuel. — Faciès pâle, amaigri, anxieux. M. Henri X... est très nerveux; essoufflement très marqué au moindre effort.

A l'examen du thorax : deux tumeurs rénitentes, siégeant sur la partie antéro-latérale de la région thoracique droite. Celle qui a apparu la première, située plus bas que l'autre, est assez étendue, elle est située au niveau des sixième et septième espaces intercostaux. La pression localise un point douloureux sur la sixième côte. La tumeur supérieure, la plus petite, siège immédiatement au-dessous du mamelon, points douloureux costaux.

A la palpation, les vibrations thoraciques sont conservées, sauf au niveau des deux tumeurs.

A la percussion, submatité dans toute l'étendue de la région thoracique droite; matité absolue au niveau des deux tumeurs.

La respiration s'entend dans tout le poumon droit, mais diminuée, lointaine, un peu de rudesse au sommet. Ni égophonie, ni pectoriloquie.

Rien d'anormal à la palpation et à la percussion du côté gauche de la poitrine, mais la respiration y est nettement supplémentaire. Les battements du cœur sont réguliers, pas de bruits de souffle.

Le foie ne paraît pas augmenté de volume et n'est sensible ni à la palpation, ni à la percussion. Anorexie complète. Rien d'anormal aux testicules, aux vésicules séminales, aux genoux. Ni albuminurie, ni glycosurie.

Étant donnés les antécédents pathologiques du malade, les bronchites répétées, les signes de pleurésie sèche ou avec épanchement plusieurs fois constatés à droite, les troubles de la respiration et les accès de suffocation, l'état cachectique et d'apparence tuberculeuse du malade, l'existence de deux tumeurs rénitentes siégeant sur la région costale, les points douloureux déterminés par la pression sur trois côtes. Je conclus à une tuberculose pleuro-pulmonaire droite ancienne et à deux abcès froids d'origine costale.

Je propose une intervention qui est acceptée et fixée au 22 juillet, à Nîmes.

Opération (22 juillet). — Précautions aseptiques et antiseptiques ordinaires. Injection de morphine. Chloroformisation par M. le docteur Delon.

Incision verticale de 10 centimètres sur la tumeur supérieure. Je suis obligé d'inciser profondément jusqu'aux espaces intercostaux avant de trouver la collection : flot de liquide séreux, trouble. Agrandissant alors l'incision, j'explore la poche : les deux côtes voisines (quatrième et cinquième) sont érodées, amincies, mais non cariées; la cavité s'enfonce profondément dans le thorax; j'en retire une membrane hydatique flottante.

Je prolonge alors mon incision sur la tumeur inférieure. Encore ici je suis obligé d'arriver jusqu'aux espaces intercostaux pour évacuer la poche : un flot de liquide eau de roche s'échappe et inonde la plaie, une membrane hydatique se détache facilement.

L'exploration combinée des deux cavités avec les doigts, montre que ces poches sont accolées.

Je résèque 5 à 6 centimètres des cinquième et sixième côtes qui limitent en dehors les deux kystes au niveau de leur accolement, et je réunis les deux cavités en une seule par excision de leurs parois contiguës.

Explorant alors le kyste antéro-inférieur, je constate que deux points de sa paroi sont bombés, résistants; je la perfore avec la pince de Lister, puis avec le doigt, et j'ouvre ainsi deux nouveaux kystes, l'un inférieur caché sous la septième côte, l'autre antérieur.

La résection de la septième côte sur une étendue de 6 centimètres me permet d'ouvrir largement le kyste inférieur (troisième), d'évacuer un liquide eau de roche et d'extraire une membrane hydatique.

Le kyste antérieur (quatrième) renferme aussi un liquide eau

de roche et une membrane hydatique; l'exploration de sa cavité avec le doigt, montre que ce kyste se prolonge en avant jusque sous le bord droit du sternum. Dans cet examen, je sens nettement les battements du cœur à travers le péricarde et la plèvre; le bord antérieur du poumon droit paraît limiter ce kyste en arrière; sa paroi à ce niveau présente des mouvements d'expansion et de retrait en rapport avec la respiration.

Faisant alors l'examen minutieux des parois des kystes mis à découvert, je ne trouve rien d'anormal à celles des premier, troisième et quatrième kystes; mais, à l'exploration du deuxième kyste et à sa paroi postérieure, je sens une tuméfaction ovalaire, rénitente, faisant saillie. Je perfore en ce point avec la pince de Lister, puis avec le doigt, et je pénètre dans une nouvelle cavité. Après l'agrandissement de l'ouverture avec le doigt, cet orifice donne passage à un flot de vésicules hydatiques filles (environ deux litres). L'ouverture de cette poche me paraissant insuffisante à une bonne évacuation et à un bon drainage, je résèque 2 centimètres de l'extrémité postérieure de la sixième côte, 5 centimètres de la quatrième et j'agrandis l'orifice aux dépens des parois des kystes supérieurs, moyen et inférieur (premier, deuxième, troisième kystes mis à découvert). La cavité pleurale est alors largement béante; je puis, en introduisant la main, évacuer les vésicules hydatiques accumulées soit dans le sinus costo-diaphragmatique, soit dans la gouttière costo-vertébrale. La cavité pleurale était remplie de vésicules filles simples ou réunies en groupes; une très petite quantité de liquide visqueux était mélangée aux hydatiques; la cavité contenait, en outre, quelques lambeaux de membranes hydatiques.

A ce moment, le malade se cyanose, une syncope survient et nous sommes obligés, M. Delon et moi, de pratiquer la respiration artificielle. Cet accident est de courte durée. Il me paraît avoir été provoqué par les frottements, les tractions que j'exerçais au niveau de la gouttière costo-vertébrale, probablement par irritation du grand sympathique ou du pneumogastrique.

L'exploration minutieuse du poumon ne me fait rien découvrir d'anormal, pas de kyste sensible, son tissu paraît très perméable.

L'examen des parois des autres kystes est négatif, en bas vers le diaphragme et le foie, je ne perçois pas de point rénitent.

Je fais alors un grand lavage au sublimé à un demi p. 1000, chaud, puis avec l'eau bouillie jusqu'à ce que le liquide n'entraîne plus de membranes ou de vésicules.

Ne pouvant espérer avoir retiré toutes les membranes fertiles de la grande poche pleurale et craignant, par une occlusion, de laisser séjourner des liquides ou des lambeaux de membranes dans des clapiers difficiles à nettoyer, je laisse la plaie largement ouverte et je me borne à réunir par des points de suture à la soie les parois kystiques aux lèvres cutanées de l'incision.

Drainage de la cavité pleurale et des quatre kystes avec des bandelettes de gaze au salol. Pansement ouaté fortement compressif.

L'opération avait duré trois quarts d'heure.

Le malade se réveille sans accidents, peu de vomissements, pas de shock.

En résumé, il s'agissait d'un kyste hydatique multiloculaire primitif de la plèvre droite, constitué par quatre kystes simples contenant un liquide eau de roche (trois kystes) ou un liquide séreux trouble (une poche), et un grand kyste occupant la plus grande partie de la cavité pleurale, renfermant environ deux litres de vésicules filles, et paraissant formé par la réunion de plusieurs poches rompues. J'avais été obligé, pour ouvrir largement ces diverses poches, de réséquer quatre côtes: 5 centimètres de la quatrième, 7 centimètres de la cinquième, 8 centimètres de la sixième et 6 centimètres de la septième. Les côtes réséquées et particulièrement les quatrième, cinquième et septième côtes étaient érodées, amincies par les kystes dans la ligne mamelonnaire où siégeaient les tumeurs liquides pour lesquelles j'étais intervenu, croyant avoir affaire à de simples abcès froids.

Dans le cours de l'opération, malgré un examen minutieux plusieurs fois répété, je n'ai pu trouver une origine hépatique ou pulmonaire.

Les jours suivants, rien d'anormal. M. le docteur Delon est obligé de remplacer les couches extérieures du pansement, imbibées de liquide séreux. Pas de fièvre.

26 juillet. Pansement avec l'aide de M. le docteur Delamare qui donnera ses soins au malade. Lavage des cavités à l'eau bouillie naphtolée chaude. Élimination de quelques débris membraneux. Drainage et occlusion des kystes avec des bandelettes de gaze au salol. État général faible, langue saburrale. Cependant le malade peut se lever, faire quelques pas sans vertiges : excitants, toniques.

30 juillet. État général meilleur, les forces ont augmenté; le malade reste plusieurs heures levé, marche sans oppression ni fatigue, ictère assez marqué. Le lavage des kystes à l'eau naphtolée ramène un peu de pus bleu et quelques vésicules filles. Bourgeonnement actif des parois kystiques, diminution de leurs cavités. Même pansement.

4 août. Bon état général, suppuration diminuée, moins d'ictère.

8 août. Expulsion d'une membrane hydatique venant du grand kyste pleural. Plus d'ictère.

10 août. État général parfait, bon appétit, forces augmentées. Bourgeonnement actif. Les poches diminuent de volume, cicatrisation périphérique, expulsion d'une membrane hydatique par le lavage.

16 août. Phlegmatia alba dolens du membre supérieur droit. Le lavage fait sortir une certaine quantité de pus épais de la grande poche pleurale dont la cavité a cependant diminué. Bourgeonnement pâle de la plaie, drainage et pansement avec des bandelettes de gaze au salol, imbibées de naphtol camphré.

21 août. Même état; expulsion d'une nouvelle poche hydatique (troisième).

27 août. Bon état général; diminution de l'œdème du membre supérieur droit; cependant, le malade accuse encore quelques douleurs dans l'aisselle droite et dans la région cervicale inférieure. Bourgeonnement actif de la plaie, cicatrisation très avancée. Au lavage, peu de pus, accès de toux pendant les injections trop forcées. Le grand kyste pleural a beaucoup diminué, la paroi costale est affaissée. Je remplace le drainage avec la gaze au salol par un drain moyen; les cavités des quatre petits kystes sont comblées et cicatrisées, il ne reste plus que l'orifice de la grande poche. A l'auscultation du poumon droit, on entend la respiration très pure dans presque toute l'étendue, sauf en bas où il y a une obscurité respiratoire et de la submatité.

2 septembre. M. Henri X... fait en voiture le trajet de Nîmes à Uzès (30 kilomètres), sous la surveillance de M. Delon. A son arrivée j'examine le malade, avec l'assistance de MM. Delon et Pollon. Le voyage n'a pas déterminé la moindre fatigue. La veille, lors du pansement, M. Delon avait constaté un abondant écoulement de pus. Ce jour, pas de pus; la plaie bourgeonne activement, la cicatrisation est complète en haut, en avant et en bas, il ne reste que l'orifice fistuleux conduisant dans la grande poche qui a beaucoup diminué de capacité. Injection de chlorure de zinc au 1 p. 100. Même pansement. Le malade est confié aux soins de M. Pollon.

5 septembre. Expulsion d'une membrane hydatique (quatrième).

9 septembre. Élimination d'une membrane hydatique assez large (cinquième) par l'orifice du grand kyste pleural.

16 septembre. La grande poche pleurale est réduite à un petit trajet fistuleux de 5 à 6 centimètres; injection de chlorure de zinc à 1 p. 100.

1er octobre. Bon état général. Occlusion de la fistule pleurale. A la partie inférieure de la plaie, une fistulette due à un fil de soie, extraction, injection de naphtol camphré. Il y a quelques jours, après un refroidissement, M. Henri X... a contracté une bronchite. Depuis lors un peu de toux et douleurs vagues dans la poitrine. Cependant, à l'examen fait avec M. Pollon, nous perce-

vons la respiration normale dans presque toute l'étendue du poumon droit; à la base, légère submatité et respiration un peu obscure.

6 novembre. A l'examen je constate à la base du thorax à droite et en arrière une petite tumeur fluctuante. La ponction donne issue à 200 grammes environ de liquide eau de roche. Il s'agit donc d'un nouveau kyste qui, au moment de l'opération, n'était pas sensible. Cependant, l'état général est très amélioré, les forces reviennent de jour en jour, l'appétit est bon. Notre malade peut voyager sans fatigue et reprendre ses occupations habituelles. (Je me propose de faire connaître la suite de cette observation, s'il survient quelque phénomène intéressant.)

L'évolution et certains signes et caractères de ce kyste hydatique de la plèvre prêtent à considérations.

Il est assez difficile d'établir exactement le moment du début. Est-ce en 1889, à l'âge de vingt-cinq ans, alors que notre malade se plaignait d'une bronchite, de toux fréquente, de douleurs dans le côté droit de la poitrine? Est-ce en 1890, lorsqu'il eut une bronchopneumonie à droite pendant l'influenza? Est-ce seulement en 1891, époque à laquelle se montrent, pour la première fois, les accès de suffocation avec toux sèche, quinteuse? Je pencherais plutôt pour cette dernière hypothèse.

Pouvait-on, avant l'opération, faire le diagnostic de kyste hydatique primitif de la plèvre? Je ne le crois pas.

Notre malade avait absolument le facies d'un tuberculeux, et son histoire pathologique semblait confirmer ce diagnostic : bronchites fréquentes, répétées, signes de pleurésie sèche ou avec épanchement; toux sèche, quinteuse, amaigrissement, perte des forces, quelques troubles digestifs. De plus, les deux tumeurs liquides, rénitentes, accompagnées de points douloureux costaux, simulaient, par leur évolution lente et insidieuse et par leurs signes, des abcès froids avec carie costale.

La rareté de la localisation primitive des échinocoques dans la plèvre, l'absence d'hémoptysies, de pus ou de membranes dans les produits d'expectoration, la conservation des vibrations thoraciques et la perception du murmure vésiculaire dans presque toute l'étendue du poumon, ne permettaient guère de soupçonner la vérité. Et cependant certains symptômes et certains signes présentés par le malade auraient pu nous faire penser à l'existence d'un kyste hydatique, si les apparences de tuberculose n'avaient pas été si manifestes. En effet, depuis 1889 et surtout depuis 1891, des douleurs pongitives, subites, une sensation de plénitude, d'engourdissement, s'étaient manifestées du côté de la poitrine; des accès de suffocation, souvent très violents, survenaient inopinément ou pendant les repas, la marche, l'ascension d'un escalier. Ces accès de suffocation coïncidaient souvent avec des douleurs de côté. Les deux tumeurs qui avaient apparu tout dernièrement étaient mates à la percussion; dans ces régions, il y avait absence de vibrations thoraciques et obscurité respiratoire; il n'y avait ni égophonie, ni pectoriloquie en aucun point.

La conservation des bruits thoraciques et du bruit respiratoire, dans presque toute l'étendue du poumon droit, peuvent s'expliquer par la petite quantité de liquide mélangé aux hydatides filles et par la transmission de la résonnance et des bruits respiratoires par les vésicules, qui étaient contenus en si grand nombre dans le kyste pleural.

D'autre part, rien ne permettait de penser à un kyste hydatique du foie.

Les origines des échinocoques n'étaient ni dans le poumon, ni dans le foie, ainsi que les examens répétés faits pendant le cours de l'opération me l'ont démontré; il s'agit donc bien d'un kyste hydatique primitif de la plèvre droite. Les quatre premières poches que j'ai ouvertes au début étaient simples, renfermaient un liquide eau de roche ou légèrement trouble, et étaient limitées par des membranes mères. Le grand kyste pleural me paraît n'être que la fusion de plusieurs poches hydatiques en évolution : il renfermait, en outre, des hydatides filles à différents âges, des membranes hydatiques d'étendue variable, dont quelques-unes ont été expulsées pendant l'opération avec les hydatides filles, et dont les autres (cinq au moins) ont été entraînées par les lavages consécutifs.

Étant donné les résultats si mauvais fournis par l'abstention ou la ponction dans les kystes hydatiques de la plèvre, à peu près fatalement mortels d'après les statistiques de Neisser et de Maydl, une intervention énergique et large s'impose en présence d'un kyste hydatique de la plèvre, surtout s'il est multiloculaire.

Chez mon malade, j'ai ouvert très largement toutes les poches, réséqué quatre côtes dans une étendue de 5 à 8 centimètres; Je n'ai pas eu à le regretter. J'ai pu ainsi nettoyer très facilement tous les kystes, faire un bon drainage avec des bandelettes de gaze au salol. Je n'ai eu qu'une seule fois à combattre un accident infectieux dû à la rétention du pus dans une poche; l'infection veineuse a rapidement cessé après un pansement au naphtol camphré.

Les lavages ont été faits, avec peu de pression, à l'aide du siphon vide-bouteille de Galante.

Mais le kyste, que je viens de découvrir et d'évacuer dans ces derniers jours, m'oblige à faire des réserves pour l'avenir. Il est possible, probable même, que c'est la dernière poche, puisque aucun signe n'autorise à admettre un nouveau kyste. Mais quoique l'état général soit amélioré, il persiste un peu de toux, par moments même des accès de suffocation. Il y a lieu de se demander s'il n'y a pas encore quelque kyste inaccessible aux moyens d'exploration ou si la rudesse que l'on constate dans la respiration, au sommet du poumon droit, n'est pas un signe de localisation bacillaire. (Je reviendrai d'ailleurs sur cette observation, s'il y a lieu.)

Cependant, malgré ces réserves expresses, actuellement, trois mois après l'opération, la plaie opératoire est cicatrisée, la paroi costale est affaissée, les forces reviennent de jour en jour, l'état général est très amélioré. Notre malade voyage sans fatigue et a pu reprendre ses occupations habituelles.

LA MORPHINOMANIE EN EXTRÊME-ORIENT

On a pu croire jusqu'ici que les pays civilisés seuls s'adonnaient à la morphine. C'est là une erreur, d'après ce que nous apprend M. le docteur Ern. Martin dans le *Journal d'hygiène*. La seringue de Pravaz vient d'envahir la nation chinoise et un grand nombre de fumeurs d'opium renoncent pour elle à leur pipe. Ce qu'il y a de plus original, c'est que les injections de morphine ont été préconisées, en Extrême-Orient, comme moyen de guérir la passion des fumeurs d'opium et leur succès, toujours grandissant, paraît-il, s'explique par le bon marché de cette nouvelle passion, comparativement à l'ancienne. Mais cela ne fait pas le compte de l'Angleterre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 novembre 1893. — Présidence de M. LABOULBÈNE.

COMMUNICATION

Mesures sanitaires prises contre le choléra en 1892. — M. MONOD fait connaître les mesures qui ont été prises par l'Administration contre le choléra en 1892. Ces mesures sont celles qui ont été adoptées par la conférence de Bruxelles et dont M. Brouardel a déjà entretenu l'Académie (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 1025). L'Administration en a même pris une de plus et qui a donné des résultats très encourageants : c'est la visite des navires avant leur départ.

En 1891 il existait aux Indes Anglaises une effroyable épidémie de choléra, telle qu'on n'en avait pas vu depuis longues années, puisqu'elle n'a pas causé moins de 600 000 décès. Il était à prévoir que l'Europe ne tarderait pas à être envahie et telle fut, en effet, l'origine du choléra de Hambourg.

En août 1892, une épidémie locale de choléra éclatait au Dépôt de mendicité de Nanterre. La France, à ce moment, avait donc à se défendre contre deux épidémies cholériques, l'une intérieure, l'autre provenant de l'étranger. Pour cette défense elle n'était alors armée que de la loi du 3 mars 1822. Grâce à cette loi, on put de suite organiser des services d'isolement et de désinfection, aux divers passages par voie de mer, par voie de terre et par voie fluviale. On s'efforça, à l'aide de délégués sanitaires, d'obtenir que ces services fussent promptement organisés, et que le temps pendant lequel les voyageurs étaient retenus pour la désinfection fût aussi court que possible.

Les dépenses des exercices furent, en personnel, de 19256 fr.; le nombre des étuves expédiées de Paris a été en tout de 83 ; la plupart constituent aujourd'hui l'arsenal sanitaire organisé aux environs de Paris par le ministère de l'intérieur pour être expédié sur les divers points du territoire où des mesures devront être prises.

Après avoir énuméré les précautions prises, passeports sanitaires, informations officielles, isolement, désinfection, etc., M. H. Monod montre comment on a pu ainsi localiser les manifestations du choléra et accoutumer les populations aux mesures de désinfection, dont l'efficacité se démontre par les résultats déjà publiés.

Ainsi l'administration sanitaire française a dû, en 1892, faire face à deux épidémies de choléra, l'une qui a éclaté à l'intérieur et dont il n'a pas été possible, jusqu'ici, de déterminer l'origine, l'autre qui menaçait nos frontières. Le choléra du dehors n'a pas pénétré en France, le choléra du dedans a été rapidement étouffé.

Deux leçons principales ressortent des résultats obtenus :

1° Toutes les fois que les médecins et que les autorités locales font leur devoir, c'est-à-dire toutes les fois que l'administration sanitaire est avisée des premières manifestations du choléra, la maladie peut être utilement combattue et rapidement vaincue.

C'est donc un intérêt public de premier ordre que l'administration soit armée de manière à obtenir soit des médecins, soit des autorités locales, des dénonciations immédiates ;

2° Dans les ports, la visite médicale et la désinfection sont appelées à remplacer les quarantaines. Il est à désirer que ces opérations soient faites en tout temps à bord des navires.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection d'un vice-président en remplacement de Le Fort.

Le nombre des votants étant de 63, majorité 32 ; au premier tour, M. Rochard obtient 55 suffrages, M. Besnier 3, M. Guyon 1, M. Fournier 1, 3 bulletins blancs. En conséquence, M. Rochard est élu vice-président.

LECTURE

De l'urétéro-cystonéostomie. — M. BAZY désigne, sous ce nom, l'abouchement artificiel de l'uretère dans la vessie dans le cas de fistule urétéro-vaginale avec oblitération de l'uretère ; c'est encore un moyen de traitement de l'hydro-néphrose causée par le rétrécissement de l'extrémité vésicale de l'uretère.

Les fistules urétéro-vaginales consécutives au pincement de l'uretère et à son oblitération ont été traitées jusqu'ici par la néphrectomie.

M. Chaput a pu réussir une greffe de l'uretère dans le côlon, mais c'est substituer à une infirmité une autre infirmité, moins pénible néanmoins ; c'est en outre faire un abouchement antiphysiologique et peut-être dangereux pour l'avenir.

Il était indiqué de faire un abouchement physiologique, c'est-à-dire de tenter d'aboucher de nouveau l'uretère à la vessie en imitant ce que la nature a fait. C'est ce que M. Bazy a réalisé au moyen d'une opération nouvelle qu'on pourrait appeler l'urétéro-cystonéostomie, pour se conformer aux habitudes du jour.

M. Bazy a été amené à voir et à soigner une malade à laquelle on avait fait, trois mois auparavant (en avril), une hystérectomie vaginale pour fibrome. A la suite de l'opération, elle a perdu de l'urine par le vagin. Le diagnostic de fistule urétéro-vaginale s'imposait.

Passant sur les détails de l'opération, il dit simplement qu'il lui a fait la laparotomie, a cherché l'extrémité inférieure de l'uretère qu'il a trouvé distendu ; elle était séparée de la vessie par un tissu cicatriciel de 1 centimètre et demi à 2 centimètres de longueur.

Après ponction de l'uretère, il l'a sectionné, a incisé la vessie au voisinage et a réuni les lèvres de l'incision urétérale à celles de l'incision vésicale par des sutures à la soie, puis il a suturé le péritoine par-dessus, et refermé le ventre après avoir mis une mèche aseptique.

A partir de l'opération, la malade n'a pas perdu une goutte d'urine par le vagin.

L'uretère et la vessie ont eu chacun une sonde à demeure en caoutchouc rouge qui est restée en place cinq jours.

L'examen cystoscopique, pratiqué un mois après, nous a fait voir l'orifice urétéral sous la forme d'une fente dirigée obliquement de haut en bas et de dedans en dehors (en sens inverse de l'orifice normal) d'une longueur de 1 centimètre environ, et ayant la forme d'un fuseau, c'est-à-dire renflé au milieu.

En outre, le rein qui était manifestement augmenté de volume, c'est-à-dire hydronéphrotique, avant l'opération avait repris son volume normal au moment où cet examen a été fait.

Il est donc possible, en présence d'une infirmité aussi dégoûtante qu'une fistule urinaire, de faire de la chirurgie réparatrice et conservatrice à la fois.

On peut fermer la fistule et conserver le rein.

Donc on peut :

1° Guérir une infirmité sans lui en substituer une autre ;

2° Conserver le rein et, tout en le conservant, rétablir son fonctionnement physiologique.

L'opération convient aux cas où ni l'uretère, ni le bassinet, ni les reins ne sont infectés : elle pourrait convenir aussi aux cas où ces conduits seraient infectés, car il serait peut-être possible de les désinfecter au moyen de la sonde urétérale. On restreindrait ainsi les indications de la néphrectomie dans ces cas.

Cette opération peut convenir à tous les cas d'hydronéphrose causée par une lésion accidentelle, chirurgicale ou primitive, ayant amené l'oblitération avec fistule urétéro-muqueuse ou urétéro-cutanée ou bien le rétrécissement de l'extrémité vésicale de l'uretère.

COMITÉ SECRET

A quatre heures un quart, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture de rapports de prix.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'externat. — Question donnée : Configuration extérieure et rapports de l'estomac.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Paul Chassan (de Céreste).

— M. le professeur Alfred Fournier commencera le cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à l'hôpital Saint-Louis, le vendredi 17 novembre 1893, à dix heures, et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

— M. le professeur Laboulbène commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie, le samedi 18 novembre 1893, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Dans la première leçon, le professeur résumera l'histoire de la période hippocratique.

— M. le docteur de Saint-Germain reprendra ses leçons cliniques de l'hôpital des Enfants-Malades, le jeudi 23 novembre, à neuf heures, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le somnambulisme provoqué et la fascination, par le docteur E. Mesnet. 1 vol. relié peau pleine tête dorée. — Prix : 7 francs. — Paris, Rueff et Cie.

Maladies des pays chauds (maladies de l'appareil digestif, des lymphatiques et de la peau), par le docteur H. de Brun, professeur de clinique interne à la Faculté de Beyrouth, médecin sanitaire de France en Orient, correspondant de l'Académie de médecine. 1 vol. petit in-8° de l'*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire.* — Broché, 2 fr. 50; cartonné, 3 francs. — Paris, G. Masson.

La syphilis dans l'allaitement (hygiène et prophylaxie), par le docteur Paul Raymond. 1 vol. broché. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

Les vipères de France; morsures, traitement, par M. Kaufmann, professeur à l'École vétérinaire d'Alfort. 1 vol. in-18 de 180 pages avec une planche en couleur, cartonné. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Asselin et Houzeau.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

99

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

42



PEPTONATE DE FER

ROBIN

15 à 20 gouttes par repas.

Le plus assimilable des ferrugineux.

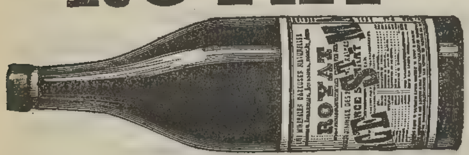
SE PREND ÉGALEMENT SOUS FORME DE

VIN, ÉLIXIR

Paris, 13, r. Grenier-St-Lazare, et toutes Pharmacies.

55

ROYAT



ARTHRITISME — ANÉMIE

53

ANÉMIE, HERPÉTISME, DIABÈTE, FIÈVRE

GRANULES DE FOWLER

du Dr LEGROS

1 milligramme d'arsénite de potasse par granule.
Phie Française, 1 et 3, pl. de la République, Paris.

55

VIN DE G. SEGUIN

« Le Vin de Seguin est un puissant tonique; pris avant le repas, il facilite la digestion. Il est très utile pour empêcher le retour des fièvres intermittentes sujettes à récidive. BOUCHARDAT. »
Paris, phie G. SEGUIN, 378, rue St-Honoré.

25

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.
Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF

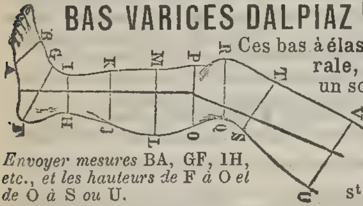
Approuvés par la haute Commission du Codex.

Ces trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — Se méfier des contrefaçons.

33

BAS VARICES DALPIAZ

R. St-HONORÉ 275, PARIS



Ces bas **à élasticité latérale,** procurent un soulagement immédiat. Les bas n'allnt pas parfaitemt st échangés.

Envoyer mesures BA, GF, 1H, etc., et les hauteurs de F à O et de O à S ou U.

73

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'**anémie**, la **chlorose**, la **leucorrhée**, l'**aménorrhée**, la **cachexie scrofuleuse**, la **syphilis constitutionnelle**, le **rachitisme**, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre.

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

BROMIDIA

CHAQUE CUILLERÉE A CAFÉ CONTIENT :

Bromure de potassium. . } ââ 1 gramme.
Chloral pur. . . . . . }

Extrait de Chanvre indien. } 1 centigramme.
Extrait de Jusquiame. . . }

DOSE :

Une demi-cuillerée à café ou une cuillerée à café entière JUSQU'A SOMMEIL, **dans un demi-verre d'eau pure ou sucrée.**

LE BROMIDIA

est l'hypnotique par excellence. Il procure un sommeil réparateur et convient admirablement dans l'**insomnie**, le **névrosisme**, les **convulsions**, les **névralgies.** Il réussit dans les cas où l'opium échoue. Dans les fièvres accompagnées de délire, il est souverain. Contrairement à ce qui a lieu pour l'opium, il ne supprime pas les sécrétions.

BATTLE & Co., St-Louis

UNE BROCHURE ET ÉCHANTILLON

DE

BROMIDIA

seront envoyés franco sur demande

aux Médecins.

DÉPOT GÉNÉRAL

Pour la France et ses Colonies :

ROBERTS & Co,

PHARMACIENS-DROGUISTES

5, RUE DE LA PAIX, 5

PARIS

Prix au public : 5 francs.

44

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1o Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;
2o Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;
3o Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

99

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE

Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

PRIX du flacon : **4** francs.
DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

50



NOUVEAU BANDAGE

BREVté S.G.D.G. *Inventé par le* Dr PRÉVOST.

Expérimenté avec succès dans les hôpit. de Paris, présenté à la Soc. de chir. (22 avril 1891) et accepté avec un rapport des plus favorables, **ce bandage,** *à pression élastique, fixe, sans ressort lombaire ni sous cuisse,* **contient les hernies les plus rebelles.** Env. sr tte dem. MEYRIGNAC, 229, r. St-Honoré, Paris.

55

ÉLIXIR LUCAS

FER, VIANDE, VIEUX COGNAC

ANÉMIE — CHLOROSE
RACHITISME — CONVALESCENCES
(TOLÉRANCE PARFAITE)

3f le flac. Phie **Lucas**, *Ingrandes* (M.-et-L.), et bonnes Pharmacies.

44

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ

au lactate de fer (5 centigr).

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

qui, par deux fois, à vingt ans d'intervalle, a reconnu leur supériorité sur tous les autres **ferrugineux.**

Dépôt : LABÉLONYE et Cie, et toutes phies.

64

Dans les **congestions** *et les* **troubles fonctionnels du foie,** *la* **dyspepsie atonique,** *les* **fièvres intermittentes,** *les* **cachexies** *d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds,* on prescrit dans les hôpitaux, A PARIS ET A VICHY, de 50 à 100 gouttes par jour de **BOLDO-VERNE** ou 4 cuillerées à café d'**ELIXIR de BOLDO-VERNE.** — Dépt : VERNE, profr à l'Ec. de méd., Grenoble (France), et phies de France et Etranger.

39

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney.

INHALATIONS D'OXYGÈNE

APPAREIL DE LIMOUSIN

INHALATEUR, location, 3 francs par semaine.
GAZ, 2 f. 50 le ballon de 30 litres. — Appareil complet pour fabriquer et respirer, avec boîte, **130** fr.
Phie LIMOUSIN, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

N° 132. — SAMEDI 18 NOVEMBRE 1893. 66e ANNÉE. SAMEDI 18 NOVEMBRE 1893. — N° 132.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Les régimes alimentaires dans le diabète.

Par le docteur Paul CHÉRON,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Il n'existe pas encore de théorie du diabète pouvant embrasser l'ensemble des faits cliniques actuellement connus. Si quelques-unes des variétés de la maladie commencent à s'individualiser, grâce aux travaux de MM. Lancereaux, Hédon, Lépine, Minkowski, etc., il n'en est pas moins vrai que, dans l'état actuel de la science, il est impossible de baser le traitement du diabète sur sa pathogénie. Heureusement que, au moins pour ce qui est de la diététique, l'accord commence à se faire entre les médecins et qu'il est possible d'établir, dans la grande majorité des cas de diabète, le régime qui convient au malade. C'est à l'exposé des règles de ce régime que nous allons consacrer ce travail et nous passerons d'abord en revue la série des diététiques qui ont été ordonnées depuis que la maladie a été individualisée; le traitement hygiénique actuel n'est du reste, pour ainsi dire, que la synthèse des traitements antérieurs.

I

Rollo, le premier, tout en se trompant totalement sur la nature du diabète qu'il considérait comme une maladie de l'estomac, tenta d'agir sur lui par le régime. Ce régime avait pour base la proscription de tout aliment du règne végétal, le malade ne devait faire usage, dans son alimentation, que d'aliments provenant du règne animal, y compris les graisses, et ces aliments devaient être pris en petite quantité. Ce qui rendait ce régime particulièrement difficile à suivre, c'est que les graisses devaient être rances et la viande altérée par un long séjour à l'air. En France, les prescriptions de Rollo furent suivies par Dupuytren, par Thénard qui reconnurent les heureux effets du régime carné. En Angleterre, Hope, Gérard adoptèrent aussi les idées de leur compatriote, mais le second de ces médecins fit une remarque très intéressante sur laquelle nous aurons à revenir; il vit, en effet, que les diabétiques ne pouvaient pas indéfiniment s'abstenir d'aliments végétaux et qu'ils éprouvaient pour ces aliments une inappétence considérable. Marsh, quelque temps après, insista aussi sur la difficulté de maintenir le régime carné dans toute sa rigueur et il raconte qu'un de ses malades en arrivait à manger avec avidité des pelures de pommes de terre. La même observation fut faite en Allemagne, où le régime mitigé eut de suite plus de partisans que le régime intégral et Stosch se montra un adversaire résolu de ce dernier.

En France, le régime de Bouchardat a été pendant longtemps adopté par tous les médecins. Il a pour base les viandes préparées de manière que les sauces ne contiennent ni sucre, ni farine, les crustacés, les coquillages, les poissons, les œufs, et un certain nombre de végétaux herbeux, tels que les épinards, le cresson, les choux, les artichauts, la laitue, les haricots verts, etc. Bouchardat permet cependant le lait, les pêches et les poires; au début, il recommandait de boire peu, si la quantité des urines dépassait un litre et demi; il indiquait même la mastication de quelques grains de café grillé comme un remède contre la soif. Les alcools lui avaient d'abord paru devoir être donnés largement, il est revenu ensuite sur cette opinion et en a restreint l'usage. Tout le monde sait l'importance, exagérée que Bouchardat accordait à l'usage du pain de gluten.

Le régime de Pavy a eu la même célébrité, en Angleterre, que celui de Bouchardat en France. Il autorisait toutes les viandes de boucherie à l'exception du foie, les viandes fumées et salées, tous les poissons, les soupes à la viande sans aucune addition, le thé, le bœuf, les œufs, les fromages et laitages, le beurre et la crème de lait, les légumes herbacés, les noix, la gélatine aromatisée, mais non sucrée, le blanc manger avec crème, mais sans lait. Pour remplacer le pain ordinaire, Pavy avait indiqué la préparation d'un pain d'amandes qui n'a eu que peu de succès. Il autorisait l'usage du cacao, du thé, du café, du vin de Bordeaux et du brandy, de l'ale amère. Le lait pouvait être accordé, mais en petite quantité. Parmi les légumes, le médecin anglais défendait les pommes de terre, les carottes, les panais, les radis, les pois, les haricots, les fèves, les choux, les choux-fleurs, les asperges; il interdisait de même les fruits frais ou cuits, les bières douces, les vins doux et les liqueurs.

Ce sont là les deux régimes mixtes les plus connus. En Allemagne, celui de Seegen leur ressemble beaucoup et nous

ne ferons qu'en indiquer les points principaux. Le médecin allemand est un peu plus sévère, bien qu'il permette, à l'occasion et sur l'ordonnance du médecin, une très petite quantité de pain. Il recourt, en effet, à l'alimentation exclusive par la viande dans les cas où une intervention chirurgicale s'impose, et lorsque l'on veut reconnaître si l'on a affaire à un diabète léger ou à un diabète grave, le régime carné exclusif faisant disparaître la glycosurie dans le premier cas, tandis qu'elle persiste dans le second. Comme boissons, Seegen permet les vins peu sucrés et peu alcooliques et autorise ses malades à prendre de petites quantités de choux, de carottes, de poires, de groseilles, d'oranges, de framboises et d'amandes; il tolère encore une très petite quantité de lait, de cognac, de bière amère, de lait d'amandes.

Le régime le plus facile à suivre et le plus tolérant est certainement celui de Duhring qui permet, le matin, du lait avec du pain blanc rassis *à volonté*, ou une soupe au riz ou de la bouillie de sarrasin. Il insiste sur la nécessité de laver les céréales dès la veille et de les laisser pendant la nuit dans un vase vernissé avec de l'eau, puis de les cuire lentement le matin. A midi, le malade prend des œufs très peu cuits avec une tartine de beurre, un demi-verre de vin rouge étendu d'eau, ou une assiette de soupe au riz ou au froment peu épaisse. Le troisième repas, pris entre deux et trois heures, est composé de 250 grammes de viande rôtie, sans graisse ni sauce; les malades qui ne sont pas trop affaiblis peuvent manger des pois secs ou des haricots blancs ramollis et passés. Les prunelles, les prunes sans la peau, les pommes sèches bien cuites et additionnées de bicarbonate de soude rentrent dans le régime; il en est de même des légumes verts, des asperges, des haricots, des carottes, des choux-fleurs cuits à l'eau et au sel. Enfin, à sept heures du soir, le malade fait un dernier repas composé de riz, de soupe passée ou bouillie sans beurre et passée au tamis. L'hydrothérapie, les exercices au grand air, le sommeil la fenêtre ouverte complètent la diététique.

Cantani aurait, dit-il, peine à admettre les résultats obtenus par Duhring n'était la grande honorabilité de ce dernier. C'est qu'en effet le médecin italien a préconisé un régime exclusivement carné, dont l'application et les résultats ont été l'objet de vives discussions.

Dans ce régime sont permis :

Les bouillons faits avec toutes les viandes.

Toutes les parties comestibles du bœuf, du mouton et du veau à l'exception du foie, les volailles et les gibiers.

Toutes les espèces de poissons.

Les grenouilles, les crustacés.

Les viandes ou poissons salés ou boucanés de toute nature, mais en petite quantité.

Tous ces aliments salés convenablement peuvent être pris bouillis, rôtis, grillés ou frits à l'huile d'olive ou à la graisse. Dans les assaisonnements, ne doivent entrer ni sucre, ni farine, ni fécule d'aucune sorte, ni légumes, ni vin, ni beurre, ni vinaigre, ni jus de citron. Le vinaigre est remplacé par l'acide acétique étendu, le citron par l'acide citrique étendu. La quantité de viande prise cuite est fixée à 600 grammes environ par jour, et davantage si le malade continue à maigrir.

La graisse doit être administrée pancréatinée aux doses de 60 à 200 grammes chez les diabétiques très maigres ou à dénutrition très prononcée.

Comme boisson, eau pure ou eau de Seltz artificielle que l'on peut additionner de 10 à 50 grammes par jour d'alcool rectifié et aromatiser avec les essences de fenouil, de mélisse, de menthe, etc.

Dans le cas où le régime ne suffit pas à faire disparaître la glycosurie, il faut, au bout d'un mois, soumettre le malade à un jeûne de vingt-quatre heures, pendant lequel on ne permet que de l'eau et du bouillon gras. Puis on reprend le régime habituel diminué de moitié pour ne revenir que peu à peu à la quantité normale. Si la glycosurie reparaît, nouveaux jours de jeûne et on réduit le régime de moitié pour ne l'augmenter que si on trouve, en pesant le malade, qu'il perd de son poids.

Dans les cas récents ou peu graves, sont autorisés : les œufs, le foie des animaux, l'huile de foie de morue (60 à 200 grammes par jour), les mollusques, un peu de vin rouge vieux, de café ou de thé.

Le régime doit être continué sans la moindre infraction pendant au moins deux mois dans les cas très légers, trois à neuf mois dans les cas graves. Le retour au régime mixte ne doit être fait qu'avec les plus grandes précautions et, au moindre retour de la glycosurie, il faut reprendre le régime carné dans toute sa sévérité. Toute sa vie, le diabétique doit s'abstenir de sucre de canne.

Dans la suite de sa carrière, Cantani s'est départi de sa sévérité première.

Au Congrès de Berlin, il fit ressortir que si son régime réussit, dans la plupart des cas, en Italie, c'est que les diabètes alimentaires sont fréquents, tandis que les diabètes neurogènes y sont rares. Il finit par ne plus interdire le beurre et par tolérer rapidement l'usage de crustacés, de mollusques qui renferment d'assez grandes quantités d'hydrates de carbone; le cardium edule ou coque contenant, par exemple, 14 p. 100 de glycogène.

Dongkin a préconisé la diète lactée intégrale et il ne donne à ses malades que du lait écrémé, comme unique aliment. On commence par 4 à 6 pintes par vingt-quatre heures (la pinte = 568 grammes) et on va jusqu'à 12 pintes, dont 4 à 5 sont prises à l'état de lait caillé. Le lait est donné tiède à une température de 30 à 40 degrés, mais on ne le porte pas à l'ébullition afin de ne pas altérer la caséine. D'après Dongkin, ce régime fait disparaître très rapidement le sucre des urines et on ne l'y rencontre plus au bout de douze à quinze jours. Dans les cas très graves, on observe au moins une diminution dans la quantité de sucre éliminnée. En cas de succès, il convient de continuer à donner du lait pendant deux semaines environ pour ne revenir qu'avec précaution et en tâtonnant au régime ordinaire. On doit prescrire de nouveau le lait, si les aliments ordinaires ramènent la glycosurie.

Lahmann a conseillé un régime purement végétarien, qu'il formule de la manière suivante, d'après Ebstein :

1° Le matin, lait ou cacao amer;

2° Déjeuner, fruits de la saison et, si possible, radis;

3° A midi, légumes verts (épinards, choux, haricots), salade verte, un peu de viande, selon le désir du malade, mais principalement du riz (ramolli douze heures et cuit six heures), des radis et des fruits (fromage blanc et pain);

4° Le soir, salade verte avec un œuf, radis et fruit, un verre de petit lait battu et un peu de croûte de pain égrugé.

Comme boisson, de l'eau, une petite quantité de limonade au citron et un peu de vin (tous les deux ou trois jours).

Ebstein fait remarquer, à ce propos, qu'il semble bien

s'agir là d'un régime d'inanition, dont les dangers seront exposés plus loin.

Terminons cette énumération des régimes qui sont le plus souvent prescrits, en mentionnant simplement l'idée bizarre de Piorry qui donnait à ses malades du sucre de canne, afin de compenser la perte de glycose dont ils souffraient, pratique qui a été suivie aussi par Rudd, Corfe, Rigodin, etc. Piorry conseillait aussi la diète sèche, afin de combattre la polyurie, ce qui est un traitement à la fois horriblement douloureux et absolument irrationnel (Cantani).

II

Le régime de Cantani est celui qui semble répondre le mieux à l'indication capitale du traitement diététique du diabète, puisqu'il supprime le plus possible les éléments capables de favoriser la production du sucre.

Cependant c'est à la fois un traitement impossible à suivre et un traitement dangereux.

En premier lieu, la viande fournit certainement une partie du sucre de l'organisme, ainsi que l'a établi Seegen, ensuite et surtout le régime carné expose aux dangers du coma diabétique. C'est surtout Ebstein qui a insisté sur ce fait et montré que très souvent, chez un diabétique que l'on met au régime carné graisseux exclusif, l'urine prend bientôt une coloration rouge lorsqu'on y ajoute du perchlorure de fer, coloration qui est l'indice des réactions anormales qui se passent dans l'organisme et annonce l'imminence du coma.

De plus, il arrive très souvent que des individus auxquels on donne une grande quantité de viande présentent une azoturie considérable, que cette viande est mal digérée et que, finalement, le malade se met à perdre de son poids, le régime finissant par être un régime d'inanition, c'est-à-dire aboutissant à mettre le diabétique dans un état qu'il faut avant tout s'efforcer d'éviter. Le diabétique doit avant tout pouvoir supporter, sans dommage pour sa santé générale, la diététique à laquelle il est soumis, c'est là un principe que le praticien ne doit jamais perdre de vue et il vaut mieux laisser un malade avec quelques grammes de sucre dans les urines que de s'acharner à les faire disparaître aux dépens des forces de résistance de l'organisme. On a dit cependant (Naunyn) qu'il convenait de mettre le diabétique au régime carné intégral lorsqu'il y avait lieu de le soumettre à une opération chirurgicale et lorsque l'on désirait s'assurer du degré de résistance de la glycosurie. Même dans ces cas, Ebstein est opposé à l'alimentation uniquement par la viande et, en fait, il considère cette diététique comme toujours contre-indiquée.

Il est en effet remarquable de voir que le diabétique qui prend une trop grande quantité d'albuminates exagère sa dénutrition bien loin de la diminuer. Du reste, il arrive trop souvent que cette dénutrition progressive s'accentue quel que soit le régime; la mort survient alors rapidement.

L'albuminurie peut encore être une conséquence du régime animal et on comprendra facilement qu'il ne peut qu'exagérer les manifestations de la goutte ou de la gravelle urique.

Enfin une dernière considération doit faire rejeter ce régime : les malades ne peuvent que très rarement le suivre un temps un peu long, dans toute sa rigueur, sans tâcher de tromper leur médecin et de se tromper eux-mêmes. Il faudrait recourir à la coërcition dans bien des cas et alors le malade perdra l'appétit, l'inanition deviendra menaçante et le remède sera pire que le mal.

Donc beaucoup de viandes et de graisses dans le régime des diabétiques, mais pas de régime carné exclusif, telle est la base sur laquelle nous devons établir notre diététique. De plus, il ne faudra changer le régime du malade qu'avec prudence; des accidents graves ont pu suivre, en effet, un bouleversement de l'alimentation tel, qu'un diabétique qui, par exemple, faisait grand usage de farineux, se les voit tout à coup totalement défendus. Cette influence néfaste du changement de régime se voit aussi chez les malades pauvres de la clientèle hospitalière habitués à une alimentation fort peu riche en viandes.

Ebstein considère que, chez un diabétique gros et robuste, légèrement atteint, il suffit de donner chaque jour 125 grammes d'albumine, quantité qui correspond à 700 grammes de viande de bœuf maigre et crue. L'on pense même que 118 grammes d'albumine suffisent chez un travailleur robuste. D'après des recherches récentes, 70 grammes d'albumine par jour suffisent pour l'entretien, mais il n'y a pas lieu de nous baser sur ce chiffre, l'alimentation devant alors contenir une grande proportion d'hydrates de carbone.

La quantité d'albumine nécessaire peut, dans le régime mitigé, être fournie non seulement par la viande, mais encore par les végétaux ; cependant, pour quelques auteurs, l'albumine contenue dans ces derniers serait moins utilisable.

Pour fournir au diabétique la quantité de carbone qui lui est nécessaire, il faudrait augmenter énormément la quantité de viande. Naunyn dit être parvenu, dans certains cas, à en donner 1500 grammes sans accidents; ces malades augmentaient même de poids. Mais les diabétiques ne peuvent que fort rarement supporter ces doses élevées d'albumine et elles ont, dans plusieurs cas, entraîné la production brusque d'un coma mortel. Les faits favorables relatés par Naunyn devront toujours être regardés comme exceptionnels.

Les graisses font partie intégrante de l'alimentation du diabétique, car elles lui fournissent une grande quantité du carbone qui lui est nécessaire. Ces graisses peuvent être de différentes espèces et naturellement on comprend parmi elles le gras de lard ou de bœuf, le beurre, etc. Un malade d'Ebstein est arrivé à en prendre 225 grammes par jour et a pu améliorer rapidement son état, assez mauvais antérieurement. Ces quantités élevées ne sont, du reste, assimilables que si l'on joint au régime quelques végétaux. La quantité de graisses à donner chaque jour peut varier de 250 à 300 grammes. Bouchardat donnait de 150 à 200 grammes de graisse dans les vingt-quatre heures.

Les sucres devront naturellement être complètement interdits. Pour obtenir la saveur sucrée, on a beaucoup préconisé la saccharine qui traverse inaltérée l'organisme. On la prescrivait d'abord à peu près à tous les diabétiques, mais on ne tarda pas à s'apercevoir qu'elle provoquait facilement des douleurs stomacales, qu'elle arrêtait les fermentations digestives. Cependant M. Dujardin-Beaumetz ne l'a vue que très exceptionnellement avoir de réels inconvénients. En tous cas, il la préfère de beaucoup à la glycérine qui avait été usitée par Schultzen (de Dorpat). Ce dernier pensait qu'elle ne pouvait se transformer en glycogène et fournissait à l'organisme un aliment respiratoire. Il

annonça qu'en donnant aux diabétiques de la glycérine en même temps qu'on les soumettait à la diète carnée, le sucre et l'urée diminuaient ; il aurait même guéri des cas légers. Actuellement, il est prouvé (Van Deen, Seegen) que la glycérine prend part à la formation du sucre et la plupart des médecins la regardent comme inutile ou dangereuse. M. Dujardin-Beaumetz a aussi insisté sur ces inconvénients et bien que M. Lecorché en permette trois à quatre cuillerées à soupe par jour, lui accordant le pouvoir d'entretenir le ventre libre, de diminuer la glycosurie et d'empêcher le dépérissement, il vaudra mieux la rejeter de l'alimentation du diabétique.

Il semble bien prouvé que certains diabétiques assimilent le sucre du lait. Malheureusement, il est loin d'en être toujours ainsi. La mannite n'augmenterait pas la glycosurie, mais elle entraînerait facilement des troubles gastriques. Kulz a regardé la lévulose comme assimilable et on peut admettre que, dans les cas légers de diabète, elle se transforme complètement. Il suit de là que l'on pourrait autoriser l'introduction dans l'alimentation de certains fruits tels que les pommes, les poires, et quelques autres, qui, il est vrai, renferment aussi du sucre de canne et de la diastase. M. Dujardin-Beaumetz a d'abord insisté sur la nécessité de la suppression absolue des fruits ; ultérieurement, il a autorisé les oranges, les fraises et les melons. Le raisin, les figues, les dattes seront toujours défendus, ainsi que les cerises douces.

Les framboises, les fraises et les groseilles à maquereau renferment encore de 4 à 7 p. 100 de sucre réducteur et les pommes et les poires de 7 à 8 p. 100. Ce seraient les pêches, les abricots, les prunes qui en contiendraient le moins. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'on y trouve une bonne proportion de sucre de canne ; il sera donc prudent de les refuser aux malades, sauf dans les cas très légers.

Ebstein insiste sur la nécessité de donner des végétaux aux diabétiques. Ces aliments servent à faire prendre des graisses. Quelques végétaux cependant seraient à interdire, le salsifis par exemple, et on n'oubliera pas qu'il en est beaucoup qui contiennent de l'acide oxalique en quantité notable.

De Renzi et Réale sont arrivés à des résultats un peu singuliers, en étudiant les effets de l'alimentation variée sur des chiens rendus diabétiques par l'extirpation du pancréas. Ils ont vu la glycosurie paraître avec l'alimentation carnée, disparaître constamment avec l'alimentation exclusive par les végétaux verts, réapparaître avec la diète carnée. L'inuline pure faisait aussi disparaître la glycosurie. Elle se transforme en lévulose et De Renzi et Réale en recommandent l'usage qui, associé à l'alimentation végétale, produirait les plus heureux effets chez les diabétiques graves.

La privation de pain est une des plus pénibles pour les diabétiques et on s'est ingénié, depuis longtemps, à chercher des succédanés de cet aliment si habituel.

Les pains de gluten, introduits dans la thérapeutique par Bouchardat, renferment malheureusement toujours une quantité plus ou moins forte d'amidon, quantité qui peut varier de 19 à 30 p. 100, de telle sorte que, dans beaucoup de cas, il vaudrait mieux donner au malade du pain ordinaire, car il saurait alors qu'il lui faut se resteindre ; Boussaingault a en effet trouvé 61 p. 100 d'amidon dans certains pains de gluten, tandis que le pain ordinaire de boulanger n'en renferme que 55,8.

Habituellement le pain de gluten est très léger, très fragile, ne s'ensalive que difficilement et coupe les gencives, si souvent malades chez les diabétiques. Carles a conseillé d'employer un levain formé de bicarbonate de soude et d'acide tartrique, ce qui permettrait d'éviter une partie de ces inconvénients.

Pavy a indiqué la préparation d'un pain d'amandes débarrassé de sucre et de dextrine par un lavage à l'eau bouillante acidulée. C'est là un produit fort peu usité en France. Il est du reste presque entièrement composé d'albumine et de gruau et ce n'est pas un véritable pain. Seegen donne pour confectionner du pain d'amandes la recette suivante qui fournit un produit de bon goût : on pulvérise 125 grammes d'amandes douces, que l'on place dans une poche de laine qui est plongée pendant un quart d'heure dans l'eau bouillante légèrement acidulée par du vinaigre ; on ajoute ensuite 100 grammes de beurre et deux œufs, puis trois jaunes d'œufs et du sel ; enfin on verse les trois blancs battus en neige et l'on fait cuire à petit feu dans un moule bien beurré. Leyden a modifié cette formule en ajoutant un peu de saccharine et augmentant la légèreté du gâteau par du bicarbonate de soude et de l'acide tartrique.

Camplin a beaucoup vanté les gâteaux au son ; le pain de son a une valeur alimentaire très réduite et un goût désagréable. Il est de plus très difficile à digérer. Dans les gâteaux de Camplin il entre du beurre et des œufs en assez grande quantité et la pâte a bon goût, mais Ebstein fait remarquer, avec raison, que le son renferme une grande quantité d'acide oxalique.

Kulz a préconisé un pain fait avec de l'inuline, du lait et des œufs ; Frerichs n'en a pas obtenu de bons résultats. Enfin, on a encore fait du pain avec du lichen d'Islande, qui renferme une substance isomère de l'amidon et du pain de gruau de froment (Dohmen).

Le pain de farine de soya a été très usité. Le grain de cette plante ne renferme presque pas d'amidon, mais il faut le débarrasser d'une huile purgative. Le pain de soya a un goût qui déplaît à beaucoup de malades ; personnellement, ce goût ne nous a pas semblé désagréable, et on peut toujours essayer de prescrire de soya.

Peut-être pourra-t-on parvenir à utiliser les embryons de grains de blé ou de légumineuses.

Lardorf a recommandé un pain à la viande qui n'a pu être employé.

Duncan et Root ont cru pouvoir affirmer que la farine de sarrasin n'augmentait pas la glycosurie ; en réalité, elle n'est pas plus assimilable pour les diabétiques que les autres farines.

Ebstein vante beaucoup une préparation appelée en Allemagne aleuronat, et qui n'est autre chose que du gluten sans amidon. Cet aleuronat se présente sous la forme d'une poudre sèche, à peu près inodore et insipide, renfermant 80 à 90 p. 100 d'albumine végétale, 7 p. 100 d'hydrate de carbone et 8,8 p. 100 d'eau ; il s'y trouve, en outre, une très petite quantité de son.

Cette préparation ne se décompose pas et ne se putréfie pas et est assimilée avec la plus grande facilité par l'organisme.

Les diabétiques peuvent employer l'aleuronat en poudre, dans tous les cas où l'on se sert en cuisine de la farine, c'est-à-dire dans les potages, les ragouts, etc.

Ebstein en a fait fabriquer un pain qui en renferme à peu près 50 p. 100, et on peut aller jusqu'à la proportion de 60 p. 100. Ce pain fournit une partie de l'albumine néces-

saire au diabétique. S'il prend 250 grammes par jour de pain d'aleuronat à 50 p. 100, il absorbe ainsi 80 grammes d'albumine, et en même temps 70 grammes d'hydrates de carbone. Si en même temps il consomme 300 grammes de viande de bœuf maigre, on arrive à un total de 134 grammes d'albumine ; 127 suffisent à l'homme sain, comme nous l'avons dit, d'après les calculs de Vort. Un grand nombre de médecins permettent 100 grammes d'hydrates de carbone par jour à leurs diabétiques; comme avec le régine ci-dessus le malade n'en aura reçu que 70 grammes, il peut encore en prendre 30 grammes sous forme de légumes, de sauces faites à l'aleuronat, etc.

Jusqu'à présent l'aleuronat n'est fabriqué qu'en Allemagne, à Hamm, en Westphalie, par R. Hundhausen. On trouvera dans un travail d'Ebstein, paru en français dans la *Médecine scientifique*, 1893, n° 1, p. 5, tous les renseignements nécessaires pour la préparation dans la famille d'un pain d'aleuronat.

Un certain nombre de médecins ont prescrit l'emploi du pain grillé ou de la croûte de pain. Cependant, Esbach a montré que la croûte de pain renferme plus d'amidon que la mie et, d'après ses analyses, 100 grammes de croûte donnent 76 grammes de sucre et 100 grammes de mie n'en donnent que 52 grammes. Malgré cela, M. Dujardin-Beaumetz est partisan du pain sans mie, qui est fort léger, 30 ou 40 grammes étant le poids habituel d'un pain. De plus, le malade qui a une dentition en mauvais état, ne peut manger qu'une faible quantité de ce pain. Cardin est encore revenu tout récemment sur ce point, et, d'après lui, la croûte contient un peu plus de matières azotées que la mie, mais elle renferme 6 p. 100 d'amidon, de sucre et de dextrine, contre 47 p. 100 seulement contenus dans la mie.

Les pommes de terre contiennent moins d'amidon que le meilleur pain de gluten français, ou que le pain sans mie. D'après Esbach, 100 grammes de pommes de terre cuites à l'eau donnent 17 grammes de sucre. Pour Mayet, elles n'en donneraient même que 8gr30. Cependant il ne faut pas, dit M. Dujardin-Beanmetz, introduire les pommes de terre dans le régime des diabétiques. Une pomme de terre d'un certain volume, cuite à l'eau, pèse plus de 100 grammes.

Le malade ne peut donc pas en manger plus d'une par jour, 100 grammes de pain suffisent pour deux repas.

La soif tourmente les diabétiques, et, sans leur permettre des quantités exagérées de boisson, on ne doit pas non plus les soumettre au régime sec. Beaucoup de malades ont une fâcheuse tendance à absorber des alcools. Ebstein recommande de les éviter. Bouchardat, au début de sa pratique, en accordait volontiers une assez grande quantité, plus tard il en a restreint l'usage. Claude Bernard a provoqué la glycosurie en faisant absorber de l'alcool et de l'éther par l'intestin grêle, et est arrivé au même résultat par l'injection dans la veine porte. M. Glénard accorde à l'alcoolisme une place importante dans l'étiologie du diabète, et bien que ce soient là des questions très controversées, il est certain que l'abus habituel de l'alcool ne peut que nuire au diabétique.

M. Hayem cite, dans ses *Leçons de thérapeutique*, les expériences faites par Rosenstein sur le café, la bière de Bavière, le vin et l'acide tartrique. Le café augmente le chlorure de sodium, le sucre et l'urée. La bière de Bavière augmente le sel et le sucre et fait légèrement diminuer l'urée. Il en est de même des vins alcooliques; l'augmentation du sucre serait d'autant moins sensible que le vin est plus riche en alcool. L'acide tartrique augmente le chlorure de sodium et le sucre et abaisse l'excrétion de l'urée. Griesinger a vu l'alcool augmenter la glycosurie.

Pour M. Hayem, on peut permettre l'usage des vins rouges, riches en tannin, il faut rejeter les vins sucrés et se défier des bières; Ebstein les défend absolument.

Les infusions faibles de café et de thé peuvent être utiles et M. Dujardin-Beaumetz est très partisan de leur usage. Ebstein fait cependant remarquer que le thé renferme une forte proportion d'acide oxalique. Il n'est pas non plus favorable à l'usage du cacao.

Ebstein recommande les eaux chargées d'acide carbonique.

Le régime lacté exclusif, préconisé par Dongkin, a été combattu par la plupart des auteurs. Dawlin a bien vu le diabète s'amender momentanément, mais dès que l'on cessait le régime, il reparaissait de nouveau, et la glycosurie était au moins aussi intense qu'auparavant, si ce n'est davantage. Cantani n'a retiré aucun avantage de l'emploi du lait; cependant, il admet qu'il peut être utile dans les cas très légers et réussir dans les glycosuries passagères. M. Hayem a vu certains malades tolérer le lait, et M. Dujardin-Beaumetz est disposé à en permettre de très petites quantités. Un médecin diabétique, Partke, s'est trouvé très bien du petit lait comme unique souper en été comme en hiver. Nous pensons que, étant donné la composition du lait, le mieux est de le défendre aux diabétiques.

III

Avant d'indiquer les détails de l'application du régime aux cas particuliers, il convient de fixer les idées en indiquant pour les différentes catégories d'aliments, ce qui est permis et ce qui est défendu.

Potages. — Permis : les potages gras, les soupes aux choux, le bouillon aux œufs pochés, la soupe à l'oignon, les potages aux poireaux.

Défendus : bouillies, potages au pain et aux pâtes alimentaires, même celles de gluten, potages aux pois cassés, au lait.

Viandes. — Toutes les sortes. Poissons, mollusques, crustacés. Ne faire aucune sauce à la farine, au lait, ni les fritures à la pâte.

Insister sur les aliments gras : hareng saur à l'huile, sardine à l'huile, gras de jambon, beurre, choucroute, choucroute garnie, caviar. Les œufs sont autorisés, surtout le blanc.

Les gélatines sont utiles comme médicament d'épargne.

Légumes. — Tous les légumes verts, les salades, les épinards, les radis, les différentes variétés de choux. Les racines et les tubercules contiennent plus d'hydrates de carbone que les tiges et les feuilles. Le topinambour a été très vanté, il semble cependant qu'à certain moment de l'année il contienne peut-être du sucre de canne. Naunyn a beaucoup préconisé les tubercules de stachys affinis, connu en France sous le nom de crones du Japon, les hydrates de carbone y prennent la forme d'inuline. L'aleuronat peut remplacer la farine dans les divers assaisonnements. Parmi les légumes, M. Dujardin-Beaumetz défend les carottes, les betteraves et les navets. Huxley a reconnu sur lui-même que les asperges peuvent occasionner une glycosurie passagère; il en serait de même parfois du cresson (Sénac). Le diabétique fera bien aussi de s'abstenir d'oseille et de tomates.

Desserts. — Permis : les noix, les olives, les fromages. M. Dujardin-Beaumetz défend le chocolat, peut-être pourra-t-on faire usage de cacao à la saccharine. Naturellement toutes les pâtisseries sont interdites. Nous avons déjà parlé des fruits, et bien que Naunyn, Grellety autorisent une poire et une pomme, il faudra être très réservé dans l'usage de ces produits. Du reste, pour les fruits comme pour un grand nombre d'aliments prescrits pour les uns, défendus pour les autres, le médecin devra tâter la susceptibilité du diabétique; dans les cas légers, en effet, tel malade supporte bien un aliment donné qui, chez un autre, augmente la glycosurie. *Il n'y a pas de régime schématique.*

IV

Il nous reste maintenant à tracer les règles du traitement diététique selon les cas.

Lorsque l'on vient de reconnaître le diabète chez un malade, et que son état général n'est pas mauvais, il convient d'appliquer le régime mitigé dans toute sa rigueur. On insistera donc sur les aliments sucrés et gras, on défendra rigoureusement le pain, mais on permettra encore l'usage des légumes de façon à éviter tout danger de coma diabétique. Nous le répétons encore une fois, il ne faut jamais changer sans transition le régime d'un diabétique, il ne faut jamais le mettre brusquement au régime de Cantani. Le régime sévère a pour but de montrer la marche de la glycosurie. S'il parvient à la faire disparaître, on le continuera pendant un certain temps et on tâtera ensuite la susceptibilité du malade, afin d'arriver à une alimentation supportable et suffisamment variée, de laquelle un certain nombre d'aliments doivent cependant rester toujours absents : sucre de canne et glycose, raisins, etc.

Assez souvent, le régime ne peut faire disparaître complètement le sucre, et le malade en élimine toujours une petite quantité. Dans ce cas, le régime devra être maintenu sévère tant que le diabétique ne maigrira pas, qu'il n'y aura pas de sucre ou de menace de coma; il faudra toujours se tenir sur le qui-vive et être prêt à modifier l'alimentation suivant les indications.

Enfin, lorsque le régime sévère n'a pour ainsi dire pas d'influence sur la quantité de sucre éliminé, la rigueur n'est plus de mise, et on devra avant tout empêcher le malade de faire de l'autophagisme.

Il est certain que l'on arrive dans certaines formes de diabète à faire disparaître, pendant de longues périodes, le sucre des urines et que le malade peut alors faire usage de certains aliments hydrocarbonés, sans que la glycosurie reparaisse. Ces cas très favorables équivalent-ils à une guérison? Il est impossible de l'affirmer, sauf pour le diabète dit nerveux et le diabétique constitutionnel, et on fera bien, même s'il ne présente pas de glycosurie, de suivre le conseil de Sénac et de reprendre de temps à autre le régime du début. En fait, dans l'immense majorité des cas, le diabétique devra toujours s'abstenir des sucres et des pâtisseries, et suivre une hygiène sévère. C'est seulement à cette condition, qu'il pourra mener de longues années une existence encore active et en somme très tolérable.

Lorsque le diabétique présente des symptômes de diathèse urique, il devra être très prudent dans l'usage des aliments renfermant de l'acide oxalique. Si l'albumine survient et se montre abondante, la conduite à tenir est difficile, et en maintenant la balance égale dans le traitement entre elle et la glycosurie (Lecorché), il faudra se résigner à n'agir que fort peu et sur l'une et sur l'autre. Du reste, si le diabétique devient un brightique, il n'y a plus à s'occuper de la glycosurie, qui souvent disparaît, et c'est le traitement de la néphrite qu'il faudra instituer.

VARIÉTÉS

La dernière maladie de Talma.

Par le docteur CABANÈS.

A peine l'a-t-on accueillie, comme un fait-divers sensationnel, la nouvelle annonçant que le Théâtre-Français venait d'être mis en possession du cœur du plus parfait peut-être des acteurs tragiques des temps modernes. Les chroniqueurs et les courriéristes ont fait chorus pour railler, avec combien d'à propos, cette manie qui nous pousse à rendre presque un culte à un débris de viscère. Certes il y avait là matière à exciter la verve railleuse de nos confrères, qui ont poussé le cri d'alarme quand ils ont vu la première de nos scènes parisiennes en passe de devenir une succursale de notre musée Orfila. Qu'il y ait intérêt à conserver le crâne du plus éloquent de nos tribuns, ou du plus profond de nos penseurs, nul ne songerait à y contredire. Les anthropologues trouvent dans l'examen des circonvolutions aussi bien que dans le poids de la matière cérébrale un sujet d'études comparatives dont nous savons apprécier, comme il convient, l'intérêt. Mais, en vérité, que nous importe un fragment d'os décalcifié ou un membre aux trois quarts mutilé? Ces considérations ne sont pas pour décourager ceux qui, à l'exemple du docteur Jeandet, ont cru honorer la mémoire d'un artiste, dont toute la carrière ne fut qu'un long triomphe, en conservant précieusement un cœur qui avait vibré de toutes les joies et de toutes les amertumes, qui avait été agité, par instants, de sentiments plus qu'humains.

Mais nous nous permettrons cette remarque que le généreux donateur eût été mieux avisé en donnant à sa relique une autre destination. Le cœur de Talma présentait, en effet, telles particularités qui le désignaient au scalpel de l'anatomiste plutôt qu'à la curiosité vaine d'une foule avide de spectacles macabres. Ce que nous aurions voulu voir rappeler par M. le docteur Jeandet, ce sont les circonstances à la suite desquelles le cœur, autour duquel on a mené si grand bruit, avait été plongé, pour sa conservation, dans un liquide alcoolique.

Il faut se reporter aux journaux du temps, c'est-à-dire aux feuilles scientifiques de 1826, pour être renseigné, jour par jour, heure par heure, minute par minute pourrait-on dire, sur la maladie qui allait emporter prématurément l'artiste dont le jeu sublime avait transporté toute une génération. C'est pendant une représentation, un jour qu'il jouait *Oreste*, un des rôles les plus écrasants du répertoire, que Talma ressentit les premières atteintes du mal auquel il devait succomber. Dès le matin, il avait éprouvé une sorte de malaise, comme un sentiment de plénitude et d'embarras intestinal. Grâce à quelques remèdes émollients auxquels il avait eu recours, il avait pu soutenir jusqu'au bout le rôle qui lui incombait.

En 1802, les mêmes phénomènes ayant reparu, Talma avait pris avis de Corvisart qui avait conseillé une médication anodine. Une accalmie survint jusqu'au moment où l'acteur, fatigué sans doute, par un travail au-dessus de ses forces, présenta tous les symptômes d'une dépression nerveuse, compliquée d'un état obsessif et hypocondriaque. Tantôt c'étaient des terreurs dont il ne savait se défendre. Un autre jour, il redoutait la mort subite, ou encore il se croyait au bord d'un fossé, se gardant avec une appréhension maladive d'approcher de ce trou imaginaire. En jouant *Cinna*, racontait-il à son ami Audibert, il lui avait semblé voir autour de lui des abîmes sans fond.

Une fois, il lit dans un journal l'affreux récit d'un crime, il croit avoir devant les yeux la tête coupée de la victime, il fuit, il

marche à l'aventure, il entre dans une église, en ressort, va sans savoir où et se rappelle enfin qu'il doit jouer *Hamlet* : « Ce soir-là, s'écriait-il, quand je levai le poignard sur ma mère, *je me fis peur à moi-même* (1) ! » Cet état nerveux n'était pas sans dérouter la science, pourtant perspicace, de Corvisart et Alibert, qui donnaient leurs soins à l'artiste. « Ils observaient la nature et les progrès de son mal comme un phénomène, lisons-nous dans une relation de l'époque. Les effets de cette maladie étaient tellement extraordinaires que, lorsque Talma était en scène, les émotions qui s'emparaient de lui devenaient si violentes que, pour ne pas être entraîné par elles, il avait besoin de rappeler à soi sa raison, de s'examiner lui-même et de se convaincre qu'il n'y avait rien de réel dans tout ce qui se passait autour de lui (2). »

Sa constitution robuste avait repris peu à peu le dessus, et jusqu'en 1825, son médecin ne relève rien dans son dossier pathologique (3). Au mois de septembre de cette année-là, Biett constate chez son malade des alternatives de diarrhée et de constipation sans noter toutefois aucun autre symptôme inquiétant.

A la suite d'un voyage à Bruxelles où l'artiste s'était considérablement dépensé, des épreintes survinrent suivies de déjections fréquentes mêlées de sang et de mucosités. L'appétit était néanmoins soutenu et l'embonpoint conservé. Tout l'hiver qui suivit, le malade vécut dans un continuel malaise. A la suite d'une imprudence une aggravation subite se produisit.

Comme il avait manifesté quelques signes de congestion cérébrale, un chirurgien de ses amis lui conseilla comme dérivatif des lavements salés qui ne firent qu'augmenter l'irritation rectale. Des bains de siège et quelques lotions émollientes suffirent à le soulager.

Dans les premiers jours de la semaine sainte, Talma se rend au Havre, où le surprend un deuil aussi cruel qu'imprévu ; la mort d'une fille qu'il adorait fut pour lui un coup fatal. Il rentre presque aussitôt à Paris où il est repris de son mal d'entrailles. Le 10 mai, il consulte Biett. Il se plaint à lui de la difficulté des évacuations. Depuis plusieurs mois il va jusqu'à dix fois par jour, sans résultat, à la garde-robe et se montre très préoccupé de son état. Du repos, un régime sévère, des sangsues à l'anus pour rappeler des hémorrhoïdes, brusquement supprimées, lui redonnent du calme. Deux fois dans le même mois il demande conseil à Biett, mais ne suit qu'en partie ses prescriptions.

Le 2 juin, il joue *Charles VI*. Un médecin étranger qui était venu le féliciter dans sa loge lui conseille une application de sangsues qu'il s'empresse de mettre le lendemain. Alors que les piqûres donnaient encore, il absorbe de la nourriture, ce qui provoque une indigestion. Le médecin étranger lui prescrit des infusions de camomille et des lavements, additionnés de castoréum, qui produisent de copieuses évacuations. Le 4 juin, il lui est ordonné de l'essence de menthe dans de l'eau sucrée pour calmer la douleur épigastrique et les nausées dont se plaint le malade.

Biett, qui le voit le même soir, constate tous les symptômes d'une gastrite aiguë, et administre des émollients. Bien que Biett soit, à dater de ce jour, chargé seul du traitement, un médecin ami de la famille laisse au domicile de Talma une note écrite où il formule le diagnostic : *duodénite*, et conseille l'usage des sangsues. Pour rassurer l'imagination alarmée de Talma, on applique les sangsues à l'épigastre, tout en faisant une révulsion aux pieds, le malade ayant eu quelques jours auparavant un léger accès de goutte, tout à coup interrompu.

Le 10 juin, Talma quitte Paris pour la campagne de Brunoy d'où il revient au bout d'une semaine, sensiblement amélioré. Après une promenade à Montmorency, et à la suite d'un écart de régime, les accidents reparaissent. On essaie les douches ascendantes dans l'espoir de combattre par ce moyen une constipation devenue opiniâtre. Ces douches n'ayant réussi qu'à ramener une quantité insignifiante de matières, Biett, pour la première fois découragé, demande qu'on lui adjoigne trois de ses collègues : Marc, Breschet et Lebreton.

Le 5 juillet a lieu la première consultation : Lebreton penchait pour un obstacle mécanique et proposait l'introduction de la sonde œsophagienne dans le rectum le plus haut possible afin d'explorer l'intestin et aussi pour favoriser l'issue des gaz. Breschet partageait l'opinion de Lebreton. Quant à Marc, il n'avait pu se rendre à l'appel de ses confrères. Il fut décidé qu'on appliquerait quelques sangsues à l'anus, et qu'on donnerait à l'intérieur deux ou trois onces d'huile d'amandes douces à doses fractionnées. En même temps qu'on pratiquerait des onctions sur le ventre avec de l'huile de camomille camphrée, on donnerait des bains de jambes, additionnés d'acide nitro-muriatique, moyen dont le docteur Scott avait constaté l'efficacité dans certains cas de constipation incoercible.

Cette médication n'ayant pas amené de notable modification, les consultants se réunissent à nouveau. Quatre onces d'huile de ricin, par la bouche, plus deux onces par la voie rectale ne produisent aucun effet. Le ventre est plus tendu, plus douloureux. Aux éructations, aux nausées succèdent des hoquets, des vomissements, les urines sont rares, le pouls est développé, la face est considérablement tirée. Les médecins croient à l'existence d'une péritonite. Ils prescrivent trente sangsues, suivies de ventouses sur les morsures. Un bain amène quelque soulagement.

Le 9 juillet, on convient d'appeler Broussais, Marc et Husson. Ces deux derniers viennent seuls. Ils conseillent une saignée générale, et des sangsues sur les points douloureux de l'abdomen. Une nouvelle saignée générale est pratiquée le soir du même jour. Malgré une forte dose de calomel, la débâcle ne se produisait pas. Les vomissements continuaient.

Le lendemain matin, après une nuit très agitée, on fait appel à Dupuytren. L'éminent chirurgien juge utile d'explorer le rectum déjà examiné par Breschet. Celui-ci avait reconnu l'existence « d'une tumeur molle, simulant assez bien une anse intestinale distendue par des matières, remplissant en grande partie la cavité du petit bassin ». Dupuytren, après un soigneux examen, ne put que confirmer le diagnostic. Il fit pénétrer dans le rectum une sonde œsophagienne, qui ne causa que des douleurs modérées. A 6 ou 7 pouces de hauteur, la sonde était arrêtée par un obstacle. On injecta par l'instrument quelques liquides émollients, et quand on retira la sonde, elle était recouverte d'une matière noirâtre, qui n'était autre que du sang coagulé.

Dupuytren avait pensé à l'existence probable « d'un obstacle mécanique qu'il était porté à attribuer à la coarctation de l'intestin, suite d'une ulcération de la membrane muqueuse ». Le rétablissement du cours des matières étant le principal but à atteindre, on donna une assez forte dose de calomel qui fut en grande partie rejeté.

Le soir, Broussais et Fouquier se trouvaient à la réunion, qui comprenait Dupuytren, Breschet, Marc, Husson, Lebreton et Biett. Il importait surtout de connaître l'avis de ceux qui voyaient le malade pour la première fois.

Broussais formulait ainsi son opinion : « Rétention de matières fécales par suite de gastro-entérite. Nulle raison de recourir de nouveau aux émissions sanguines, à moins de nouveaux symptômes inflammatoires. Je propose l'application de la glace sur le bas-ventre, alternée avec les cataplasmes émollients, des frictions sur le ventre avec l'huile de ricin. »

Celle de Fouquier n'en différait que par les termes : « Rétention de matières fécales par cause mécanique. Point d'inflammation nécessitant de nouvelles émissions sanguines : on ne devrait revenir à ce moyen que si les symptômes inflammatoires se manifestaient de nouveau. Je propose des bains prolongés, des lavements huileux répétés, des frictions sur le bas-ventre avec de l'huile de ricin alternée avec des cataplasmes émollients, des bois-

(1) Alf. Copin. *Talma et l'Empire.*
(2) *Mémoires sur Le Kain.*
(3) Nous nous sommes guidé en grande partie, pour le récit de la maladie de Talma, sur le remarquable article de Biett, son médecin traitant, article qui figure dans le *Répertoire d'anatomie*, 1827, t. III, pp. 99-117.

sons délayantes en très petite quantité à la fois, l'immersion des pieds dans de l'eau glacée. »

La plupart des moyens préconisés furent mis en usage. Les vomissements continuèrent, les évacuations étaient toujours nulles.

Le 11, à deux heures, se produit une émission de gaz, suivie d'une très légère évacuation.

A la consultation du soir, Fouquier propose l'usage interne de l'huile de croton. En attendant, on s'en tient aux applications de glace sur le ventre, alternant avec des topiques émollients, et l'on donne un lavement purgatif.

Les vomissements continuant et le pouls devenant de plus en plus petit et fréquent, on tente les lavements émollients, additionnés de deux gouttes d'huile de tiglium et les frictions externes avec l'huile de ricin. Une amélioration suit cette médication.

Sur la demande du malade, on substitue l'eau de Seltz au petit lait comme boisson habituelle. Il en absorbe une telle quantité qu'il présente, à la suite de cette ingestion, une agitation qu'un bain et des émollients parvinrent à calmer.

Le 15, on prescrit une once de marmelade de Tronchin; on revient les jours suivants aux lavements purgatifs. Trois jours plus tard, les consultations sont jugées inutiles. Biett continuera seul à voir Talma. Celui-ci se lève maintenant et reprend ses occupations. Tout danger paraît conjuré. Il est soumis à une alimentation modérée, composée de lait coupé, de fécule au maigre, de fruits cuits, etc. On l'autorise, le premier jour du mois, à quitter Paris.

Durant les premiers temps de son séjour à Brunoy, l'amélioration était manifeste. Les forces revenaient, le convalescent faisait un exercice modéré. Plusieurs fois par jour, il avait plaisir à faire le tour de son parc, d'une étendue assez considérable. On l'avait mis au lait d'ânesse, qu'il supportait mal, mais qu'il prenait régulièrement. A la suite d'une imprudence, les accidents reparurent. Les évacuations devinrent plus difficiles, les membres inférieurs s'infiltraient.

Le 26 août, Talma fait un voyage à Paris. Il était, à ce moment, très amaigri. L'infiltration avait gagné l'abdomen, les mains et une partie de la face. La respiration était très gênée.

Le lendemain, après un déjeuner copieux, il éprouva dans la journée quelques pesanteurs d'estomac. Le soir, il dînait chez un ami et, oubliant toutes les prescriptions de son médecin traitant, il se laissa aller à goûter de plusieurs mets plus ou moins indigestes, dont le fumet savoureux avait excité son appétit. Deux heures après, il accusait une violente douleur à l'épigastre, des vomissements survenaient, une angoisse des plus pénibles : en un mot tous les symptômes d'une indigestion.

Le 28, le mal s'était aggravé. Le pouls était à peine perceptible, la voix était faible, à ce point qu'il fallait s'approcher très près du malade pour l'entendre. Les nausées, les vomituritions étaient bientôt suivies de vomissements de matières, d'un noir violacé, qui teignaient fortement les vases dans lesquels on les recevait.

Des boissons acidulées et l'usage de la glace à l'intérieur enrayèrent les accidents. Trois jours plus tard, le malade était debout et demandait avec instance qu'on le laissât repartir pour Brunoy. « Brunoy! s'écriait-il avec force, c'est ma vie! »

Le 2 septembre, on consent à céder à ses instances. Il repart pour la campagne, où il passe une quinzaine de jours. Il avait été trop puni de ses imprudences pour ne pas observer un régime sévère. Il se contentait de quelques tasses d'eau de poulet ou de lait coupé, rejetant tout aliment solide, et même les fécules pour lesquelles il avait un dégoût marqué.

Le 20 septembre, deux jours après son retour à Paris, on provoquait une consultation, rendue nécessaire par une aggravation dans l'état de santé de Talma. Diverses opinions furent tour à tour discutées.

Pour Fouquier, l'irritation était entretenue par la rétention des matières fécales. Les purgatifs étaient indiqués.

Broussais, croyant plutôt à une phlegmasie essentielle, et ne considérant la rétention des matières que comme un accident consécutif, proposait quelques sangsues autour de l'ombilic, et les émollients.

Marc conseillait des révulsifs sur l'abdomen.

Dupuytren, d'accord avec Breschet, Lebreton et Biett, se prononça pour un rétrécissement organique de l'intestin. Il dessina même la lésion organique, qu'il plaçait, selon toute vraisemblance, dans le rectum. Il proposait, comme médication, des bains sulfureux, des douches en arrosoir sur l'abdomen et quelques douches ascendantes simples dans le rectum. On décida que Talma se rendrait à Enghien pour se soumettre à un traitement hydrothérapique.

A la fin de septembre, l'état restait stationnaire. La saison d'Enghien n'avait produit aucune amélioration. Depuis plus d'un mois, la constipation était opiniâtre. La marmelade de Tronchin, administrée à nouveau, n'avait donné aucun résultat.

Dupuytren, appelé le 3 octobre à Enghien par les amis et la famille, qui ne dissimulaient plus leur inquiétude, ne fit que conseiller la continuation des bains et des douches ascendantes, des frictions purgatives; y ajoutant les lavements d'aloès, des purgatifs par la bouche et, au besoin, des douches froides sur le ventre. Le 4, au soir, on donnait au malade deux pilules d'Anderson; le lendemain, on essayait, sans plus de succès, la douche froide en arrosoir sur l'abdomen.

Le 6, à la suite d'un lavement purgatif, quelques parcelles de matière stercorale délayée, d'odeur infecte, étaient rendues par l'anus. Les jours suivants, grâce au même médicament, de nouvelles évacuations se produisaient qui amenaient une détente marquée.

L'espoir renaissait. Talma fut autorisé à retourner à Paris.

Le 12, sur l'avis exprimé par le neveu de Talma, le docteur Amédée Talma, arrivé la veille de Bruxelles, on appelait en consultation, outre les consultants habituels, MM. Bourdois, Chaussier, Ferrus et Bégin.

Bourdois admettait un obstacle matériel et conseillait les boissons délayantes, les lavements purgatifs, etc.

Chaussier hésitait entre une phlegmasie primitive et un obstacle mécanique. Il proposait la magnésie à l'intérieur et des lavements à l'huile de croton.

Ferrus croyait à un rétrécissement du canal intestinal. Quant à Bégin, il penchait pour une entérite primitive, ayant amené à sa suite une coarctation. Il proscrivait les purgatifs, soit par la bouche, soit par l'anus, et allait même jusqu'à interdire toute espèce de boisson.

M. Amédée Talma acceptait les lavements purgatifs, les topiques émollients et les révulsifs aux membres inférieurs.

Ainsi 9 consultants sur 11 s'étaient prononcés pour l'usage des purgatifs par la voie rectale.

Il fut, en conséquence, décidé :

1° Que les bains gélatineux et émollients seraient continués;

2° Que l'on reprendrait les lavements purgatifs;

3° Qu'on essaierait du galvanisme, proposé par Biett. Le galvanisme n'était pas un procédé thérapeutique nouveau. Depuis dix à douze ans, on l'avait fréquemment mis en usage à l'hôpital Saint-Louis, où il avait donné des résultats inespérés dans le traitement des constipations rebelles. Il n'en coûtait pas de l'essayer.

Le 13 octobre, on commença l'application du galvanisme peu d'instants après la sortie du bain. « On établit d'abord un courant de la bouche au rectum, puis sur divers points du canal intestinal. Pour agir plus près de l'obstacle, on avait introduit dans l'anus une tige métallique en forme de canule. La pile galvanique était composée de quarante paires de disques. Son action était énergique et douloureuse. Les contractions de l'intestin étaient très prononcées. Après quelques minutes, le malade exprima vivement le besoin d'évacuer; il fut placé sur la chaise, mais après les plus grands efforts, il ne rendit que quelques

gouttes de sang, mêlées d'un peu de sanie (1). » Un lavement émollient ramena une petite quantité de matière mêlée de mucosités. Une émission de gaz suivit.

C'était la première fois depuis quarante-cinq jours. Le malade reprenait espoir. Cette accalmie ne persista pas. Une nouvelle application de galvanisme ne provoqua que quelques contractions intestinales.

Le 15, Dupuytren était appelé et introduisait la sonde œsophagienne dans le rectum, sans pénétrer plus haut qu'à environ six à sept pouces de profondeur.

Les derniers jours, sous l'influence d'une médication appropriée, les vomissements cessèrent. Comme les médecins essayaient de le rassurer sur son état : — « Je ferai tout ce que vous voudrez, leur disait-il avec résignation, je m'en rapporte à vous ; me voilà, du reste, j'ai pris mon parti ; je doute que vous puissiez jamais me sortir de là ; mes yeux me chagrinent, j'ai peur de perdre la vue. »

Le 16, nouvelle réunion des médecins. Le docteur Talma, rentrant dans la chambre de son oncle, aperçoit MM. Dupuytren, Biett et Bégin qui causent à voix basse près de la cheminée. Le malade leur demande ce qu'ils disaient. « M. Dupuytren, sans répondre, s'avance vers moi, dit le docteur Talma, et me dit à voix basse qu'il demandait à ces messieurs si mon oncle était instruit des visites de l'archevêque. Comme mon oncle était mieux ce jour-là, je crus l'instant favorable ; je pris la parole et dis avec intention au malade : « M. Dupuytren disait à ces Messieurs que M. l'archevêque leur demandait tous les jours de tes nouvelles. — Qui ? répondit-il ; M. l'Archevêque de Paris ? Oh ! que je suis touché de son souvenir, je l'ai connu autrefois chez la princesse de Wagram, c'est un bien digne homme. »

M. de Quélen était venu le voir, mais Talma n'avait pas consenti à le recevoir.

— Le bon archevêque ! je suis bien fâché de ne pouvoir l'accueillir ; dès que je me porterai mieux, ma première visite sera pour lui (2). » Il n'était pas douteux que Talma se dissimulait la gravité de son état.

Cependant Bégin, puis Dupuytren, dans la soirée du 16, faisaient une tentative de cathétérisme rectal qui n'aboutissait pas.

Le 17, la situation du malade était désespérée, les forces diminuaient visiblement. Il fut résolu entre Dupuytren, Biett, Bégin et Amédée Talma qu'on essaierait encore du calomel par la bouche, à la dose de douze et quinze grains dans les vingt-quatre heures. Le lendemain, on administrait le même médicament. Il se produisit des contractions douloureuses, mais pas de selles.

Les membres se refroidissaient, le pouls était petit, misérable, le ventre très distendu. Le dénouement était proche.

Le 19, à neuf heures du matin, Talma cessait de parler ; à onze heures et demie, il cessait de vivre.

Il mourut en prononçant ces paroles qu'on parvint à distinguer au milieu de phrases incohérentes : « Voltaire ! comme Voltaire !... » (3).

L'autopsie (4) avait fait découvrir un rétrécissement cellulo-fibreux, avec oblitération complète du calibre de l'intestin, à la partie supérieure du rectum, six pouces au-dessus de l'anus. L'intestin, énormément dilaté et distendu au-dessus du rétrécissement, s'était gangrené et perforé dans un point de sa partie antérieure et avait permis à quelques matières de s'épancher dans le petit bassin. Tout le canal intestinal était distendu par une quantité considérable de gaz et de matières. On trouva de la rougeur à l'extérieur et à l'intérieur, dans quelques portions de l'intestin grêle et dans l'estomac qui était vide et affaissé. Ces traces légères de phlegmasie étaient évidemment consécutives à la rétention des matières. La lésion organique, cause de cette rétention, avait dû commencer à se former longtemps avant la maladie (de quelques mois de durée) qui avait amené la mort, car depuis un assez grand nombre d'années, Talma, quoique paraissant jouir d'une assez bonne santé, avait beaucoup de peine à satisfaire le besoin de la défécation. Souvent il se présentait sur le bassin, croyant rendre une selle copieuse, et il ne parvenait à chasser que quelques gaz et quelque peu de matière liquide.

L'ouverture du corps avait présenté une circonstance assez digne de remarque, savoir une tumeur anévrysmale à la pointe du cœur (1). « Cette tumeur, noirâtre et remplie de couches fibrineuses concrètes, s'était formée par l'infiltration successive du sang à travers les fibres du ventricule gauche qui s'étaient singulièrement amincies et effacées. Elle avait environ le volume d'un œuf de pigeon ; ses parois étaient formées par quelques-unes des fibres musculaires atrophiées et par la membrane séreuse du péricarde, dont les deux feuillets (péricardien et cardiaque) étaient devenus adhérents entre eux. La membrane du cœur avait été sans doute rompue ou érodée dans le point correspondant. »

Cette tumeur ne s'était révélée, pendant la vie, par aucun symptôme qui pût la laisser soupçonner. Tout ce qu'on apprit, par une enquête menée avec soin, c'est qu'un soir, après avoir joué dans *Andromaque* le rôle d'Oreste, Talma s'était senti oppressé, pris d'anxiété précordiale, mais que cette anxiété s'était peu à peu dissipée.

N'est-on pas autorisé à penser que le kyste anévrysmal aurait pu se rompre dans un de ces moments où le tragédien peignait avec le plus de violence les sentiments passionnés qu'il était chargé d'exprimer ? Et alors qui pourrait dire qu'on n'aurait pas assisté à ce spectacle qui n'eût pas manqué de grandeur : Talma expirant comme Molière sur le théâtre de sa gloire !

(1) *Répertoire d'anatomie*, loc. cit., pp. 112-114.

(2) Moreau. *Mémoires historiques et littéraires sur Talma*, p. 77.

(1) P.-F. Tissot. *Souvenirs historiques sur la vie et la mort de Talma.* Paris, Baudouin frères, 1826. In-8°.

(2) On peut voir, pour plus de détails techniques, le *Répertoire d'anatomie*, loc. cit., p. 115 à 117.

(3) On trouvera la description détaillée de cette tumeur dans le travail de Breschet : « Recherches et observations sur l'anévrysme faux consécutif du cœur, in *Répertoire d'anatomie*, 1827, t. III, pp. 158 et 159.

PRÉFECTURE DE POLICE

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS

Par M. le docteur Passant.

Statistique du 1er juillet au 30 septembre 1893.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total
1er	18	27	3	48
2e	21	26	4	51
3e	37	48	8	93
4e	54	75	25	154
5e	34	47	12	93
6e	12	35	7	54
7e	21	33	3	57
8e	6	12	1	19
9e	18	28	2	48
10e	36	52	12	100
11e	85	146	64	295
12e	33	88	27	115
13e	79	110	66	255
14e	67	85	39	191
15e	101	122	58	281
16e	15	26	7	48
17e	48	73	26	147
18e	106	186	76	368
19e	78	127	63	268
20e	144	211	126	481
	1013	1527	628	3168

MALADIES OBSERVÉES

A. Angines et laryngites	198	Accouchements non effectués	36
Croup	45	**E.** Affections cérébrales	115
Coqueluche	13	Convulsions, éclampsies	76
Otite	1	Névralgie	58
Ophtalmie	2	Névroses	114
Corps étranger des voies respiratoires	5	Epilepsie	23
B. Asthme	59	Aliénation mentale	7
Affections du cœur	109	Alcoolisme, delirium tremens	27
Bronchites aiguës et chroniques	183	Chorée	1
Pleuro-pneumonie	107	Catalepsie	1
Congestion pulmonaire	32	**F.** Rhumatisme	47
C. Affections et troubles gastro-intestinaux	414	Affections éruptives	120
Cholérine	175	Fièvre intermittente	5
Dysenterie	14	Fièvre typhoïde	43
Choléra	8	Hémorragies de causes internes et externes	104
Athrepsie	176	**G.** Plaies, contusions	139
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	105	Fractures, luxations, entorses	24
Hernie étranglée	42	Brûlures	4
Rétention d'urine	19	Empoisonnements	25
Orchite. Paraphimosis	6	Asphyxie par le charbon	8
D. Métrite, métro-péritonite	91	Suicide	4
Métrorragie	74	**H.** Mort à l'arrivée du médecin	45
Fausse couche	94		
Accouchement, délivrance	170	Total	3164

La moyenne des visites par nuit est de 34,43. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 38,5.

Les hommes entrent dans la proportion de	31,97	p. 100.
Les femmes — —	48,21	—
Les enfants au-dessous de trois ans	19,82	—

Visites du troisième trimestre de 1892	3 461
Visites du troisième trimestre de 1893	3 168
Différence en moins	293

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hier, à l'Hôpital international, fondé par M. Péan, a eu lieu l'inauguration de la polyclinique qui y est annexée. La séance a été ouverte à deux heures, sous la présidence de M. Jules Simon, assisté de MM. Sappey, Péan et de M. Thomas, maire du XIII[e] arrondissement. Une assistance fort nombreuse et dans laquelle on remarquait plusieurs membres de l'Institut, de l'Académie de médecine, du Conseil municipal et surtout beaucoup de dames, remplissait complètement l'amphithéâtre. Notre confrère, M. Aubeau, fondateur et directeur de la polyclinique, a, dans un discours souvent interrompu par les applaudissements, clairement exposé le but de l'œuvre, en insistant particulièrement sur ces caractères: assistance internationale, groupement, dans un même édifice, de toutes les spécialités médico-chirurgicales, qui favorise à la fois l'intérêt des malades et celui des élèves.

Après lui, M. le docteur Bilhaut, secrétaire général, rend compte du fonctionnement de la polyclinique et des services qu'elle a déjà rendus. Plus de 6000 consultations y ont déjà été données depuis sa fondation, qui ne date que du mois de mai dernier.

M. Péan a pris ensuite la parole et, dans une courte allocution, a félicité ses collaborateurs et a traité du rôle du chirurgien, qui, selon lui, est trop souvent méconnu et calomnié dans le monde.

Enfin, M. Jules Simon, dans une de ces improvisations pleines de cœur et d'esprit dont il a le secret, a fait ressortir l'importance de la médecine et de l'hygiène de nos jours et, tout en admirant et adorant la science, a placé encore au-dessus la bienfaisance, et c'est à ce double titre que l'œuvre d'Aubeau et de ses collaborateurs lui paraît mériter les plus dignes éloges.

— *Concours de l'externat.* — Questions données : Rapports de la vessie chez l'homme et chez la femme. — Articulation tibiotarsienne.

— Le concours pour une place de professeur suppléant près l'École de médecine de Rouen, vient de se terminer par la nomination de M. Nicolle, ancien interne des hôpitaux de Paris.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Landowski est nommé préparateur d'anatomie (emploi nouveau).

M. Gilbert, agrégé, est maintenu comme chef du laboratoire de thérapeutique et matière médicale.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Hérin est nommé aide-préparateur de pharmacie.

M. Louis est nommé aide-préparateur de matière médicale et d'hydrologie.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Commandeur est nommé préparateur du laboratoire de chimie organique et toxicologie.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Réfrégé est chargé des fonctions d'aide de clinique des maladies des enfants.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. le docteur Vuillemin est chargé d'un cours d'histoire naturelle.

— *École de Limoges.* — M. Raymondaud est nommé directeur honoraire.

— *École de Nantes.* — M. Gourdet est nommé prosecteur. — M. Raingeard est nommé aide d'anatomie.

— *École de médecine de Reims.* — Ont été proclamés lauréats :

Première année (doctorat). — Prix : M. Drouin ; mention honorable : M. Guénard.

Deuxième année. — Prix : M. Parmentier.

Troisième année. — Premier prix : M. Weill ; deuxième prix : M. Hanot; mention honorable : M. Jolly.

Prix Simon-Tarbé : M. Weill.

Deuxième année (officiat). — Prix : M. Laurent.

— *École de médecine de Rouen.* — Ont été proclamés lauréats :

Première année. — Premier prix : M. Lance ; deuxième prix : M. Masselon; mention honorable : M. Magière.

Travaux pratiques : Prix *ex æquo* : MM. Lance et Loisel ; mentions honorables : MM. Buisson, Quentin et Masselon.

Deuxième année. — Prix : M. Leduc ; mention : M. Vallée.

Troisième année. — Prix : M. Legueu.

Prix d'anatomie (deuxième et troisième année) : M. Masqueray; rappel de prix : M. Legueu. — Prix Pillore : M. Legueu. — Prix des hospices, premier prix : M. Lance ; deuxième prix *ex æquo* : MM. Brée et Guillaume.

— M. le docteur Carion (de Charleville) a été nommé président de l'Association des médecins des Ardennes, en remplacement du docteur Toussaint décédé.

— La Société médicale de Reims a décerné le prix annuel des internes à M. Maurice Jolly.

— Le « Nouveau Montpellier médical » nous apporte la nouvelle de la mort de M[me] Bouisson, la veuve de l'ancien doyen de la Faculté de médecine de Montpellier.

D'après les renseignements qui lui parviennent, M[me] Bouisson léguerait, à la Faculté de médecine de Montpellier, son château de Grammont et la propriété de 100 hectares plantés en vignes qui l'entoure, pour y être fondé un établissement scientifique et charitable. Elle laisserait, en outre, une somme de 500 000 francs pour payer les droits de succession, terminer une construction, etc. Elle léguerait encore, à la Faculté, une somme de 40 000 francs dont la rente serait destinée à porter à 1 000 francs chacun des

cinq prix Bouisson, décernés chaque année aux cinq meilleurs élèves ayant accompli toute leur scolarité dans la Faculté de médecine de Montpellier.

Mme Bouisson aurait de plus partagé ses collections, œuvres d'arts, entre la Faculté de médecine, la Faculté des sciences, le Musée de Montpellier et la Société archéologique. Elle n'aurait enfin oublié ni les hospices, ni l'association des médecins de l'Hérault.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Excursions en Syrie, Palestine et Égypte*, organisées avec le concours de l'Agence des voyages économiques;

Premier itinéraire : la Syrie et la Palestine (du 16 novembre au 22 décembre 1893). — Paris, Marseille, Alexandrie, Beyrouth, Ch'Tora, Ba'Albeck, Damas, Beyrouth, Jaffa, Jérusalem, Bethléem, Le Jourdain, La Mer Morte, Jérusalem, Jaffa, Port-Saïd, Ismaïlia, Le Caire, Les Pyramides, Alexandrie, Marseille, Paris. — Prix : 1re classe 2 000 francs; 2e classe 1 850 francs.

Deuxième itinéraire : la Syrie, la Palestine et l'Égypte (du 16 novembre 1893 au 12 janvier 1894). — Paris, Marseille, Alexandrie, Beyrouth, Ch'Tora, Ba'Albeck, Damas, Beyrouth, Jaffa, Jérusalem, Bethléem, Le Jourdain, La Mer Morte, Jérusalem, Jaffa, Port-Saïd, Ismaïlia, Le Caire, Les Pyramides, Héliopolis, Le Nil jusqu'à la première cataracte, Kench, Edfon, Assouan, Les Iles Philoë et Éléphantine, Luxor, Karnak, Thèbes, Girgeh, Le Caire, Alexandrie, Marseille, Paris. — Prix : 1re classe 3 100 francs; 2e classe 2 900 francs.

Troisième itinéraire : l'Égypte (du 14 décembre 1893 au 19 janvier 1894). — Paris, Marseille, Alexandrie, Le Caire, Le Nil jusqu'à la première cataracte, Kench, Edfon, Assouan, Les Iles Philoë et Éléphantine, Luxor, Karnak, Thèbes, Girgeh, Le Caire, Héliopolis, Les Pyramides, Alexandrie, Marseille, Paris. — Prix : 1re classe 2 050 francs; 2e classe 1 900 francs.

Le nombre des places est limité.

Les prix ci-dessus comprennent : 1° les billets de chemins de fer, de bateaux à vapeur et les voitures nécessaires au voyage; 2° les transports en omnibus, voitures, breaks, chevaux, ânes pour la visite des villes et les excursions indiquées au programme; 3° les repas, vin et café compris, sauf pour l'excursion dans la Haute-Égypte où les repas ne comprennent ni vin, ni café, et le séjour dans les hôtels correspondants de l'agence; 4° les entrées dans les monuments indiqués sur le programme; 5° les soins des guides et interprètes de l'agence. Le tout aux conditions du programme et des billets remis à chaque excursionniste.

Les souscriptions sont reçues dans les bureaux de l'agence des voyages économique, 17, faubourg Montmartre et 10, rue Auber, à Paris.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris P.L.M. et dans les bureaux de ville de la Compagnie : rue Saint-Lazare, 88; rue des Petites-Écuries, 11; rue Saint-Martin, 252; rue du Louvre, 44; rue de Rambuteau, 6; rue de Rennes, 45; place de la République, 16; rue Sainte-Anne, 6 et rue Molière, 7; rue Étienne-Marcel, 18; ainsi qu'au bureau général des billets de chemins de fer de l'Hôtel Terminus de la gare de Paris-Saint-Lazare (général ticket office).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

90

ANÉMIE, CHLOROSE, ÉPUISEMENT

Affaiblissement général

HÉMOGLOBINE SOLUBLE

de V. DESCHIENS

PRINCIPE FERRUGINEUX NATUREL, RÉPARATEUR DES GLOBULES DU SANG

SIROP, VIN, DRAGÉES préparées par Adrian et Cie
9 et 11, rue de la Perle, Paris

22

COLIQUES HÉPATIQUES
COLIQUES NÉPHRÉTIQUES
COLIQUES UTÉRINES

CAPSULES BRUEL

D'ÉTHER AMYL VALÉRI ANIQUE

Spécifique des maladies nerveuses en général. Le plus puissant et le plus inoffensif des calmants et antispasmodiques.

32

TUBERCULOSE PULMONAIRE

PLEURÉSIE D'ORIGINE TUBERCULEUSE

Bronchites aiguës et chroniques
Dilatation des bronches, Bronchorrhée

GAIACOL IODOFORMÉ SÉRAFON

& GAIACOL-EUCALYPTOL IODOFORMÉ SÉRAFON

en CAPSULES pour l'usage interne.
en SOLUTIONS pour injections hypodermiques.

Préparation et vente en gros : Mon ADRIAN et Cie, Paris.

23

ALIMENTATION DES MALADES

et des convalescents par les

POUDRE de BIFTECK

ET

POUDRE DE VIANDE ADRIAN

les seules bien digérées et supportées longtemps par les malades.

60

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-l'Abbé, Paris.**

36

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN** *(caféine, iodoforme et strophantus)*.Dépt Phie Cie Fg Montmartre, Paris.

36

CÉRÉBRINE

(Coca-Théine analgésique Pausodun)

Migraines, Névralgies, Vertige stomacal, Zona, Courbature, Grippe, Coliques menstruelles. — C. BROMÉE et C. IODÉE : **Névroses, Névralgies** rebelles ou diathésiques, Etats congestifs du cerveau.

EUG. FOURNIER, pharmacien de 1re classe, ex interne des hôpitaux, *114, rue de Provence (Pharmacie du Printemps), Paris,* et toutes phies.

20

VIN DE SECRETAN

au Quinquina, à l'Extrait fluide de Malt et aux Écorces d'Oranges amères.

Le seul vin de Quinquina ne constipant pas et n'irritant pas les voies intestinales.
Un verre à liqueur à chaque repas.
Dépôt central : SECRETAN, 52, r. Decamps, Paris.

46

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Viande crue, Alcool, Écorces d'oranges amères, **Phtisie, Anémie, Convalescence.**
Paris, 20, place des Vosges.

99

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

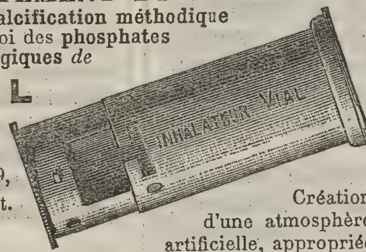
Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

84

TRAITEMENT DE LA PHTISIE

par la calcification méthodique et l'emploi des phosphates physiologiques *de*

VIAL



PARIS, 22 et 19, r. Drouot.

Création d'une atmosphère artificielle, appropriée à l'état du malade, en tout lieu sans frais par l'**INHALATEUR VIAL.**

71

PERLES DU Dr CLERTAN

Procédé approuvé par l'Académie de médecine de Paris.

MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

a. **Perles de Créosote de Clertan.** — 0,05cg par perle. Dose moy., 4 pr jour. 2 fr. le flac.

b. **Perles de Gaïacol de Clertan.** — 0,05cg par perle. Dose moy., 4 pr jour. 2 fr. le flac.

c. **Perles d'Iodoforme de Clertan.** — 0,05cg par perle. Dose moy., 4 pr jour. 3f50 le flac.

d. **Perles de Terpinol de Clertan.** — 0,25cg par perle. Dose moy., 4 par jour. 2 fr.

e. **Perles d'Eucalyptol de Clertan.** — 0,15cg par perle. Dose, 5 à 20 par jour. 2 fr.

f. **Perles de Créosote iodoformée de Clertan.** — 0,05cg de créos. et 0,01 d'iodof. 2f50.

g. **Perles de Gaïacol iodoformé de Clertan.**— 0,05 de gaïacol α et 0,01 d'iodoforme. 2f50.

h. **Perles de Créosote gaïacolée et iodoformée de Clertan.** — 0,05cg de créosote, 0,05cg de gaïacol, 0,01cg d'iodoforme. Prix : 3f50.

i. **Perles de Goudron créosoté de Clertan.** — 0,05 centigr. de créosote par perle. Dose moyenne, 4 par jour. Prix : 2 fr.

51

MALADIES DE LA PEAU

EMPLATRES DE CAVAILLÈS

Phie, 9, rue du Quatre-Septembre, Paris.

TAFFETAS de VIGO sur soie, contre **Syphilides.**
EMPLATRE OXYDE de ZINC, contre l'**Eczéma.**
EMPLATRE à l'HUILE de CADE, au **SALOL,** etc.

Employés avec succès à l'hôpital St-Louis.

48

Crayons intra-utérins.
—
Bougies uréthrales.
—
Suppositoires.
—
Balles rectales contre la constipation.



22

HAMAMELINE-ROYA

Principe actif de l'HAMAMELIS-VIRG :

HÉMORRAGIES, PHLÉBITES, HÉMORROÏDES, VARICES, MÉTRITES, ETC. — *3 cuillerées à soupe par jour.*
Phie LACHARTRE, 19, rue des Mathurins, Paris.

44

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1o Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;

2o Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;

3o Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

99

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE

Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

PRIX du flacon : **4** francs.
DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

11

CHLORÉTHYLE BENGUÉ

3f50



Médecins, 2f75

ANESTHÉSIE LOCALE — NÉVRALGIES

Dr BENGUÉ, phien, 34, rue La Bruyère, Paris.

27

AVANTAGES RÉELS

DE

L'ÉMULSION SCOTT

à l'HUILE de FOIE de MORUE
et aux HYPOPHOSPHITES de CHAUX et de SOUDE
sur l'Huile de foie de morue simple et ses similaires.

De nombreuses expériences, faites par MM. les Docteurs, ont prouvé que **L'ÉMULSION SCOTT,** prise à même dose que l'huile simple, **est deux fois plus efficace que celle-ci.** Son mode de préparation évite aux organes digestifs affaiblis la plus grande partie du travail nécessaire à l'accomplissement de leurs fonctions. **Elle est d'un goût agréable,** facile à digérer et très assimilable, même en été, époque à laquelle l'huile devient absolument intolérable.

La combinaison des *Hypophosphites,* de la *Glycérine* avec l'*Huile de foie de morue,* sous forme d'**ÉMULSION SCOTT,** fournit une préparation hygiénique, blanche, d'une puissance merveilleuse pour combattre les affections **scrofuleuses,** la **Phtisie à ses débuts,** le **Rachitisme,** le **Lymphatisme,** etc.

Elle a été expérimentée avec succès dans la plupart des *hôpitaux* : à *Paris* : à l'*Hôpital Cochin,* clinique du Dr Dujardin-Beaumetz; *Hôtel-Dieu,* Dr Lancereaux; *Hôpital des Enfants,* Dr Jules Simon et Dr Descroizilles; *Hôpital Tenon,* Dr Cuffer et Dr Brand; *Hôpital Trousseau,* Dr Sevestre et Dr Moizard; *Hôpital de Villepinte,* Dr Gouel, etc., etc.

Envoi d'échantillons sur demande à MM. les Docteurs.

J. DELOUCHE et Cie, pharmacien de première classe, 2, place Vendôme, PARIS.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 20 novembre 1893.

Au moment où l'hiver revient avec sa température inclémente, les malheureux infirmes se pressent en foule pour réclamer leur admission dans les hôpitaux, demandant un soulagement à leurs maux, mais surtout un asile et du pain. Ils ne comprennent pas, les pauvres déshérités, que l'hôpital est autre chose qu'un simple asile. Ils souffrent, ils ont froid et faim, et par centaines ils se pressent dans la vaste salle qui sert d'entrée au Bureau central des admissions. Parmi eux, il en est un grand nombre porteurs de lésions incurables ou lentes à guérir, qui ont réellement droit aux soins médicaux ou chirurgicaux. Mais leur admission ne peut être maintenue parce que les salles d'hôpital sont encombrées et que le nombre de lits disponibles est bien inférieur au nombre des admissions.

Il y a une semaine à peine un pauvre malade, porteur d'abcès variqueux, était renvoyé de l'hôpital ; il errait pendant trois jours sans asile, sans nourriture et venait tomber d'inanition à la porte de l'hôpital d'où les nécessités du service l'avaient si impitoyablement chassé. Ce fait n'est malheureusement que trop fréquent. Le nombre des lits, qui suffit à peine en été, ne suffit plus en hiver, et dès les premières semaines de novembre il existe dans les salles près de 1500 lits supplémentaires.

Comment remédier à cet état de choses? Créer un plus grand nombre de lits serait le remède le plus efficace, mais trop onéreux pour les charges déjà si lourdes de l'Assistance publique. Il y a, pour arriver au même but, deux moyens, aussi simples et moins coûteux, ce sont : l'extension du service des secours à domicile et la réorganisation des consultations faites à l'entrée de nos hôpitaux.

De l'aveu de tous, et l'Administration ne l'ignore pas, la plupart des consultations externes sont insuffisamment faites, mal faites ou non faites. Nous avons déjà, dans un précédent article, montré ce que la pratique actuelle avait de défectueux à cet égard.

Le débat a été ouvert sur ce point dans la presse médicale, au sein du Conseil municipal et du Conseil de surveillance, mais depuis, le silence s'est fait. La question, comme bien d'autres, est enterrée pour longtemps, peut-être à jamais. Or, une meilleure direction donnée au service des consultations diminuerait, dans une notable proportion, le nombre des malades hospitalisés. Combien de malades entrent et séjournent dans les salles, parce qu'il est impossible, à la consultation externe, telle qu'elle fonctionne, de leur donner des soins suffisants ? Combien de petites opérations pourraient être pratiquées, sans que les malades entrent à l'hôpital ?

A l'étranger, c'est par milliers que se pratiquent les opérations à la consultation externe, où tout est préparé à cet effet : ablation de lipomes, de tumeurs adénoïdes du sein, de kystes sébacés, sutures tendineuses, sutures cutanées, plaies de toute nature, appareils plâtrés, application de bandages, etc.

Les journées hospitalières pourraient être, de la sorte, réservées uniquement à ceux pour lesquels le séjour à l'hôpital est rigoureusement indispensable. A cause de ce fonctionnement défectueux du service des consultations, on hospitalise nombre de malades qu'on pourrait soigner aussi bien, et à moins de frais, en dehors de l'hôpital, et si le service des secours à domicile était réorganisé parallèlement à celui des consultations, le nombre des hospitalisés diminuerait de plus d'un tiers. Mais alors pourquoi ne pas faire cette réforme, si simple *a priori*, pourquoi ne pas imiter ce que certaines institutions privées font en France, ce que font toutes les Universités étrangères ? Pourquoi la consultation externe n'est-elle pas une véritable policlinique autonome ? La réforme serait facile, peu coûteuse, mais elle entraînerait la protestation de nombre de chefs de service, et peut-être de ceux-là surtout qui se déchargent sur leurs élèves du service de la consultation.

Le domaine des *phobies* vient de s'enrichir d'une nouvelle espèce, la *basophobie*, présentée par M. le professeur Debove à la Société médicale des hôpitaux (séance du 17 novembre 1893). Il s'agit d'une affection caractérisée par l'impossibilité absolue de marcher et même de se tenir debout, bien qu'il n'existe ni atrophie, ni paralysie proprement dite, et que la force musculaire soit parfaitement conservée dans les deux membres inférieurs. Les malades n'ont ni tremblement, ni oscillations rythmiques ; ils craignent simplement de s'appuyer sur le sol, et, dès qu'on les oblige à le faire, ils sentent leurs jambes se dérober sous eux. Cette crainte, toutefois, ne s'accompagne pas d'angoisse, comme l'agoraphobie ; elle a quelque chose de tout à fait spécial, qui fait

de la basophobie une variété à part, entre l'astasie-abasie et l'agoraphobie. M. Debove en a observé deux cas; il a trouvé d'autres faits analogues qui ont été signalés par M. Séglas, M. Bouveret (de Lyon) et un auteur allemand.

M. Séglas fait observer que son malade présentait une angoisse semblable à celle des autres phobies. Il croit d'ailleurs que les troubles de ce genre peuvent présenter des modalités très différentes, suivant qu'ils sont liés à l'hystérie, à la vésanie ou à la neurasthénie, ce qui expliquerait, à son avis, les variétés si diverses que l'on rencontre dans les phénomènes de ce genre, depuis l'astasie-abasie jusqu'à l'agoraphobie.

M. Rendu, M. Sevestre ont cité des faits qui se rapprochent de ceux qu'a observés M. Debove. M. Ballet a vu un malade qui présentait des troubles analogues intéressant tous ses muscles. L'idée d'exécuter le moindre mouvement des jambes, des bras ou de la tête, lui causait une véritable angoisse.

Il y a là, sans doute, encore de nouvelles chances d'accroissement pour les phobies.

Les récentes recherches de Lenhonek, de Golgi, de Ramon y Cajal, sur l'histologie du système nerveux, avaient démontré qu'il existe dans la substance grise de la moelle de nombreuses cellules qui occupent la partie moyenne et même les cornes postérieures. Ces cellules, dites *cellules des cordons*, sont en effet, en rapport avec presque tout le faisceau antéro-latéral, dans lequel elles envoient leurs prolongements. Or, M. Marie vient d'observer que dans la sclérose latérale amyotrophique, les lésions ne sont pas limitées aux cornes antérieures de la substance grise, mais s'étendent à la partie moyenne et aux cornes postérieures. Les prolongements de ces cellules expliquent sans doute l'association des lésions du faisceau antéro-latéral à celles de la substance grise. Et M. Marie incline à penser que l'altération des cellules est primitive et provoque la sclérose du faisceau antéro-latéral. Bien que M. Marie ait trouvé lui-même autrefois des corps granuleux sur tous les cordons blancs, depuis le cerveau jusqu'à l'extrémité de la moelle, beaucoup d'auteurs n'ont pas rencontré ces lésions au-dessus du bulbe, et on a signalé, depuis longtemps, la prédominance très marquée de la sclérose au-dessous du bulbe. L'interprétation de M. Marie semble donc très légitime, et ses recherches apportent à l'anatomie normale l'appui de l'anatomie pathologique, conformément aux traditions qui ont valu tant de succès à l'École de la Salpêtrière.

M. Le Gendre avait déjà appelé l'attention de la Société sur deux cas d'érythème scarlatiniforme desquamatif, survenus au cours de la fièvre typhoïde, dans une salle de son service, à l'hôpital Saint-Antoine. Il a observé un nouvel exemple de cette complication, encore chez un typhoïdique, et plus récemment, *dans la même salle*, un quatrième cas chez un malade atteint de mal de Bright et d'ulcère variqueux. Aucun de ces malades n'avait pris un médicament quelconque : mercure, salol, antipyrine, chloral, sulfate de quinine, etc., que l'on pût incriminer comme cause de l'éruption.

M. Le Gendre, frappé de la succession, dans la même salle, de ces quatre cas d'une maladie réellement assez rare, s'est demandé s'il ne s'agissait pas d'une contagion spéciale.

Le docteur Savill, médecin de l'infirmerie de Paddington, a publié, en 1892, l'observation d'une véritable épidémie d'érythème desquamatif, avec chute des poils, des cils, etc., et il a constaté, dans les squames, la présence d'un diplocoque auquel il attache une certaine importance.

Les recherches bactériologiques de M. Le Gendre lui ont fait découvrir, dans un cas, le coli-bacille, mais, dans les autres observations, il n'a constaté aucun microbe spécial.

Il semble néanmoins qu'il y ait plus qu'une simple coïncidence dans la réunion de ces faits, et il est probable qu'on peut les rapporter à la contagion, bien qu'elle ne soit pas démontrée là. Il sera néanmoins prudent, en pareil cas, d'appliquer une antisepsie rigoureuse, en isolant les sujets et en assurant la désinfection de tous les objets propres à transporter l'affection.

Le prix Blachez (Hygiène de l'enfance) avait provoqué l'envoi, à la Société, de plusieurs bons travaux sur « l'allaitement artificiel ». Dans son rapport présenté au nom de la Commission, M. Comby classe en première ligne le mémoire de M. le docteur Lesage (de Paris) et en seconde ligne, celui de M. le docteur Icard (de Marseille). Les conclusions du rapport seront discutées dans la prochaine séance.

Suivant notre coutume, nous allons résumer brièvement la séance de la Société de dermatologie et de syphiligraphie (16 novembre), en insistant surtout sur ce qui peut intéresser la majorité de nos lecteurs, et en laissant de côté ou en ne faisant que signaler sommairement les communications qui sont d'une nature trop spéciale. En restreignant ce compte rendu, il reste encore — on a pu s'en apercevoir — beaucoup de choses à glaner dans les travaux de cette active Société, la plus active peut-être des Sociétés médicales de France.

La rentrée a eu lieu en réalité le jeudi 9 novembre, mais la séance a été levée en signe de deuil après que le vice-président, M. E. Besnier, eût fait part de la mort de M. Ch. Lailler. C'est, avec lui, le troisième de ses présidents ou anciens présidents que la Société de dermatologie a perdu depuis près d'un an : en effet, Hardy et Vidal en avaient été tous les deux présidents, le second même n'avait pas pu prendre possession du fauteuil occupé avant lui par M. Lailler.

M. Brocq présente un cas de *lupus érythémateux généralisé*, qui a été sensiblement amélioré par le phosphore donné à l'intérieur. La malade prenait ce médicament de la façon suivante : 1 partie d'huile phosphorée au 1/1000e, 9 parties d'huile de foie de morue. Deux cuillerées à bouche du mélange par jour.

Le phosphore ne serait cependant pas un spécifique du lupus érythémateux, car M. Quinquaud l'a administré dans un cas sans obtenir aucune amélioration.

M. Besnier a employé également le phosphore, non contre le lupus érythémateux, mais contre d'autres dermatoses. Dans le psoriasis, non seulement il n'a pas amélioré la maladie cutanée, mais il a eu des accidents sérieux de cystite et une éruption bulleuse qui l'ont fait battre en retraite. Le phosphore, donné au maximum à la dose d'un milligramme et demi, a beaucoup mieux réussi dans un cas de xanthome généralisé.

La *dermatite de Duhring* est une affection chronique de la peau que caractérisent le prurit qui le précède et l'accompagne, ses poussées successives, son polymorphisme et ses éruptions bulleuses. Chose curieuse, il en est présenté trois cas à la Société, deux par MM. Fournier et Wickham, l'autre par M. Audry (de Toulouse), et, dans les trois cas, la maladie a débuté à la suite d'une vive émotion.

C'est à une vive émotion encore qu'il faut attribuer la survenue d'un cas de *purpura généralisé* observé, dans le service du professeur Fournier, par M. Gaston. Les cas de ce genre sont bien faits pour mettre en relief l'influence du système nerveux et de la névropathie dans la pathogénie de certains faits de purpura. Dans le cas présent, il y avait eu, sur les bords de la langue, des lésions hémorragiques qui donnaient tout à fait l'idée d'une tumeur érectile.

M. Thibierge présente un malade atteint de *psoriasis*, qui s'est développé en bandes allongées au membre supérieur et à la jambe, dans une direction et un emplacement tels qu'elles paraissent correspondre au territoire des branches nerveuses, émanées les unes du nerf musculo-cutané, les autres du nerf saphène interne. A ce propos, M. du Castel fait voir une femme qui, à la suite d'une chute d'omnibus, présente une éruption lichénoïde allongée, paraissant suivre, dans leur direction et leur répartition, le trajet de filets du cubital.

M. Fournier a vu des syphilides se reproduire avec ténacité sur un membre inférieur atteint de phlébite. M. Wickham présente un malade dont l'eczéma, aux avant-bras, paraît être aussi réparti suivant les territoires de distribution des nerfs.

M. Brocq fait une intéressante communication à laquelle il donne le titre de *méthode graphique en dermatologie*. Il cherche à montrer aux yeux, par un schéma, comment, en prenant pour type la maladie de Duhring dont nous nous avons tout à l'heure parlé, et en partant des causes pathogéniques, on aboutit à des variétés cliniques différentes. La caractéristique de ce système philosophique est de tenir compte des cas hybrides, des faits de passage. Le travail de M. Brocq est trop abstrait pour que nous puissions en donner une analyse suffisante après une seule audition, mais nous devons dire que cette idée de tenir compte des faits de passage nous séduit beaucoup. On a jusqu'ici, soit par l'observation clinique, soit par l'étude anatomique, séparé en pathologie des types qu'on a essayé autant que possible de nettement circonscrire et d'individualiser. Tout cela est utile, indispensable, mais artificiel. Les types pathologiques, si vrais qu'ils soient, ne sont que des maxima ; à côté, il y a des faits de passage qui relient ces maxima entre eux, et dont il importe de tenir compte si l'on veut avoir une idée plus exacte de la réalité des choses. Il ne faut pas, dans une chaîne de montagnes, ne tenir compte que des sommets détachés.

Signalons sans y insister, à cause de leur caractère trop spécial, des communications : de M. Julien, sur la dermatite de Duhring; de MM. Tennesson et Danseux, sur un cas de xeroderma pigmentosum; de M. Hallopeau, sur un cas de pityriasis rubra pilaris.

M. Moty (du Val-de-Grâce) fait voir des préparations microscopiques de filaire de sang.

ORIGINE DE LA DOCTRINE MICROBIENNE (1)

Par M. le docteur Alphonse Guérin,
Membre de l'Académie de médecine, chirurgien des hôpitaux.

Je viens aujourd'hui faire acte de contrition. Au dîner de notre cinquantenaire, mon ami Verneuil m'a reproché d'avoir abandonné la Société de chirurgie; je tiens à dire pourquoi : il aurait eu raison de me faire sentir sa férule si j'étais, comme lui, doué d'un savoir exubérant qu'il est utile de répandre. Malheureusement, il n'en est pas ainsi, et je crois que notre Compagnie n'a pas besoin de moi pour continuer l'œuvre de progrès à laquelle collaborent de jeunes chirurgiens à qui je n'ai pas grand'chose à apprendre.

M. Verneuil m'eût peut-être pardonné s'il avait su que le vieux chirurgien qu'il réprimandait rend hommage à la Société en allant à l'hôpital demander à quelques-uns de ses membres de lui apprendre à pratiquer, par les nouveaux procédés, la cure radicale des hernies, l'hystérectomie par morcellement, etc. : on apprend ainsi à juger et à opérer plus sûrement qu'en entendant des discours.

Les vieux, toujours tentés de croire qu'ils ont dit le dernier mot de la science, sont disposés à juger sévèrement les vérités nouvelles. Si je m'étais contenté de venir ici, j'aurais peut-être cru que la cure radicale des hernies ne peut pas être pratiquée plus heureusement que par le procédé de Gerdy, que j'avais abandonné après un insuccès.

Combien je regretterais d'avoir pris la parole ici avant d'être éclairé!

J'aurais pu ne pas être indulgent pour les chirurgiens qui pratiquent l'hystérectomie par morcellement, et maintenant je crois qu'un chirurgien n'a pas besoin d'une grande habileté pour pouvoir, sans imprudence, tenter ces opérations.

J'espère que la Société voudra bien admettre les circonstances atténuantes que je viens d'invoquer.

Je lui demande maintenant la permission de traiter un point d'histoire de la médecine qui, peut-être, n'est pas suffisamment connu, bien que j'aie dit, déjà plusieurs fois, à l'Académie où je n'ai pas trouvé de contradicteurs, tout ce que je vais répéter. Personne n'est aussi mal doué que moi sous le rapport de la vulgarisation d'une idée. Jugez-en : ce que je vais vous dire a été aussi exposé par moi dans une conférence aux Dames françaises, société devant laquelle, peu de jours avant moi, M. Pasteur avait charmé son auditoire.

Un de mes élèves, M. Lemittouard, jeune médecin militaire, réclamait en ma faveur, dans une thèse soutenue à Lyon il y a deux ans, la part qui me revient dans la chirurgie aseptique et antiseptique. Mais comme mes prétentions n'ont pas trouvé de contradicteurs, je crains qu'elles ne soient pas arrivées jusqu'à vous.

Vous devinez bien que c'est de l'origine du pansement ouaté que je veux vous entretenir. Soyez indulgents; je suis arrivé à cet âge maudit où l'on ne craint pas de se répéter au risque de ne pas être amusant. Pensez aussi que, en me répétant, je ne fais que me dédommager d'un silence que, plus d'une fois, j'ai eu l'occasion de rompre.

Dès 1847, je combattais la doctrine qui, depuis les travaux de Dance, attribuait les abcès métastatiques à l'inflammation des veines. Pour moi, cet accident, que nous observions tous les jours, était la conséquence de l'empoison-

(1) Communication faite à la Société de chirurgie, dans sa séance du 15 novembre 1893.

nement des blessés par les émanations des plaies, que j'appelais *miasmes*, substance qui, disais-je, n'est ni visible, ni tangible. Je comparais ces miasmes à ceux qui engendrent la fièvre paludéenne produite par les émanations de matières végétales en putréfaction, tandis que ces émanations proviennent de putréfaction animale, dans le cas d'infection purulente.

Malgré l'opposition que j'avais rencontrée, je combattais toujours la doctrine de la phlébite, à laquelle j'opposais celle de l'origine miasmatique, quand, en 1868 et 1869, j'eus l'occasion de soutenir mes opinions devant l'Académie de médecine, où, je dois l'avouer, je ne trouvai que des opposants.

La guerre de 1870 ayant éclaté, nous eûmes la douleur de voir mourir tous les blessés qui étaient soignés dans une salle d'hôpital.

Ma doctrine des miasmes, dans le cas d'encombrement de force majeure, n'aboutissait à aucune méthode thérapeutique, malgré les grands soins de propreté qui ont toujours été une de mes plus vives préoccupations.

A force de méditer sur les causes de nos désastres, j'eus la pensée que les corpuscules, que M. Pasteur avait découverts dans l'atmosphère, et qu'il avait comparés au ferment de la bière, pourraient bien être les agents que, jusque-là, j'avais appelés miasmes.

Déjà Trousseau en avait eu l'idée, et Dibos, un de mes élèves, qui fit en 1868, sous mon inspiration, une thèse sur l'infection purulente, avait cité une phrase très significative de ce maître éminent.

Non seulement M. Pasteur avait découvert les corpuscules de l'air, il avait, de plus, trouvé le moyen de les emprisonner dans le coton dont il s'était servi dans ses expériences pour combattre la doctrine de la génération spontanée. Je fus donc très heureux de pouvoir dire que les travaux de M. Pasteur m'avaient guidé pour la confection du pansement ouaté.

S'il avait eu quelques notions de médecine, il eût peut-être deviné que, parmi ces corpuscules, il y en a qui sont capables d'engendrer des maladies. Il n'y avait pas pensé, lorsque j'allai lui exposer la doctrine que je professais sur la production de l'érysipèle et de l'infection purulente. Il ne savait pas bien de quels accidents des blessés je l'entretenais, mais quand je lui eus fait comprendre que les corpuscules de l'air auxquels il avait attribué la fermentation, pouvaient, dans certaines circonstances, acquérir des propriétés nocives capables de tuer les blessés entassés dans des salles de chirurgie, après m'avoir exprimé son étonnement, il me demanda où il pourrait voir cela.

Je n'étais pas allé le trouver, en supposant qu'il avait quelque connaissance sur un sujet qui n'avait cessé de me préoccuper depuis 1847; mais, comme la doctrine que je soutenais à l'Académie n'était admise par personne, j'avais demandé à Wurtz, qui en avait compris l'importance, de m'indiquer un savant ayant une grande autorité, qui pût contrôler les faits sur lesquels je m'appuyais.

Je soutenais que lorsque, à l'aide du coton filtrant l'air d'une salle où régnait l'infection purulente, on empêchait les corpuscules de l'air d'arriver sur les plaies, le pus ayant stagné pendant plusieurs semaines sous le pansement, ne contenait pas les vibrions qui existent en quantité innombrable dans le pus ordinaire, même quand il n'a été exposé à l'air que pendant un temps très court.

Je m'appuyais déjà sur deux savants de premier ordre, MM. Hayem et Renaut (de Lyon), qui, en 1871, avaient constaté la vérité de mes assertions; mais comme ils n'avaient pas alors l'autorité qui s'attache maintenant à leurs travaux, je cherchais un savant dont l'opinion s'imposerait.

Wurtz m'indiqua d'abord Sainte-Claire-Deville. Mais, après réflexion, il me dit : C'est Pasteur qui étudierait cette question avec le plus d'intérêt, malheureusement il est paralysé. Quinze jours plus tard, me retrouvant avec Wurtz au Conseil de l'Assistance publique, il m'engagea à aller voir M. Pasteur dont la santé se rétablissait.

Je vous ai dit l'étonnement de cet illustre savant, quand je lui exposai la doctrine qui, plus tard, fut appelée la doctrine microbienne.

M. Hayem avait constaté quelques rares vibrions (c'est, je crois, ainsi qu'on appelait les microbes à cette époque), dans le pus d'un blessé. Renault n'en avait pas trouvé dans celui qui fut soumis à son examen, tandis que l'un et l'autre les voyaient grouiller dans le pus ordinaire. M. Pasteur et M. Gayon, son préparateur, étant venus à l'Hôtel-Dieu, constatèrent que le pus de mes blessés était parfaitement pur.

M. Gayon, qui venait de faire pour le doctorat ès sciences un travail sur l'examen microscopique du contenu des œufs conservés, déclara que le pus de mes blessés ressemblait à ce qu'il avait vu dans les œufs. Dans les deux, il voyait des cristaux, et la partie liquide était tranformée en une émulsion graisseuse.

M. Pasteur me parut très impressionné par cet examen qu'il voulut bien renouveler pendant deux ans, lorsque je dépansais mes malades. Je crois que, dès cette époque, il eût adopté la doctrine de la production des maladies par les corpuscules animés qu'il avait comparés au ferment de la bière, si les discussions à l'Académie de médecine et les conversations qu'il avait avec Gosselin ne l'avaient pas un peu ébranlé.

Il était pourtant bien près d'accepter mes idées, lorsque le malheur voulut qu'une Commission de l'Institut, composée de MM. Larrey, Pasteur et Gosselin, vint, en 1874, à l'Hôtel-Dieu pour contrôler de nouveau l'état du pus de mes blessés.

A ce moment, je n'avais dans mes salles qu'un malade pansé à l'ouate, je le fis descendre à l'amphithéâtre.

Je crois que M. Kirmisson était à cette époque un des internes de mon service. Malheureusement, ce n'était pas lui qui avait fait le pansement. Quand on enleva la ouate, nous découvrîmes un membre noir de cambouis et de toute espèce de saletés. J'aurais dû ne pas consentir à ce que l'on examinât le pus de ce blessé qui, étant entré le soir à l'hôpital, avait été pansé par un élève de garde, qui ne se doutait pas des lavages antiseptiques auxquels je soumettais les malades avant d'appliquer le coton et les bandes.

C'est ce malade qui a fait dire et répéter par Gosselin que le pus de mes blessés contenait des microbes.

Malgré mes protestations, M. Pasteur fut impressionné par Gosselin qui, chargé du rapport de la Commission du prix Montyon, soutint que, si mon pansement était utile, la doctrine sur laquelle je l'étayais n'était pas fondée. Bien que l'Institut m'eût accordé le prix, Gosselin triomphait; il avait fait admettre que ce ne sont pas les corpuscules émanant des plaies qui donnent lieu à l'infection purulente. Il triomphait doublement parce que, disait-il, M. Pasteur ne m'avait pas défendu. Jusqu'à sa mort, il n'a cessé de me le répéter.

J'ai déjà dit cela à l'Académie et dans plusieurs publications, sans que l'on ait cherché à rectifier cette assertion. Je l'ai regretté.

Je n'aurais pas eu de peine à démontrer que M. Pasteur, cet illustre savant pour qui personne n'a plus d'admiration que moi, n'admettait pas encore la doctrine microbienne lorsqu'il publia son livre sur la bière, qui porte la date de 1876.

Après avoir rappelé les travaux remarquables de Davaine, ceux de Coze et Feltz, et reproduit une lettre que Lister lui écrivit en 1874, voici ce qu'il dit de moi, avant de parler de M. Déclat :

« Le pansement ouaté de M. le docteur Alph. Guérin, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris, pansement qui a rendu déjà de grands services à la chirurgie et qui a été l'objet d'un rapport très favorable à l'Académie des sciences, a été imaginé par son auteur à la suite des réflexions que lui avait suggérées la lecture de mes recherches. La Commission chargée du rapport a fait, par l'organe de M. Gosselin, de sages réserves au sujet des idées théoriques de l'auteur, par la raison que M. Alph. Guérin ne les avait pas suffisamment établies expérimentalement; mais je ne doute pas que, le jour où l'on abordera cette démonstration, les faits confirmeront la vérité et la fécondité des vues du chirurgien de l'Hôtel-Dieu. »

Vous avez bien entendu, et tous ceux qui ne liront que le premier paragraphe, disant que mon pansement a été imaginé à la suite des réflexions que m'avait suggérées la lecture des recherches de M. Pasteur, croiront que M. Pasteur avait déjà formulé quelque chose ressemblant à l'ébauche d'une doctrine de la génération des maladies et que je n'ai fait que l'adopter. C'est pour cela que l'on ne parle que de mon pansement et que l'on ne dit jamais la part que j'ai prise à la doctrine qui a révolutionné nos idées en médecine.

Si vous relisez avec attention le second paragraphe où il est question des sages réserves au sujet de mes idées théoriques, vous comprendrez que M. Pasteur, que l'on représente toujours comme l'auteur des progrès de la chirurgie, n'était pas encore acquis à ma doctrine en 1876.

Si je n'étais pas allé le chercher pour vérifier les faits sur lesquels elle s'appuie, il n'aurait probablement jamais eu la pensée de faire les travaux qui ont immortalisé son nom. La rage, l'atténuation des virus n'auraient pas été étudiés, et ce serait un grand malheur pour notre pays; je devrais dire par le monde entier.

Il a raison quand il dit que ses recherches m'ont suggéré la pensée de la doctrine de l'empoisonnement des plaies et du sang par les corpuscules qu'il avait vus dans l'air. Mais de ce qu'il nous avait appris leur rôle dans la fermentation, il ne résulte pas de cette notion qu'il avait pensé que ces corpuscules peuvent, dans certaines conditions, engendrer des maladies.

Lavoisier avait reconnu que l'oxygène existe dans l'air, et personne ne pense à lui attribuer le mérite d'avoir indiqué que ce gaz peut être employé efficacement en médecine.

J'ai, il est vrai, utilisé le filtrage de l'air par le coton, mais ni le filtrage de l'air, ni la notion de ferments dans l'air ne peuvent être invoqués pour attribuer à un autre que moi l'origine de la doctrine microbienne.

Si M. Lister reconnaît avoir été influencé par les travaux de M. Pasteur, il ne peut pas l'avoir été par sa doctrine microbienne, puisque, en 1874, époque où il écrivait à M. Pasteur, notre illustre compatriote ne l'avait pas encore acceptée.

Que l'on dise que j'ai utilisé pour le pansement ouaté la découverte des corpuscules animés de l'air et le filtrage par l'ouate, je l'ai reconnu et proclamé ; mais si je suis toujours convaincu que mon pansement a des qualités incontestables qu'il doit au filtrage de l'air, à l'immobilisation des parties dont on veut obtenir la réunion, à l'ischémie par la compression, à l'incubation, je tiens encore plus à la doctrine qui me l'a inspiré. Elle est née dans mon esprit par la méditation, et je tiens à redire qu'à l'époque où je la conçus elle était la suite de la doctrine des miasmes, que dès 1847 j'avais soutenue dans ma thèse inaugurale. Quand je soutins que les accidents auxquels succombaient les blessés des salles de chirurgie sont la conséquence de l'absorption des corpuscules de l'air devenus malfaisants dans un milieu de purulence, si M. Pasteur n'avait pas pensé que cela pût être, c'est qu'il ignorait l'existence de l'infection purulente.

J'ai tenu à redire cela ici pour qu'une sorte de légende n'empêche pas de reconnaître ce qui m'appartient. Je tiens aussi à rappeler que la compression élastique, qui joue un si grand rôle dans la confection d'un bon pansement ouaté, avait été utilisée avant moi par M. Burggraeve (de Gand); je tiens d'autant plus à lui rendre cette justice, qu'il a recherché toutes les occasions d'attaquer mon pansement dans son journal.

Je veux encore, en finissant, rappeler que, dans une des deux notes lues à l'Institut au mois de mars 1874, je prévoyais l'avenir réservé à la doctrine microbienne : « Si cette doctrine est vraie, disais-je, pourquoi ne pas demander au microscope le secret de toutes les affections septicémiques ? » Depuis cette époque, cette vue de l'esprit s'est grandement réalisée.

Je profite de l'occasion pour déposer à la bibliothèque mes deux notes lues à l'Institut, qui n'existeraient pas si je n'avais pas suivi les conseils de mon ami Verneuil qui me reprochait de ne pas prendre date.

VARIÉTÉS

A propos de Souberbielle.

M. le docteur Berchon (de Bordeaux) a eu la gracieuseté de nous communiquer la lettre suivante qui lui avait été adressée par M. le docteur Garat. Nos lecteurs rapprocheront avec intérêt cette lettre de l'étude récemment consacrée à Souberbielle par M. le docteur Cabanès.

Bordeaux, le 9 novembre 1893.

Cher confrère et ami,

Je vous remercie d'avoir songé à me communiquer l'article de M. Cabanès sur Souberbielle. La *Gazette des hôpitaux* a éveillé en moi un souvenir de prime jeunesse, et peut-être trouverez-vous, avec votre indulgence habituelle, quelque intérêt à le lire.

J'avais vingt et un ans, j'arrivais de Bordeaux où j'avais été bien jeune interne de l'hôpital Saint-André, lorsque je me rendis à Paris pour compléter mon instruction médicale et subir mes examens de doctorat.

Mon oncle, neveu de Garat, ministre sous la Convention, frère de Garat le célèbre chanteur, et bon chanteur lui-même, mais devenu sur le tard percepteur à Vaugirard, me recevait à dîner tous les mercredis.

La première fois que je m'y rendis, frais émoulu de ma pro-

vince, Bordeaux l'était alors, je me trouvai à table avec un vieillard plus que septuagénaire, petit, vif, alerte, vigoureux encore, et qui me traita de suite comme un Garat, avec la plus parfaite cordialité : « Vous êtes un futur confrère, dit-il, moi je suis le neveu du frère Côme ». La conversation s'engagea, malgré ma timidité relative, et je fus étonnamment surpris du prodigieux accent de Souberbielle, il habitait Paris depuis soixante ans et gasconnait comme on ne le faisait plus depuis longtemps dans le Gers. J'étais tout yeux et tout oreilles, mais oreilles choquées malgré ma récente arrivée du Midi.

« Oui, june hôme, disait-il, Roubespierre a été moun ami et je m'en fais gloire et honneur, je l'ai dit à Mousieu dé Lamartine qui l'a mis dans son ouvrage des Girondins. »

Mais Robespierre, hasardai-je avec hésitation, s'est conduit en scélérat, s'est noyé dans le sang.

« Ah! june hôme! (toujours avec le même accent et la même chaleur) un homme de sang, lui, le plus probe des citoyens, un brave homme, un homme de sang, jamais. Écoutez ceci : Henriot, son ami, bon citoyen courageux et convaincu, vint trouver Roubespierre et lui dit : Pour en finir d'un seul coup il faut faire tomber cent mille têtes!... Que fit Roubespierre, il fit guillotiner son ami Henriot! et vous me direz après ça que c'était un homme de sang! »

Souberbielle ne me raconta jamais qu'il avait été un des juges de Marie-Antoinette, son âge, son mérite chirurgical ne m'eussent pas empêché de le maudire, aujourd'hui encore j'en frémirais peut-être davantage.

Et pourtant il ne faut pas mesurer les convaincus de cette terrible époque avec tant de républicains de nos jours.

Pourtant je m'étonne que M. de Ségur, de noble famille, ait pu dire à Souberbielle :

Faire *le bien* est votre unique affaire, etc.

Je connaissais le quatrain et vous l'aurais rappelé, si je ne l'avais trouvé en note dans l'article de M. Cabanès.

J'en pourrais dire plus long sur Souberbielle, notamment qu'il racontait qu'à quatre-vingt-cinq ans il portait lui-même ses malades d'un lit à un autre, après les avoir taillés *supérieurement*.

Mais mon confrère ne m'a laissé rien d'intéressant à grappiller.

Bien à vous de sincère affection,

GARAT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 16 novembre 1893, M. Landouzy, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de thérapeutique et matière médicale à la Faculté de médecine de Paris.

— Par décret, en date du 15 novembre 1893, ont été promus dans le corps de santé militaire et, par décision ministérielle du même jour, ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin-major de première classe. — M. le médecin-major de deuxième classe Brousses, en remplacement de M. Bonnefoy, décédé, maintenu à son poste de répétiteur à l'École du service de santé militaire.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Cherpitel, en remplacement de M. Jacquemin, démissionnaire; désigné pour le 35e d'infanterie; — Marcus, en remplacement de M. Brousses, promu; maintenu à son poste de surveillant à l'École du Val-de-Grâce.

— Par décision ministérielle du 15 novembre 1893, ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins-majors de première classe Caillet, pour l'emploi de médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Dijon; — Quivogne, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Audet, pour l'hôpital militaire de Bourges; — Camus (F.-L.-A.), pour le 36e d'artillerie; — Perrin (A.-G.-M.), pour le 1er zouaves; — Cabanié, pour le 45e d'infanterie; — Mestrude, pour le 4e zouaves; — Ravenez, pour les hôpitaux militaires de la brigade d'occupation de Tunisie; — Bergounioux, pour le 80e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Chavier, pour le 29e d'infanterie; — Lacronique, pour l'Hôtel des Invalides; — Rivière (J.), pour le 4e bataillon d'infanterie légère d'Afrique; — de Casaubon, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Marignac, pour le 99e d'infanterie.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Vallet, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Grenoble.

— Par décision ministérielle, en date du 17 novembre 1893, M. Comte (A.-P.-A), médecin-major de première classe au 20e d'infanterie, a été affecté au 126e de même arme, par permutation avec M. le médecin-major de première classe de Ferré.

— Par arrêté ministériel du 14 novembre 1893, un concours s'ouvrira le 3 mai 1894 devant la Faculté de médecine de Toulouse pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'École de médecine de Clermont.

— Les médecins auxiliaires de réserve appartenant aux classes appelées en 1894, dans les corps auxquels ils sont affectés seront convoqués aux mêmes dates que les autres réservistes de ces corps et par ordre individuel.

— *Concours de l'externat.* — Question donnée : Artères de l'avant-bras.

— *Hôpitaux de Grenoble.* — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations de MM. Baurand, Frappaz et Boccard.

— *Hôpital de Versailles.* — Un concours pour trois places d'interne en médecine s'ouvrira à l'hôpital-hospice de Versailles, le 21 décembre 1892, à neuf heures du matin.

Pour tous renseignements, s'adresser au directeur de l'hôpital de huit heures du matin à deux heures du soir.

— L'époque du Congrès de Rome est fixée à la semaine de Pâques, et aura lieu du 27 mars au 5 avril 1894.

— M. le docteur Galezowski a repris son cours annuel d'ophtalmologie et ses conférences cliniques sur les maladies des yeux à sa clinique, 41, rue Dauphine, aujourd'hui lundi, 20 novembre, à deux heures et demie, et le continuera les lundis suivants, à la même heure.

Ses leçons comprendront l'étude de la thérapeutique et de la chirurgie oculaires.

Opérations : les lundis, les mercredis et les vendredis, à trois heures.

Examen ophtalmoscopique : les jeudis, à trois heures.

Réfraction : leçons les mardis à deux heures. Chaque samedi, M. le docteur Rémy fera un cours sur le strabisme et les paralysies musculaires.

Démonstrations microscopiques tous les vendredis, par M. le docteur Ségall.

— CHEMIN DE FER D'ORLÉANS. — *Voyages dans les Pyrénées.* — La Compagnie d'Orléans délivre toute l'année des billets d'excursion comprenant les trois itinéraires ci-après, permettant de visiter le centre de la France et les stations thermales et hivernales des Pyrénées et du golfe de Gascogne.

Premier itinéraire. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Mont-de-Marsan, Tarbes, Bagnères-de-Bigorre, Montréjeau, Bagnères-de-Luchon, Pierrefitte-Nestalas, Pau, Bayonne, Bordeaux, Paris.

Deuxième itinéraire. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Mont-de-Marsan, Tarbes, Pierrefitte-Nestalas, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Toulouse, Paris.

Troisième itinéraire. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Dax, Bayonne, Pau, Pierrefitte-Nestalas, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Toulouse, Paris.

Durée de validité : 30 jours. — Prix des billets, 1re classe, 163 fr. 50; 2e classe, 122 fr. 50.

La durée de ces différents billets peut être prolongée d'une, deux ou trois périodes de dix jours, moyennant paiement, pour

chaque période, d'un supplément de 10 p. 100 du prix du billet.

Il est délivré, de toute gare des Compagnies d'Orléans et du Midi, des billets aller et retour de 1re et 2e classe à prix réduits, pour aller rejoindre les itinéraires ci-dessus, ainsi que de tout point de ces itinéraires pour s'en écarter.

Avis. — Ces billets doivent être demandés au moins trois jours à l'avance.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

90

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES
et GÉNITO-URINAIRES

LE TERPINOL ADRIAN

a les propriétés de l'essence de térébenthine, dont il dérive, mais il est plus facilement absorbé et surtout très bien toléré.

Se vend en CAPSULES de 15 centigrammes à prendre à la dose de 4 à 8 par jour.

PILULES et ÉLIXIR de TERPINE ADRIAN

77

AFFECTIONS
DU CŒUR ET DE LA RESPIRATION

Vin cardiaque du Dr Saison

SPARTÉINE, CONVALLAMARINE & IODURE DE POTASSIUM)

DOSES :

Adultes : 2 cuillerées à bouche matin et soir.
Enfants : 2 cuillerées à café matin et soir.

45

« Le suc d'ortie est le remède le plus certain contre l'hémoptysie et toutes les hémorragies.
Dr CHOMEL. »

SIROP HÉMOSTATIQUE DE PÉNEAU

AU SUC D'ORTIE

CURATIF ET PRÉVENTIF DES

Hémorragies, Pertes, Crachements de sang
Saignements de nez
Hémorragies intestinales

56

SANTAL-CAMPHRÉ LANGLEBERT

(CAPSULES D'ESSENCE DE SANTAL PURE ET DE CAMPHRE)

Ces capsules réunissent, en une seule préparation, l'effet spécifique de l'essence de santal pure et l'action sédative si marquée du camphre sur les organes génito-urinaires.

33



La GOUTTE, la GRAVELLE, les RHUMATISMES sont guéris par les

SELS GRANULÉS EFFERVESCENTS DE LITHINE

de CH. LE PERDRIEL

Les *Sels granulés effervescents* sont de petits globules légers ayant l'aspect de cristaux amorphes, très poreux, qui se dissolvent instantanément dans l'eau et donnent un liquide parfaitement effervescent et transparent.

L'acide carbonique, qui se dégage pendant l'effervescence, facilite la solution, l'absorption, la digestion et l'assimilation de la substance active dont il masque la saveur particulière : ces avantages ont fait depuis longtemps adopter nos sels par les notabilités médicales.

44

ICHTHYOL

PRODUITS SANITAIRES & ANTISEPTIQUES — S P A — PARIS

s'emploie avec succès dans les *maladies des femmes* et la *chlorose*, dans la *gonorrhée*, dans les *maladies de la peau*, des *organes digestifs et circulatoires*, de la *gorge* et du *nez*, et dans les *affections inflammatoires* et *rhumatismales* de tout genre.

Les bons effets de l'**Ichthyol**, prouvés par des observations *expérimentales* et *cliniques*; sont dus en partie à ses qualités *résolutives*, *sédatives* et *antiparasitaires*, en partie à son action *stimulant la résorption* et *augmentant l'assimilation*.

LES MONOGRAPHIES SCIENTIFIQUES SONT ENVOYÉES GRATIS ET FRANCO SUR DEMANDE PAR LA

Société française de produits sanitaires et antiseptiques,
31, rue des Petites-Ecuries, Paris.

58

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

60

ÉLIXIR D'EUCALYPTOL VOIRY

LE SEUL
CHIMIQUEMENT PUR

99

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

34

VIN NOURRY IODOTANÉ

EXACTEMENT TITRÉ

Une cuillerée à bouche contient :

0gr,05 d'Iode
et 0gr,10 de Tanin,

exempt de tout iodure alcalin.

Par son assimilation et sa tolérance parfaites, le **VIN NOURRY** est le curatif par excellence des affections qui ont l'Iode ou les Iodures pour base de traitement, telles que : **Lymphatisme, Scrofule, Anémie, Menstruations difficiles**, etc.....

DOSES. — Enfants : 1 cuillerée à café;
Adultes : 1 cuillerée à soupe,

avant les deux principaux repas.

Paris, 28, rue Saint-Claude, et Pharmacies.

66

COTON IODÉ DU Dr MÉHU

Adopté dans les hôpitaux de Paris.

Le **Coton iodé du Dr Méhu** est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau et un révulsif énergique dont *on peut graduer les effets à volonté*. Son action est plus sûre et plus profonde que celle de la teinture d'iode. Il remplace avec grand avantage le papier moutarde, l'huile de croton tiglium, le thapsia et souvent même les vésicatoires.

Pharmacie Thomas, 48, avenue d'Italie, Paris.

95

PASTILLES GÉRAUDEL

(AU GOUDRON DE NORWÈGE PUR)

Agissant par Inhalation et Absorption,

Contre RHUME,
RONCHITE, CATARRHE, ASTHME
ENROUEMENT, LARYNGITE, etc.

Bien préférables aux Capsules et Bonbons, qui surchargent l'estomac sans agir sur les Voies respiratoires normales.

Pendant la succion de ces Pastilles, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron qu'il transporte directement sur le siège du mal; c'est à ce mode d'action tout spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces Pastilles doivent leur efficacité réelle dans toutes les affections contre lesquelles le Goudron est conseillé.

MODE D'EMPLOI. — Sucer lentement en avalant la salive, une seule pastille à la fois. — On en prend 6 à 10 par jour entre les repas, et principalement le matin et le soir.

GROS : Chez l'inventeur, A. GÉRAUDEL, pharmacien à Sainte-Ménehould (Marne).

DÉTAIL : Dans toutes les Pharmacies de France et de l'Etranger.

ENVOI D'ECHANTILLONS GRATUITS
à MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter.

54

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de **50** et **100**gr.
Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.
Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.
31, rue des Petites-Écuries, Paris

44

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

99

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE

Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

PRIX du flacon : **4** francs.
DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

69

Le PARFAIT NOURRICIER

Le MEILLEUR des BIBERONS



Le seul qui puisse se nettoyer complètement

Présenté à l'Académie de Médecine. — *Immédiatement adopté par les Hôpitaux et les Crèches*

6 Cité Trévise PARIS

52

VICHY, SOURCES DE L'ÉTAT

CÉLESTINS
GRANDE-GRILLE
HOPITAL

Avoir soin de désigner la source.

PASTILLES AUX SELS NATURELS

SAISON DES BAINS
DU 15 MAI AU 30 SEPTEMBRE

23

SIROP DE LABÉLONYE DE DIGITALE

excellent sédatif puissant diurétique.

SUCCÈS CONSTANT DEPUIS PLUS DE 40 ANS
contre MALADIES DU CŒUR
Hydropisies, Bronchites nerveuses, etc.
Dans toutes les pharmacies.

79

BAINS D'EAUX-MÈRES

de Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurées et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi. Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.
Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.
Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** D. — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les progrès qui s'accomplissent chaque jour dans l'industrie entraînent l'apparition de nouvelles maladies professionnelles, sur lesquelles il est nécessaire d'attirer l'attention des médecins et de l'administration. C'est ce que vient de faire M. Lancereaux en communiquant à l'Académie une observation d'anthracose pulmonaire chez un ouvrier polisseur de charbon destiné aux appareils électriques. Une discussion a suivi cette intéressante communication; le malade de M. Lancereaux étant mort tuberculeux, il était indiqué de rechercher quels rapports pouvaient exister, dans les cas de ce genre, entre l'anthracose et la tuberculose. Les avis sont partagés sur ce point; les uns admettent l'influence prédisposante de l'anthracose sur la bacillose, ou réciproquement; les autres ne croient pas à une relation entre les deux affections. L'observation de M. Chauveau paraît cependant assez concluante : dans les grandes agglomérations de mineurs, l'anthracose ne s'observerait que chez les tuberculeux. Enfin, M. Lancereaux, comme cause prédisposante des accidents dont il s'agit, n'a pas manqué d'invoquer l'alcoolisme.

L'Académie a entendu deux lectures : l'une de M. Maurel (de Toulouse), sur l'action comparée du bichlorure de mercure sur le lapin et sur les éléments figurés de son sang; l'autre de M. Moura-Bourrouillou sur un cas d'angine causée par une larve d'insecte.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

La Société Gallet-Lagoguey.

Vendredi les membres de l'Association médicale mutuelle du département de la Seine se sont réunis en un banquet pour célébrer les premiers cent mille francs de son capital-réserve.

En l'absence du président, empêché par un deuil de famille, M. le docteur Letulle, vice-président, a lu, à sa place, le discours suivant :

Messieurs,

Procurer aux carrières dites libérales les bienfaits de la mutualité qui semblait le monopole des associations ouvrières ;

Éviter la nécessité, toujours pénible, de recourir à l'assistance charitable de nos associations professionnelles en établissant le *droit absolu* à l'indemnité de maladie, tels sont, Messieurs, les deux grands services que notre fondateur, le toujours regretté Gallet-Lagoguey, a rendu au corps médical français. Après trois longues années de recherches et de calculs, Lagoguey et les quelques collaborateurs auxquels il avait fait partager ses idées et ses espérances déclarent que l'Association médicale du département de la Seine commence à fonctionner sur les bases suivantes :

Toute Association mutuelle, pourvu qu'elle ne s'impose pas d'autres charges, peut allouer à ses membres atteints d'incapacité de travail temporaire ou permanente, par suite de maladies ou d'accidents, une indemnité quotidienne d'un taux égal à celui de la cotisation mensuelle versée par chacun d'eux. Elle peut payer cette indemnité avec ses seules ressources, quelle que soit la durée de la maladie.

Nous sommes en 1887.

Les 67 premiers adhérents passent heureusement l'année sans maladie.

En	1888	nous sommes	120
—	1889	—	151
—	1890	—	194
—	1891	—	215
—	1892	—	256
—	1893	—	280 à cette date.

Avec les adhésions plus nombreuses, les malades ont fait leur apparition, et depuis notre fondation nous avons eu à payer 40 500 francs à nos sociétaires.

Laissez-moi vous citer quelques-unes de ces indemnités. Le minimum est de 90 francs. Je ne parle pas des indemnités de 100, de 200 ou de 300 francs, mais que pensez-vous

de	5	indemnités	de 500 à	580	francs.
de	6	—	de 700 à	770	—
de	2	—	de 810 et	820	—
de	2	—	de	1000	—
de	1	—	de	1100	—
de	1	—	de	1930	—
de	1	—	de	2450	—
de	1	—	de	2740	—
de	1	—	de	3750	—
et enfin de	1	—	de	4850	francs?

Ne trouvez-vous pas, Messieurs, que ce sont là des chiffres éloquents, et ce n'est pas sans hésitation que je me suis décidé à avouer de telles prodigalités devant notre conseil judiciaire. Rassurez-vous, Messieurs, nos dépenses étaient prévues, et si bien prévues, que nous célébrons aujourd'hui les premiers cent mille francs de notre capital-réserve. Il faut dire que chez nous *toutes*

les fonctions sont gratuites, et que nos frais de gestion ont été en moyenne de 4 francs par an et par sociétaire, ce qui rétablit une heureuse moyenne avec les grosses dépenses de maladie.

Messieurs, aux assemblées annuelles, le secrétaire a toujours les corvées désagréables ; je désire qu'il ait un dédommagement ce soir et je lui laisse le plaisir et l'honneur de porter la santé de nos hôtes ; mais, avant de lui donner la parole, je vous prie de lever vos verres à la mémoire de notre fondateur, Gallet-Lagoguey, et à la santé du triomphateur d'aujourd'hui, j'ai nommé notre excellent trésorier et ami, le docteur Fissiaux.

Cette situation est certainement des plus encourageantes. Elle mérite de fixer l'attention de nos confrères du département de la Seine, en attendant qu'elle soit dans tout le pays une indication précieuse et un grand enseignement.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Laboulbène.

Leçon d'ouverture.

Messieurs,

C'est avec plaisir que je me retrouve avec vous dans cet amphithéâtre. J'adresse mes remercîments aux chers auditeurs que j'y revois et qui m'ont été si fidèles. Je souhaite la bienvenue à ceux qui vont suivre ce cours pour la première fois.

L'année dernière, à pareille époque, j'étais heureux de vous dire que la Faculté n'avait perdu aucun de ses membres. Il n'en est pas de même aujourd'hui, et nous déplorons la mort des professeurs Hardy, Ball, Peter, Charcot, Le Fort. Aucun d'eux, excepté Le Fort, n'a voulu de discours sur sa tombe ; je tiens d'autant plus à leur donner ici un souvenir.

Avec Alfred Hardy vient de disparaître une des figures les plus respectées de la Faculté ; c'était un de nos chers anciens. Agrégé en 1848, professeur en 1867, entré aussitôt à l'Académie de médecine, il avait, pendant près d'un demi-siècle, consacré le meilleur de sa vie à l'enseignement, apportant dans ses diverses fonctions un zèle exceptionnel, une ardeur que l'âge n'avait pu ralentir. Nous aimions Hardy pour sa franchise, sa fermeté, sa droiture ; il a été un des maîtres en dermatologie, un clinicien consciencieux. Visitant des malades jusqu'au dernier jour, il est mort sur la brèche, comme il en avait manifesté le désir.

Benjamin Ball a succombé, n'ayant que cinquante-huit ans, à une longue et douloureuse maladie. Sur les conseils de Lasègue, il s'était voué à l'étude des maladies mentales. Son enseignement était brillant, fort attachant par la clarté et l'élégance de l'exposition, intéressant vivement les auditeurs. L'inaltérable bonté, le désintéressement de Ball, lui avaient attiré de nombreux amis.

La succession du professeur de clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale a été trés disputée par des compétiteurs du plus grand mérite. Elle est échue à M. Joffroy, qui vous enseignera non seulement les connaissances acquises en pathologie mentale, mais, de plus, qui vous indiquera les progrès à réaliser.

Michel Peter était, dans toute la force de l'expression, le fils de ses œuvres. Le travail le plus opiniâtre, joint à une intelligence d'élite, lui avait fait franchir tous les obstacles qui se trouvent sur la route de l'agrégation et du professorat. Élève de Trousseau et de Cruveilhier, esprit très fin, polémiste habile, pathologiste et clinicien avant tout, il n'admettait qu'au second plan les travaux du laboratoire. Le troisième volume de ses *Cliniques médicales* vient de paraître ; il a dû être posthume.

La chaire de clinique médicale de Peter est échue par permutation à M. Hayem ; la chaire de thérapeutique et de matière médicale va être occupée par M. Landouzy, dont le cours magistral, fait avec grand soin, vous sera très profitable.

Jean-Martin Charcot nous a été enlevé subitement pendant un voyage fait avec ses élèves et collègues, MM. Debove et Straus. Il avait conquis une place élevée ; il s'y maintenait, maître incontesté, sans être dominé par elle ; il avait parfaitement compris, en ce temps de spécialisation à outrance, qu'une forte culture générale est indispensable avant de se spécialiser. Résolu, actif, ayant su, comme notre maître Rayer, s'entourer d'élèves et les diriger, Charcot a inspiré et produit une œuvre considérable, qu'un seul n'aurait pu accomplir. Le professeur de neuropathologie de la Salpêtrière exerçait une légitime autorité ; érudit, chercheur, il s'est admirablement servi de la méthode anatomo-clinique avec ses collaborateurs, devenus maîtres à leur tour. Il n'avait pas la grande facilité verbeuse, mais la clarté, le tour familier, très personnel, à formules vives et nettes ; ses leçons, quoique sans prétention, étaient fort étudiées, mûries, car Charcot ne laissait rien à l'imprévu, et ce laisser-aller apparent lui donnait encore plus de force. Les travaux de Charcot sur la pathologie du système nerveux resteront ; ils rappellent ceux de Laënnec sur l'auscultation et l'anatomie pathologique pulmonaires.

Léon Le Fort, ancien élève de l'Hôpital militaire d'instruction de Lille, sa ville natale, avait gardé la parole vibrante et les allures d'un soldat loyal. Sa robuste santé semblait promettre une longue existence, mais sa mort a été soudaine comme celle de Charcot. Après des études brillantes couronnées par une thèse sur l'anatomie du poumon, Le Fort avait conquis la chaire d'opérations et appareils, laissée vacante par Denonvilliers, chaire déjà illustrée par Malgaigne, dont notre regretté collègue était devenu le gendre et dont il a été le continuateur avec le *Traité de médecine opératoire*.

Ayant beaucoup voyagé, beaucoup observé, Le Fort, travailleur infatigable, opérateur habile, avait abordé presque tous les sujets de la chirurgie. Il s'était montré réservé sur les procédés antiseptiques, application des admirables découvertes de M. Pasteur ; il ne les regardait pas comme indispensables. Dans ses leçons, Le Fort retenait l'attention sans la fatiguer ; dans sa conduite, il avait une probité austère et impeccable.

Quelles nombreuses pertes, et aussi quels regrets nous laissent ces morts presque toutes prématurées !

Et je n'ai pas fini. Vous ne verrez plus ici le docteur Albert Pignot, un de mes meilleurs élèves, si attaché à ce cours et que j'avais près de moi depuis plus de quinze ans, comme interne, puis comme préparateur. Il a succombé à une fièvre typhoïde compliquée de pneumonie et de myo-

cardite. Tous ceux qui ont connu Albert Pignot s'intéressaient à lui, car il avait autant de cœur que de talent.

Je tiens à vous dire que la question si délicate de la réforme des études médicales, sur laquelle je vous avais donné mon opinion, a été résolue dans le sens que je désirais et sûrement le meilleur. Vous savez que, malgré mon goût pour les sciences dites accessoires à la médecine, et qui sont réellement fondamentales, je souhaitais que l'élève, le nouveau venu à la Faculté, commençât par l'anatomie et la physiologie, et non par une année de physique, de chimie et d'histoire naturelle. Ainsi que mes Collègues, j'avais constaté trop souvent combien le débutant travaillait avec une sorte de répugnance; il ne se regardait comme réellement étudiant en médecine que lorsqu'il était entré dans un pavillon de dissection, c'est-à-dire la deuxième année. De plus, avec le régime qui va prendre fin en 1895, les sciences accessoires devenaient plus tard presque absentes des études; il y avait là un état de choses pénible, forcément incomplet et insuffisant : c'était trop au début et trop peu dans la suite.

Le décret nouveau marquera un progrès; vous pouvez être assurés qu'il répond à un *desideratum* souvent exprimé et sur lequel les anciens doyens de Paris et de Strasbourg, Orfila et Coze, appelaient déjà l'attention en 1845. Depuis lors, on n'avait cessé de réclamer la création d'un baccalauréat spécial ou d'un titre équivalent destiné aux futurs étudiants en médecine. Enfin, les Facultés, récemment consultées, ont demandé presque à l'unanimité l'organisation, avant les études médicales, d'une année préparatoire comprenant les sciences physiques, chimiques et naturelles. Cette préparation devra donner au futur étudiant une connaissance suffisante de ces sciences, permettant aux Professeurs spéciaux de la Faculté de s'occuper exclusivement des applications médicales, en négligeant les éléments déjà possédés par l'auditoire.

Dorénavant, et dès le 1er novembre 1895, l'étudiant en médecine abordera immédiatemeut les études anatomiques. Pendant plusieurs années, il disséquera pendant l'hiver et fera un stage hospitalier. Dans la saison d'été, il s'occupera dans les laboratoires, de l'histologie, de la physiologie, ainsi que des applications des sciences physiques, chimiques et naturelles. Ces sciences si importantes suivront l'élève pendant tout le cours de ses études. C'est ainsi qu'il deviendra familier avec les questions d'optique, d'acoustique, d'électricité médicales; il n'ignorera point la chimie des humeurs et de la nutrition, l'action pathogénique des parasites animaux et végétaux, en un mot la microbiologie. Le médecin ne doit pas être un théoricien, mais un homme de pratique; c'est en étudiant assidûment, en voyant profondément le corps humain, en s'exerçant aux opérations, en fréquentant dans les hôpitaux les services de chirurgie et de médecine, et en suivant les exercices pratiques dans les laboratoires, que l'élève studieux deviendra certainement possesseur d'une science réelle et prêt aux plus utiles applications de toutes les connaissances qu'il aura acquises.

En résumé, les études médicales, d'après le nouveau programme, seront de quatre années, avec quatre inscriptions pour chacune, seize inscriptions en tout. Avant de s'inscrire, le nouveau venu devra produire le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (lettres — philosophie) et aussi le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles. L'étudiant pendant sa scolarité subira cinq examens; parvenu au terme, il soutiendra une thèse sur un sujet laissé à son choix.

Le premier examen devra être passé entre la sixième et la huitième inscriptions; il portera sur l'anatomie avec épreuve pratique de dissection.

Le deuxième examen sera passé entre la huitième et la dixième inscriptions, sur l'histologie, sur la physiologie avec les applications de la physique biologique et de la chimie biologique.

Le troisième examen aura lieu entre la treizième et la seizième inscriptions; il comprendra deux parties : 1° la pathologie externe et les accouchements avec épreuves d'anatomie topographique et de médecine opératoire; 2° la pathologie générale, avec connaissance des parasites animaux et végétaux, de la microbiologie; la pathologie interne avec épreuve pratique d'anatomie pathologique.

Le quatrième examen ne sera passé qu'après la seizième inscription; il aura pour sujets : la thérapeutique, l'hygiène, la médecine légale et aussi la matière médicale, la pharmacologie avec applications des sciences physiques et naturelles.

Le cinquième examen comprendra deux parties : 1° la clinique chirurgicale et obstétricale; 2° la clinique interne.

Les notes obtenues aux travaux pratiques, aux interrogatoires, les notes des cliniques et services hospitaliers, seront communiquées aux juges et influeront sur le résultat des examens.

Plusieurs Congrès ont eu lieu pendant les vacances : à Paris, du 27 juillet au 2 août, la troisième session du Congrès de la tuberculose humaine et animale, sous la présidence de M. le professeur Verneuil. La réunion annuelle de l'Association française, pour l'avancement des sciences, a été tenue à Besançon, sous la présidence de mon savant ami et collègue M. le professeur Bouchard; je dois aussi mentionner le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française, à la Rochelle, du 1er au 6 août. Les comptes rendus de ces Congrès sont fort intéressants; ils vous offriront des communications et des discussions sur les tuberculoses bovine, du chien, aviaire, de la chèvre; sur la tuberculose dans ses manifestations cutanées; le diagnostic précoce de la tuberculose; l'hospitalisation des tuberculeux, etc.; — l'influence des fatigues physiques et morales sur la fièvre; l'action favorable du chlorate de soude sur les néoplasmes épithéliaux de l'estomac; — sur les auto-intoxications dans les maladies mentales; les faux témoignages des aliénés devant la justice, etc.

Vous savez que j'ai pris l'habitude, pour une première leçon, de choisir un sujet spécial. De plus, le programme de cette année comprenant l'Histoire des découvertes en médecine et en chirurgie, je vous les ferai connaître les mardi et jeudi. Mais je veux essayer d'une innovation déjà réalisée par Gavarret, dans son cours au sujet de la physique biologique, et le samedi sera réservé à l'Histoire de la médecine, à son développement à travers les âges, depuis ses origines jusqu'à nos jours.

Le professeur examine avec soin les origines de la Période hippocratique. Il montre que longtemps avant le

plus illustre des médecins grecs, Hippocrate II, et loin de l'Égypte, la médecine était cultivée, enseignée, que des écoles rivales se disputaient la prédominance, qu'elles étaient suivies par des élèves, que des notes ainsi que des préceptes étaient recueillis sur des tablettes ou sur des peaux d'animaux. Hippocrate a eu le rôle d'un puissant chef d'école. Il n'a pas créé la médecine; il n'en a pas été le Père, mais bien l'antique Législateur.

THÉRAPEUTIQUE

La myrrholine : extrait oléo-résineux de la myrrhe.

Par M. le docteur Delmis.

Parmi les produits que fournissent à la matière médicale les plantes de la famille des Térébinthacées, les plus célèbres sont certainement le Mastic, l'Encens, l'Elémi, la Myrrhe, le Baume de la Mecque et le Bdellium. La myrrhe — dont nous allons nous entretenir — provient d'un *Balsamea*, Gled. (Balsamodendron Myrrha, Nees et Eberm). Parfaitement étudiée par M. le professeur Marchand (1), la myrrhe, réservée d'abord au culte des dieux, se vendait au poids de l'or.

Originaire des côtes asiatiques et africaines de l'océan Indien et de la mer Rouge, la myrrhe est une matière gommo-résineuse qui découle sous la forme d'un suc épais blanc jaunâtre et qui prend, par la dessiccation, une couleur brun rouge plus ou moins foncée. Employée dès la plus haute antiquité par les Égyptiens, puis par les Grecs et les Romains, la myrrhe entrait dans la composition de leurs parfums et de leurs baumes. Considérée comme antiputride, elle entrait dans la pratique des embaumements. C'était un antiseptique très apprécié, on la retrouve dans nombre de formules : mithridea, thériaque, orviétan, confection d'hyacinthe, baumes de Fioravanti, du Commandeur, élixir de Garus, emplâtre diabolanum, etc. Plusieurs de ces préparations officinales sont encore en honneur.

Balsamique stimulant, utile surtout dans les cas d'inflammation chronique des muqueuses, on l'a préconisée autrefois comme astringente, cordiale, stomachique, désobstruative. Aujourd'hui, nous devons la considérer comme un excellent antiseptique. Son emploi était cependant limitée par les difficultés que présentait son amertume. Le malade la prenait avec peine. Il y avait une forme à trouver et c'est cette forme que nous fait connaître un des pharmaciens les plus distingués de Paris, M. Kuenemann.

Ce procédé permet de séparer les seules parties actives de la myrrhe : la résine et l'huile essentielles, jusque-là unies aux matières gommeuses et inertes. La composition moyenne de la myrrhe peut, en effet, être ainsi formulée :

Huile essentielle, 2gr60 ; résine, 27gr80 ; matières gommeuses, 63gr70 ; impuretés et sels, 5gr90.

La myrrhe contient deux tiers de matières inertes.

M. Kuenemann soumet donc la myrrhe à une lixiviation prolongée au moyen d'alcool à 96 degrés passant par distillation continue sur la myrrhe en larmes. Il obtient ainsi un produit susceptible d'être mis en solution dans une huile fixe ne contenant que les matières actives de la myrrhe. Cet extrait oléo-résineux a reçu de M. Kuenemann le nom de myrrholine ; il possède à un très haut degré l'odeur balsamique, la saveur aromatique et amère de la myrrhe.

Il s'associe bien à la créosote, d'où absorption facile, ne fatiguant pas les voies digestives.

On a expérimenté cette nouvelle préparation sous ces deux formes :

1° Capsules de myrrholine contenant l'extrait oléo-résineux simple à la dose de 25 centigrammes par capsule et prescrites au nombre de 6, 8, 12.

(1) Adansonia, VII. 250.

2° Capsules de myrrholine créosotée; ces capsules furent mieux supportées que celles de créosote pure, ou associée aux balsamiques courants, grâce toujours aux propriétés toniques et digestives de la myrrholine. On les administre à la dose de 2, 6, 8 capsules dans les vingt-quatre heures : chaque capsule contient 75 milligrammes de créosote et 175 milligrammes de myrrholine en solution parfaite.

Les observations recueillies sont concluantes et permettent d'espérer des résultats satisfaisants. Dans toutes les affections catarrhales simples, l'effet en est certain et rapide : cinq malades, atteints de catarrhes des bronches, ont été guéris en quelques jours, et deux malades, fortement grippés, nous ont assuré avoir éprouvé un soulagement immédiat.

Deux affections du larynx, soignées depuis un temps assez long, ont été modifiées avantageusement, résultat à attribuer à la myrrholine, les autres balsamiques n'ayant pas réussi.

Employée dans un cas d'affection vésicale, pour laquelle la médication habituelle restait sans effet, et où l'élimination des balsamiques se faisait très mal, la myrrholine a donné un résultat très rapide : en quelques jours, le malade fut débarrassé des symptômes inquiétants que l'on cherchait à combattre.

Quant à la myrrholine créosotée, elle fut toujours bien tolérée, ses effets ont été supérieurs à ceux des préparations créosotées habituelles.

Chez un phtisique au début, soigné déjà par une médication antiseptique, qu'il supportait mal, on employa les capsules de myrrholine créosotée. Au bout d'un mois, l'expectoration s'amoindrit, le nombre des bacilles diminua, et le malade, dont la toux et les symptômes sont très améliorés, a pu reprendre ses occupations.

Une autre observation intéressante est celle d'une jeune femme accouchée depuis un mois, et dont les crachats examinés contenaient des bacilles caractéristiques. La myrrholine créosotée ayant été donnée à la dose de 8 capsules par jour, on constata après quelques semaines une augmentation de poids de 1,500. Les crachats moins abondants contenaient encore des bacilles, mais en nombre beaucoup plus petit; l'amélioration était très manifeste. Ces résultats méritaient d'être signalés au corps médical.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 novembre 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

LECTURES

Angine causée par une larve d'insecte. — M. MOURA-BOURROUILLOU a observé, chez une jeune fille de douze ans, une angine provoquée par une larve d'insecte indéterminé qui s'était introduite pendant l'acte de la respiration probablement et s'était fixée dans le côté gauche de la caisse rétro-nasale sous la base du crâne. L'origine et la nature de cette larve sont des plus intéressantes à discuter; comment a-t-elle pu parvenir dans l'organisme et comment, en cheminant sur la muqueuse nasale ou pharyngée, n'a-t-elle pas, avec ses huit pinceaux de longs poils, ses fortes mandibules et ses six pattes, excité la sensibilité de cette membrane ou l'éternûment? Était-elle dans un fruit, sur une fleur, etc.?

Quoi qu'il en soit, on peut inférer de cette observation qu'il faut, avant tout traitement, déblayer les cavités du nez et de la gorge des produits inflammatoires et des corps étrangers que l'air y accumule; il faut, en outre, examiner ces produits au microscope, dans tous les cas de maladies aiguës et chroniques des cavités pharyngiennes et nasales.

Action comparée du bichlorure de mercure sur le lapin et sur les éléments figurés de son sang. — M. E. MAUREL (de Toulouse) a expérimenté comparativement le bichlorure de mercure sur le lapin et sur les éléments figurés de son sang. Les

résultats de ces recherches peuvent se résumer dans les conclusions suivantes :

1° Les leucocytes du lapin sont beaucoup plus sensibles au bichlorure de mercure que les globules rouges;

2° Qu'il s'agisse des doses toxiques, de celles qui sont seulement dangereuses ou de la limite de celles qui sont supportées, il y a une concordance aussi complète que possible entre ce qui a lieu pour l'animal lui-même et ce qui a lieu pour ses leucocytes;

3° De tous les tissus de l'organisme du lapin, dont l'intégrité est indispensable au maintien de la vie (éléments nerveux, musculaires, etc.), il n'en est pas qui soit plus sensible au bichlorure de mercure que ses leucocytes, puisque, pour tuer l'animal, il faut atteindre la quantité de ce sel nécessaire pour tuer ces éléments;

4° Cela étant, il est probable que l'action du bichlorure de mercure sur les leucocytes du lapin joue un rôle important dans les différentes actions que ce sel exerce sur cet animal;

5° Enfin ce résultat étant tout à fait confirmatif des hypothèses que l'auteur a faites après ses expériences sur le sang humain, il devient de plus en plus probable que l'action du bichlorure de mercure sur nos leucocytes entre pour une part importante dans l'action de ce sel sur notre organisme, surtout au point de vue de la pathologie et de la toxicologie.

COMMUNICATION

L'anthracose pulmonaire chez les polisseurs de charbon destiné aux appareils électriques. — M. LANCEREAUX fait une communication sur ce sujet :

L'anthracose pulmonaire, assez fréquente chez les ouvriers mineurs, est rarement grave. Il n'en est pas de même des ouvriers qui travaillent au milieu des poussières charbonneuses, comme, il y a une trentaine d'années, les mouleurs au charbon. Il n'était pas rare alors de rencontrer dans les hôpitaux de Paris des infiltrations charbonneuses liées à cette profession. Mais, depuis qu'on a remplacé le charbon, dont la poussière est insoluble, par l'amidon, ces accidents ont disparu ; aussi, depuis une vingtaine d'années, M. Lancereaux n'avait pas vu un seul cas d'anthracose pulmonaire, quand, il y a trois ans, ayant à soigner un homme atteint d'influenza, il fut frappé de la couleur des crachats qui étaient noirs, comme si on les eût délayés dans de la suie.

L'idée d'une infiltration charbonneuse lui vint à l'esprit. Le malade était occupé à polir les cônes de charbon destinés à l'éclairage électrique.

C'est un homme vigoureux, sans tare héréditaire, qui exerça la profession de tailleur de pierre jusqu'à l'âge de trente-six ans. Il vint alors dans une usine où l'on polit, sur des meules de grès, des blocs de charbon destinés à l'éclairage électrique. L'atelier n'est pas ventilé, de telle sorte que les ouvriers vivaient dans une atmosphère tellement chargée de poussières charbonneuses et même de poussières de grès provenant des meules, que souvent ils ne voyaient pas leur voisin. Cet homme n'a cessé de travailler dans ce milieu jusqu'à dix et douze heures par jour pendant six ans, et il y avait déjà plus d'une année qu'il toussait, expectorait des crachats noirs et se plaignait de crises fréquentes d'étouffements.

Il eut, à la fin de 1890, une bronchite grippale aiguë qui se traduisait par une expectoration abondante et noire, dans laquelle on reconnaissait au microscope des particules de charbon. Après deux mois, il quittait l'hôpital, très amélioré ; toutefois, il continuait de tousser et de cracher noir. Bientôt il rentra, passa sept mois de 1891 à l'hôpital.

En 1892, il s'y présenta à nouveau ; il avait maigri de 15 kilogrammes et présentait tous les symptômes d'une tuberculose pulmonaire avec cavernes.

L'expectoration, de plus en plus abondante, restait toujours noire ; on y découvrait des bacilles de Koch et on constata que le résidu noir qui en provenait était bien du charbon. Le malade maigrit de plus en plus, continua à dépérir et succomba le 22 juin.

A l'autopsie, on trouva les lésions caractéristiques de l'anthracosis. M. Lancereaux présente les pièces anatomiques.

Chaque industrie nouvelle demande l'attention du médecin et la surveillance de l'administration. L'anthracose pulmonaire qui, grâce à la substitution de la cire et de la gélatine aux poussières charbonneuses, ne s'observait plus chez les ouvriers mouleurs, reparaît depuis la création d'une nouvelle industrie qui a pour objet la préparation des bougies électriques.

Le charbon brut de cornue, qui sert à la fabrication de ces bougies, subit plusieurs préparations dont la plus importante consiste à l'effiler et à le polir sur une meule à l'émeri. Le frottement sur cette meule dégage deux sortes de poussières, également insolubles : des poussières charbonneuses et des poussières siliceuses. Elles pénètrent dans les bronches, infiltrent le parenchyme pulmonaire et parviennent à produire un épaississement scléreux qui compromet son fonctionnement, et peut amener la mort.

La lésion est celle de l'anthracose compliquée de tuberculose. Toute sclérose pulmonaire peut aboutir à des foyers de nécrose et à la formation de cavités pulmonaires. Il peut donc en être de même dans l'anthracose. Si les poussières de charbon, de même que les poussières siliceuses, ont la propriété, lorsqu'elles pénètrent dans les poumons, de produire la sclérose, elles ont aussi celle de les prédisposer à la tuberculose, car celle-ci fait rarement défaut, aussi bien chez les ouvriers qui taillent le grès et la meulière que chez ceux qui respirent des poussières charbonneuses. Cette prédisposition est surtout manifeste parmi ceux de ces ouvriers qui font abus de boissons alcooliques.

Dans ces conditions, il est de la plus grande importance de préserver les ouvriers de l'action de ces poussières. Le moyen le plus sûr et le meilleur est de substituer, toutes les fois que la chose est possible, des poussières solubles ou toute autre substance aux poussières insolubles, ainsi qu'il est arrivé pour les fondeurs et les mouleurs au charbon; mais lorsque ce moyen n'est pas applicable, ce qui est le cas dans l'industrie actuelle, il reste à l'administration le devoir de faire surveiller les ateliers où se dégagent d'abondantes poussières insolubles, et particulièrement ceux où on polit les cônes de charbon destinés à l'éclairage électrique; d'exiger que ces ateliers soient vastes, largement aérés, bien ventilés, et même que des tubes aspirateurs soient placés autant que possible à portée des ouvriers.

DISCUSSION

M. GARIEL fait observer que ces accidents deviendront de plus en plus rares aujourd'hui; on remplace, en effet, partout dans ces industries, le charbon de cornue usé par le charbon aggloméré dont les poussières sont incomparablement moins nombreuses au polissage.

M. LANCEREAUX ne croit pas que cette modification ait été accomplie partout. En tous cas, les ateliers où se fait ce polissage n'ont pas une ventilation suffisante.

M. PROUST a communiqué autrefois à l'Académie un cas de phtisie charbonneuse chez un mouleur en bronze, les lésions étaient semblables à celles du malade de M. Lancereaux.

Les poussières charbonneuses pénètrent dans ces cas dans le poumon, par les voies respiratoires, et y agissent comme corps étrangers, mais il croit que les lésions produites n'ont aucun rapport avec la tuberculose pulmonaire.

M. LE ROY DE MÉRICOURT croit que la ventilation, proposée par M. Lancereaux, n'est pas un moyen prophylactique suffisant; elle transporte, en effet, les poussières d'un ouvrier à l'autre, sans en débarrasser complètement l'atelier; il croit qu'un masque, dont les ouvertures nasales et buccale seraient oblitérées par un morceau d'étoffe qu'on remplacerait plus ou moins fréquemment, serait plus efficace.

M. LANCEREAUX rappelle que les lésions d'anthracose pulmonaire sont moins fréquemment observées chez les mouleurs en

bronze qu'elles ne l'étaient autrefois; on a, en effet, remplacé la poudre de charbon par de la poudre d'amidon, de la gélatine ou de la cire.

M. CHAUVEAU dit que, dans les grandes agglomérations minières, les cas d'anthracosis se présentent presque exclusivement chez des phtisipues, pour lesquels la lésion tuberculeuse constitue la porte d'entrée par laquelle la poussière charbonneuse pénètre dans les poumons.

M. LANCEREAUX a constaté chez les tailleurs de meules, comme chez tous les ouvriers qui respirent des poussières insolubles, que la pénétration de ces poussières produit rarement à elle seule des lésions pulmonaires, si les ouvriers sont sobres. Les alcooliques seuls sont atteints.

M. PROUST pense qu'il n'y a aucun rapport direct entre les tuberculoses pulmonaires et les affections dont il s'agit. Celles-ci sont toujours dues à l'introduction de corps étrangers quelconques, pénétrant par voie mécanique chez des personnes tuberculeuses ou non. Elles ne sont pas la cause de la phtisie tuberculeuse et peuvent être, seulement dans certains cas, influencées par celle-ci. Il rappelle que Zenker a publié une observation dans laquelle les poussières qui avaient pénétré dans les poumons étaient des poussières de fer. Les lésions étaient encore les mêmes.

M. CORNIL établit deux catégories. La première est celle dans laquelle, sans qu'il y ait de bacilles tuberculeux, on trouve des poumons noirs, quelquefois même avec des cavernes dans le tissu scléreux; c'est le type spécial de la phtisie charbonneuse. Dans la seconde catégorie, on peut ranger la forme de phtisie granuleuse avec complications pneumoconiques ou non, chez lesquelles les tubercules sont masqués par du tissu noirâtre.

Quant aux relations entre la tuberculose bacillaire et la pneumoconiose, si celle-ci est primitive, il peut y avoir une tendance plus marquée à contracter la phtisie; et si la tuberculose préexiste, ses lésions peuvent assurément prédisposer à la pneumoconiose. Témoin cette épidémie de tuberculose observée à Berlin, chez des vaches séjournant au milieu de fabriques nombreuses.

La phtisie charbonneuse n'est d'ailleurs pas très rare à Paris, M. Cornil en observe quatre ou cinq cas dans les autopsies de l'Hôtel-Dieu, et à la Société anatomique on en présente presque autant de cas chaque année.

M. LANCEREAUX répond à cela que, lorsqu'on trouve une infiltration noire dans les poumons, très souvent elle est due, non à du charbon, mais à une extravasation sanguine, principalement chez les alcooliques.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

L'hydrothérapie dans les maladies chroniques et les maladies nerveuses (1), par les docteurs Beni-Barde et Materne.

L'hydrothérapie prend de jour en jour une importance plus grande dans le traitement des maladies chroniques et surtout des maladies nerveuses. Beaucoup de médecins la conseillent, volontiers, mais il faut reconnaître aussi que beaucoup d'entre eux, même parmi les plus instruits, l'ordonnent d'une façon trop uniforme. Souvent on se contente de dire aux malades : vous prendrez des douches froides, sans spécifier quelle sera leur durée, leur variété, la force du jet, etc. Aussi tombent-ils trop souvent entre les mains d'empiriques sans aucune instruction préalable, qui, bien souvent encore, ne se font pas faute de modifier et de transformer de leur plein gré l'ordonnance du médecin.

Certains médecins, d'autre part, ne connaissent guère que les douches froides qu'ils font prendre indistinctement dans tous les cas.

(1) Gr. in-8°. Prix : 8 francs. — Paris, G. Masson.

Il résulte de cette façon défectueuse de procéder qu'on n'obtient pas de l'hydrothérapie tout le bien qu'on doit légitimement en attendre, que beaucoup de malades prennent en dégoût une méthode, qui, plus judicieusement employée, leur eût été très utile.

Les médecins trouveront, dans le livre de MM. Beni-Barde et Materne, les principes de l'hydrothérapie exposés d'une façon très claire et très judicieuse. Ils y verront que, par l'eau froide, on obtient surtout des effets d'excitation, par l'eau chaude des effets calmants, mais que les résultats obtenus varient en raison du mode de l'application, de sa durée, de la température de l'eau, et lorsqu'elle est donnée en jet, de la forme de ce jet et de sa pression. Il y a là les éléments d'un clavier à l'aide duquel on peut obtenir des effets thérapeutiques extrêmement variés, susceptibles de s'appliquer à un grand nombre de possibilités.

Les auteurs expliquent comment il faut procéder pour habituer les malades aux pratiques hydrothérapiques qui leur sont recommandées. On sent que ces conseils sont donnés par des gens très expérimentés en la matière et qui possèdent au plus haut point la pratique et le doigté hydrothérapiques.

Nous aimons moins la seconde partie de leur livre dans lequel ils ont voulu peut-être faire un peu trop de pathologie, ce qui la rend forcément quelque peu flottante. Peut-être aussi veulent-ils obtenir de l'eau plus qu'elle ne peut donner et la considèrent-ils un peu trop comme une panacée. Quand on écrit un ouvrage de ce genre, il est bien difficile de ne pas tomber dans cet excès ou tout au moins de ne pas avoir l'air d'y tomber.

Cette réserve faite, ajoutons de suite, comme correctif, qu'on trouvera, dans cette seconde partie, un grand nombre d'indications excellentes et très justifiées.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Lille. — M. le docteur Castelain est maintenu dans ses fonctions de chargé d'un cours complémentaire de clinique des maladies des enfants et de syphilis infantile.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. le docteur Faure est institué chef de clinique ophtalmologique.

— *École de médecine de Clermont.* — M. Planchard, suppléant, est chargé d'un cours de clinique obstétricale et de gynécologie.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. Guitteau est nommé chef des travaux micrographiques et chargé d'un cours complémentaire d'histoire naturelle.

— M. le docteur Bérillon reprendra, le jeudi 23 novembre, à dix heures et demie, à sa clinique, 49, rue Saint-André des Arts, son cours sur les applications de l'hypnotisme à la neuropathologie et la psychiatrie. Il le continuera les jeudis suivants à dix heures et demie.

— M. le docteur Thiéry, chef de clinique chirurgicale à la Charité, commencera, le mardi 28 novembre à onze heures, une série d'exercices cliniques au cours desquels les élèves, dont le nombre est limité à dix, seront individuellement exercés à la pratique du diagnostic et des interventions de petite chirurgie. La série comportera dix leçons. Se faire inscrire à l'avance auprès de M. Thiéry.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 135. — SAMEDI 26 NOVEMBRE 1893. 66e ANNÉE. SAMEDI 26 NOVEMBRE 1893. — N° 135.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : **20 c.** — Avec Supplément : **30 c.**

REVUE GÉNÉRALE

L'état mental dans l'hystérie.

Par M. le docteur Paul BLOCQ,

Chef des travaux d'anatomie pathologique à la Clinique des maladies nerveuses de la Faculté.

Bien que, depuis longtemps déjà, l'on eût soupçonné le rôle important que jouent les phénomènes psychiques dans la genèse et les manifestations de l'hystérie, ce n'est guère que dans ces toutes dernières années qu'on en est arrivé assez généralement à cette conviction scientifique, à savoir que l'hystérie est, avant tout, une *maladie mentale*.

Parmi les nombreux travaux dont les résultats ont permis d'aboutir à cette conception relativement nouvelle, les recherches poursuivies dès longtemps dans cette direction, par M. le docteur Pierre Janet, sa théorie générale sur la nature de l'hystérie qui en représente la synthèse, théorie à laquelle Charcot a donné l'appui de sa haute autorité, nous semblent avoir contribué, plus que tous les autres, à la conquête de cette importante notion doctrinale. Aussi bien, est-ce surtout des idées et de la doctrine formulées par cet auteur, que nous nous inspirerons dans l'exposé suivant.

I

Pour permettre de concevoir plus aisément le mécanisme psychologique de la névrose, ainsi que le jeu particulier des troubles qui révèlent somatiquement son existence, il nous paraît utile de rappeler, au préalable, quelques données sommaires de psychologie normale, d'exposer succinctement tout au moins, ce qu'on comprend aujourd'hui par les mots *conscience* et *personnalité*, car c'est à des modifications des phénomènes désignés par ces termes, que l'hystérie paraît correspondre.

1° Donnée d'observation, le fait de la *conscience* ne peut se définir ; toutefois, il semble établi actuellement que la conscience n'est pas une *entité*, mais « un simple phénomène surajouté à l'activité cérébrale, comme un événement ayant ses conditions d'existence propres et qui, au gré des circonstances, se produit ou disparaît » (Ribot). On se rend compte ainsi que, lors des diverses modalités de la vie psychique, la conscience intervienne dans un cas, ou n'intervienne pas dans un autre, de telle sorte que ces modalités, sensations, volitions, etc., seront, selon que cette intervention aura eu lieu ou non, conscientes ou inconscientes.

Il est à remarquer aussi qu'entre ces deux termes extrêmes des processus psychiques, conscience et inconscience, il existe des degrés, des états de subconscience. La conscience peut aussi varier dans sa forme même, et surtout dans son étendue. L'intelligence scientifique, par exemple, capable de synthèse, de formation d'idées générales, pourrait, au premier égard, être considérée comme une forme supérieure de la conscience, tandis que l'état d'obnubilation relative qui précède immédiatement le sommeil, le rêve, ressortirait comparativement à une forme élémentaire.

A notre point de vue, ce sont les variations d'*étendue* de la conscience qui importent le plus, ainsi qu'on le verra ultérieurement. Selon diverses conditions, un nombre variable de perceptions peuvent coexister en nous, et c'est la quantité de ce nombre qui détermine ce que Spencer a appelé l'*aire de la conscience*. On peut comparer, selon M. P. Janet, l'aire ou le champ de la conscience au champ visuel. On sait que celui-ci est représenté, selon la définition de M. Chauvel, par l'étendue de l'espace d'où nous pouvons recevoir une impression lumineuse, l'œil restant immobile et le regard fixe. De la même façon, on peut appeler *champ de la conscience*, le nombre le plus grand de phénomènes simples qui peuvent être réunis à la fois dans une même conscience, ou simultanément rattachés à notre personnalité.

Cette étendue du champ de la conscience varie à l'état normal, non seulement d'un sujet à l'autre, mais encore chez le même individu aux différents moments de l'existence. Chacun sait que, si l'on est très absorbé par une idée, un très grand nombre d'excitations extérieures ne seront pas perçues. C'est qu'alors le champ de la conscience est tout entier concentré sur l'idée prédominante et n'a plus de place pour les idées assaillantes.

Ces variations de l'étendue du champ de conscience sont en rapport, d'une part, avec les conditions mentales du sujet lui-même, d'autre part, avec la nature des excitations qui lui parviennent. En ce qui concerne le sujet, les

émotions, les fatigues, les malaises en particulier, sont capables de restreindre considérablement son champ de conscience.

Pour ce qui est de la nature des excitations, les idées sont susceptibles, selon l'effort d'attention qu'elles provoquent, d'accaparer une plus ou moins grande étendue du même champ.

Celui-ci, en dernier lieu, pourrait présenter, en raison d'un certain état pathologique de l'esprit du sujet, *un rétrécissement permanent*, et ce serait là précisément l'altération psychologique supposée qui rendrait le mieux compte de la plupart des *stigmates de l'hystérie.*

2° La notion de conscience est inséparable de l'idée de *personnalité*. Pour que nous ayons conscience d'une excitation extérieure, pour que nous puissions dire d'elle : « Je sens », il faut, en effet, que non seulement cette excitation ait agi sur nos sens et ait été transmise à nos centres nerveux, mais de plus que, par un acte de synthèse psychologique, nous incorporions, en quelque sorte, la nouvelle sensation à cet ensemble déjà organisé par les sensations et les images antérieures, ensemble qui constitue précisément notre personnalité. La conscience que nous avons de nos sensations résulte donc exclusivement de la coordination de ces sensations à notre personnalité.

Or il est amplement démontré que, même à l'*état normal*, les excitations multiples auxquelles nous sommes constamment soumis de la part du milieu extérieur, et que les sensations qui en résultent, ne pénètrent pas *toutes* dans le champ de notre conscience, ne sont pas *toutes* agrégées à notre personnalité. Il suit de là qu'une partie relative et variable de ces sensations demeure constamment étrangère à notre connaissance, et reste indépendante de notre personnalité sous forme de sensations inconscientes.

Il peut y avoir plus. Si l'on suppose que le champ de la conscience est considérablement rétréci pour une raison pathologique, il en résultera alors qu'un très grand nombre de sensations et d'images n'y pénétreront pas, ou, en d'autres termes, ne seront pas agrégées à la personnalité. Or il peut arriver dans ce cas que ces sensations et ces images, délaissées par la conscience, se coordonnent néanmoins, ensemble et en dehors de la conscience, et que, par cette organisation, elles donnent ainsi naissance à des systèmes psychologiques nouveaux, engendrant soit une seule, soit plusieurs personnalités nouvelles inconscientes, indépendantes de la première, et pouvant alterner ou coexister avec elle.

Ce sont les diverses réactions des personnalités inconscientes qui reconnaissent cette origine, et qui sont formées à la faveur du rétrécissement primordial du champ de conscience, qui rendent en partie compte de certains *paroxysmes* de l'hystérie.

II

Le rétrécissement du champ de la conscience constitue, avons-nous dit, le trouble psychologique supposé qui explique le mieux les caractères, si souvent singuliers en apparence, des principaux stigmates de l'hystérie.

Nous examinerons successivement à cet égard comment se peuvent interpréter : 1° dans le domaine de la sensibilité, les *anesthésies ;* 2° dans le domaine de la motilité, les *paralysies*, la *catalepsie*, les *contractures ;* 3° dans le domaine de l'intelligence, les *amnésies* et les *aboulies*, troubles qui représentent, comme on sait, les stigmates permanents de l'hystérie.

1° *Sensibilité.* — Sans être constantes dans leur apparition, les *anesthésies* constituent le symptôme le plus général et le plus fréquent de l'hystérie. Certains de leurs caractères sont tout à fait particuliers, et ce sont ceux-là précisément que nous devrons retenir et mettre en lumière, étant donné le but que nous poursuivons ici. Ce sont : la *systématisation* et la *localisation*, qui, par elles-mêmes, établissent l'*origine psychique* de l'anesthésie; la *mobilité*, l'*apparence contradictoire*, la *conservation des réflexes*, qui démontrent concurremment l'*absence d'un substratum organique ;* ces notions donneront déjà, comme on voit, des bases solides à l'hypothèse psychologique que nous montrerons, en dernier lieu, convenir à leur pathogénie.

La *systématisation* des anesthésies consiste en ce qu'elles portent sur un groupe particulier de sensations formant *système*, groupe dont la constitution n'est aucunement en rapport avec les lois physiologiques ni avec la distribution anatomique des nerfs. Tel malade, par exemple, présentera une agueusie complète pour toutes les saveurs qu'elles quelles soient, sauf pour le goût du jus d'oignon, qui sera perçu. Telle autre, malgré l'anesthésie complète de ses mains pour toutes les sensations, jugera, par le seul contact et sans l'aide du miroir, de l'état de sa coiffure, ou encore reconnaîtra seulement par le palper certains objets, demeurant anesthésique vis-à-vis des autres. La sensibilité et l'insensibilité paraissent, alors, être réparties plutôt d'après les idées du malade, que d'après des modifications des organes qui concourent à la fonction du sens lui-même.

La *localisation* des anesthésies se dit de leur mode de répartition. Celui-ci se fait le plus souvent, comme on sait, en segments géométriques sur les membres, c'est-à-dire que l'insensibilité y est limitée par des lignes circulaires, perpendiculaires à l'axe des membres, d'où les noms significatifs : anesthésies *en bottes*, *en manchettes*, *en manche de veste*, *en gigot*. Il est évident, ici aussi, que cette distribution n'est pas en rapport avec la topographie de territoires nerveux anatomiquement délimités, mais correspond plutôt à l'*idée vulgaire* qu'on se fait du membre. Dans l'anesthésie qui se superpose à une paralysie de la main, par exemple, ce ne sont pas les parties qui recouvrent les muscles de l'avant-bras, moteurs de la main, qui sont anesthésiées, mais bien la peau de la main elle-même jusqu'au poignet. Il semble donc, d'après cela aussi, que ce sont les idées qu'on s'est fait des organes, qui président dans ces cas à la répartition de l'insensibilité.

La *mobilité* des anesthésies hystériques est bien connue. On sait que, sous diverses influences : les attaques, le sommeil, l'hypnotisme, l'électrisation, les agents dits æsthésiogènes (qui ne paraissent guère agir que par suggestion), les émotions, etc., l'hémi-anesthésie passe brusquement parfois d'un côté du corps à l'autre. Cette mobilité est surtout manifeste sous l'influence de la suggestion qui peut, à volonté, pour ainsi dire, créer ou défaire l'anesthésie dans le plus grand nombre de cas. Il est à peine besoin d'insister sur ce que ce caractère capricieux est peu en rapport avec une lésion organique causale.

Ainsi en est-il, plus évidemment peut être encore, si l'on considère *certaines contradictions* présentées par les anesthésies, contradictions qui, alors qu'on ne savait les expliquer,

étaient mises sur le compte de la simulation. Un des faits les plus curieux à cet égard repose sur les expériences qu'on a produites sur l'amaurose unilatérale. Certains malades prétendent ne rien voir de l'œil droit, par exemple, et cependant, si on les soumet à l'épreuve de la boîte de Flees, on observe que leur vue est tout à fait indemne du côté incriminé. D'autres constatations, faites à l'aide de divers appareils, dénotent les mêmes contradictions. Une malade, habituellement électrisée pour une paraplégie avec anesthésie, continue à présenter des contractions musculaires, alors que, par erreur, un fil s'est détaché de l'une des électrodes avec lesquelles on l'électrise et que le courant ne passe plus.

Quant à la *conservation des réflexes* dans les régions anesthésiées, c'est un fait avéré en hystérie. Le pincement de la peau, qui n'est pas senti, provoque néanmoins régulièrement le réflexe pupillaire. L'application du froid, qui n'est pas perçu, est constamment suivi de sa réaction vaso-motrice ordinaire, alors que dans les anesthésies d'origine organique, tous ces réflexes sont plus ou moins complètement abolis.

On sait aussi que l'existence de l'anesthésie hystérique sur un membre ne gêne en rien les fonctions de celui-ci, et qu'ordinairement le malade ne se plaint pas de son trouble de la sensibilité, si complet soit-il.

L'idée qu'il s'agit et qu'il ne peut s'agir que d'un trouble psychologique, étant induite de la présence de pareils indices, il nous reste à savoir comment le trouble supposé, le rétrécissement du champ de la conscience permet, lui, d'expliquer ces particularités qui demeureraient tout à fait incompréhensibles, en admettant qu'ils dépendent d'une lésion des centres nerveux. On aura tout d'abord une idée approximative de la nature de ces anesthésies, en se souvenant que, chez nous tous à l'état normal, la simple distraction produit souvent des phénomènes d'anesthésie équivalents. N'est-ce pas sur une connaissance instinctive de ces phénomènes, que se fonde le pick-pocket, qui profite, pour explorer nos poches, de ce que notre attention est attirée par un spectacle attrayant? Chacun sait bien que, dans l'ardeur d'une discussion, on ne perçoit pas des sensations auxquelles, en toute autre circonstance, on aurait été sensible. Une lecture attachante suffit à empêcher d'entendre une conversation tenue près de nous. Le soldat blessé au milieu d'un combat, le fait est bien connu, ne s'aperçoit souvent pas de de la blessure qui vient de le frapper.

Pénétrons maintenant plus avant dans le mécanisme de la perception. On peut considérer la perception personnelle comme une opération à deux temps. Dans le premier temps les excitations tactiles T, musculaires M, visuelles V, etc., provoquent dans l'esprit des phénomènes simples, élémentaires, ou sub-conscients ; dans le second temps, ces phénomènes sont combinés avec la notion antérieure de la personnalité et deviennent par là, conscients. Même à l'état normal, comme nous l'avons vu, aucun sujet n'est capable de réunir à sa personnalité la masse entière et complète des sensations élémentaires qui lui parviennent à tout instant. Or, en supposant que se présentent à un sujet des sensations T, M, V, certaines d'elles, T, par exemple, pourront ne pas parvenir à sa conscience, ne pas faire partie de sa personnalité, et, par suite, le sujet dira de T, qu'il ne sent pas. Supposons maintenant qu'au lieu d'un minimum de sensations ainsi négligées, comme nous venons de dire que cela est de règle à l'état normal, il en existe un maximum — ce qui, d'après la définition déjà donnée, comporte précisément un rétrécissement du champ de conscience, puisque celui-ci se mesure à la quantité de sensations susceptibles d'être perçues — il va arriver que le sujet ne pourra plus, dans ces conditions, percevoir qu'un très petit nombre de sensations élémentaires et, par nécessité, il choisira celles qui lui semblent les plus importantes. Parmi les sensations tactiles, musculaires, visuelles, auditives, il va négliger, par exemple, les sensations tactiles et les musculaires, et se contentera de voir et d'entendre. Une anesthésie est, de ce fait, constituée. Il est admissible qu'au début du trouble, le sujet serait peut-être capable de reprendre ces sensations, au moins pour un instant, dans son champ de conscience; mais, s'il ne le fait pas, la mauvaise habitude psychologique est prise, et l'anesthésie est réalisée. Le sujet ne peut plus, selon l'expression de Janet, rattraper dans sa perception personnelle des sensations trop longtemps négligées.

En résumé : « L'anesthésie est une distraction très grande et perpétuelle, qui rend les sujets incapables de rattacher certaines sensations à leur personnalité; c'est un rétrécissement du champ de la conscience. » Le sujet paraît ainsi anesthésique vis-à-vis des sensations élémentaires, négligées, ou qui n'ont pas été rattachées à sa personnalité. Mais celles-ci ne sont pas perdues pour lui, elles n'ont pas cessé d'exister, elles demeurent à l'état latent, inconscient, et peuvent, soit se manifester dans cet état, soit réapparaître dans le champ de la conscience à un moment donné.

Il existe de ces phénomènes une sorte de vérification clinique et expérimentale. C'est ainsi que parfois il suffit de suggérer au sujet de se souvenir de l'impression qu'on vient d'imposer à son membre anesthésique, pour que celle-ci réapparaisse (Onanoff). L'étude des idées et des actes inconscients, notamment de l'écriture automatique, dont nous parlerons ultérieurement, permettront au surplus de compléter amplement cette démonstration.

2° *Motilité*. — Parmi les manifestations de l'ordre de la *motilité*, nous aurons en vue les plus spéciales d'entre elles : les *paralysies*, la *catalepsie* et les *contractures*.

Les *paralysies* si fréquentes, comme on sait, dans l'hystérie, s'y montrent là aussi avec des caractères très différents de ceux des paralysies organiques. Tout d'abord, ce sont des paralysies en masse, c'est-à-dire frappant toujours un ensemble de muscles ; de plus, elles atteignent également la racine et l'extrémité du membre; enfin elles s'accompagnent ordinairement d'anesthésie dans l'exacte limite de la région paralysée.

Toutefois, leur signe le plus spécial est, également, la *systématisation*. Elles peuvent, en effet, frapper isolément un membre ou un segment de membre, et, d'autre part, n'atteindre dans un groupe musculaire que les seuls mouvements qui commandent à l'exécution de certains actes, laissant les autres mouvements de ces muscles libres, ainsi qu'on le voit dans l'astasie-abasie (Blocq), et dans certaines paralysies faciales (Babinski). Et il est à remarquer que « l'hystérie se comporte dans ses paralysies comme si l'anatomie n'existait pas, ou comme si elle n'en avait nullement connaissance » (Freud). De la même façon que l'anesthésie, la paralysie se localise donc souvent sur les organes ou sur les membres, conçus selon le sens vulgaire de leurs noms, et non pas selon leurs limites anatomiques.

Ces paralysies présentent, enfin, parfois la même *mobilité*

que les anesthésies, susceptibles qu'elles sont de disparaître et de réapparaître en nombre de cas, sous l'influence de la suggestion verbale ou d'autres manœuvres équivalentes.

Connaissant déjà le mécanisme de l'anesthésie, on comprendra plus aisément celui de la paralysie qui est à peu près identique. Ici encore il s'agit d'un rétrécissement du champ de la conscience, et la paralysie résulte de ce que la conception du membre — s'il s'agit de la paralysie d'un membre — ne peut plus être associée à la personnalité consciente. Dans les autres cas, c'est de même, la conception relative à une fonction motrice déterminée qui, seule, reste en dehors de la conscience (astasie-abasie).

On sait en quoi consiste la *catalepsie*, cette singulière aptitude des muscles à recevoir et à conserver les divers degrés de contraction qu'on leur imprime passivement. Ce phénomène existe à l'état de généralisation lors des attaques de catalepsie spontanées, ou de celles qui sont provoquées par l'hypnose. Ce n'est pas de ces accès qu'il sera question, mais de ce qu'on a appelé la *catalepsie partielle*. Celle-ci existe très fréquemment à l'état de veille chez les hystériques, au niveau de leurs membres anesthésiés. Le bras, par exemple, conserve, sans les modifier, les positions qu'on lui imprime, tandis que le sujet garde la liberté des mouvements de ses autres membres, et peut même tenir une conversation, sans se préoccuper autrement de son membre immobilisé. D'autre part, il suffit parfois chez certains sujets, de maintenir un certain temps en l'air, un membre sensible habituellement, pour le rendre par cela seul anesthésique et cataleptique. Si l'on vient à imprimer à un membre cataleptique un mouvement de balancement, ce mouvement se continue ensuite pendant un temps plus ou moins long.

La catalepsie partielle s'explique, selon la même théorie, de la façon suivante. Les sensations kinesthétiques provenant du membre anesthésié, restent en dehors de la conscience personnelle, et, par suite, comme elles ne sont pas modifiées par des processus psychiques antagonistes, elles subsistent elles-mêmes, en survivant à l'excitation initiale, en même temps que leur accompagnement moteur, l'attitude du membre.

La diathèse de *contracture* et les *contractures*, sont des phénomènes analogues. On sait qu'elles sont provoquées par diverses excitations cutanées et musculaires, que le plus souvent elles sont *systématiques*, qu'enfin elles présentent une variable *mobilité*. Le même mécanisme que nous venons d'indiquer pour la catalepsie paraît leur convenir. Il s'agit de sensations qui, en raison du rétrécissement du champ de la conscience, ne sont pas modifiées par d'autres phénomènes psychologiques, et tendent en conséquence à se manifester d'une façon persistante par des mouvements extérieurs.

3° *Intelligence.*— Les altérations de la mémoire, les *amnésies* sont parmi les signes les plus constants de l'hystérie. Elles se présentent sous diverses formes. Le plus souvent, elles sont *systématisées*, c'est-à-dire que les malades ne perdent qu'un seul groupe d'idées du même genre. Certains sujets, par exemple, oublieront tout ce qui a trait à leur famille exclusivement. D'autres amnésies sont dites *localisées*; il arrive alors que les événements dont le souvenir est perdu se rapportent tous à une période déterminée de la vie du sujet : parfois ces oublis portent sur les faits qui ont, ou précédé, ou suivi une attaque. Dans des cas plus rares, l'amnésie enfin peut être *continue* (amnésie antérograde de conservation (Sollier). Le malade perd, d'une façon continue, la faculté d'acquérir des souvenirs nouveaux.

Les caractères psychologiques communs de ces amnésies, sont relativement analogues à ceux que nous avons montrés appartenir aux anesthésies. Elles sont en effet *systématisées*, comme nous venons de le dire, et, dans le choix des oublis, il est tout à fait évident, pour peu qu'on cherche à le constater, que l'idée seule du sujet joue un rôle déterminant. Elles sont *mobiles;* l'oubli, en effet, n'est pas perpétuel, et il arrive que le sujet peut, dans certaines circonstances, retrouver ses souvenirs, soit à la suite d'une attaque, soit à la faveur d'une suggestion, soit dans le sommeil, en rêve. Enfin, malgré son degré, l'amnésie ne trouble en rien les fonctions intellectuelles, alors que dans les états organiques, pour peu qu'elle soit profonde, elle s'accompagne toujours d'un certain degré de démence.

On conçoit, en raison de ces analogies, que la même interprétation qui convenait aux anesthésies, soit également de mise en ce qui concerne les amnésies. De même que, pour la perception personnelle des sensations, il est nécessaire que celles-ci soient rattachées à la personnalité par un acte de synthèse, de même, en ce qui a trait à la perception des souvenirs, il est indispensable que les images non seulement soient reproduites par le jeu de l'association des idées, mais encore soient rattachées aux souvenirs antérieurs dont l'ensemble constitue notre personnalité. L'amnésie hystérique résulte du défaut d'assimilation des souvenirs à la personnalité. Ainsi s'explique, la conservation des images restant intacte dans l'inconscient, que celles-ci puissent réapparaître à un moment donné, et précisément alors que, comme dans le sommeil, la conscience personnelle est absente. Nous retrouvons donc toujours à l'origine de ce trouble ce même rétrécissement du champ de conscience, en raison duquel l'hystérique, incapable de réunir dans une unique perception personnelle toutes ses images, semble choisir pour les percevoir tantôt les unes, tantôt les autres.

L'*aboulie* est un état également fréquent dans l'hystérie, et elle s'y montre avec des caractères psychologiques relativement analogues à ceux des amnésies. On sait que ce trouble désigne d'une façon générale la diminution de la volonté, qui a pour conséquence l'indécision dans les idées et l'hésitation d'une part, l'impuissance dans les actes et la paresse d'autre part.

L'aboulie est le plus souvent *systématisée* chez les hystériques, ne portant alors que sur un acte, ou sur un ensemble d'actes. Tel sujet, par exemple, ne peut plus parler ou manger, ou même se livrer à une certaine occupation, à l'exclusion des autres. D'autre part, l'aboulie peut être *généralisée* et porter sur toutes les actions et les pensées. Un sujet se dit incapable de tout mouvement, et, sans paralysie, demeure immobile sur une chaise; en même temps, il ne peut fixer son attention sur rien. Là encore on retrouve néanmoins les mêmes indices de systématisation et de mobilité que nous avons étudiés déjà à l'occasion des amnésies; de plus, on remarque que l'aboulie offre ces caractères particuliers, à savoir qu'elle ne porte pas sur les actes anciens dont l'exécution est conservée, et qu'au contraire, elle affecte les actes nouveaux pour lesquels seuls il y a impuissance; il y a, en d'autres termes, conservation des actes subconscients et perte de la perception personnelle des actes.

Dans ce phénomène de l'aboulie, nous reconnaissons encore le même rétrécissement de l'esprit pour les *actes*, que nous avions constaté précédemment pour les *sensations* et pour les *images*. Si les actes anciens sont conservés, c'est qu'ils sont dus à des synthèses antérieures, tandis que la perte des actes nouveaux résulte de ce que ceux-ci exigent une synthèse actuelle plus délicate, soit l'assimilation des actions actuelles à la notion de la personnalité antérieure.

Nous venons de montrer comment certains désordres psychologiques rendent compte du plus grand nombre des symptômes d'apparence somatique, constatables chez les hystériques; nous verrons ultérieurement que les mêmes troubles de l'esprit expliquent aussi les altérations, et ce qu'on a appelé les bizarreries de leur caractère, enfin le signe dominant de ce caractère, la suggestibilité.

II

L'une des conséquences psychologiques les plus importantes du rétrécissement du champ de la conscience est qu'un grand nombre de sensations et d'images ne sont pas assimilées à la personnalité du sujet. Or, ces sensations et ces images — perceptions inconscientes — persistent néanmoins dans son esprit. Il peut arriver alors, ou que ces phénomènes subsistent seulement sous forme simple, ou qu'ils se combinent, s'organisent ensemble — à l'instar de leurs analogues conscients — de façon à constituer de la sorte un nouveau système psychologique, une personnalité indépendante de la première. Cette personnalité nouvelle pourra, parfois, acquérir une importance telle qu'elle dominera momentanément l'ancienne (personnalité alternante), parfois, coexister seulement avec celle-ci (personnalité coexistante) [Binet].

C'est à ces diverses altérations de la personnalité que répondent, comme on le verra, la plupart des *accidents* ou paroxysmes de l'hystérie : le noctambulisme, le vigilambulisme, les somnambulismes spontanés et provoqués, et les attaques en particulier.

1° Le *somnambulisme* peut se présenter sous diverses formes. Le noctambulisme (*somnambulisme nocturne*) des enfants est bien connu et nous n'y insisterons pas; parfois c'est en plein jour que le somnambulisme apparaît sous forme d'accès de plus ou moins longue durée, et précédé ou suivi des phénomènes convulsifs de l'attaque (*vigilambulisme*). Il arrive en dernier lieu qu'il atteint un développement plus considérable encore, donnant naissance à ce qu'on a appelé des existences secondes, et persistant alors pendant plusieurs mois (*état second*). Le somnambulisme *provoqué*, en dernier lieu, est celui qu'on produit par les manœuvres d'hypnotisation chez un grand nombre d'hystériques, et il offre des signes plus ou moins analogues aux précédents (*somnambulisme hypnotique*).

Le dédoublement de la personnalité, dont il existe, comme on sait, des exemples fameux (cas de M. Azam), sur lesquels nous ne pouvons nous étendre, représente la forme type des personnalités *alternantes*. Dans ce cas, le sujet passe spontanément de son état A considéré comme normal, à un état second B. Lorsqu'il est dans l'état A, il ne se souvient pas de ce qui s'est passé dans l'état B et réciproquement. De plus, il existe entre les personnalités A et B des différences énormes, aussi bien morales que physiques. Le sujet dans l'état A sera, par exemple, triste et préoccupé, et, au contraire, dans l'état B, il se montrera gai et alerte. Des anesthésies et des paralysies, constatables dans l'état A, vont disparaître dans l'état B.

En somme, la même personne vit alternativement deux vies psychologiques différentes l'une de l'autre, et dans chacune d'elles paraît ignorer l'existence de l'autre.

Le même phénomène d'amnésie caractéristique, au sortir de l'un de ces états pour tout ce qui le concerne, existe dans toutes les variétés de somnambulisme que nous venons d'énumérer et, en particulier, dans le somnambulisme provoqué.

La raison d'être psychologique de ces apparences est que, dans les cas de ce genre, en raison d'un rétrécissement de plus en plus considérable du champ de conscience, l'inconscient en arrive à disposer de la majorité des perceptions inconscientes, négligées, du sujet et à acquérir, en conséquence, une importance prépondérante. Il donne ainsi naissance à cette personnalité seconde qui, devenue par là prédominante, entre alors en jeu au détriment de la première. « La seconde personnalité toujours cachée par la première, comme par un voile, d'autant plus forte que celle-ci est plus affaiblie, profite de la moindre occasion pour la terrasser et paraître au grand jour » (Janet).

A côté de ces états de parfait dédoublement de la personnalité, on en connaît d'autres moins complets par la durée; il en est aussi dans lesquels l'état second diffère encore plus de l'état normal, en ce qu'il y a alors immixtion d'idées délirantes. Ces derniers états sont tout à fait analogues à ceux qui caractérisent une certaine période de l'attaque hystérique (phase passionnelle).

Mais l'*attaque* offre, avec le dédoublement de la personnalité, assez d'autres caractères de similitude, pour qu'on puisse affirmer qu'un mécanisme analogue préside à l'un et à l'autre. Le somnambulisme, comme l'attaque, peut être provoqué par des phénomènes psychologiques associés à l'état émotif de la seconde existence. L'un et l'autre présente dans son développement la même régularité automatique. Quant aux phénomènes de l'attaque elle-même : cris, convulsions, on peut les considérer vraisemblablement comme des expressions émotionnelles, reproduction automatique des concomitants psychiques des états affectifs liés à la seconde personnalité. Sans doute, est-ce le fait que ces manifestations sont alors exprimées sans la modération du contrôle personnel, qui les rend différentes jusqu'à un certain point de ce que serait l'expression de semblables états chez un sujet conscient.

2° Nous venons d'envisager cette première manière d'être du dédoublement de la personnalité, caractérisée par l'existence complètement séparée et sans rapports apparents de deux existences psychologiques : la vie normale et le somnambulisme. Il arrive aussi que la vie somnambulique survit en partie au sein de la vie normale; il y a alors non plus *succession*, mais *coexistence* des deux personnalités. En d'autres termes « une certaine intelligence subsiste dans l'esprit du sujet, à son insu, en dehors, pour ainsi dire, de sa conscience et de sa personnalité ».

De nombreuses observations sont venues révéler les agissements de cette intelligence, latente en quelque sorte, et ont permis de vérifier la plupart des assertions précédentes, en donnant en même temps la clef de divers autres accidents de l'hystérie. Des actes de cette catégorie émanant de cette intelligence, et que l'on a appelés inconscients,

existent, il est vrai, à l'état normal, mais ils n'y acquièrent jamais le développement considérable qu'ils prennent chez les hystériques. En voici des exemples :

Si, chez un sujet, on cache à l'aide d'un écran la vue de son bras anesthésique, on peut provoquer à son insu des mouvements intelligents. Si l'on communique au membre un mouvement passif, celui-ci se continue. Si l'on met dans la main divers objets, la main, bien qu'anesthésique, les reconnaît; si ce sont des ciseaux, par exemple, les doigts s'engagent dans les anneaux, et en font mouvoir les branches, preuve qu'une association intelligente dirige le membre. Place-t-on un crayon entre les doigts du sujet, il arrive parfois, lorsqu'on imprime à la main des mouvements graphiques que celle-ci reproduit les mouvements, et même continue à écrire. Les expériences démontrent donc bien que l'anesthésie du membre n'est pas *absolue*, que les sensations qu'on y provoque non seulement sont suivies de mouvements, mais même de mouvements *intelligemment* coordonnés.

La même intelligence préside aux mouvements, dits d'adaptation, dans la catalepsie partielle. « Le bras anesthésique semble comprendre la volonté de l'expérimentateur. »

Nous avons dit comment il arrive que le sujet peut écrire de sa main anesthésique sans en avoir conscience. C'est là le phénomène qu'on a appelé l'écriture automatique; il a permis de se rendre compte qu'il existe des sensations, des souvenirs et des jugements appartenant au personnage inconscient et que la conscience principale ignore. On a pu également, par le procédé de la distraction, entrer en communication verbale avec ce personnage et constater sa mémoire et sa suggestibilité, c'est-à-dire son intelligence. Cet état de coexistence de deux personnalités, où se réalise la production de ces divers phénomènes et auquel M. C. Richet a donné le nom d'hémi-somnambulisme, est étroitement lié au somnambulisme.

Or en raison de la suggestibilité de l'inconscient, il arrive que certaines idées s'y développent chez l'hystérique et existent par suite dans son esprit à son insu. Ce sont des idées fixes de ce genre qui sont sans doute responsables d'un certain nombre d'accidents hystériques, qu'elles ont provoqués et qu'elles entretiennent. Telle l'idée d'impuissance du membre survenant à l'occasion d'un traumatisme et produisant, selon le mécanisme établi par Charcot, la paralysie hystéro-traumatique. Des hyperesthésies, des contractures, l'anorexie, des amnésies, des délires, n'ont souvent pas d'autre origine. Le malade ne peut, en ce cas, on le conçoit, exprimer son idée fixe, dans son état ordinaire, puisqu'il ne la connaît pas. Mais parfois ces idées se manifestent, soit par le langage des malades dans le délire des attaques, dans les rêves, dans certains états hypnotiques, soit par l'écriture automatique quand ce procédé peut être mis en œuvre. On se rend alors aisément compte de la genèse d'accidents, qu'on aurait pu juger absurdes, ou plutôt incompréhensibles.

IV

Jusqu'ici nous avons montré quels rapports de causalité existaient entre les principales manifestations somatiques de l'hystérie, et le trouble du fonctionnement psychologique fondamental que nous avions supposé. Il nous reste à établir que les particularités du caractère des hystériques, au sens ordinaire du mot, sont, elles aussi, tributaires du même désordre mental.

A cet égard, nous distinguerons entre : 1° les défauts attribués, à tort ou à raison, à ces malades : l'*érotisme*, la *coquetterie*, la *simulation*, et, 2° les signes qui leur appartiennent sans conteste : *suggestibilité*, *émotivité*, *impulsivité*, *difficulté d'attention*, *mobilité*.

1° Afin de pouvoir juger, en connaissance de cause, de la valeur séméiologique des défauts, dont on a accusé les hystériques, il importe d'être prévenu que la névrose peut être associée chez eux à la dégénérescence mentale. Dans les cas de ce genre, pour peu que la dégénérescence se manifeste par ses syndromes ordinaires (obsessions, impulsions), on ne saurait incriminer la maladie hystérique des troubles qui appartiennent à son associée. Il en est ainsi, le plus souvent, des cas rapportés d'hystériques voleuses, ou érotomanes.

En général, les hystériques ne possèdent pas de dispositions plus *érotiques* que les personnes normales. Nous n'irons pas jusqu'à dire avec certains auteurs qu'elles seraient plutôt frigides dans les rapports sexuels, en raison de leurs anesthésies et que ce peut être là l'origine de dislocations conjugales. Nous avons, pour notre part, observé, en effet, assez souvent, chez des sujets des deux sexes, que l'anesthésie, aussi complète que possible, du revêtement cutané et muqueux des organes génitaux, n'empêchait en aucune façon les sensations voluptueuses spéciales résultant des contacts sexuels, ce dont on ne s'étonnera pas, si l'on se rappelle de la faculté de systématisation des anesthésies hystériques. Un hystérique mâle anesthésique *total*, que nous avons interrogé, entre autres, à ce sujet, nous a confié qu'il éprouvait exactement les mêmes désirs et ressentait les mêmes sensations sexuelles pendant le coït, depuis qu'il était devenu anesthésique qu'auparavant. En réalité, sauf dans les cas où la passion amoureuse intervient, et ces cas sont peut-être plus fréquents chez les hystériques que chez les sujets normaux, en raison des rapports qui existent, à mon avis, entre l'amour et la dégénérescence nerveuse, et où alors la passion joue son rôle dans le délire, il est permis d'affirmer que l'érotisme n'a rien à faire avec l'hystérie. Inutile d'ajouter, après ce qui précède, que la théorie utérine de l'hystérie, si répandue encore, au moins dans le public extra-médical, ne repose sur aucune base scientifique.

La *coquetterie* existe incontestablement chez les hystériques et, à cet égard, nous ne pensons pas, comme le prétend Gilles de La Tourette, qu'on puisse expliquer par leurs anesthésies leur goût pour les couleurs voyantes, car pour nous leurs anesthésies se systématisent ordinairement d'après le choix du sujet, comme le prouve l'exemple précédent; mais ce désir de la parure semble plutôt dû à la *vanité*, qui ne nous paraît pas niable chez ces malades. Pour la plupart des auteurs actuels, l'amour des hystériques pour la *simulation*, reposerait seulement sur des erreurs d'observations. « On attribuait à des supercheries les phénomènes qu'on ne comprenait pas » (Pitres). Pour P. Janet, on ne saurait faire de la simulation un caractère spécial de la maladie. Elle existerait, il est vrai, parfois chez ces sujets, mais à titre de caractère individuel, ou encore à titre d'idée fixe suggérée et accidentelle. La vérité nous paraît être entre les deux opinions extrêmes, et, selon nous, en un nombre relativement grand de cas, l'hystérique cherche

incontestablement à tromper son entourage. Il serait difficile d'attribuer à tout autre mobile qu'à cette tendance spéciale ces exemples si nombreux : d'élévation de température extraordinaire, de vomissements de matières avalées intentionnellement, de cailloux et de substances diverses mêlés aux urines, etc., qui, s'ils ne sont pas exceptionnels chez les hystériques, le sont, à coup sûr, infiniment plus chez les tuberculeux, cardiaques, tabétiques, ou autres malades. Que l'on interprète la pathogénie de ces actes en invoquant les troubles mentaux, et en particulier l'ingérence des idées fixes, nous n'y contredisons pas; mais, néanmoins, il nous paraît difficile de les qualifier autrement, même en acceptant cette interprétation.

2° Il n'est guère d'observateurs qui n'aient mentionné la crédulité, la *suggestibilité* des hystériques qui, pour certains, suffit même à tout expliquer. Celle-ci comporte deux caractères : la tendance à admettre sans contrôle toutes les idées quelque absurdes qu'elles soient par rapport à la personne, ou aux conditions extérieures, l'importance et le développement que prennent surtout ces idées.

C'est dans l'état d'hypnose que l'effet de la suggestion est porté à son summum ; on peut, le plus souvent, faire croire au sujet hypnotisé tout ce qu'on veut; il devient passible des hallucinations et des actes les plus étranges. Mais, même à l'état de veille, la suggestion de ce genre est parfois également facile, et il suffit alors d'affirmer un fait même absurde, pour que celui-ci soit immédiatement accepté pour vrai, et que l'hystérique se comporte à son égard comme s'il existait en réalité, alors même que l'événement suggéré est en contradiction flagrante avec les circonstances extérieures. Il serait superflu de rapporter des exemples de ces phénomènes; ils abondent et sont aujourd'hui devenus vulgaires.

Les conséquences d'une semblable disposition d'esprit sont nombreuses et graves, car il est établi que l'on peut attribuer à cette suggestibilité, mise en œuvre par des circonstances innombrables et diverses, un grand nombre d'accidents de l'hystérie. Nous citerons, entre autres : le cas de cet homme qui offre une paralysie hystérique du bras en revenant de l'enterrement de son neveu mort d'un bras droit coupé accidentellement, l'histoire d'une femme qui voit sa main demeurer paralysée après en avoir, dans un accès de colère, giflé son enfant, l'aventure d'une jeune fille, que nous avons vue, qui, terrifiée par la brusque irruption d'un chat s'élançant hors d'un placard qu'elle ouvrait, ferma les yeux de terreur, et demeura longtemps les yeux clos par un blépharospasme. Il en est nombre d'autres.

Comment interpréter cette suggestibilité ? A l'état normal, toute idée, simple en apparence, correspond à un véritable système d'images différentes les unes des autres et variablement coordonnées entre elles. L'idée de *chien*, par exemple, comporte outre la notion visuelle de la forme et de la couleur de l'animal, la notion auditive de sa voix, la notion tactile de la rudesse de sa robe, la notion olfactive de son odeur, etc.

Habituellement l'évocation d'une idée n'amène guère dans notre esprit qu'une reproduction relativement abstraite de cette idée, et non pas tout l'ensemble des images des divers sens qui y sont rattachées, cela parce que notre contrôle volontaire intervient aussitôt pour arrêter à temps la chaîne des associations ainsi mises en branle. Chez l'hystérique, au contraire, l'aboulie qui la stigmatise ne permet pas cette intervention, et alors, l'idée n'étant pas contrariée dans son développement, celui-ci va se poursuivre automatiquement, sans arrêt, donnant naissance à des images successives, d'où résultent des hallucinations et des actes. La suggestibilité paraît ainsi n'être que l'une des conséquences du trouble primordial de la conscience, du rétrécissement, dont dépend, comme nous l'avons vu, l'aboulie elle-même.

L'*émotivité* spéciale des hystériques n'est, elle non plus, pas mise en doute par la majorité des auteurs. Ce sont surtout les manifestations de toutes les émotions qui sont exagérées : elles sont, de plus, tout à fait *disproportionnées* avec la cause qui les a provoquées. La peur, la joie, la colère, sont rarement en rapport convenable d'intensité avec les circonstances qui les font naître. Enfin ces émotions sont *peu variées*, et ce seraient surtout les déprimantes qui domineraient. Leurs caractères les plus spéciaux sont l'*excès* et la *mobilité*. L'existence du rétrécissement du champ de conscience permet, cette fois encore, de comprendre comment une impression, occupant seule toute la conscience et n'étant alors contre-balancée par rien, pourra se manifester instinctivement, c'est-à-dire de façon excessive, presque sans inhibition. « Une impression donnée venant effacer brusquement les idées antérieurement existantes, l'hystérique se trouve dans la situation de l'homme qui apprend tout à coup ou voit quelque chose à quoi il ne s'attend pas » (Laurent).

La difficulté *d'attention*, la distraction, si facile à provoquer chez l'hystérique, reconnaît le même mécanisme. En raison de l'étroitesse du champ de conscience, plusieurs idées n'y peuvent coexister eusemble. Il en résulte que, si une idée vient à être perçue, elle fera disparaître immédiatement l'idée antérieure et ainsi de suite. De là des distractions continuelles. C'est à cette impossibilité de l'attention à se constituer, en même temps qu'aux amnésies, qu'on peut attribuer la difficulté qu'ont les hystériques d'acquérir des idées nouvelles.

L'*impulsivité* ou la tendance à réaliser de suite les désirs provient du même vice de fonctionnement. Le désir règne en maître parce qu'il n'est pas contre-balancé par la réflexion, en raison de l'impossibilité qu'a le sujet de réunir plusieurs associations dans sa conscience.

C'est enfin le même rétrécissement du champ de la conscience qui est de même responsable de la *mobilité* et de la *contradiction*, qui, avec la *suggestibilité*, forme le fonds du caractère hystérique. Une idée chasse l'autre, une émotion succède à une autre et, en chaque circonstance, l'idée et l'émotion occupent la personnalité tout entière : de là, le malade peut-il passer de la tristesse à la joie, et s'y adonner alors tout entier avec excès, sous des influences souvent futiles, souvent même inappréciables.

V

On a vu, par ce qui précède, que la conception de l'hystérie *maladie mentale*, telle qu'elle a été formulée, explique la plupart des symptômes de la névrose : anesthésie, hyperesthésie, contracture, paralysie, catalepsie, attaque, délire, somnambulisme, etc. Nous connaissons néanmoins une catégorie particulière de phénomènes, qui se rencontrent dans l'hystérie, et auxquels cette interprétation semble plus difficile à expliquer, du moins *a priori*. Tels sont : les accidents *viscéraux* de l'hystérie, et les troubles *trophiques*

(vaso-moteurs et sécrétoires), qui ne sont pas rares, non plus, au cours de la névrose, bien que moins fréquents, à beaucoup près, et surtout moins caractéristiques de la maladie, que ne sont les signes précédents.

La connaissance de certains de ces troubles : l'œdème, l'atrophie musculaire en particulier, ne remonte guère qu'à ces dernières années (Babinski); mais il en est d'autres : le tympanisme, les vomissements, les hémorragies (sueurs, larmes de sang), qu'on avait relatés depuis longtemps déjà. Nous pourrions encore citer dans le même ordre de faits : la toux, le bâillement, le hoquet, les palpitations, le gonflement du cou et des seins, etc.

Il paraît admissible, tout d'abord, que quelques-uns de ces accidents sont en rapport avec des *idées fixes :* telle l'anorexie. On sait, de plus, à l'appui de cette manière de voir, que plusieurs autres modifications, des troubles vasomoteurs, par exemple, ont pu se produire sous l'influence d'idées suggérées, comme des expériences l'ont démontré (vésication par suggestion).

Il est une autre catégorie de ces mêmes phénomènes qui ressemblent tout à fait aux réactions qui accompagnent les *émotions* à l'état normal. Tels : l'érythème, le tremblement, la polyurie, la diarrhée, l'ictère. Or, nous avons établi comment les hystériques sont très susceptibles d'émotions tout à fait excessives, qui parfois peuvent persister, et on comprend qu'elles entraînent alors leurs conséquences habituelles, soit des manifestations physiques de la plupart des appareils organiques.

Pour comprendre enfin la possibilité de l'immixtion en hystérie du plus grand nombre de ces troubles, il faut se rappeler que des signes de même valeur — troubles de la nutrition — accompagnent également d'autres affections, purement mentales et reconnues comme telles : la manie et la mélancolie.

Aussi, le fait que nous ne savons rien encore du mécanisme précis de tous ces symptômes d'ordre trophique, ne pourrait-il en aucune façon être invoqué à l'encontre de la conception générale plus haut énoncée, car, ainsi que nous venons de l'établir, ces signes ne sont tout au moins nullement contradictoires avec notre manière de voir.

En *résumé*, l'hystérie est une maladie *mentale*, une forme de désagrégation de l'esprit, caractérisée par un affaiblissement de la faculté de synthèse psychologique avec rétrécissement du champ de la conscience. Il résulte de là, qu'un certain nombre de perceptions sont supprimées de la personnalité du sujet (stigmates), et tendent à la formation de personnalités secondaires indépendantes, qui alternent chez lui ou coexistent avec la première (accidents).

BIBLIOGRAPHIE. — SYDENHAM. *Médecine pratique de Sydenham*, trad. Jault, 1799. — BRODIE. Lectures illustrating of certain local affections, trad. Aigro, *Prog. méd.*, 1880. — BRIQUET. *Traité de l'hystérie*, Paris, 1859. — LASÈGUE. Catalepsies partielles, 1865, *Études médicales*, t. I. — HUCHARD. État mental, mœurs des hystériques, *Arch. de neurol.*, 1882. — LEGRAND DU SAULLE. *Les hystériques, état physique et mental*, Paris, 1883. — C. RICHET. *L'homme et l'intelligence*, Paris, 1883. — AZAM. Altérations de la personnalité, *Rev. scient.*, 1883. — HAKETUKE. On the mental conditions in hypnotism, *The Journ. of ment. sc.*, 1883. — C. FÉRÉ. *Sensations et mouvement*, Paris, 1884. — Pierre JANET. Actes inconscients et dédoublement de la personnalité, *Rev. philosoph.*, 1886. — CHARCOT. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, Paris, 1887. — BALLET. État mental des hystériques dégénérés, *Arch. de méd.*, 1888. — RIBOT. *Les maladies de la personnalité*, Paris, 1888. — MÖBIUS. Ueber den Begriff des Hystérie, *Centralbl. f. Nervenheilk.*, n° 3, 1888. — BINET. Altérations de la conscience chez les hystériques, *Rev. philosoph.*, 1889. — CHARCOT. *Leçons du mardi*, Paris, 1889. — HÉRICOURT. Activité inconsciente de l'esprit, *Rev. scient.*, 1889. — Pierre JANET. *Automatisme psychologique*, Paris, 1889. — OPPENHEIM. *Thatsächliches und hypothetischen über den Wesen der Hystérie*, oct. 1889. — COLIN. *Étude sur l'état mental des hystériques*, Thèse Paris, 1890. — PITRES. *Leçons cliniques sur l'hystérie*, Paris, 1891. — GILLES DE LA TOURETTE. *Traite de l'hystérie*, Paris, 1891. — STRUMPELL. *Ueber die Ensthehung und die Heilung von Krankheiten durch Vorstellung*, Erlangen, 1892. — Pierre JANET. *État mental des hystériques*, Paris, 1892. — LAURENT. *Des états seconds*, Paris, 1892. — DONKIN. Article HYSTÉRIE, *Dict. of Psychol. Med.*, Londres, 1892. — BINET. *Altérations de la personnalité*, Paris, 1892. — P. BLOCQ. Les stigmates de l'hystérie, *Gaz. des hôpit.*, 1892. — P. BLOCQ et ONANOFF. *Séméiologie et diagnostic des maladies nerveuses*, Paris, 1892. — BREUER et FREUD. Ueber den psysischen Mechanismus hysterischer phenomene, *Neurol. Centralbl.*, n[os] 1 et 2, 1893. — Gaston DANVITLE. L'amour est-il un état pathologique? *Rev. philosoph.*, n° 3, mars 1893, p. 361. — Pierre JANET. Quelques définitions récentes de l'hystérie, *Arch. de neurol.*, n[os] 76, 77, 1893. — FREUD. Paralysies motrices, hystériques et organiques, *Arch. de neurol.*, n° 77, 1893.

Ce travail était déjà sous presse quand ont paru, sur le même sujet : La théorie psychologique de l'hystérie (formule corticocérébrale), Revue générale, par le docteur GRASSET, *Nouv. Montpellier méd.*, nov. 1893, n[os] 44 et 45, p. 866 et 886, ainsi que : *État mental des hystériques; les états mentaux*, par Pierre JANET, Paris 1894.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 novembre 1893. — Présidence de M. PERIER.

COMMUNICATIONS

Origine de la doctrine microbienne. — M. A. GUÉRIN fait une communication sur ce sujet (voir *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 1259).

Moyen de découvrir le bout supérieur rétracté du tendon fléchisseur des doigts dans les plaies du poignet et de la main. — M. FÉLIZET dit que, dans les cas de section complète d'un tendon fléchisseur, il est généralement facile de retrouver le bout inférieur ; mais il n'en est pas de même du bout supérieur, qui a subi une rétraction plus ou moins considérable : M. Félizet a pu le constater dans de nombreux cas. Or, chez plusieurs malades, il a pu arriver à saisir ce bout supérieur en s'y prenant de la façon suivante : il fait fléchir le doigt blessé et fait étendre les doigts voisins; par suite de ce mouvement d'extension, les tendons non blessés deviennent plus apparents et étendent les tractus fibreux qui relient leurs gaines entre elles, et qui, en agissant sur le bout rétracté, l'amènent pour ainsi dire de lui-même au niveau de la plaie.

Ce bout de tendon ainsi découvert et saisi est fixé, et l'on peut alors suturer les deux bouts et les réunir par un large accolement.

Transformation caverneuse de la muqueuse utérine. — M. QUÉNU rapporte l'observation d'une femme de trente-quatre ans, multipare, qui, depuis plusieurs années, avait été traitée pour des métrorragies, attribuées à de la métrite, par des cautérisations, l'électrolyse et le curetage. Aucun de ces traitements n'ayant pu arrêter le retour de l'hémorragie, M. Quénu a eu recours à l'opération suivante : après avoir excisé le col, il a enlevé par dissection toute la muqueuse du corps de l'organe, sauf au niveau de l'embouchure des trompes. A la suite de cette opération, les règles ont cessé pendant trois mois, puis elles se sont

peu à peu rétablies. L'examen histologique a montré que la muqueuse utérine avait subi une transformation caverneuse.

M. REYNIER fait observer que ces métrorragies rebelles que l'on ne peut rattacher soit à une lésion utérine manifeste, soit à une altération annexielle apparente, ne sont pas rares; dans ces cas, la castration donne de bons résultats. Il en a observé un exemple sur une jeune femme chez laquelle il a fait la laparotomie et a trouvé deux volumineux ovaires, qui avaient subi une sorte de transformation fibreuse. Ce fut le seul renseignement fourni par le microscope. En présence de cette altération, il a pensé à la syphilis; quinze mois environ après cette opération, une céphalalgie notable a été rapidement guérie par le traitement spécifique.

M. QUÉNU n'a pas voulu passer en revue les dégénérescences que peuvent causer des métrorragies : il n'a voulu qu'en signaler une variété.

PRÉSENTATION DE MALADE

Résection du maxillaire inférieur; prothèse immédiate. — **M. P. MICHAUX** présente un malade atteint de récidive maxillaire d'un épithélioma de la lèvre, auquel il a fait, il y a douze jours, la résection de la moitié droite du maxillaire inférieur, suivie de prothèse immédiate de ce maxillaire, suivant la méthode de M. Claude Martin, de Lyon. Ce procédé a donné aux chirurgiens lyonnais des résultats remarquables.

Il s'agissait d'un épithélioma de la lèvre inférieure, ayant débuté il y a cinq ans, opéré en juin 1893; récidive trois mois après dans le maxillaire inférieur droit. M. Michaux pratique la résection de la moitié droite du maxillaire inférieur, suivie de prothèse immédiate.

L'appareil en caoutchouc durci, muni d'un système de canaux ouverts sur le bord libre, est fixé par deux plaques métalliques à l'autre moitié du maxillaire et relié par un ressort à une pièce complémentaire appliquée sous les maxillaires supérieurs.

De suite après l'opération, le malade remue la mâchoire d'une façon remarquable; les dents sont en concordance parfaite. La réunion par première intention est obtenue en sept jours; des lavages incessants, avec la solution d'eau chloratée au centième, assurent l'antisepsie buccale ; il n'y a pas eu la moindre élévation de température. Dès le douzième jour, le malade mange facilement les soupes et parle d'une manière satisfaisante.

M. PRENGRUEBER a eu recours à ce procédé il y a quatre mois.

Il s'agissait d'un cancer du plancher de la bouche, ayant envahi toute la région sublinguale, la branche horizontale du maxillaire et la moitié de la langue. Il enleva 5 à 6 centimètres de la portion horizontale du maxillaire, le plancher de la bouche avec les glandes sous-maxillaires, la moitié antérieure de la langue. Il remplaça la partie enlevée de la mâchoire au moyen d'une pièce de M. Martin, faite par M. Godon. Cette pièce étant percée sur sa partie médiane, il y fixa le moignon de la langue, de telle sorte que non seulement la pièce remplaça le maxillaire, mais qu'elle fut un utile soutien pour la langue.

La malade guérit de son opération avec une mâchoire ayant conservé à peu près son aspect normal. Malheureusement, un mois après sa sortie de l'hôpital, il y eut une récidive, absolument inopérable, et il fallut enlever l'appareil.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies infectieuses et parasitaires des os (1),
par M. GANGOLPHE.

M. le docteur Gangolphe, un des meilleurs élèves de M. le professeur Ollier, et l'un des chirurgiens les plus autorisés de l'École lyonnaise, était tout désigné pour écrire ce « Traité des maladies infectieuses des os ». Il a pleinement réussi dans son œuvre, fruit de longues et de patientes études. Tout y est bien à sa place, nettement coordonné, clairement et méthodiquement exposé. M. Gangolphe n'aborde l'étude des maladies infectieuses qu'après avoir rassemblé, en de longs développements préliminaires, les données générales d'anatomie et de physiologie qui facilitent la compréhension des phénomènes pathologiques.

Le lecteur trouve à longuement étudier les affections du squelette généralement attribuées à l'action d'agents pathogènes, microbes ou parasites. La tuberculose, les diverses variétés d'ostéomyélites dites infectieuses, la lèpre, les kystes hydatiques, l'actinomycose en sont des types indiscutables. L'auteur n'a pas hésité à décrire à leur côté les altérations syphilitiques des os bien que la nature exacte de l'agent virulent soit encore ignorée; de même il a cru devoir signaler les déformations osseuses et articulaires observées dans le cours des suppurations chroniques pleuro-pulmonaires. Son premier chapitre est entièrement consacré à l'exposé des notions générales d'anatomie et de physiologie normales et pathologiques indispensables à connaître. Les chapitres suivants ont trait : 1° à la tuberculose; 2° aux diverses variétés d'ostéomyélites dites infectieuses; 3° aux déformations osseuses et articulaires liées aux suppurations pleuro-pulmonaires; 4° aux lésions osseuses de la lèpre; 5° à l'ostéosyphilis; 6° au kyste hydatique; 7° à l'actinomycose.

On le voit, c'est bien là toute la pathologie des os en dehors des affections traumatiques ou néoplasiques.

Nous ne pouvons insister sur le détail de tous ces chapitres, dont beaucoup sont le reflet de l'enseignement si élevé de M. le professeur Ollier. La chirurgie des os n'a été nulle part poussée aussi loin qu'à l'École de Lyon. M. Gangolphe s'est montré un continuateur autorisé de l'œuvre de ses prédécesseurs, et, en synthétisant les travaux jusqu'ici épars sur les maladies des os, il a rendu à la science et aux étudiants un service des plus méritoires.

Le travail de M. Gangolphe n'est pas toutefois une œuvre de compilation. Chaque chapitre est marqué au coin personnel de l'auteur, déjà particulièrement connu par ses travaux spéciaux sur les affections osseuses. A chaque page, M. Gangolphe a fait preuve de savoir, d'érudition et de grand tact chirurgical. Aussi l'ouvrage du chirurgien lyonnais a-t-il sa place marquée dans toute bibliothèque chirurgicale.

(1) In-8°, avec 99 fig. Prix : 16 francs. — Paris, G. Masson.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 21 novembre 1893, les médecins aides-majors de deuxième classe dont les noms suivent ont été promus au grade de médecin aide-major de première classe, pour prendre rang du 1er décembre 1893; par décision ministérielle du même jour, ces médecins militaires ont été maintenus à leur poste actuel.

MM. Toubert, Meyer, Jacob, Vialle, Gasser, Thiébaut, Cros, Steinmetz, Marotte, Dessirier.

MM. Giorgi, Ulliel, Simonot, Regnault, Lefort, Saulay, Mathis, Lehmann, Aune, Meinet, Dubiquet, Mouginet, Faure, Lejonne, Ramally, Le Goïc, Nicolas, Menut, Barisien, Mericolle.

MM. Huot, Wavelet, Berumevielle, Tardes, Roulet, Montalté, Solmon, Roussy, Hénault, Martin, Cordillot, Surel, Lescure, Jacquet, Mourier, Coup, Azam, Pons, Descorps, Sonrier, Marigny, Marty, Masson, Rossi, Le Renard et Boulet.

— Le projet de décret sur les médecins experts devant les tribunaux, publié dans notre numéro du 16 novembre 1893, a été revêtu de la signature du Président de la République, en date du 21 novembre, et publié dans le « Journal officiel » du 23 novembre 1893.

— *Concours de l'externat.* — Questions données : Configura-

tion extérieure et rapports des poumons. — Muscle psoas-iliaque. — Configuration extérieure et rapports de l'œsophage.

— *École de médecine d'Amiens.* — Sont proclamés lauréats :

Première année. — Médaille d'argent : M. Renou ; mention très honorable : M. Legrand.

Deuxième année. — Médaille d'argent : M. Dongny.

Troisième année. — Médaille d'argent : M. Thuillier ; mention : M. Guilbert.

Prix de pansement. — Premier prix : M. Niquet ; deuxième prix : M. Lecq ; troisième prix : M. Daudré ; mentions : MM. Brulin et Delhomel.

Une médaille d'argent a été décernée par le maire d'Amiens, à M. Daudré, pour les soins donnés aux typhiques.

— *École de médecine de Caen.* — Ont été proclamés lauréats :

Première année. — Premier prix *ex æquo :* MM. Gidon et Leroux.

Deuxième année. — Deuxième prix *ex æquo :* MM. Léger et Milon.

Troisième année. — Premier prix : M. Célos ; deuxième prix : M. Mazier.

Travaux chimiques. — Premier prix : M. Duval ; deuxième prix : M. Bizot ; mention honorable : MM. Carlet et Leroux.

Prix Le Sauvage. — Premier prix : M. Milon ; deuxième prix : M. Léger.

Prix Dan de La Vauterie : M. Mazier.

— *École de médecine de Rouen.* — M. Gascard est nommé professeur de chimie et de toxicologie.

— Le septième Congrès international d'hygiène et de démographie aura lieu, en 1894, à Buda-Pesth. — Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général du Congrès, M. le professeur docteur Koloman Müller, m. p. (hôpital Rochus), à Buda-Pesth.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs P.-H. Be.net (de Lavaur), Beudin (de Chesley), Bousquet (des Aydes), Paul Collin (de Paris), Etoc-Demazy (du Mans), Mauriens (de Saint-Laurent-Médoc), Merveilleux (de Fontaine-Chalendrey) et de Montgazon (de Poitiers).

— M. le docteur Baratoux commencera son cours pratique sur les maladies des oreilles, du nez et du larynx, le mardi 28 novembre, à deux heures, à sa clinique, 33, rue Saint-André-des-Arts, et le continuera les samedis et les mardis suivants à la même heure.

— M. Gilbert Ballet reprendra ses leçons cliniques sur la pathologie mentale et nerveuse à l'hôpital Saint-Antoine, le dimanche 3 décembre, à dix heures, et les continuera les dimanches suivants à la même heure, pendant les mois de décembre et de janvier.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Excursion de Paris en Algérie et en Tunisie, du 7 au 31 décembre* 1893 (organisée par l'Agence française des « Indicateurs Duchemin »). — Itinéraire : Paris, Marseille, Alger, Blidah, Les Gorges de la Chiffa, Bougie, Les Gorges du Chabet-El-Akhra, Sétif, Constantine, Biskra, Batna, Lambessa et Tingad, Hammam, Meskoutine, Tunis.

Prix de l'excursion : 1re classe, **830 francs** ; 2e classe, **740 francs**.

Ces prix comprennent : 1° les billets de chemins de fer en France et en Algérie ; 2° les passages à bord des paquebots de la Compagnie Générale Transatlantique ; 3° les voitures et omnibus pour les excursions indiquées au programme ; 4° les frais de logement et de nourriture (vin compris) dans les hôtels ; 5° les soins des guides attachés à l'excursion.

On peut se procurer des billets, dès maintenant, à l'Agence des « Indicateurs Duchemin », 20, rue de Grammont, à Paris.

Le nombre des places est limité.

On trouve des prospectus détaillés : 1° à la gare de Paris P.L.M. et dans les bureaux-succursales de la Compagnie : rue Saint-Lazare, 88 ; rue des Petites-Écuries, 11 ; rue de Rambuteau, 6 ; rue du Louvre, 44 ; rue de Rennes, 45 ; rue Saint-Martin, 252 ; place de la République, 16 ; rue Sainte-Anne, 6, et rue Molière, 7 ; rue Étienne-Marcel, 18 ; 2° au bureau général des billets de chemins de fer de l'Hôtel Terminus de la gare de Paris Saint-Lazare (General Ticket Office) ; 3° au bureau de l'Agence française des « Indicateurs Duchemin », 20, rue de Grammont.

Franchise de 30 kilogrammes de bagages sur tout le parcours.

— *Voyages à prix réduits de France en Algérie et en Tunisie (ou vice versâ) avec itinéraire tracé au gré du voyageur.* — Il est délivré pendant toute l'année, dans les gares des réseaux *P.L.M. métropolitain, P.L.M. Algérien, Est-Algérien, Bône-Guelma, Ouest-Algérien* et *Franco-Algérien*, des billets de 1re, 2e et 3e classe, pour effectuer des voyages pouvant comporter des parcours sur les lignes de ces réseaux et sur les lignes maritimes desservies par la Compagnie Générale Transatlantique. Ils peuvent comprendre, soit des parcours français et maritimes, soit des parcours français, maritimes et algériens ou tunisiens ; les parcours sur le réseau P.L.M. doivent être de 300 kilomètres au moins ou être comptés pour 300 kilomètres.

Les voyages doivent ramener les voyageurs à leur point de départ. Ils peuvent comprendre dans leur itinéraire, non seulement des lignes (ferrées ou maritimes) formant circuit, qui ne sont ainsi parcourues qu'une fois, mais encore des lignes à parcourir deux fois au plus, une fois dans chaque sens ou deux fois dans le même sens.

Validité : 90 *jours*, avec faculté de prolongation de 3 fois 30 jours, moyennant paiement d'un supplément de 10 p. 100 chaque fois. *Arrêts facultatifs.*

Pour plus amples détails, consulter le Livret-Guide officiel P.L.M., mis en vente au prix de 30 centimes, dans les principales gares du réseau P.L.M.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en leur recommandant le Lait stérilisé et en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les maladies du soldat, par le docteur A. Marvaud, médecin principal de première classe. 1 fort vol. gr. in-8° de 870 pages. — Prix : 20 francs. — Paris, Félix Alcan.

Les mémoires et discussions du septième Congrès, tenu à Paris par l'Association française de chirurgie. 1 fort vol. grand in-8° avec gravures. — Prix : 18 francs. — Paris, Félix Alcan.

Consultations médicales du professeur Grasset (de Montpellier), 2e édition. 1 vol. in-18 reliure souple. — Prix : 4 francs. — Paris, G. Masson ; Montpellier, C. Coulet.

En Orient et en Occident, par G. Daremberg, *Paysages et Croquis.* 1 vol. in-8° avec un dessin de G. Béthune. — Prix : 3 francs. — Paris, G. Masson.

Conférences cliniques sur la tuberculose des enfants, par le docteur Paul Simon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Félix Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

5

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

69

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

92

ELIXIR, VIN, *SACCHARURE*, EUPEPTIQUE

KOLA-MONAVON

Médicament, cardio-vasculaire, Anti-neurasthénique, Tonique reconstituant, Aliment d'épargne

contre *Atonie générale, Convalescence, Débilité, Neurasthénie, Affections cardiaques.*

Elixir dosé à 1gr20 noix de kola pr cuillerée à bouche.



Saccharure dosé à 1gr20 noix de kola pr cuillerée à café.

Phie MONAVON, Lyon, 10, r. de Trion, et tes phies.

77

ASTHME, PAPIER FRUNEAU

le seul papier anti-asthmatique récompensé à l'Exposition universelle de 1889. 45 ans de succès.

Entrepos.: E. FRUNEAU, Nantes, et toutes Phies.

46

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Viande crue, Alcool, Écorces d'oranges amères, **Phtisie, Anémie, Convalescence.**

Paris, 20, place des Vosges.

99

ANÉMIE, CHLOROSE, ÉPUISEMENT

Affaiblissement général

HÉMOGLOBINE SOLUBLE

de V. DESCHIENS

PRINCIPE FERRUGINEUX NATUREL, RÉPARATEUR DES GLOBULES DU SANG

SIROP, VIN, DRAGÉES préparées par **Adrian et Cie**

9 et 11, rue de la Perle, PARIS

12

DYSPEPSIES ATONIQUES

COLIQUES HÉPATIQUES et NÉPHRÉTIQUES

La QUASSINE ADRIAN

EXCITE L'APPÉTIT ET DÉVELOPPE LES FORCES

DRAGÉES dosées à 25 mgr **Quassine amorphe.**
GRANULES dosées 2 mgr **Quassine cristallisée.**

22

COLIQUES HÉPATIQUES
COLIQUES NÉPHRÉTIQUES
COLIQUES UTÉRINES

CAPSULES BRUEL

D'ÉTHER AMYL VALÉRIANIQUE

Spécifique des maladies nerveuses en général. Le plus puissant et le plus inoffensif des calmants et antispasmodiques.

32

TUBERCULOSE PULMONAIRE

PLEURÉSIE D'ORIGINE TUBERCULEUSE

Bronchites aiguës et chroniques
Dilatation des bronches, Bronchorrhée

GAIACOL IODOFORMÉ SÉRAFON

& GAIACOL-EUCALYPTOL IODOFORMÉ SÉRAFON

en CAPSULES pour l'usage interne.
en SOLUTIONS pour injections hypodermiques.

Préparation et vente en gros : Mon ADRIAN et Cie, Paris.

57

MODE D'ADMINISTRATION DU CHLORAL

« *Le sirop de Follet est la meilleure forme d'administration du chloral; sa conservation est parfaite, et, ainsi conseillé, il n'irrite point l'esomac.*

« Formulaire Magistral. »

Le Sirop de Follet se prescrit à la dose de 2 à 3 cuillerées à bouche. La cuillerée à bouche contient exactement 1 gramme de chloral hydraté; la cuillerée à café 25 centigrammes.)

Le Sirop de Follet sera pris étendu d'eau ou d'une infusion de tilleul, d'oranger, ou mieux dans du lait. Souvent il est préférable de donner les deux premières cuillerées ensemble, le sommeil s'obtient ainsi plus vite et plus sûrement.

Le chloral qui entre dans la composition du **Sirop de Follet** est fabriqué par la maison L. FRERE, A. CHAMPIGNY et Cie, successeurs, 19, rue Jacob, Paris, qui a obtenu les premières récompenses décernées aux produits pharmaceutiques : médaille d'or unique à l'*Exposition universelle* de Paris 1878; médaille d'or, Amsterdam, 1883; médaille d'or, Sydney, 1888; Paris, 1889.

11

CHLORÉTHYLE BENGUÉ

3f50



Médecins, 2f75

ANESTHÉSIE LOCALE — NÉVRALGIES

Dr BENGUÉ, phien, 34, rue La Bruyère, Paris.

22

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.

Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

44

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

99

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE

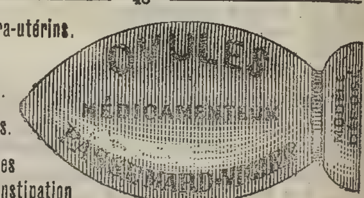
Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

PRIX du flacon : **4 francs.**

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

48

Crayons intra-utérins.
Bougies uréthrales.
Suppositoires.
Balles rectales contre la constipation



95

CRÉOSOTE SOLUBLE

VIZERN, pharmacien de 1re classe, Marseille.

Créosote de hêtre pure, rendue soluble à la faveur du savon médicinal. Nouvelle forme médicamenteuse rendant pratique l'emploi de la créosote en boissons et en lavements. Chaque cuillerée à soupe contient 1gr de créosote, la cuillerée à café en représente 0gr30cg. La dissolution dans l'eau ou la tisane est instantanée, quelle que soit la dose prescrite.

95

PAPIER EYMONNET

APPLICATION DE **L'IODE** A L'ÉTAT **naissant.**

REVULSIF instantané

remplaçant en 20 minutes 5 à 6 couches Teinture d'Iode, Thapsias, etc. Opérant la vésication en 1 heure. *Effets faciles à graduer* suivant les cas. *Echantillon* FRANCO et GRATIS sur demande de MM. les Docteurs. **Eymonnet**, à Dijon. Feuille, 60c.

36

CÉRÉBRINE

(*Coca-Théine analgésique Pausodun*)

Migraines, Névralgies, Vertige stomacal, Zona, Courbature, Grippe, Coliques menstruelles. — C. BROMEE et C. IODEE : **Névroses, Névralgies** rebelles ou diathésiques, Etats congestifs du cerveau.

EUG. FOURNIER, phen, *114, r. de Provence, Paris.*

23

HAMAMELIS DU Dr LUDLAM

Gouttes concentrées, véritable spécifique des hémorrhoïdes, varices, puissant hémostatique. — Paris, Phie CABANÈS, 34, Bd Haussmann. — Ech. sr dem

N° 136. — MARDI 28 NOVEMBRE 1893. 66e ANNÉE. MARDI 28 NOVEMBRE 1893. — N° 136.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 27 novembre 1893.

A la Société médicale des hôpitaux, plusieurs communications intéressantes ont été faites dans la séance du 24 novembre.

MM. Chantemesse et Widal présentent un intéressant travail sur les abcès froids consécutifs à la fièvre typhoïde et attribuables au bacille typhique lui-même. Ces abcès évoluent en général à la façon des abcès froids d'origine tuberculeuse : ils ont souvent toutes les apparences d'abcès ossifluents.

Ils siègent surtout au niveau des tibias (12 fois sur 14), et on les voit survenir de préférence chez des adolescents; les adultes, cependant, n'en sont pas exempts. On les observe surtout après les formes prolongées et à rechutes.

Ces lésions osseuses affectent en clinique des formes différentes : tantôt ce sont des exostoses, de la périostite suppurée, des abcès froids. Il y a le plus souvent à la fois des lésions du périoste et de la partie superficielle de l'os. Quelquefois de petits séquestres osseux entretiennent la suppuration, quelquefois aussi il y a des trajets fistuleux. La ressemblance avec les abcès consécutifs à des lésions tuberculeuses des os est donc des plus grandes.

La marche peut être aiguë, avec fièvre, mais cela est plus rare qu'une marche lente chronique, à peu près apyrétique, à la façon des abcès froids tuberculeux.

L'intervention chirurgicale est toujours nécessaire; quelquefois une simple incision suffit; lorsque les lésions sont plus profondes, intra-osseuses, il faut intervenir par le trépan ou la gouge et le marteau. La guérison a été obtenue dans les quatorze cas cités par les deux auteurs.

Dans le pus de ces abcès, pus blanchâtre ou jaunâtre, bien lié, on trouve des bacilles d'Éberth (bacilles typhiques) à l'état de culture pure. Il est très curieux de voir qu'un microbe, qui donne lieu, dans l'intestin, aux accidents aigus de la fièvre typhoïde, provoque ainsi une suppuration à évolution lente et torpide.

Chose curieuse, il est rare que ces abcès débutent dans le cours même de la maladie, ce sont surtout des accidents de convalescence qui peuvent ne se montrer qu'au bout de plusieurs jours, de plusieurs semaines et même de plusieurs mois (quatre, cinq, six mois et plus). Chose non moins curieuse, le bacille d'Éberth se retrouve à l'état de pureté, même après des mois.

D'autres microbes peuvent produire des abcès, et, en particulier, des abcès osseux pendant ou après la fièvre typhoïde, mais leurs allures sont différentes et beaucoup plus aiguës. Il s'agit alors d'infections secondaires, surajoutées.

M. Séglas a observé un malade jeune (vingt ans) qui fut pris, sans perte de connaissance, d'une parésie toute spéciale du bras droit et de troubles particuliers du langage. Il pouvait soulever son bras et le porter sur sa tête, mais il lui était impossible de saisir un objet quel que fût son poids ou son volume. Il pouvait de même faire exécuter au membre inférieur correspondant des mouvements de divers ordres, mais il était dans l'impossibilité de se tenir debout et de marcher.

La parole était modifiée d'une façon très frappante; elle était lente, pénible, entrecoupée, arythmique. Les mots étaient souvent défigurés, estropiés. Ni surdité, ni cécité verbales. L'écriture était modifiée d'une façon très analogue.

Rien ne semblait indiquer l'existence d'une lésion organique; du reste, ce malade avait été pris une fois déjà deux ans auparavant d'accidents très analogues, et, malgré l'absence de tout stigmate hystérique, M. Séglas conclut à une paralysie fonctionnelle, analogue à ce qu'on observe dans l'astasie-abasie. Ici, comme dans les paralysies fonctionnelles, la force est conservée, il n'y a pas de paralysie vraie, mais une impossibilité psychique de coordonner certains mouvements. Quant aux troubles de la parole et de l'écriture, ils semblent devoir être rapprochés du bégaiement hystérique décrit par M. Ballet.

M. Moizard s'est servi avec succès du procédé de la traction rythmée de la langue, conseillé par M. Laborde, chez deux enfants atteints de croup, après la trachéotomie. Sans cette intervention, ils eussent succombé à l'asphyxie : il faut donc avoir recours à cette manœuvre en cas semblable.

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

Étude médico-légale sur les dispositions à titre gratuit faites en faveur des médecins par leurs clients. — Commentaires et critiques de l'article 909 du Code civil.

Par le docteur Edmond METZQUER,
Médecin des Chemins de fer Paris-Lyon-Méditerranée,
Licencié en droit.

A Monsieur Jacquey, professeur à la Faculté de droit de Lille.

Mon hommage vous est dû pour les citations empruntées à votre travail, mais je désire surtout que vous y trouviez l'expression de ma reconnaissance pour vos bons conseils. E. M.

« Les docteurs en médecine ou en chirurgie, les officiers de santé et les pharmaciens qui auront *traité* une *personne pendant la maladie dont elle meurt*, ne pourront profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires qu'elle aurait faites en leur faveur pendant le cours de cette maladie.

Sont exceptées : 1° les dispositions rémunératoires faites à *titre particulier*, eu égard aux *facultés* du disposant et aux services rendus ; 2° les dispositions *universelles*, dans le cas de parenté jusqu'au quatrième degré inclusivement, pourvu que le décédé n'ait pas d'*héritiers* en ligne directe, à moins que celui, au profit de qui la disposition a été faite, ne soit lui-même du nombre de ces *héritiers*.

Les mêmes règles seront observées à l'égard du ministre du culte. »

Je divise cette étude en deux chapitres :

I. Commentaires du texte ;
II. Critique du texte.

Chacun d'eux comporte les subdivisions suivantes :

- I. Commentaires du texte
  - A. Origine de l'article. Ses motifs d'après ses rédacteurs.
  - B. Son interprétation :
    - α. Conditions de l'incapacité.
    - β. Exceptions à l'incapacité.
    - γ. Du mari médecin.
- II. Critique du texte
  - A. L'article atteint-il son but ?
  - B. Ne le dépasse-t-il pas ?
  - C. Était-il nécessaire.
  - D. Ne vaudrait-il pas mieux revenir au droit commun ?
  - E. Conclusions.

I

COMMENTAIRES DU TEXTE

A. ORIGINE DE L'ARTICLE ; SES MOTIFS D'APRÈS LES RÉDACTEURS. — Pour comprendre le mobile qui a guidé le législateur dans la rédaction de l'art. 909, il est nécessaire de lire avant tout les discussions préliminaires et l'exposé de motifs qui ont précédé l'adoption de cet article. Dans une première rédaction, le texte était ainsi conçu : « Le malade, dans le cours de la maladie dont il est décédé, ne pourra disposer au profit de l'*officier de santé* qui le *traite*. » Ainsi la première rédaction ne comporte que l'officier de santé. Toute la question se résume ainsi : Qu'est-ce qu'un officier de santé ? Est-ce un médecin ? Est-ce un individu quelconque ? Les partisans de cette dernière opinion disent : « Si l'article du projet ne visait que l'officier de santé, c'est, paraît-il, qu'au moment où il a été présenté, la loi du 19 ventôse an XI n'avait pas encore été votée. » La section de législation du Tribunat fait observer que « une loi sur l'exercice de la médecine a assigné particulièrement ce titre d'officiers de santé à certains individus qui traitent ». (Fenet, XII, p. 443.)

Il *semble* donc que le projet visait, sous le terme d'officiers de santé, tous ceux qui traitent : médecins, chirurgiens ou *autres*. Le terme d'officier de santé a reçu ensuite un sens propre, restreint, la section du Tribunat *propose* alors sa modification.

De ce premier point, concluons : en principe et au *début*, c'était l'officier de santé seul qu'on voulait atteindre. Le commissaire du gouvernement dit dans l'exposé des motifs : « La loi regarde comme ayant trop d'empire sur celui qui dispose, les médecins qui le traitent. » Puis dans les discussions préliminaires, le même orateur exprime la même pensée. « Il faut redouter l'empire des médecins sur ceux qu'ils traitent et qui disposeraient en leur faveur. » (Locré, tome V, p. 314. — Fenet, XII, p. 520.)

Ainsi donc, c'est, avant tous, le médecin que l'on suspecte, et on le suspecte, parce qu'on lui attribue un empire sur la libre volonté du malade.

La jurisprudence a-t-elle confirmé la doctrine ? Est-elle toujours restée dans l'esprit de la loi ? La pratique a-t-elle été en harmonie parfaite avec la théorie ? Il faudrait, pour répondre avec certitude, examiner tous les cas. Cependant *a priori*, on peut dire que sur chaque point existent des jugements contradictoires. On en comprend aisément le motif.

Dans une question d'interprétation, chaque juge se fait une opinion ; à un magistrat en succède un autre, d'un avis peut-être absolument opposé. Les deux sont certainement de très bonne foi. En général, les articles sur lesquels il y a controverse prouvent les desiderata de la loi. Prenons en effet certains cas spéciaux se rapportant à l'article 909.

α. « Les sages-femmes, les étudiants en médecine, les charlatans tombent-ils sous le coup de la prohibition ? »

Pour l'affirmative : Paris, 9 mai 1820. — Grenoble, 6 février 1830.

Pour la négative : Arrêt de Cassation, 24 juillet 1832. (Dalloz, 1832, I, 300.)

β. « La prohibition de l'art. 909 établit-elle une présomption légale contre laquelle aucune preuve n'est admise ? »

Pour l'affirmative : Arrêt de la Cour de Toulouse, 10 mai 1856. — Cour de Bordeaux, 12 mai 1862. — Cassation, 7 avril 1863. (Sirey, 1863, I, 172.)

Pour la négative : Arrêt du Parlement du Paris du 31 août 1665 (cité par Ferrière). — Cassation, 24 juillet 1832. — Tribunal de Bergerac, 11 juin 1861.

γ. « Qu'entend-on par *maladie dont on meurt?* Un état de langueur durant des années, avec rémissions dans les symptômes, peut-il être considéré comme la maladie dont on meurt ? »

Pour l'affirmative : Cassation, 27 août 1822. — Arrêt de la Cour de Toulouse, 12 janvier 1864, confirmé par arrêt de Cassation (affaire Lacordaire).

Pour la négative : Cassation, 12 janvier 1833. — Cour de Pau, 23 décembre 1872.

δ. « Le legs fait à titre universel au médecin est-il nul ? »

Pour l'affirmative : Grenoble, 6 février 1830. — Toulouse, 9 décembre 1859.

Pour la négative : Paris, 9 mai 1820.

ε. « La libéralité faite au mari médecin par sa femme est-elle valable ? »

Pour l'affirmative : Lyon, 18 août 1807, confirmé par arrêt de Cassation, 30 août 1808. (Sirey, 8, I, 482.)

Pour la négative : Paris, 26 janvier 1818. — Montpellier, 23 décembre 1819, cassé par arrêt de la Cour suprême, 21 août 1822. — Paris, 11 novembre 1851.

Seule conclusion : LA JURISPRUDENCE N'EST PAS FIXÉE.

La théorie n'est pas mieux assise. Je n'ai, pour le prouver, que l'embarras du choix, sans accumuler des citations inutiles.

α. « Les sages-femmes sont-elles comprises en l'art. 909 ? »

Oui : Mercadé, Zachariæ, Vazeille, Poujol.

Non : Dalloz, Coin-Delisle, Troplong.

β. « Qu'entend-on par maladie dont on meurt ? Est-ce le décès imminent ? »

Oui : Valette, Zachariæ.

Non : La plupart des auteurs et la jurisprudence.

γ. « Faut-il qu'il y ait coïncidence entre la libéralité et le traitement ? »

Oui : Bigot de Préameneu, Demolombe, Valette.

Non : Coin-Delisle et la jurisprudence.

En résumé, le législateur a suspecté le médecin, il a pris contre lui des dispositions spéciales : tel est l'esprit de la loi. La jurisprudence n'est pas fixée et décide d'après les circonstances. Les auteurs discutent encore presque tous les points de droit.

B. INTERPRÉTATION DE L'ARTICLE. — α. *Conditions de l'incapacité.* — La loi en prévoit trois :

Il faut : 1° que le médecin ait *traité* le malade ; 2° que la disposition ait été faite *en état de maladie* ; 3° que le malade *meure de la maladie pendant laquelle il a testé.*

Revenons rapidement sur chacune de ces conditions :

1° Qu'entend-on par *traiter* le malade ? MM. Briant et Chaudé s'expriment ainsi : « Ce n'est pas sans raison que ce mot est employé. Il indique de la part du médecin une direction dans le traitement, une assiduité et une permanence de soins. » Me Nicolet, dans son plaidoyer pour le docteur Déclat, indiquait aussi ces mêmes caractères du traitement : direction, assiduité, permanence (citation de M. Jacquey : *Étude sur la condition juridique des médecins et des archiâtres*, p. 195, Paris, 1878).

D'après Pothier, celui-là traite qui a entrepris une cure. Ainsi donc traiter le malade, c'est lui donner les soins assidus et journaliers du médecin ordinaire. C'est suivre au point de vue clinique la marche de la maladie, et prescrire, pour arriver à guérison, les moyens thérapeutiques appropriés au cas.

Les médecins consultants, appelés à donner leur avis, peuvent être institués héritiers. Un arrêt de la Cour d'Aix, en date du 14 janvier 1875, confirmé par la Cour suprême, le 17 janvier 1876, a ainsi jugé : « On ne doit pas annuler, pour cause d'interposition de personnes, le legs fait à la femme d'un médecin, alors que ce dernier n'a donné au testateur, pendant la maladie dont il est mort, que des soins purement accidentels et non des soins assidus et réguliers. (Dalloz, 1876, I, 182. — Cassation, 12 octobre 1817. — Montpellier, 31 août 1852.)

Et pourtant il est difficile de définir nettement ce qu'on appelle traiter un malade. On ne fera jamais qu'une distinction subtile entre l'action que peut avoir un médecin soignant son malade chaque jour et un autre médecin visitant en consultation le même malade trois fois par semaine. L'influence du second pourrait être même supérieure à celle du premier, qui a dû faire appel à ses connaissances. Les juges ont donc, de ce fait, un assez grand pouvoir d'appréciation pour établir dans quelles circonstances le médecin n'est plus seulement *consultant.*

Quelles sont les personnes qui traitent ? Ce sont celles qui sont munies d'un titre leur permettant d'exercer. Les définitions données du mot « traiter » dans tous les dictionnaires joignent, à l'idée de traitement, l'idée de médecin. Je sais qu'on objecte que tout le monde peut traiter. Un empirique, une sage-femme n'en ont pas le droit, mais ils *peuvent* le faire. Ont-ils traité ? C'est une pure question *de fait.* Je me rangerais difficilement à cette manière de voir. La loi indique *limitativement*, dans l'art. 909, tous ceux qu'elle veut frapper : docteurs, officiers de santé, pharmaciens ; hors cette catégorie, tous autres sont aptes à succéder. Bien plus, je crois que pour traiter, dans le vrai sens où l'entend le législateur, il faut un titre légal. Un empirique, une sage-femme ne traitent pas. Ces dernières *assistent* leurs malades et si une intervention est nécessaire, elles doivent recourir au médecin, sans pouvoir prescrire elles-mêmes. Pour leur donner le droit d'administrer le seigle ergoté, on a discuté très longtemps.

En résumé, on a englobé dans la prohibition tous ceux qui exercent et sont munis d'un titre légal et, de plus, une catégorie de personnes, les pharmaciens, qui, par leur situation, pourraient être tentés de prescrire des remèdes. L'art. 909 contient une liste de suspects, il ne faut pas en étendre le champ.

2° La disposition à titre gratuit doit avoir été faite *en état de maladie.*

Si le disposant, valide, a testé en faveur du médecin, quelques heures avant la maladie, l'acte de dernière volonté est inattaquable.

3° Le legs ou la donation seront faits en faveur du médecin traitant pendant une affection *dont le malade est mort.*

Il me semble peu logique d'annuler la disposition en cas de décès du testateur. Je m'expliquerai sur ce point en critiquant l'art. 909.

Qu'entend-on par dernière maladie ? Un tuberculeux se guérit en apparence pendant un an ou deux ans ; puis il est repris d'accidents nouveaux et meurt. Il a fait son testament en faveur du médecin traitant, pendant la première période de son affection ; un autre médecin le soigne pendant la seconde période, la rechute. La disposition en faveur du premier est-elle valable ? Non, dit la jurisprudence (affaire du duc de Gramont-Caderousse contre le docteur Déclat ; affaire Lacordaire, cour de Toulouse, 12 janvier 1864).

Un jugement du Tribunal de Toulouse du 19 janvier 1877 (*Le Droit* du 1er avril 1877) décide que : « doit être considérée comme la maladie dont il meurt, celle dont le disposant était atteint d'une manière intermittente depuis de longues années, encore que des doutes sérieux s'élèvent sur le point de savoir si la crise qui a occasionné la mort n'est pas purement accidentelle ». (Cond. des méd., M. Jacquey, p. 175.) Par contre, la Cour de Pau a ainsi jugé le 23 décembre 1872 : « Dans une maladie chronique qui peut durer plusieurs années, il serait *déraisonnable* et *contraire à*

l'esprit de la loi de considérer cette longue durée comme constituant la dernière maladie. » Il convient de restreindre cette qualification à la période où le mal s'est aggravé de manière à ôter tout espoir de guérison. (Dalloz, 74, 2, 205.)

En fait, ce point de droit a été et sera encore controversé.

COÏNCIDENCE ENTRE LA DATE DE LA DISPOSITION A TITRE GRATUIT FAITE EN FAVEUR DU MÉDECIN ET LES SOINS DONNÉS DANS LA MALADIE DONT MEURT LE TESTATEUR. — Trois cas peuvent se présenter. Le malade a fait un testament en faveur du médecin : avant de demander ses soins; pendant le traitement; alors qu'il ne recevait plus, pour n'importe quel motif, les soins de celui qu'il a institué son héritier.

La solution, dans ces trois hypothèses, doit-elle être la même? Les tribunaux n'ont pas eu, jusqu'ici, à se prononcer bien souvent sur la question. Dans la seule affaire remarquable, celle du duc de Gramont-Caderousse, on a jugé ainsi : « Il n'est pas nécessaire que le testament soit fait *au moment* où le médecin *traite*. Deux conditions sont nécessaires et suffisantes pour entraîner la nullité de l'acte : 1° le testateur a disposé de ses biens pendant la maladie dont il est mort; 2° le bénéficiaire a été le médecin ayant traité à n'importe quel moment de la maladie. »

D'abord faisons une digression. Du dispositif de l'arrêt du 8 mars 1867 (Cour de Paris), il ressort nettement que les magistrats ont envisagé le texte comme étant de droit étroit; en effet, on y lit : « Considérant que l'art. 909 du Code Napoléon établit une présomption légale, résultant de deux circonstances, à savoir : la confection du testament et le traitement donné pendant la dernière maladie, qu'on éluderait la volonté de la loi en ajoutant une troisième condition à celles qu'elle a LIMITATIVEMENT édictées; que les conditions établies audit article se trouvant remplies, le juge est LIÉ et CONTRAINT d'annuler la disposition testamentaire ».

C'est bien de droit strict! Y a-t-il un article du Code pénal interprété plus étroitement? Pourquoi alors vouloir étendre cette disposition aux personnes non désignées dans le texte : aux empiriques, aux sages-femmes, aux gardes-malades.

On fait une objection formulée ainsi : Que l'art. 909 soit interprété strictement *quant aux conditions de l'incapacité qu'il édicte*, rien d'étonnant. Dans notre droit, la capacité est la règle; l'incapacité, l'exception. Or, à côté de l'adage : « Pœnalia non sunt extendenda », il y a l'adage : « Exceptiones sunt strictissimæ interpretationis. » Mais doit-on appliquer le même adage quand il s'agit de déterminer les personnes frappées d'incapacité ? Non. La loi a voulu frapper le médecin, non parce qu'il est médecin, mais uniquement à cause de l'influence qne le traitement médical lui donne sur le malade. On en conclut que l'énumération de l'art. 909 n'est pas limitative, que la loi a entendu viser A FORTIORI tous ceux qui, sans en avoir le droit, *traitent* le malade *comme le ferait un médecin* et, par suite, ont pu avoir sur le malade la même influence.

Cette théorie paraît fortifiée par le rapport du tribun Jaubert (Fenet, XII, p. 583). En effet, on lit dans ce discours : « L'incapacité, à raison de la profession, avait été autrefois la matière de grands litiges et de plusieurs règlements. Tous les inconvénients ne pouvaient être prévenus. Ce que le législateur peut faire, dans un point aussi délicat, c'est de surveiller d'une manière particulière les dispositions qui seraient faites par un individu, malade de la maladie dont il meurt, en faveur des personnes qui étaient présumées avoir le plus d'empire sur son esprit... Il en coûte, sans doute, d'établir une *règle générale* qui porte sur des professions que nous sommes accoutumés à voir exercer par des hommes si désintéressés et si généreux, mais ceux-là ne se plaindront pas des précautions de la loi qui ne peut distinguer entre les individus. Il serait superflu de remarquer que la loi atteindra, par voie de conséquence nécessaire, tous ceux qui, dépourvus d'un titre légal, oseraient néanmoins s'ingérer dans les fonctions de l'art de guérir. »

Remarquons d'abord une contradiction. Ce n'est pas, comme le dit le tribun Jaubert, une *règle* GÉNÉRALE que l'on a voulu établir, mais une loi d'*exception*.

Après avoir exposé le motif pour lequel il me paraît peut-être logique d'écarter de la prohibition les personnes que la disposition légale ne nomme pas, j'ai cru devoir développer l'argument puissant de la thèse contraire, s'appuyant, d'une part, sur des considérations de droit pur; d'autre part, sur des textes du rapporteur de la discussion préparatoire. En droit : l'interprétation stricte s'applique *aux conditions* de l'incapacité et non *aux personnes*. Mais pourquoi? Où est le motif de cette distinction? On a voulu, dit-on, frapper le médecin à cause de son influence. Mais le législateur a fait œuvre incomplète. Combien de gens plus influents que nous ne sont pas visés (gens de service; dames de compagnie, etc.).

Les expressions du rapporteur sont précises, il est vrai. Elles expriment nettement le désir d'englober, par *à fortiori*, dans la disposition légale, toute personne exerçant sans titre. Mais ce n'est là qu'une opinion personnelle ; il est regrettable de ne pas la voir exprimée dans la loi. Ce point est très important, on l'avouera : le texte est muet à ce sujet, ne serait-ce pas une raison de croire que le Tribunat ne s'est pas rallié à l'avis de son rapporteur.

En tous cas, je ne veux pas conclure d'une façon catégorique. L'objection est puissante ; il y a peut-être des raisons qui peuvent en diminuer la valeur. Je laisse à chacun le soin d'y réfléchir.

Cette digression faite, revenons à la question principale. La Cour de Paris a jugé qu'il suffisait de la réunion de deux conditions pour rendre nul le testament : disposition faite par le testateur pendant la maladie dont il meurt, le bénéficiaire étant le médecin traitant à n'importe quel moment. Il me paraît difficile d'acquiescer pleinement au jugement du 8 mars 1867. Les trois hypothèses que nous avons faites ne sont pas identiques *en droit* et ne doivent pas recevoir la même solution *en fait*. L'acte de dernière volonté, rédigé *pendant* le traitement, est le seul *nul* de droit; les autres ne sont qu'annulables, dans l'esprit même de la loi actuelle.

Je ferai valoir, pour soutenir cette opinion, des arguments multiples, tirés : 1° du bon sens; 2° des discussions préliminaires du Code; 3° de l'opinion de jurisconsultes éminents.

I. *Premier cas*. — Un malade atteint de cancer commençant, teste en faveur de son médecin, le docteur X... Il est alors éloigné de ce dernier et soigné par le docteur Y... Plus tard, il désire recourir à celui qu'il a institué héritier et demande ses soins.

Deuxième cas. — Un malade, pendant l'affection dont il meurt, donne ses biens au médecin qui l'a toujours soigné.

Troisième cas. — Un malade traité par un premier médecin demande, pour une raison ou pour une autre, des soins à

un second médecin. Il teste, malgré cela, en faveur du premier.

Peut-il y avoir similitude dans ces trois hypothèses? Dans la première, on appelle le docteur à l'hérédité, avant de recourir à lui; dans la troisième, on lui prouve, en se privant de ses soins et en lui maintenant le titre d'héritier, le ferme désir de lui attribuer, avant tout, cette seconde qualité. Le législateur a-t-il le droit de ne pas tenir compte de l'acte fait par le mourant? Non, il doit s'incliner devant la *libre* manifestation de sa volonté.

II. *Les dispositions préliminaires du Code.* — Nous avons exposé déjà les tendances, l'esprit, qui ont présidé aux débats et fait voter l'art. 909. Bigot de Préameneu n'a rencontré aucune opposition, lorsqu'il a développé un seul argument. Il a fait valoir *notre empire sur le malade.*

Or, quelle influence peut avoir, sur la volonté du disposant, un médecin qui n'a pas encore été appelé ou qui a été remplacé? Pourquoi le déclarer incapable? Et pourquoi devient-il *subitement* habile à succéder, si le malade, guéri de la maladie pendant laquelle il a testé, meurt d'accident le lendemain?

Les expressions mêmes du rapporteur semblent prouver que, pour lui, la coïncidence entre le traitement et la disposition gratuite doit exister : « *La loi regarde comme ayant trop d'empire sur l'esprit du malade les médecins* QUI LE TRAITENT. »

On a dit que le praticien, en certains cas, pourrait exiger un testament avant de donner ses soins. C'est une injure contre nous. Jamais un confrère, même le moins délicat, n'osera livrer notre profession à ce trafic honteux.

3° *Opinion des jurisconsultes.* — Demolombe dit : « *Lorsque la loi exige que la disposition ait été faite pendant le cours de la maladie pour laquelle le médecin a traité le disposant, est-ce que sa pensée n'est pas de lier ces deux conditions l'une à l'autre et d'exiger, en conséquence, que la date de la disposition corresponde à la date du traitement? Est-ce que tel n'est pas le sens naturel du texte même de l'article? Et le texte ainsi entendu n'est-il pas conforme au motif de la loi qui consiste à voir, dans la disposition, un effet dont le traitement lui-même est la cause* (Demolombe, XVIII, n° 525). Une consultation de M. Valette, dans l'affaire de Caderousse, concluait en ce sens.

Enfin, MM. Aubry et Rau (t. VII, p. 32) s'expriment ainsi : « *La question de savoir si une disposition au profit du médecin a été faite dans le cours de la maladie dont le disposant est mort doit, lorsque le médecin donataire ou légataire ne traitait pas encore le malade au moment où celui-ci a disposé en sa faveur ou que, postérieurement à la disposition, il a cessé de lui donner des soins, être décidé d'après les circonstances de chaque espèce.* »

(Voir de plus : Req. rejet, 12 janvier 1833, Sirey, XXIII, 1, 339. — Req. rejet, 9 avril 1835, Sirey, XXXV, 1, 450.) *Pour qu'il y ait incapacité, il faut qu'il y ait traitement au moment où le malade dispose; car, sans traitement, on ne conçoit pas l'influence du médecin; et, si cette influence n'est pas à redouter, il ne peut être question d'incapacité.* (Laurent, XI, n° 344.)

La loi formule une interdiction de recevoir : mais ce n'est point contre un médecin appelé à traiter plus tard et après la confection du testament. C'est contre le médecin actuel. Lui seul, en effet, pourrait, avec quelque vraisemblance, dominer l'esprit du malade qui attend de lui la guérison. Telle est, d'ailleurs, l'opinion de M. Labbé (note au recueil de Sirey, 67, II, 170, citée par M. Jacquey, page 198).

β. *Exceptions à l'incapacité; sens du mot héritier.* — La prohibition édictée contre les médecins en l'article 909, comporte les deux exceptions suivantes :

Sont valables :

I. Les dispositions rémunératoires faites à titre particulier, eu égard aux facultés du disposant et aux services rendus. Les deux conditions de la validité du legs sont donc d'être fait *à titre particulier* et *à titre rémunératoire.*

1° A titre particulier. Le texte est formel. Le caractère universel ou à titre universel d'une disposition exclut l'idée d'une rémunération et la réduction en serait véritablement impossible. (Demolombe, XVIII, n° 531. — Aubry et Rau, VII, § 649, p. 33, note 41. — Laurent, XI, n° 348. — Req. rejet, 24 mars 1870, Sirey, 70, I, 233, cités par M. Jacquey.)

2° A titre rémunératoire, *eu égard aux facultés du disposant et aux services rendus.*

Le législateur aurait pu supprimer, je crois, le dernier membre de phrase, car, si le legs excède d'une façon manifeste les facultés du disposant ou l'importance des services rendus, il n'est plus rémunératoire.

Le juge a pourtant le pouvoir, en certains cas, de réduire la libéralité, si la disposition a été faite à titre de paiement d'une dette de reconnaissance et d'une dette civile (honoraires).

II. Les dispositions, *même universelles,* si le disposant n'a pas d'héritier en ligne directe, pourvu que le médecin soit son collatéral au moins au quatrième degré.

Ici le législateur a fixé nettement la condition et la limite extrême de l'aptitude à succéder : pas d'héritier en ligne directe, médecin parent collatéral, au moins au quatrième degré. Les cousins issus de germains ne bénéficieraient pas de l'exception. Mais les cousins germains, docteurs, ayant traité le malade, dont ils reçoivent une libéralité *même universelle,* écartent le frère et la sœur et à plus forte raison tous les autres cousins germains. S'il y a des ascendants ou des descendants aptes à succéder, le médecin héritier ne les prive que si, lui-même, est de la ligne directe. Le testateur a encore, je suppose, son frère, son cousin germain et son aïeul. Il peut tester valablement en faveur de son cousin germain qui l'a soigné. En effet, les ascendants, autres que le père et la mère, ne succèdent pas si le *de cujus* laisse des frères, sœurs ou descendants d'eux (art. 750, C. c.). Dans le cas spécial, il n'y a donc pas d'héritiers dans la ligne directe.

Si le testateur a disposé à titre universel en faveur d'un collatéral au quatrième degré et médecin, alors qu'il se trouvait un héritier en ligne directe et que cet héritier meurt entre le moment de la confection du testament et l'ouverture de l'hérédité, la disposition sera valable, car la seule personne qui pourrait la faire annuler, c'est-à-dire l'héritier direct, a disparu. *Media tempora non nocent.* Toutefois, tout le monde n'admet pas que par le mot héritiers, il faille entendre uniquement ceux qui viennent effectivement à la succession. Des auteurs ont voulu voir dans ce mot le synonyme du mot parent. D'où cette conséquence, que le médecin serait écarté dès qu'il y aurait un parent en ligne directe, quand même ce parent n'arriverait pas à la succession. Ils s'appuient, pour soutenir cette opinion, sur le rapprochement des art. 907 et 909.

L'art. 907 défend au mineur de tester en faveur de son tuteur ou de disposer, à titre gratuit, même après sa majorité, au profit de son ex-tuteur, si le compte de tutelle n'a pas été assuré. Toutefois, il fait une exception en faveur des *ascendants seuls.* L'article 907 est donc plus sévère que

l'art. 909, puisqu'il n'excepte que les ascendants, tandis que l'art. 909 excepte tous les parents jusqu'au quatrième degré. Dès lors, il est impossible d'entendre l'art. 909 d'une façon plus rigoureuse que l'art. 907.

De l'esprit de la loi : « Si la loi annule la libéralité faite par une personne qui a des parents en ligne directe, au profit du médecin qui n'est que parent collatéral, c'est par suite de la supposition que cette libéralité est due à l'influence du médecin sur le malade, plutôt qu'à l'affection du parent pour son parent. Or, dans cet ordre d'idées, qu'importe que le parent en ligne directe soit ou non successible ? » (M. Jacquey, *loc. cit.* p. 205.)

Certains juristes traduisent le mot héritier par *successible.* C'est notre manière de voir. Le législateur a semblé vouloir, comme le dit M. Jacquey, opposer le mot parent au mot héritier. De plus, la loi a eu pour but la protection de celui qui a une aptitude à l'hérédité et dont les droits peuvent s'exercer efficacement. Or, le parent non successible n'a pas besoin de cette protection. Enfin, serait-il logique d'éliminer le parent médecin par l'intervention d'un autre parent dont le seul rôle serait de faire tomber le testament sans pouvoir en profiter ? Ainsi, dans l'exemple donné plus haut, un malade ayant son grand-père, son frère et son cousin médecins, teste en faveur de ce dernier. Pourquoi l'aïeul empêcherait-il l'addition à l'hérédité du cousin, puisqu'il ne peut lui-même arriver à la succession ? Héritier et successible sont donc synonymes.

γ. *Du mari médecin.* — Testament fait par la femme du médecin au profit de son mari.

Le médecin qui traite sa femme pendant la maladie dont elle meurt, peut-il être son héritier ? MM. Briant et Chaudé répondent affirmativement en observant que : « si les liens d'une proche parenté font disparaître la qualité du médecin, quels liens plus étroits que ceux de l'époux peuvent avoir ce privilège ». Je suis loin d'être de cet avis. On a pourtant soutenu le droit du médecin de succéder à sa femme par des raisons puissantes, au moins en apparence, et on a dit :

1° Les droits de l'époux sont réglés par des dispositions spéciales (art. 1091 et suivants) ; l'article 909 n'y déroge en rien.

2° Le mari *doit* assistance à sa femme, la loi peut-elle le punir d'accomplir un devoir qu'elle lui *impose?*

3° L'influence du mari l'emporte sur celle du médecin : il aurait fallu alors frapper d'incapacité tous les maris.

D'après M. Jacquey, et c'est entièrement mon avis, ces raisons sont spécieuses et ne sont pas concluantes. En effet :

1° Les articles 1091 et suivants contiennent des dispositions générales visant les époux. Mais pourquoi ces dispositions empêcheraient-elles une prohibition spéciale ?

2° Le mari a le devoir d'assister sa femme, il ne peut être puni de le faire. Mais le père a le même devoir vis-à-vis de son enfant et pourtant la loi l'éloigne de la succession si le *de cujus* laisse un descendant.

3° Il est difficile d'admettre, *qu'en état de maladie*, l'influence du médecin ne prime pas celle du mari. D'ailleurs, le texte a limité les exceptions à deux, tout ce qui n'est pas dans l'exception rentre dans la règle, c'est-à dire tombe sous le coup de la prohibition. Bien plus, si le médecin ordinaire est suspect, et peut, sans preuves, être considéré comme ayant exercé une influence sur son malade, combien cette autorité doit être plus grande si ce *mari* est l'*époux!* Si la malade est livrée à ses soins uniques, peut-être à ses obsessions; s'il se joint surtout à la reconnaissance les justes sentiments du cœur et de l'amour, le danger de captation sera plus à craindre ; et si le législateur a voulu éviter l'influence que peut avoir un médecin étranger sur l'esprit du malade, s'il a voulu le prémunir lui-même contre ses faiblesses, si son intention a été de sauvegarder les intérêts des héritiers légitimes, il aurait dû édicter une sévère prohibition.

Le législateur n'a pas paru, d'ailleurs, tenir grand compte du lien de parenté des conjoints, puisque, dans les successions *ab intestat*, avant la loi du 9 mars 1891, l'époux survivant ne primait que l'État : le cousin le plus éloigné écartait l'époux survivant.

Que conclure? Doit-on décider qu'il faut suspecter le mari médecin traitant sa femme? Ou bien la loi présente-t-elle encore ici une lacune? Il serait bien cruel d'empêcher le médecin de soigner celle à qui il a lié son existence, qui l'estime, a confiance en lui et qui, en se mariant, a pu légitimement espérer et mettre en ligne de compte les services qui lui seraient rendus. La loi est donc obscure, incomplète, blessante pour nous. Notre désir et nos efforts doivent tendre à sa modification.

II

CRITIQUE DU TEXTE

A. L'ARTICLE ATTEINT-IL SON BUT ? — Il est intéressant de comparer les termes des art. 909 du Code civil et 378 du Code pénal. Ils présentent, entre eux, des analogies : le premier mot, dans les deux, nous désigne nominativement. Le tour de phrase est le même; l'esprit qui les a inspirés est identique. On pourrait croire, par la place donnée au ministre du culte dans l'art. 909, qu'on avait oublié son influence possible. Je ne sais. Pourtant, en se reportant au premier texte du projet on y voit mentionnés tout à la fois, l'officier de santé et le ministre du culte.

L'analogie entre les deux articles n'est pourtant pas complète. Il existe même une différence aussi bizarre que peu explicable. En droit pénal, en effet, la désignation est d'habitude restrictive et limitative. Le juge emploie, pour interpréter la loi, le mot même, les expressions mêmes, la liste même des personnes comprises en l'article. La lettre enchaîne la détermination du magistrat; le pouvoir d'appréciation est réduit à son minimum, et la disposition pénale est toujours de droit *étroit*. En résumé, le tribunal ne s'inspire pas de l'esprit de la loi, mais uniquement du mot. Or, et nous l'avons montré dans une précédente étude, on se sert plus contre nous de l'esprit de l'article 378 (C. P.) que de la lettre.

En droit civil, au contraire, le pouvoir d'appréciation est plus large; les analogies de situation et de personnes peuvent être prises en considération, et, *contrairement à ce qu'on devait attendre*, la rédaction de l'art. 909 (C. c.) constitue un texte précis, limité, strict, qui serait bien à sa place dans la loi pénale.

De ce fait, à mon avis, en droit civil même, toutes les fois que les mêmes conditions sont réunies, et en particulier dans le cas qui nous occupe, le tribunal ne possède *aucun pouvoir d'appréciation.* La loi atteint des personnes désignées; elle édicte des conditions d'incapacité à succéder et des exceptions à cette même incapacité.

Le juge ne peut qu'appliquer le texte, mais n'a pas le droit d'y ajouter.

En vain objectera-t-on que la jurisprudence est contraire à cette manière de voir. Nous avons accusé plus haut la jurisprudence de ne pas toujours être assise sur des bases immuables, de ne pas toujours bien s'accorder avec la logique. Les arrêts cités pourraient peut-être ne pas entraîner la conviction absolue, j'y ajoute l'argument suivant : lorsqu'il s'agit des *conditions de l'incapacité*, on a jugé d'une façon STRICTE et ÉTROITE (Grenoble, 16 janvier 1814 ; Cassat., 12 janvier 1833 et 9 avril 1835). Lorsqu'il s'agit de l'*énumération des personnes* contre lesquels l'article a été édicté, on l'a considéré comme de DROIT LARGE, l'interprétation étant laissée aux juges; (Paris, 9 mai 1820; Grenoble, 6 février 1830; Caen, 10 août 1841). Est-ce logique? La distinction des cas me paraît subtile. L'article est-il de droit strict? Laisse-t-il aux juges un pouvoir d'appréciation? Que l'on décide. Jusqu'ici on n'a fait que dire oui et non.

Les expressions prêtent donc à la controverse. Mais il y a quelque chose de plus défectueux encore. Le droit y est méconnu. En effet, le texte porte : « Les docteurs... ne peuvent profiter *des dispositions entre-vifs* à eux faites par leurs clients dans la maladie dont ils meurent. » Or, ici la loi est inexplicable. Le législateur, mal avisé, a copié l'ancien droit qui avait, il est vrai, consacré cette théorie; mais on considérait alors les donations, faites au médecin par un malade, quoique qualifiées *d'actes entre-vifs*, comme des donations *à cause de mort* et conséquemment *révocables par essence*. *Or, le code a supprimé les donations à cause de mort.* LE LÉGISLATEUR L'AVAIT OUBLIÉ, *en rédigeant et adoptant l'art.* 909. Cette grave erreur de droit suffit à donner une idée de la logique qui a présidé à la rédaction de l'art. 909.

B. L'article ne dépasse-t-il pas son but? Tous les commentateurs ont dit et répété : la disposition du code est plutôt préventive que répressive. Le législateur a voulu éviter l'influence prépondérante du médecin sur l'esprit affaibli d'un malade qui, par un don, cherchera à stimuler le zèle de celui qui le traite. A divers points de vue, cette opinion est absolument fausse. Car, si le bénéficiaire connaît la libéralité à lui faite, le résultat peut ne pas être celui qu'attend le disposant.

S'agit-il d'une donation? Elle est irrévocable si le malade guérit. Le donateur n'aura que la ressource bien précaire de prouver la suggestion, captation ou dol.

Le client a-t-il fait un testament? Il faudrait pour cela que tous les efforts du médecin captateur, si jamais ils ont existé, aient échoué. Il sollicitera avant tout une donation, il la sait irrévocable au cas de guérison. Si le médecin est héritier, le disposant paraît avoir plus de garanties dans la valeur des soins qu'il recevra pendant la maladie dans laquelle il a institué héritier le médecin par acte entre-vifs ou testamentaire. Mais il devra réfléchir qu'au cas de guérison, s'il s'agit de donation, le médecin reste héritier, sauf les cas prévus plus haut, toujours difficiles à prouver (captation, suggestion, dol). S'il s'agit d'un testament, et que la disposition n'ait pas été révoquée (et je ne vois aucune raison pour cela dans les cas ordinaires), que deviendra la sécurité du disposant dans une seconde maladie? Le médecin est héritier *provisoire* une première fois ; on peut admettre qu'il ait, en donnant des soins assidus, consolidé son droit éventuel à l'hérédité : il a forfait une première fois à l'honneur en demandant ou acceptant un héritage; il pouvait alors avoir encore un semblant d'excuse, car il n'avait pas la succession *assurée*. Et l'on admettrait qu'au cas de maladie nouvelle, ce médecin malhonnête, pour acquérir un héritage éventuel, hésiterait lorsqu'il se sait héritier définitif, fort de l'appui légal? S'il a pu manquer à son devoir lorsqu'il avait la loi contre lui, suivra-t-il l'honneur et n'est-ce pas le tenter si cette loi est maintenant en sa faveur et le protège?

Le médecin indélicat, s'il existe, n'a-t-il pas, à son service, bien des moyens de tourner la loi? Je n'en cite qu'un (à quoi sert de divulguer des moyens criminels, il suffit de les réprimer sévèrement lorsqu'ils se présentent). Le praticien qui ne reculerait pas devant un acte criminel ferait antidater le testament fait à son profit. La disposition ferait foi de sa date et les héritiers prouveraient difficilement la fraude.

Mais, dira-t-on, le médecin indélicat pensera-t-il toujours à ce moyen et ne reculera-t-il pas devant l'énormité de la faute? Si un homme ose user de son influence pour voler un héritage, il est capable de toutes les infamies. Son action est préméditée et tous les moyens doivent être le résultat de la réflexion. Il sait, entre autres choses, que si la date de l'acte coïncide avec celle de la maladie, la disposition est nulle de droit. De l'antidate dépend la validité du testament. Et celui qui a sollicité, sans titre, la dévolution héréditaire, s'arrêterait, dans sa faute, à un scrupule de date, ou manquerait son but par ignorance des dispositions légales? Ce n'est pas admissible.

Ne sait-il pas que le malade, ayant fait un testament et revenant à la santé, ne va plus être soumis à sa domination, mais retomber sous l'influence des parents, que des révélations mêmes pourront dévoiler les manœuvres coupables du praticien héritier. Dans le crime, un homme qui s'est habitué à l'idée seule de le commettre, ne recule plus. Il s'agit ici du médecin indélicat. Existe-t-il? J'aime à croire que non. En tous cas, c'est l'infime exception : chacun l'admet. Cette quantité négligeable, il faut qu'elle disparaisse. La corporation entière ne doit pas voir peser sur elle des soupçons déloyaux dont on est encore à rechercher les auteurs : ce serait injuste. De deux choses l'une : ou le médecin est honnête homme et alors la société n'a rien à craindre de lui. Il connaît son devoir et suivra l'honneur contre la volonté même de son malade. Inutile alors de le suspecter et de le décréter d'indignité avant la lettre. Contre lui, l'article est donc inutile.

Au cas contraire, l'intérêt social n'est nullement protégé. Ce n'est pas l'art. 909 qui empêchera rien. Que peut la prohibition contre un homme renseigné, décidé à passer outre, ne craignant rien et disposant de la volonté absolue du malade?

A-t-on voulu sauvegarder les intérêts matériels des héritiers? On s'y est mal pris. Car, les dons manuels, les testaments antidatés, les fidéicommis échappent à la disposition légale. A-t-on cru prémunir le malade contre lui-même et éviter des libéralités non sollicitées, spontanément faites, mais au détriment de la famille? Mais alors, en certains cas, la disposition légale peut être injuste. Une personne, ayant, contre des collatéraux seuls héritiers, les griefs les plus justifiés et les plus légitimes, veut à tout prix les déshériter. Elle recherche, d'instinct, celui qui lui a rendu le plus de services et fait du médecin son légataire universel. *De par la loi*, la libéralité est NULLE, *sans arguments*, *sans preuves possibles*.

De quel droit supprimer ainsi la volonté du testateur?

En résumé :

Au point de vue social, l'art. 909 est inutile.

Au point de vue de la protection des intérêts pécuniaires des héritiers, il est inefficace.

Au point de vue de la dignité professionnelle, il est blessant pour le médecin qu'il suspecte.

Au point de vue de la libre volonté du disposant, il peut restreindre une des plus grandes et des plus belles manifestations de la liberté humaine : celle de tester.

C. L'article était-il nécessaire? Je ne le crois pas. Le Code, dans des dispositions spéciales, protégeait suffisamment et la société et les héritiers contre des libéralités exagérées.

L'art. 901 (C. c.) est ainsi conçu : « Pour faire une donation entre-vifs ou un testament, il faut être sain d'esprit. » Mais tous les actes, pour être valables, nécessitent l'intégrité des fonctions intellectuelles. Était-il donc utile de répéter, en ce qui touche les donations et testaments, une règle, base de toutes les conventions?

Quelle a été la pensée du législateur? A-t-il fait une inutile et maladroite redite? Ou a-t-il eu l'intention d'appliquer une disposition spéciale aux donations entre-vifs et testamentaires? Quelle doit être alors l'interprétation de l'art. 901?

Deux théories se trouvent en présence :

1° L'art. 901 déroge aux principes de l'art. 504. Aux termes de ce dernier texte, on ne peut attaquer les actes faits par un dément, un furieux ou un imbécile, que dans deux cas spécialement désignés : α) il faut, en effet, ou que l'interdiction ait été provoquée ou prononcée contre l'auteur de l'acte; β) ou que le caractère d'insanité ressorte de l'acte même qui est attaqué. Hors de là aucune demande en nullité n'est possible. Mais, *par exception*, s'il s'agit de donations ou de testaments, on peut toujours en poursuivre l'annulation, si même il n'y a pas eu interdiction et que la preuve de la démence ne résulte pas de l'acte attaqué.

2° L'art. 901 ne déroge pas à l'art. 504 général dans ses termes et dans son esprit.

Pour qu'un acte, quel qu'il soit, puisse être annulé, il faut une des deux conditions énoncées en l'art. 504 : *interdiction* ou au moins *demande d'interdiction*, acte prouvant, par lui-même, l'état mental. Qu'a donc voulu dire le législateur? En l'art. 504, il a énoncé les conditions d'annulabilité d'un contrat quelconque fait par une personne en état d'insanité HABITUELLE. En l'art. 901, il a réglementé la validité des actes faits par une personne privée MOMENTANÉMENT de sa raison par *cause accidentelle*. Quelle que soit la théorie acceptée, elle nous fournit un argument pour montrer que les tribunaux sont armés contre le médecin coupable d'avoir sollicité de ses clients des dons ou legs.

Dans la première théorie, on peut demander l'annulation du contrat à titre gratuit fait en faveur du médecin; et les héritiers lésés sont admis par tous moyens à prouver qu'il y a eu captation ou suggestion. L'ancien droit admettait même la possibilité d'attaquer un acte fait *ab irato*. Le législateur semble, à première vue, favorable à cette revendication, puisqu'il la dégage de toutes les entraves qui entourent, d'habitude, ces demandes (art. 901). Dans la deuxième théorie, on peut soutenir que toute maladie grave amène *momentanément* un trouble, ou au moins une diminution de la volonté et de la raison.

Conséquemment, peut être reçue, dans les deux cas, la demande formée par les héritiers contre le légataire. Les auteurs et la jurisprudence consacrent cette interprétation. Je ne citerai que l'arrêt de la Cour de Caen, 9 janvier 1824, et l'opinion d'Aubry et Rau : « Sont incapables de faire une donation ou un testament tous ceux qui ne sont pas sains d'esprit, c'est-à-dire ceux qui se trouvent dans un état *habituel* de démence, de fureur ou d'imbécillité et ceux qui, par une cause quelconque, ivresse ou *maladie*, sont *momentanément* privés de l'usage de leurs facultés morales. (Voir en ce sens Furgole, chap. IV, sect. II, 210; et Sirey, XXIV, 2, 265). Le législateur n'était donc pas désarmé et pouvait atteindre le médecin par l'art. 901.

D. Ne vaudrait-il pas mieux revenir au droit commun? Le médecin doit avoir sur son malade une influence si grande qu'il était nécessaire d'en prévoir les conséquences possibles et d'en prévenir les dangers par une disposition légale. Telle est la grande raison qui a inspiré la prohibition de l'art. 909. Il serait vraiment heureux, *pour le malade*, que cette assertion fût vraie. Nous trouverions dans cette autorité morale un sérieux élément de guérison. Mais, en général, chez les gens intelligents et riches, la confiance est lente à venir. Elle se gagne par les années, par l'expérience, par les services rendus et, dès lors, il y a entre praticien et clients une estime mutuelle empêchant tout acte déloyal.

Notre *influence*, d'ailleurs, s'exerce seulement à certains intervalles, au moment de nos visites : alors nous voyons notre client entouré de sa famille. La surveillance exercée contre nous sera d'autant plus vigilante que l'on pourra craindre davantage notre ascendant. Mais les gens de service, les femmes et valets de chambre, dont la présence et l'influence sont continuelles, dont les soins peuvent paraître indispensables, par le fait de l'habitude, à des vieillards, ces personnes sont plus à craindre que nous. Leur puissance sur le malade est souvent en raison inverse de leur éducation et de leur délicatesse. Elles ne se feront pas scrupule de solliciter des donations ou legs. Quelque indélicat que puisse être le médecin, il hésitera à faire des ouvertures en ce sens. Or, les gens de service ne sont pas visés; les docteurs le sont.

J'ai donné un seul exemple prouvant que l'énumération de l'article est incomplète, il serait facile d'en citer beaucoup d'autres.

L'article présente même des inconvénients, et il serait préférable de revenir au droit commun. Un médecin qui n'a pas des principes d'honnêteté inflexibles peut être tenté de faire le raisonnement suivant : La loi a prévu, par une disposition spéciale, le cas où un de nos clients nous instituerait héritier. On a, pour soutenir l'utilité de ce texte, allégué notre pouvoir sur la liberté d'esprit de nos malades. Cet ascendant existe donc. Pourquoi ne pas s'en servir en tournant la loi? L'attrait de la chose défendue, quelquefois la situation financière peu brillante du médecin; l'ambition et le désir de posséder de la fortune expliqueraient bien des défaillances, et, cependant, il n'y en a pas, grâce à l'honorabilité du corps médical. Mais si ces fautes se produisaient, la première idée n'aurait-elle pas pu être donnée par le Code qui reconnaît et admet *sans conteste* notre puissance sur l'esprit et la détermination du patient.

E. *Conclusions*. — Il peut exister, on doit le reconnaître,

des cas ou une personne exerce sur l'esprit du malade une influence décisive. Mais si les membres du corps médical peuvent, en certains cas, avoir cette puissance, ils n'en ont jamais usé. Pourquoi les viser spécialement? Un texte plus précis s'impose. Notre honneur professionnel nous fait un devoir de le réclamer. Est-il facile à établir? je le crois. En analysant l'art. 378 C. P. j'ai cherché à démolir, laissant à des personnes plus autorisées que moi le soin d'étudier la question et de proposer le texte de la loi à adopter. Ici, à mon avis, une seule chose s'impose : faire rentrer dans le droit commun les personnes si durement suspectées. Nous ne demandons pas une restriction de l'article en notre faveur; bien au contraire, il faut l'étendre à toute personne pouvant avoir une influence sur le malade. Mais il ne faut pas de nullité de droit; que chacun puisse faire la preuve et que, la libre volonté du testateur ressortant des débats, sa succession aille à celui qu'il a voulu instituer. Au lieu de la lettre de l'art. 909 pourquoi ne pas adopter ce texte : « *Toutes les dispositions à titre gratuit entre-vifs ou testamentaires faites en faveur de* TOUTE PERSONNE *ayant pu avoir sur la libre volonté du testateur, au moment où il disposait, une influence quelconque soit en raison des services rendus, soit par des fonctions spéciales exercées auprès du déposant* EST ANNULABLE *s'il est fait en état de maladie et* QU'ELLE QU'EN SOIT LA DATE.

« *Le demandeur en annulabilité sera admis à la preuve par tous les moyens de droit sous réserve de la preuve contraire. Sont abrogées toutes dispositions statuant dans ce cas à titre spécial.* »

Ainsi nous ne demandons pas au législateur le droit de voler les héritiers légitimes de nos malades; nous voulons, et aucun de nos confrères ne me contredira, ne pas former une catégorie légale de suspects. Le corps médical en cela comme ailleurs sait faire son devoir et ne veut pas être suspecté.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 novembre 1893. — Présidence de M. PERIER.

COMMUNICATION

Grossesse extra-utérine. — M. TUFFIER, à propos du procès-verbal, communique l'observation d'une jeune femme qui avait un retard de deux mois pour ses règles et qui était tombée dans un collapsus complet. Il lui fit la laparatomie et trouva un fœtus libre dans le cul-de-sac postérieur. Le ventre était plein de sang. Il fit un lavage et un drainage.

M. REYNIER cite un fait analogue dans lequel il s'agissait d'un fœtus de quatre mois. Il ne voit pas la nécessité du drainage dans ces cas. Depuis plus de deux ans, il ne draine plus après les opérations d'hématocèles, ces épanchements étant aseptiques.

M. QUÉNU considère comme une grande erreur de croire à l'asepsie de ces épanchements. La plupart sont, au contraire, excessivement septiques.

M. REYNIER a traité, sans drainage, huit cas d'hématocèle et n'a jamais eu le moindre accident.

M. CHAMPIONNIÈRE croit qu'il faut distinguer la question du drainage de celle de l'asepticité ou de la septicité de ces épanchements. Quant à lui, il ne draine jamais, que l'épanchement soit ou non septique.

RAPPORTS

Hydronéphrose intermittente. — M. REYNIER fait un rapport sur une observation adressée par M. Hue (de Rouen). Il s'agissait d'un jeune officier de cavalerie qui, il y a sept ans, avait eu une tumeur de l'hypocondre gauche. Cette tumeur avait le volume d'une tête d'adulte et datait de plusieurs années. Mais elle avait disparu spontanément. Elle paraissait et disparaissait. Parfois, ce jeune homme prenait les positions les plus bizarres pour uriner; il rendait alors 1 à 2 litres d'urine, et la tumeur disparaissait. Il s'agissait donc bien d'une hydronéphrose intermittente. Ce jeune homme réclamait une intervention. M. Hue fit une ponction transpéritonéale, donna issue à un liquide clair, citrin, dans lequel se trouvait de l'urée. Les suites furent simples, et la guérison ne s'est pas démentie.

Au point de vue pathogénique, M. Hue n'a pu relever, dans les antécédents, qu'une tuberculose mésentérique dans l'enfance. Il admet donc qu'il ait pu y avoir compression ou coudure de l'uretère.

Les cas d'hydronéphrose intermittente ne sont pas très fréquents. Cette observation de M. Hue est donc intéressante. MM. Terrier et Baudoin, dans leur travail, repoussent la ponction comme n'ayant donné que 2 guérisons définitives sur 83 cas. Cette opinion est peut-être exagérée.

M. Reynier rappelle également, à ce sujet, les recherches expérimentales de MM. Albarran et Legueu, d'où il semble résulter que l'hydronéphrose est d'autant plus considérable que l'uretère a conservé sa perméabilité.

M. BAZY ne saurait accepter cette conclusion tirée par MM. Albarran et Legueu de leurs expériences. Il a lui-même fait un grand nombre d'expériences et a vu que l'hydronéphrose était toujours plus considérable quand la ligature de l'uretère était complète.

A ce propos, M. Bazy rapporte un nouveau cas d'abouchement de l'uretère dans la vessie. L'extrémité supérieure de l'uretère était repliée sur elle-même, ce qui explique que cette malade gardait ses urines quand elle était levée et les perdait quand elle était couchée. Ce peut être là une des explications de l'hydronéphrose intermittente.

M. REYNIER fait observer qu'il y a contradiction entre les expériences de M. Bazy et celles de MM. Albarran et Legueu. Ces dernières paraissent pourtant avoir été bien faites. On sait, d'ailleurs, d'une façon générale, que chaque fois qu'on lie le canal d'une glande, cette glande cesse de sécréter.

Lipome du cordon spermatique. — M. REYNIER fait un rapport sur une seconde observation adressée par M. Hue. Il s'agit d'un homme de soixante-quatre ans, maçon, ayant joui d'une bonne santé et porteur d'une tumeur dont le début remontait à treize ans. A cette époque, cet homme était tombé à califourchon sur une solive. Peu après, la bourse du côté droit augmentait de volume. Cette tumeur tombait plus bas que la moitié des cuisses. La peau était lisse, sans coloration spéciale. Il n'y avait rien dans l'aîne; M. Hue pensa qu'il s'agissait d'un sarcome. Il pratiqua l'opération et se trouva en présence d'une masse lipomateuse qui fut facile à énucléer. Le testicule était séparé de la tumeur. Le cordon se trouvait derrière la masse. Dans le haut, celle-ci se pédiculisait et s'enfonçait dans le canal inguinal. M. Hue fit une double ligature, excisa la tumeur et plaça deux gros drains. La tumeur pesait 11 livres. C'était un lipome pur, dégénéré à la partie inférieure. Les suites opératoires furent simples. Mais quelque temps après cet homme fut pris de symptômes de ramollissement cérébral.

Le diagnostic, dans ce cas, était difficile. Ces tumeurs peuvent être aisément prises pour des épiplocèles. L'origine inguinale de la tumeur peut faire penser qu'elle était née dans le péritoine.

M. le rapporteur exprime le regret que M. Hue n'ait pas fait la section plus haut dans le canal inguinal pour éviter la récidive et s'assurer s'il n'y avait pas de hernie derrière.

M. RECLUS cite un fait analogue dans lequel il s'agissait d'une tumeur mesurant 59 centimètres de diamètre. Il croyait avoir affaire à un myxome du testicule. C'était de la graisse pure. Le cordon n'était pas indépendant. La tumeur s'engageait dans le canal inguinal, mais en tirant un peu on amenait facilement le pédicule.

M. SCHWARTZ a opéré, il y a deux ans, un lipome du cordon spermatique coïncidant avec une tumeur du testicule. Il y avait, à la fois, un énorme lipome du cordon, s'enfonçant dans le canal inguinal, et un sarcome du testicule. Le malade a bien guéri. M. Schwartz n'en a plus eu de nouvelles.

Observations chirurgicales. — M. RICHELOT fait un rapport sur plusieurs observations et une statistique adressées par M. Millot-Carpentier. Voici le résumé de ces observations :

Section du nerf radial chez un enfant de treize ans, suture après quatre-vingts jours. Retour des mouvements dix jours après l'opération. C'est là un nouveau fait à enregistrer en faveur de la régénération nerveuse.

Résection itérative du coude pour une tumeur blanche. Guérison parfaite.

Volumineux fibrome utérin, moitié vaginal, moitié utérin. La partie vaginale est enlevée par morcellement à l'aide de l'écraseur. La partie utérine est enlevée par la laparotomie. Guérison.

Sur 15 cas de chirurgie abdominale, M. Millot-Carpentier ne compte que 2 morts, l'une dans un cas d'énorme fibrome de l'ovaire gauche, l'autre dans un cas de kyste multiloculaire.

Cancer de la région iléo-cæcale. Ablation. Guérison. — M. TH. ANGER communique l'observation d'une femme de quarante-six ans qui, en mars 1893, éprouva des douleurs abdominales avec des alternatives de diarrhée et de constipation.

Au niveau de la région iléo-cæcale existe une tumeur du volume du poing, mobile dans la fosse iliaque. M. Anger diagnostique un cancer du cæcum. Il pratique l'opération le 10 septembre. Incision sur la tumeur. Mais, dès que la peau fut incisée, il vit que la tumeur avait envahi les muscles et les aponévroses de la région. Il circonscrit la tumeur et on en fait l'ablation. Puis il fait, après la résection du cæcum malade, l'abouchement de la fin de l'intestin grêle avec le côlon ascendant.

Il y eut une fistule stercorale qui a disparu. La malade a guéri.

Typhlo-appendicite. — M. DELORME relate deux observations de typhlo-appendicite.

Un premier malade, après trois poussées d'appendicite douloureuse avec fièvre et empâtement, fut opéré dans une période de calme. Le cæcum était masqué de toutes parts par l'intestin grêle adhérent. On chercha longuement l'appendice et on crut le trouver dans une petite nodosité oblique en haut, qu'on lia et qu'on excisa. Mort par shock opératoire.

A l'autopsie, on reconnut que la petite nodosité excisée n'était que de la gangue fibreuse contenant quelques vaisseaux. L'appendice, lui, fut retrouvé après une longue dissection couché en arrière du cæcum adhérent au psoas. Il était rond et ressemblait à un gros ganglion caséeux. Ses parois étaient épaisses et sa muqueuse saine. Pas trace d'ulcération.

On voit donc quelle est la difficulté souvent de la recherche de l'appendice.

La deuxième observation a trait à une typhlo-appendicite tuberculeuse. Le malade fut opéré; mais il persiste et, cela depuis vingt mois, une fistule qu'on n'a pu guérir.

M. Delorme observe ces fistules 1 fois sur 6. Il se demande donc si, dans les cas de typhlo-appendicite tuberculeuse, il ne vaut pas mieux faire une opération plus radicale que l'excision de l'appendice et consistant dans la résection de l'appendice, du cæcum et de la fin de l'intestin grêle.

M. QUENU pense qu'il est inutile de chercher outre mesure l'appendice au cours d'une intervention pour appendicite chronique à répétition. Si on le trouve facilement, on l'excise; sinon, on l'abandonne. Il suffit parfois de libérer seulement le cæcum enclavé dans les adhérences pour voir cesser les crises.

PRÉSENTATIONS

Néphrolithotomie. — M. TUFFIER présente un malade auquel il a fait, il y a vingt jours, la néphrolithotomie. Après l'extraction des calculs du rein, il a fait la suture idéale. Guérison.

Tumeur de la région sus-claviculaire. — M. MIGNON (du Val-de-Grâce) présente un malade atteint d'une tumeur de la région sus-claviculaire. Homme de vingt-trois ans, hémorroïdaire. Depuis le mois de juin 1893, apparition dans la région sus-claviculaire d'une tumeur intermittente pendant les efforts du malade et dans le décubitus. Lorsque le malade fait un effort, il apparaît ainsi une tumeur pyriforme, à base correspondant à la clavicule, à sommet caché sous le sterno-mastoïdien et remontant jusque vers le bord supérieur du cartilage thyroïde. Tumeur molle, réductible, sans battements, ni souffles. Il pose le diagnostic de dilatation veineuse située sur le trajet de la jugulaire interne.

Lymphadénome de l'amygdale. — M. BERGER montre une malade atteinte de lymphadénome de l'amygdale avec engorgement des ganglions du cou.

Hernie inguinale gangrenée. — M. DELBET montre une pièce de résection intestinale pour hernie inguinale gangrenée. Mort par carcinome pylorique. A l'autopsie, on vit que la suture intestinale était restée parfaite.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Faculté se réunit, jeudi, en assemblée générale, pour entendre la lecture du rapport de M. le professeur Potain sur les réformes à apporter au baccalauréat, au point de vue des études médicales et un autre rapport de M. le professeur Debove sur les modifications concernant les concours d'agrégation en médecine et en chirurgie.

— Par décret, en date du 23 novembre 1893, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Bremond, Daniel, Jamin, Bide, Teulat, Broquet, Maunoury et Jousset.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Goix, Coumailleau, Bernard, Tostain, Dumont, Pillot, Boujut, Merlin, Lemas, Barnier, Dumas, Brou de Laurière, Mazet, Bonhomme de Montaigut, Dufour, Brand, Roche, Leroy, Lataste, Gauchas-Galliard, Desnos, Joyeux-Laffnie, Desfosses, Hermantier, Thomas-Duris, Lavergne, Tuffier, Artaud, Ribail, Morin et Tissier.

— Par décision ministérielle, en date du 7 novembre 1893, ont été décernées les médailles d'honneur suivantes :

Médailles d'or. — M. le médecin aide-major de première classe Georget : a assuré, avec le plus infatigable dévouement, le service médical dans la ville de Biskra et à l'ambulance organisée par la municipalité de cette ville pendant l'épidémie cholérique (1893).

Médailles d'argent. — M. le médecin aide-major de première classe Dieu : détaché à Négrisse, où sévissait le choléra (1893), a, pendant toute la durée de l'épidémie, fait preuve de la plus intelligente initiative, d'une grande sagacité médicale, d'une grande énergie et du plus louable dévouement.

— Par arrêté ministériel, en date du 23 novembre 1893, le concours qui devait s'ouvrir le 3 mai 1894 devant la Faculté de médecine de Toulouse, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle, à l'École de Clermont, est reporté au 28 mai 1894.

— On nous annonce qu'à partir du 1er janvier prochain, les élèves stagiaires seront répartis par groupes de vingt-cinq dans certains services hospitaliers, spécialement désignés à cet effet. Les médecins et chirurgiens, chargés de cet enseignement clinique auxiliaire, recevront une indemnité sur les crédits affectés à la Faculté. Le stage sera obligatoire dès la deuxième année d'études.

— *Concours de l'externat.* — Question donnée : Muscles péroniers latéraux.

— Un Congrès de médecine se tiendra à Lyon, sous la présidence de M. le professeur Bouchard, de l'Institut, du 4 au 15 août 1894.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Mary-Durand, directeur du « Courrier médical ». Ce confrère laisse les plus vifs regrets à tous ceux qui l'ont approché. Ancien médecin de l'Hôtel des Invalides, une très nombreuse députation d'invalides s'était rendue aux obsèques qui ont eu lieu, hier dimanche, à l'église du Gros-Caillou.

— Nous avons également le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jules Chabry. Par son testament, il laisse 5000 fr. à l'Institut Pasteur, auquel il était attaché comme sous-chef des travaux.

— Poste médical à céder à l'Ile-Saint-Denis. — S'adresser au docteur de l'Ile, à l'Ile Saint-Denis, rue Méchin, 8 (Seine).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 29 novembre 1893.

DÉCRET

RELATIF AU STAGE HOSPITALIER ET AUX CLINIQUES ANNEXES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes et du président du Conseil, ministre de l'Intérieur;

Vu le décret du 18 juin 1862 qui règle les conditions du stage dans les hôpitaux;

Vu l'arrêté du 1er juillet 1862 sur le même objet;

Vu le décret du 20 août 1877, portant création de cours annexes de clinique dans les Facultés de médecine;

Vu le décret du 15 avril 1879 portant règlement pour les cours cliniques annexes dans les hôpitaux;

Vu les décrets des 20 juin 1878 et 31 juillet 1893 relatifs à l'organisation des études médicales;

Vu la délibération du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, en date du 16 juin 1892;

Vu la délibération du Conseil de la Faculté de médecine de Paris, en date du 21 juillet 1892;

Vu la loi de finances, en date du 26 juillet 1893;

Décrète :

ARTICLE PREMIER. — Tous les étudiants en médecine feront un stage dans les hôpitaux de Paris, dont la durée ne sera pas inférieure à trois années.

Les étudiants accompliront ce stage pendant leurs deuxième, troisième et quatrième années d'études.

Pendant les deux premières années du stage, les élèves seront attachés aux services généraux de médecine et de chirurgie.

Pendant la troisième année, les élèves seront nécessairement attachés pendant un trimestre aux services d'accouchement. Ils devront, en outre, accomplir une partie du stage de cette troisième année dans l'un des services spéciaux affectés aux maladies de la peau et de la syphilis, aux maladies nerveuses, aux maladies mentales, aux maladies des enfants, aux maladies des yeux, aux maladies des voies urinaires.

ART. 2. — Les élèves stagiaires seront répartis par groupes de vingt dans les services affectés à l'enseignement.

ART. 3. — Chacun des groupes de stagiaires sera composé d'élèves appartenant à une même année de stage.

ART. 4. — Pendant toute la durée de cet enseignement, l'élève devra être exercé individuellement à la recherche des signes, des symptômes des maladies. Il devra prendre part personnellement à l'examen des malades.

ART. 5. — Les services affectés à l'enseignement pendant les deux premières années de stage sont :

1° Les services de clinique générale de la Faculté de médecine;

2° Des services pris parmi ceux qui sont dirigés par des médecins et chirurgiens attachés aux hôpitaux généraux.

Les services affectés à l'enseignement pendant la troisième année sont :

1° Les chaires d'accouchement et de clinique spéciale de la Faculté de médecine;

2° Des services pris parmi ceux qui sont consacrés aux accouchements et aux spécialités dans les divers établissements hospitaliers.

M. le directeur de l'Assistance publique désignera dans les différents hôpitaux le nombre des services dirigés par les médecins, chirurgiens et accoucheurs, qui, dans chaque hôpital, sera affecté à cet enseignement.

ART. 6. — Les médecins, chirurgiens et accoucheurs qui désireront être chargés de l'enseignement des stagiaires adresseront leur demande, avant le 15 juin, à M. le directeur de l'Assistance publique.

Celui-ci convoquera une commission composée : pour la Faculté de médecine, de quatre membres, le doyen et trois professeurs délégués par la Faculté; pour l'Assistance publique, de quatre membres, le directeur et trois membres du Conseil de surveillance, dont le représentant des médecins des hôpitaux et le représentant des chirurgiens.

Le directeur présidera la Commission; en cas de partage, la voix du président sera prépondérante.

Le directeur soumettra à la Commission le projet de répartition des services dans les différents hôpitaux, la liste des demandes adressées par les médecins, chirurgiens et accoucheurs.

Le doyen de la Faculté indiquera le nombre des élèves soumis au stage.

La Commission dressera une liste de présentation comprenant pour chaque place deux noms, si cela est possible.

Cette liste sera adressée à M. le ministre de l'Instruction publique, qui nommera les médecins, chirurgiens et accoucheurs chargés de ces cours.

ART. 7. — L'enseignement durera du 1er décembre au 15 juin. Les titulaires des cours seront nommés pour trois ans.

Les élèves seront répartis de façon qu'ils passent trois mois dans un service de médecine et trois mois dans un service de chirurgie.

Le professeur donnera à la fin du cours des notes sur le travail

de chaque élève. Ces notes seront transmises par les soins du directeur de l'Assistance publique au doyen de la Faculté pour être jointes au dossier de l'élève.

Art. 8. — Il recevra de l'État une indemnité annuelle de 3000 francs.

Aucuns frais ne résulteront pour l'Assistance publique de cet enseignement.

Art. 9. — La répartition des élèves dans les cliniques de la Faculté et dans les services désignés par la Commission sera établie à la Faculté par son doyen.

Au moment où leur nom sera appelé, les élèves de troisième année de stage désigneront le service d'accouchements dans lequel ils désirent faire leur stage, ainsi que l'époque de ce stage, puis le ou les services spéciaux qu'ils veulent suivre et, pour le reste du temps, le ou les services généraux auxquels ils désirent être attachés.

Les stagiaires de deuxième année seront de préférence répartis dans les hôpitaux du centre; les stagiaires de première année, dans les hôpitaux excentriques.

La liste de répartition sera transmise à M. le directeur de l'Assistance publique, qui délivrera des cartes d'entrée dans les hôpitaux aux élèves.

Art. 10. — Les élèves internes et externes des hôpitaux qui, pendant la durée de leur service hospitalier, n'auraient pas été attachés à un service d'accouchements, devront faire un stage dans un de ces services ou, s'ils le préfèrent, ils seront admis à accomplir un stage de deux mois à la clinique Baudelocque, de dix heures du soir à huit heures du matin.

Art. 11. — La Commission établira dans quelles conditions les spécialités pourraient être enseignées dans l'après-midi, de façon à faciliter cette période de stage et les études de la cinquième année de médecine en combinant les heures, de façon à ne pas entraver les exercices pratiques exigés par la Faculté pendant la même période scolaire.

Art. 12. — Si l'Assistance publique autorise la création de cours libres payés directement par les élèves, les chefs de service qui pourraient être appelés à siéger dans les jurys d'examens de la Faculté ne recevront pas cette autorisation.

Art. 13. — La discipline dans l'intérieur de l'hôpital appartient au directeur de l'établissement.

Art. 14. — Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes et le président du Conseil, ministre de l'Intérieur, sont chargés de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 20 novembre 1893.

Carnot.

Par le président de la République :

Le président du Conseil, ministre de l'Intérieur,
Ch. Dupuy.

Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,
R. Poincaré.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Péan vient de montrer à l'Académie un nouvel exemple des heureuses applications chirurgicales des localisations cérébrales. Ces faits sont d'autant plus intéressants à signaler que c'est en France, où ont été faits les travaux les plus importants sur les localisations cérébrales, que la pratique de la trépanation est le moins répandue. Il est cependant des cas où l'intervention chirurgicale paraît nettement indiquée, ce sont ceux surtout dans lesquels il s'agit d'une lésion bien circonscrite, soit d'un épanchement purulent, soit d'une tumeur, lésion dont le siège peut être déterminé avec une absolue précision, grâce aux travaux des localisateurs et aux règles formulées par M. Championnière. C'est un nouveau cas de ce genre que M. Péan vient de présenter à l'Académie. On trouvera plus loin cette intéressante observation.

Nous avons à signaler deux lectures, l'une de M. Larat sur la méthode hydro-électrique et l'autre de M. Clozier sur une asymétrie acquise entre les deux moitiés latérales du corps humain.

Après quoi l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Weber sur les candidats à la place déclarée vacante dans la section de médecine vétérinaire.

La liste de présentation est fixée ainsi qu'il suit : 1° M. Raillet; 2° *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Barrier, Benjamin, Cadiot, Kauffmann et Mégnin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Jaccoud.

Un cas de néphrite syphilitique précoce.

Le jeune homme de vingt-six ans qui est entré, depuis le 9 octobre dernier, au n° 1 de la salle Jenner, est atteint d'une affection en apparence assez banale, assez simple comme diagnostic et comme indications thérapeutiques, une néphrite subaiguë. En réalité, un interrogatoire très serré et un examen des plus minutieux sont, comme toujours, nécessaires pour préciser, à côté du diagnostic anatomique, le diagnostic étiologique et pouvoir instituer le traitement vraiment efficace.

L'ensemble symptomatique présenté par ce malade : œdème des membres inférieurs de la paroi abdominale et du scrotum, bouffissure des paupières, céphalée, douleurs lombaires, affaiblissement extrême malgré une apparence robuste, imposait, avant même l'examen des urines, le diagnostic de néphrite. L'examen le plus sommaire de l'urine, montrant une quantité notable d'albumine et de sang, confirmait ce diagnostic. L'évolution avait été nettement subaiguë, le début remontant seulement à la fin d'août. C'est à ce moment qu'avaient commencé les œdèmes, la céphalée, les douleurs lombaires. Ces symptômes auraient été accompagnés d'accidents fébriles assez intenses. Sur ce dernier point, le malade est tout à fait affirmatif.

En continuant l'examen, on ne découvre rien d'anormal du côté des différents viscères. L'urine, au début, était très peu abondante, et le malade a eu pendant deux jours des accidents de dyspnée urémique sans lésions pulmonaires, accidents qui ont disparu par le régime lacté. A ce moment, la quantité d'albumine était de 6 grammes par litre. Ce chiffre élevé s'est maintenu, alors même que la quantité d'urine atteignait 1800 grammes. Le malade, par vingt-quatre heures, perd donc une quantité énorme, près de 10 grammes, d'albumine. Mais cette quantité énorme doit être attribuée en grande partie aux hématuries.

L'examen microscopique n'a pas montré de cylindres. On l'a renouvelé à différentes reprises, et il a toujours été négatif. Mais le premier examen, fait seulement le 26 octobre, a été un peu tardif; il est venu après que le rein avait été en quelque sorte nettoyé par quinze jours de régime lacté. Au moment de l'entrée, l'aspect des urines, leur dépôt nuageux, la marche subaiguë de l'affection, rendent bien difficile à admettre à ce moment l'absence de cylindres dans l'urine. Mais, faute d'examen, nous restons dans le doute.

Cet examen clinique, chimique, microscopique, permet

d'affirmer l'existence d'une néphrite et même, en précisant davantage, d'une glomérulo-néphrite subaiguë. Mais cela suffit-il? Évidemment, non; il manque une notion importante, le diagnostic étiologique. Si l'étiologie est parfois banale, souvent aussi c'est d'elle que dépendent le pronostic et le traitement. Ici, plus que jamais, deux raisons rendaient cette recherche indispensable. La première est que les néphrites sont très rarement une maladie primitive. Leur origine, presque toujours secondaire, rend donc nécessaire de passer en revue tout le passé pathologique. La seconde est que le traitement classique, le régime lacté intégral, qui avait été institué dès le début, n'avait donné que de l'amélioration et que ses résultats étaient restés assez incomplets.

En se bornant au simple récit du malade, la cause de l'affection semblait très nette et quelque peu banale. Dans la deuxième quinzaine d'août, il avait bu, étant en sueur, une quantité considérable d'eau glacée. C'est là un mode très puissant, très dangereux de refroidissement, parfaitement capable de provoquer une néphrite.

Mais, à côté des réponses plus ou moins complètes et plus ou moins exactes des malades, se placent les symptômes constatés. Ici le rein semblait seul en cause, aucun autre viscère n'était touché. Toutefois, sur la peau, existait une éruption très nette, papuleuse, cuivrée, éruption syphilitique évidente, remontant aux derniers jours de juillet, éruption visible au premier coup d'œil, et que cependant, il faut bien l'avouer, plusieurs d'entre vous n'avaient pas vu. Il existait, de plus, des plaques muqueuses à l'anus et dans les plis inguinaux. Le malade, spécialement questionné, disait avoir eu quelques ulcérations dans la gorge et surtout, fait important pour la date de l'infection, un chancre apparu vers le 15 juin. Il était donc nettement syphilitique.

Est-ce la syphilis qui a produit la néphrite? Il y a quelques années, attribuer à une syphilis de trois mois, en pleine période d'évolution secondaire, la production d'une néphrite aurait paru une véritable hérésie. La néphrite tertiaire était seule admise. On sait aujourd'hui — et je crois avoir contribué à le prouver — que la syphilis frappe le rein à toute période. Il y a une syphilis rénale précoce, comme il y a une syphilis rénale tardive.

C'est en 1864, à Lourcine, que j'ai observé et publié deux faits de néphrite syphilitique précoce qui sont, je crois, les premiers connus. Depuis, j'en ai observé deux autres cas seulement. L'affection n'est cependant pas absolument rare. Jusqu'en 1880, mes observations sont restées isolées; mais, depuis, la néphrite syphilitique précoce a suscité un grand nombre d'observations dont voici seulement les principales. En 1880, Burckmann publiait un cas tout à fait analogue au nôtre, au cinquième mois de la syphilis, mais avec œdème pulmonaire. En 1881, apparaissaient le travail classique de Wagner, la thèse de Negel étudiant la syphilis rénale à toutes ses périodes, la thèse de Colladon bornée à la période précoce. En 1883, M. Dreyfus-Brisac publie une très belle observation. De 1885 à 1886, je fais sur ce sujet plusieurs cliniques, et M. Mauriac publie un remarquable mémoire. Depuis ont paru les observations de Casarini, de Muller, de Schuchter, les mémoires de Tommasoli, d'Andronico, les thèses de Bonkkeief et de Rendergast. Cette énumération suffit à vous prouver que la syphilis rénale précoce n'est pas absolument rare. Elle a donc une importance clinique réelle pour l'étude des néphrites et pour l'étude de la syphilis. C'est du quatrième au sixième mois qu'ont été observés les faits les plus précoces. Le cas qui vient de se dérouler devant vos yeux est, jusqu'ici, le plus précoce connu. Les accidents paraissent avoir, en effet, débuté avant la fin du troisième mois.

La néphrite syphilitique précoce reste cependant beaucoup plus rare que la néphrite tardive, beaucoup plus rare aussi que les autres accidents de la période secondaire. De plus, les diverses observations publiées ont mis en lumière ce fait que, à côté de la syphilis, cause première, s'ajoutent des causes occasionnelles. Le refroidissement est la cause la plus fréquente. Les excès alcooliques habituels ou accidentels ont été souvent incriminés. Dans certains faits, le rôle du traumatisme a même paru évident. Enfin, la vulnérabilité rénale laissée par des néphrites anciennes, par la simple irritation due aux diverses infections et, en particulier, à la scrofule, semble avoir joué dans quelques cas le rôle de cause prédisposante.

Au milieu de ces diverses causes occasionnelles, le rôle prépondérant de la syphilis n'en subsiste pas moins. Ce qui le prouve, c'est l'efficacité remarquable, remarquablement rapide du traitement spécifique. Ce traitement triomphe en quelques jours, comme chez notre malade, d'albuminuries qui résisteraient des mois, et peut-être même des années, aux moyens ordinaires et au régime lacté.

Le diagnostic a donc une importance pratique extrême. Deux erreurs peuvent être commises : 1° méconnaître la néphrite; 2° méconnaître son origine syphilitique. Pour les éviter, il faut bien connaître les trois formes cliniques de la néphrite syphilitique précoce.

La première est l'albuminurie simple, isolée, sans autres altérations de l'urine, sans autres accidents. Ces albuminuries, en se prolongeant, peuvent devenir graves. Elles sont très souvent méconnues si l'on néglige de faire l'examen de l'urine de parti pris.

La seconde forme est la glomérulo-néphrite, sans autres accidents que les diverses altérations urinaires, altérations physiques, chimiques, microscopiques. Là encore, l'absence de troubles fonctionnels fait facilement méconnaître la néphrite.

La troisième forme, enfin, est la glomérulo-néphrite aiguë avec œdème des membres inférieurs, du poumon, accidents urémiques, hématurie. Tous ces accidents débutent brusquement en pleine santé. Dans cette dernière forme, celle que nous avons observée chez notre malade, ce n'est plus la néphrite, c'est la cause syphilitique qui est souvent méconnue. Ce que je vous ai dit de l'efficacité du traitement suffit à vous montrer toute la gravité de ce diagnostic inexact, ou plutôt exact anatomiquement, incomplet comme étiologie.

HOPITAL INTERNATIONAL. — M. Péan.

Trépanation et localisations cérébrales.

Une enfant de quatre ans et demi, bien portante, reçoit, le 14 juillet de cette année, un coup de revolver, et la balle (de petit calibre) traverse le globe de l'œil droit et pénètre dans les parties profondes. Elle est transportée à l'hôpital des Enfants, où elle reste jusqu'au 4 août. Pendant ce temps elle a présenté des accidents sur la nature desquels nous n'avons que des renseignements incomplets : fièvre, agitation du jour et de la nuit, céphalalgie. On aurait, à ce

moment, prononcé le nom d'accidents méningitiques. Le 4 août, les parents reprennent leur enfant dont la vie était, dit-on, considérée comme compromise. Chez eux, elle accuse de nouveau une céphalalgie vive à droite, principalement vespérale. En même temps, on constate un affaiblissement progressif de la vue de l'œil gauche.

La malade est, à cause des troubles oculaires, conduite à Gillet de Grandmont le 30 août. La cécité est absolue, la pupille très dilatée et complètement immobile. La papille est voilée. On conclut à l'existence d'une névrite sympathique de cause infectieuse. Quatre injections sous-conjonctivales d'une goutte de solution de sublimé au 100e suffisent à amener la résorption du voile papillaire. Peu à peu on voit réapparaître les mouvements pupillaires et, plus tard, la vision.

Jusqu'au 21 septembre, l'enfant est en apparence très bien. Mais ce jour elle est reprise de maux de tête. Elle accuse des douleurs vagues dans tous les membres, et son bras gauche se paralyse. Le 22 septembre, douleur orbitaire droite, et persistance de la paralysie. Pas d'élévation de température, le 23, même état.

Le 24 septembre, M. Gilbert Ballet constate les phénomènes suivants : l'intelligence est très lucide; la malade répond très bien aux questions, autant que le comporte son âge; elle se plaint d'une légère douleur au niveau de la région orbitaire droite; il existe un peu de parésie faciale du côté gauche et une monoplégie flaccide absolue du membre supérieur. Le membre inférieur est très légèrement parésié, mais la malade peut se tenir debout et marcher.

En présence de ces symptômes, M. Ballet diagnostique une lésion intéressant le centre du membre supérieur, c'est-à-dire la partie moyenne des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes. D'autre part, en s'en référant aux détails de l'histoire pathologique du cas, M. Ballet conclut, quant à la nature de la lésion, à un foyer purulent, péri ou intra-cérébral. Il est d'avis de pratiquer la trépanation.

Le 24, vers le milieu de la journée, la malade est prise d'un accès d'épilepsie jacksonienne. La tête est tournée à gauche, et le membre supérieur de ce côté est seul agité de violentes convulsions. La nuit suivante, à une heure, et le lendemain, à dix heures du matin, nouveaux accès.

La malade m'est alors adressée à l'hôpital International, et la trépanation est pratiquée le 26 septembre au matin. Il s'agissait d'abord de déterminer les points de repère qui devaient nous guider dans la localisation des couronnes de trépan. Voici comment procède M. Ballet. Il a recours aux indications formulées par M. Championnière. Une ligne horizontale de 5 centimètres est tracée en arrière de l'apophyse orbitaire externe. Sur l'extrémité de cette ligne, il élève une perpendiculaire de 3 centimètres dont le sommet correspond à la partie inférieure du sillon de Rolando. Puis, avec un cordon, il relie l'un à l'autre les deux conduits auditifs en passant perpendiculairement au-dessus de la suture sagittale; un point correspondant à l'extrémité supérieure de la scissure de Rolando est marqué à 48 millimètres en arrière du cordon. Un trait relie les deux extrémités de la scissure et on trace, à sa partie moyenne, un cercle de la largeur d'une pièce de 2 francs correspondant au centre moteur du membre supérieur.

Le crâne mis à nu, le périoste détaché et l'os réséqué, la dure-mère est incisée. Nous voyons alors la pie-mère rouge lie de vie et couverte d'arborisations blanchâtres. En même temps, le liquide céphalo-rachidien s'écoule, présentant un aspect opalin, laiteux, manifestement purulent. Nous recueillons, dans nos éprouvettes, le pus qui s'écoule, nous lavons la surface externe du cerveau avec une grande quantité d'eau tiède stérilisée. Ce lavage entraîne avec le pus les fausses membranes jaunâtres qui tapissaient le foyer. Nous pouvons estimer à près de 200 grammes la quantité de pus qui s'écoule. Après le lavage, nous constatons que les circonvolutions cérébrales sont déprimées, au point qu'entre elles et la dure-mère il y a un espace beaucoup plus large qu'à l'état normal. Après suture et pansement, la malade est rapportée dans son lit.

Dès le lendemain de l'opération, l'enfant est gaie, enjouée, ne se plaint plus d'aucune douleur de tête et commence à mouvoir le bras. Le 29, les mouvements de ce membre sont encore plus libres, et l'état général est toujours très satisfaisant. Quelques jours après, la plaie est réunie par première intention. Le 10 octobre la malade quitte l'hôpital.

Le 25, M. Gillet de Grandmont la revoit. Il constate, d'une part, un état général aussi satisfaisant que possible, d'autre part, un rétablissement en apparence complet des fonctions du membre et le retour de la vision, qui permet actuellement de compter les doigts à cinq mètres de distance.

Ajoutons, en terminant, que depuis l'opération, il n'y a plus eu le moindre accès d'épilepsie partielle.

FIÈVRE TYPHOIDE ET TUBERCULOSE AIGUE COMBINÉES

La question des associations microbiennes a, dans ces dernières années, justement attiré l'attention des bactériologistes et des cliniciens. Vivement combattues au début de l'ère bactériologique, où l'on croyait que chaque maladie infectieuse était produite par un seul micro-organisme, toujours le même, évoluant toujours à l'état isolé, ces associations sont admises aujourd'hui par le plus grand nombre des auteurs qui se sont occupés de la question. On peut même dire qu'à l'heure actuelle, il n'est presque pas d'affection microbienne pour laquelle cette association n'ait été démontrée.

En ce qui concerne notamment le bacille typhique et le bacille tuberculeux, la liste des micro-organismes qui peuvent associer leur action morbide à celle de chacun d'eux est déjà longue, mais il n'a été publié, croyons-nous, aucun fait démontrant l'association de ces deux bacilles entre eux. Cette question bactériologique offre cependant un réel intérêt clinique.

On observe assez fréquemment, en effet, des affections fébriles aiguës, simulant le type de l'embarras gastrique fébrile ou du typhus abdominal, mais avec quelques caractères particuliers qui forcent le clinicien expérimenté à faire des réserves et lui font souvent prononcer les mots de tuberculose aiguë, de fièvre tuberculeuse à forme typhoïde. Rien n'est plus difficile que de poser un diagnostic exact en pareil cas et bien des médecins, de la plus grande valeur, ont vainement essayé de résoudre la question. Si le malade meurt, l'autopsie vient évidemment et, le plus souvent, lève les doutes en montrant les lésions pures de la tuberculose aiguë ou de la fièvre typhoïde. Mais quand le malade guérit, ce qui est loin d'être rare, on observe assez fréquemment, au bout de quelques semaines ou de quelques mois, une série d'accidents nettement tuberculeux. On peut alors se demander à nouveau, en présence de quelle affection on s'était primitivement trouvé. Avait-on affaire à une tuber-

culose aiguë, à cette affection que M. Landouzy a décrite sous le nom de typho-bacillose? Avait-on affaire à une dothiénentérie légitime ayant créé une prédisposition à l'infection tuberculeuse? La fièvre typhoïde et la tuberculose aiguë, telles sont donc, en somme, dans l'état actuel de nos connaissances, les deux seules interprétations qui se présentent à l'esprit des médecins en pareils cas.

MM. G. Sarda, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, et H. Villard, interne des hôpitaux, dans un mémoire paru dans le numéro du mois de septembre de la *Revue de médecine*, viennent de démontrer qu'une troisième hypothèse est encore possible, celle de la coexistence des deux infections tuberculeuse et typhique.

Voici, en quelques lignes, un rapide résumé de l'importante observation qui fait la base de leur mémoire.

Elle est relative à un homme de trente ans, sans antécédents héréditaires ou personnels, qui commence à se sentir fatigué dans les premiers jours de septembre 1892 (céphalalgie, fatigue générale, anorexie, diarrhée, etc.) et qui entre à l'hôpital le 14 septembre. A son entrée, on note une température de 38°6 le matin et 39°9 le soir, une langue sale, large, rouge sur les bords et à la pointe, du gargouillement et de la douleur dans la fosse iliaque droite, de la diarrhée; état général d'abattement et de prostration très marqué. A l'auscultation, on trouve des râles de bronchite, surtout marqués au sommet droit.

Le 17 septembre, on voit pour la première fois des taches rosées; la température oscille autour de 39 degrés, puis dépasse 39 degrés les jours suivants, mais le maximum thermique ne dépasse jamais 39°9; l'état général typhique est toujours le même (diarrhée, langue noire, sèche, etc.); à l'auscultation, on perçoit toujours des râles sibilants au sommet droit.

Le 21 septembre, état typhique toujours excessivement prononcé; un peu de matité au sommet droit en arrière; en ce point, la respiration est saccadée; les râles de bronchite, primitivement perçus surtout au sommet droit, se généralisent. La température est un peu moins élevée.

Le 23 septembre, aux symptômes déjà observés vient se joindre du délire; la bronchite est toujours généralisée; matité au sommet droit en arrière.

Le 24, le malade semble à l'agonie; mais il se relève cependant un peu, sous l'influence de la caféine.

Le 25, il présente dans la matinée une violente crise épileptiforme; vomissements: on diagnostique une méningite et on institue un traitement en conséquence. Deux autres crises semblables dans la journée.

Le 26, il a quatre autres crises et plusieurs autres dans la nuit du 26 au 27. La mort arrive dans la nuit du 27 au 28 septembre.

En présence de cette symptomatologie complexe, que nous avons dû forcément écourter, M. Sarda posa le diagnostic d'infection tuberculeuse et typhique combinée. En effet, d'une part les taches rosées qui, d'après M. Landouzy, ne se montrent jamais au cours de la typho-bacillose, les phénomènes gastro-intestinaux, la marche de la température, les caractères du pouls, plaidaient en faveur d'une fièvre typhoïde. Mais, d'autre part, la prédominance marquée des phénomènes stéthoscopiques au sommet droit, prédominance constatée dès le début, les crises convulsives à forme épileptique indiquant une méningite, devaient faire songer à une tuberculose aiguë.

Les résultats trouvés à l'autopsie confirmèrent ce diagnostic. On trouva en effet des granulations tuberculeuses manifestes au niveau du sommet droit et en plusieurs points du poumon droit; des granulations tuberculeuses sur une portion de l'épiploon et sur une partie de l'intestin. Les ganglions mésentériques volumineux, mous, d'une teinte rouge sombre, ne présentaient pas de granulations. Au niveau de l'intestin grêle, on voyait sur une longueur de 1 mètre, à partir de la valvule, une série d'ulcères, de diverses dimensions, quelquefois confluents, à fond plat, à bords un peu épais, quelquefois décollés ou déjà en voie de réparation; nul vestige de tubercules. Plus loin, on voyait sur les plaques de Peyer des épaississements partiels, jaunâtres, en voie d'ulcération. Sur quelques-unes de ces ulcérations, on distinguait de petites agglomérations de tubercules miliaires. Plus loin encore, on observait des épaississements partiels et rougeâtres des plaques de Peyer, franchement composés de granulations grises. De pareilles agglomérations se voyaient aussi sur la muqueuse, en dehors des plaques de Peyer, et ces lésions, de plus en plus rares, s'étendaient cependant jusqu'au commencement du duodénum. La rate pesant 210 grammes était lisse, assez ferme, rouge sombre. Au niveau des méninges, on trouva, sur le contour du plancher du quatrième ventricule, un bourrelet de pie-mère infiltré de granulations tuberculeuses.

En somme, cette autopsie indiquait d'une part une tuberculose aiguë évidente, d'après les localisations pulmonaires, péritonéales, intestinales et méningées, et d'autre part, une fièvre typhoïde probable, d'après les lésions des plaques de Peyer, des ganglions mésentériques, de la rate, mais cependant incertaine. Afin de lever tous les doutes, des recherches bactériologiques furent faites et on trouva, dans la rate, un bacille présentant absolument tous les caractères du bacille typhique. On se trouvait donc bien en présence d'un cas de fièvre typhoïde et de tuberculose aiguë combinées.

MM. Sarda et Villard font ressortir, avec raison, tout l'intérêt qui s'attache à cette observation. D'abord c'est le premier cas de ce genre que l'on publie; de plus, il a une grande portée clinique, car il introduit, dans la casuistique des pyrexies de forme typhoïde, une nouvelle difficulté de diagnostic résultant de la possibilité d'une combinaison de l'infection typhique avec l'infection tuberculeuse, de l'association du bacille d'Éberth avec le bacille de Koch.

Il aurait été très intéressant de rechercher quels sont les caractères cliniques qui peuvent permettre d'affirmer cette combinaison pendant la vie. Mais MM. Sarda et Villard, ne pouvant baser leur étude que sur un seul cas, ne l'ont pas fait et se sont tenus, avec raison, dans une prudente réserve. Leur mémoire a donc surtout le mérite de montrer la possibilité de cette association microbienne et de mettre en garde les praticiens, dont le fait qu'ils rapportent pourra, dans des circonstances analogues, modifier le diagnostic et le pronostic.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 novembre 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

LECTURES

Méthode hydro-électrique. — M. Larat, en son nom et au nom de M. Gautier, lit sur ce sujet un travail dont voici les conclusions :

1° Le courant alternatif sinusoïdal généralisé à toute la surface du corps, par l'intermédiaire d'eau, est un puissant excitant de la nutrition;

2° Il améliore ou guérit les affections qui dérivent d'un ralentissement de la nutrition telles que : eczéma, rhumatisme subaigu ou chronique, sciatique, goutte, les différentes formes de l'arthritisme, l'obésité, la chloro-anémie, le lymphatisme et le rachitisme des enfants;

3° Il agit aussi favorablement dans les cas d'atrophie musculaire même généralisée et dans la paralysie infantile.

Asymétrie acquise entre les deux moitiés latérales du corps humain. — M. **CLOZIER** (de Beauvais) lit sur ce sujet une note qu'il termine par les conclusions suivantes :

Cette asymétrie est caractérisée : 1° par un abaissement de l'épaule droite; 2° par des déformations concordantes de la cage thoracique; 3° par des déviations de la colonne vertébrale; 4° par des déformations du bassin et 5° par le raccourcissement et l'abaissement du membre inférieur droit.

COMMUNICATIONS

Tractions rythmées de la langue. — M. **LABORDE** communique deux faits dans lesquels les tractions rythmées de la langue ont fait disparaître les phénomènes d'asphyxie survenus au cours d'une trachéotomie. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 1285.)

Trépanation et localisations cérébrales. — M. **PÉAN** fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 1299.)

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie de médecine tiendra sa séance publique annuelle pour la distribution des récompenses le 12 décembre 1893.

— Par décision ministérielle, en date du 25 novembre 1893, ont été affectés aux postes ci-après désignés :

MM. les médecins-majors de première classe André, pour les hôpitaux de la division d'Oran; Cabanié, pour les hôpitaux de la division d'Alger; Gerbault, pour la garde républicaine;

MM. les médecins-majors de deuxième classe Adam, pour le 41e d'infanterie; Sauce, pour le 2e hussards; Vallois, pour la direction d'artillerie de Vincennes;

M. le médecin aide-major de première classe Lairac, pour le 73e d'infanterie.

— *Concours de l'externat.* — Question donnée : « Artères de la jambe. »

— *Hospices civils de Rouen.* — Un concours pour une place de médecin-adjoint s'ouvrira à l'Hospice Général, le jeudi 8 mars 1894, à trois heures et demie. — Le registre d'inscription, ouvert à la direction, enclave de l'Hospice Général, sera clos le 20 février.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. Marie (Charles) et Potier sont nommés moniteurs des travaux pratiques d'anatomie pathologique.

M. le docteur Létienne est nommé aide du laboratoire de clinique d'accouchements.

M. Ribemont-Dessaignes, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, est chargé d'un cours complémentaire d'anatomie, physiologie et pathologie élémentaires pour les élèves sages-femmes.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Garraud est nommé préparateur des cours et des travaux pratiques de chimie.

M. le docteur Frèche est nommé aide de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Weill, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de clinique des maladies des enfants.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Carayon est chargé des fonctions d'aide de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

M. Marcellin est nommé préparateur d'anatomie pathologique et histologie.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Bouin est nommé préparateur d'histologie.

MM. André, préparateur de thérapeutique, et Renard sont nommés aides de clinique.

M. le docteur Guillaumout est chargé des fonctions de chef des travaux d'anatomie pathologique.

Un congé, pour l'année scolaire 1893-1894, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Hecht, professeur de pathologie générale.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Duc est nommé préparateur d'histoire naturelle.

— *École de médecine d'Angers.* — M. Lemesle, chef des travaux physiques et chimiques, est chargé d'un cours complémentaire de physique.

M. Sarrazin, suppléant des chaires de physique et de chimie, est chargé d'un cours de physique.

— *École de médecine de Dijon.* — Un congé, pour l'année scolaire 1893-1894, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Fleurot, professeur de pathologie chirurgicale.

M. Broussolle, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est chargé d'un cours de pathologie chirurgicale.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Badreau est nommé préparateur de chimie et de pharmacie.

— *École de médecine de Rennes.* — Un congé, pour l'année scolaire 1893-1894, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Petit, professeur de pathologie chirurgicale.

M. Dayot, suppléant des chaires de pathologie et de cliniques chirurgicales et de clinique obstétricale, est chargé d'un cours de pathologie chirurgicale.

— *École de médecine de Tours.* — M. Brissonnet, suppléant des chaires de physique et de chimie, est chargé d'un cours de pharmacie et matière médicale.

— Le banquet annuel des médecins du Bureau central aura lieu le jeudi 7 décembre, au restaurant Durand, place de la Madeleine, à sept heures et quart.

— *Choléra.* — Quelques décès cholériques se produisent encore dans le Finistère. — *Typhus.* — Cinq cas à Lille; un cas à Mantes (Seine-et-Oise).

— Les titres de toutes les communications que les membres adhérents désireront faire au Congrès international de médecine à Rome (29 mars-5 avril 1894) devront être adressés au secrétariat général avant le 31 janvier 1894.

En même temps que le titre, l'auteur devra remettre, pour le secrétaire général, un très court résumé de son travail et ses conclusions. Ces dernières seront imprimées par les soins du bureau et distribuées aux congressistes.

Le programme publié contiendra les titres de toutes les communications annoncées; il mentionnera en outre les titres de toutes celles qui ont été publiées par la presse scientifique, partiellement ou entièrement, après le renvoi du Congrès.

Une étoile en marge indiquera les communications annoncées après le 31 août 1893.

Les compagnies des chemins de fer accorderont les réductions annoncées avant le renvoi du Congrès. Ces réductions seront valables du 1er mars au 30 avril. Un avis ultérieur donnera des indications précises à ce sujet.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de pathologie interne, par le professeur G. Dieulafoy. 7e édition. 3 volumes in-18 diamant, d'ensemble 2096 pages, cartonné toile. — Prix : 20 francs. — Paris, G. Masson.

Études de chirurgie médullaire, par A. Chipault. 1 vol. in-8° avec 66 figures et 2 planches hors texte en chromolithographie. — Prix : 15 francs. — Paris, Félix Alcan.

Les centres cérébraux de la vision et de l'appareil nerveux visuel intra-cérébral, par le docteur Violet, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. gr. in-8° avec 90 figures, dont 20 dans le texte et 70 en phototypie hors texte. — Prix : 15 francs. — Paris, Félix Alcan.

Le merveilleux scientifique, par J.-P. Durand (de Gros). 1 vol. gr. in-8°. — Prix : 6 francs. — Paris, Félix Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imprimerie F. Levé, 17, rue Cassette

80

LAIT STÉRILISÉ

ET

LAIT PUR NON ÉCRÉMÉ

De la ferme d'Arcy-en-Brie (SEINE-ET-MARNE)

Arrivant deux fois par jour en vases plombés à la Ferme d'Arcy même.

Analyse du mois de novembre 1893 :

Densité à 15°		1032.200
	gr.	
Beurre par litre	49.300	
Albumine	8.100	
Caséine	36.800	
Sucre de lait	47.300	
Sels	7.800	
Total des matières fixes	149.300	149.300
Eau		882.900

L'analyse des sels a donné par litre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.180
Acide sulfurique	0.257
Potasse	1.496
Soude	0.969
Chaux	2.030
Magnésie	0.179
Acide carbonique, chlore, fer, etc.	0.689
Total	7.800

L'opération de la stérilisation ne permet pas de remplir les bouteilles, mais elles renferment la quantité annoncée. Le **Lait stérilisé** est contenu dans des types de flacons de 250 grammes, 350 grammes et 850 grammes.

Il est expédié dans toute la France.

Adresser les commandes à M. L. NICOLAS, propriétaire-agriculteur, 22, r. Paradis, Paris.— *Deux livraisons par jour, une le matin et une le soir.*

69

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

42

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sidney

FOUGÈRE MALE ET CALOMEL

TÆNIFUGE, préparé par LIMOUSIN.

Le flacon de 16 capsules, dosées selon la formule du Dr Créquy, suffisent pour expulser le **ver solitaire**. (Envoi par poste.) — **Prix : 6 fr.**

Phie LIMOUSIN ✻, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

42



PEPTONATE DE FER

ROBIN

15 à 20 gouttes par repas.

Le plus assimilable des ferrugineux.

SE PREND ÉGALEMENT SOUS FORME DE

VIN, ÉLIXIR

Paris, 13, r. Grenier-St-Lazare, et toutes Pharmacies.

73

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'**anémie**, la **chlorose**, la **leucorrhée**, l'**aménorrhée**, la **cachexie scrofuleuse**, la **syphilis constitutionnelle**, le **rachitisme**, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre. Blancard

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

BROMIDIA

CHAQUE CUILLERÉE A CAFÉ CONTIENT :

Bromure de potassium. } āā 1 gramme.
Chloral pur. }

Extrait de Chanvre indien. } 1 centigramme.
Extrait de Jusquiame. }

DOSE :

Une demi-cuillerée à café ou une cuillerée à café entière JUSQU'A SOMMEIL, **dans un demi-verre d'eau pure ou sucrée.**

LE BROMIDIA

est l'hypnotique par excellence. Il procure un sommeil réparateur et convient admirablement dans l'**insomnie**, le **névrosisme**, les **convulsions**, les **névralgies**. Il réussit dans les cas où l'opium échoue. Dans les fièvres accompagnées de délire, il est souverain. Contrairement à ce qui a lieu pour l'opium, il ne supprime pas les sécrétions.

BATTLE & Co., St-Louis

UNE BROCHURE ET ÉCHANTILLON DE

BROMIDIA

seront envoyés franco sur demande

aux Médecins.

DÉPOT GÉNÉRAL

Pour la France et ses Colonies :

ROBERTS & Co,

PHARMACIENS-DROGUISTES

5, RUE DE LA PAIX, 5

PARIS

Prix au public : **5** *francs.*

44

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;

2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPOT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

99

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE

Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

PRIX du flacon : **4** francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

55

VIN DE G. SEGUIN

« Le Vin de Seguin est un puissant tonique; pris avant le repas, il facilite la digestion. Il est très utile pour empêcher le retour des fièvres intermittentes sujettes à récidive. BOUCHARDAT. »

Paris, phie G. SEGUIN, 378, rue St-Honoré.

42

DESNOIX & DEBUCHY

17, RUE VIEILLE-DU-TEMPLE, PARIS

MARQUE DE FABRIQUE

PANSEMENTS ANTISEPTIQUES
TOILE VESICANTE
TOILE VÉSICANTE ROSE à la cantharidine
THAPSIA, SPARADRAP des HOPITAUX
et tous les sparadraps.
PLUMASSEAUX-EPONGES
remplaçant les éponges naturelles.
PINCEAUX MOLLETONNÉS
pr enlever les fausses membranes de l'angine couenneuse.

55

ROYAT



ARTHRITISME - ANÉMIE

44

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ

au lactate de fer (5 centigr).

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

qui, par deux fois, à vingt ans d'intervalle, a reconnu leur supériorité sur tous les autres **ferrugineux.**

Dépôt : LABÉLONYE et Cie, et toutes phies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Considérations sur la chirurgie d'armée. — De l'influence de la méthode antiseptique dans la thérapeutique des plaies d'armes à feu. — De l'intervention chirurgicale sur les champs de bataille.

Par M. le médecin principal A. DEMMLER,
Membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris.

Je me suis bien souvent demandé s'il y avait réellement une chirurgie d'armée, c'est-à-dire si la pratique chirurgicale des champs de bataille différait assez des cas observés dans la pratique civile, pour qu'on fût admis à considérer les blessures de guerre comme des entités tellement particulières, que d'autres règles que celles que nous avions apprises dans notre pratique d'étudiants ou de médecins leur étaient applicables, tant au point de vue du diagnostic que du traitement.

La question ainsi posée me paraît facile à résoudre et il est bien évident que les désordres produits dans l'organisme, par les engins employés sur les champs de bataille, ne sont pas tellement spéciaux, qu'on ne puisse les faire rentrer dans la catégorie des traumatismes moins graves, que nous sommes habitués à rencontrer dans notre thérapeutique; que, par conséquent, ils ne soient justiciables des mêmes règles générales de traitement. De nos jours, où la dynamite se rencontre si souvent dans la rue, il est bien certain que chacun de nous peut se trouver en présence de traumatismes qui seront comparables aux plus graves lésions produites sur le champ de bataille. Mais si la chirurgie civile et la chirurgie militaire sont sœurs, on doit reconnaître que ces sœurs offrent quelques points de dissemblance.

Et tout d'abord, le milieu où s'exerce leur action n'est pas le même. Les blessés auxquels nous avons affaire sont des hommes dans la force de l'âge, n'ayant, la plupart du temps, aucune tare héréditaire; la puissance plastique de leurs tissus est complète, nous sommes en droit d'attendre beaucoup du traitement.

Bien plus, ils ont un devoir périlleux à remplir et l'intégrité de tous leurs organes est nécessaire : nous devons, par cela même, être parcimonieux, autant que faire se peut, dans notre intervention opératoire.

D'un autre côté, ils viennent de passer, par une période d'excitation, de fatigues physiques, qui s'ajoutent au choc produit par la blessure elle-même; cela nous engage donc à beaucoup de prudence dans une action chirurgicale qui, dans d'autres circonstances, serait pleinement justifiée et peut-être sans danger.

Enfin l'altération considérable des tissus dans certains cas; les violents phénomènes de réaction produits par l'action violente du traumatisme; la contamination impossible à éviter par suite des causes nombreuses d'infection, auxquelles ils ont été exposés, nous fait un devoir d'être d'une rigueur absolue dans la pratique de l'antisepsie et d'ouvrir une large voie à l'élimination de tous les germes morbides que les plaies peuvent contenir.

I

UTILITÉ DE L'ANTISEPSIE EN CHIRURGIE D'ARMÉE. RÉSULTATS STATISTIQUES.

Un point principal, suivant moi, domine dans ce traitement. Je l'ai fait entrevoir tout à l'heure, en disant que tous nos efforts devaient tendre à la désinfection la plus complète des foyers. Telle a été, du reste, la préoccupation constante de tous les chirurgiens d'armée depuis l'avènement de l'ère antiseptique, et quoique les occasions de mettre en pratique les données nouvelles n'aient pas encore été très nombreuses, néanmoins on a pu d'ores et déjà, en maintes circonstances, juger de leur efficacité sur les champs de bataille. Quelques chiffres suffiront pour nous permettre d'apprécier la valeur de la méthode antiseptique en chirurgie d'armée. Bergmann et Reyher, qui ont opéré sur les champs de bataille de Roumanie, nous donnent les résultats suivants :

Sur 57 blessures du genou, traitées plusieurs heures après le combat, mais désinfectées très énergiquement, Bergmann a eu 55,5 p. 100 de guérison et 45 p. 100 de morts, tandis que Hantzel donne le chiffre de 61,5 p. 100 pour la mortalité des cas traités par la méthode conservatrice sans emploi de l'antisepsie. Dans un autre tableau, sur 15 cas de fracture du genou, traités suivant les méthodes nouvelles, Bergmann nous apprend que 14 blessés

conservèrent la vie, dont 2 avec perte du membre, 1 seul décès, soit 6,6 p. 100 de mortalité.

Les tableaux de Reyher, qui opéra également dans les armées roumaines, sont encore plus encourageants :

Lésions des parties molles (la plupart, de la cuisse) :

Traitées primitivement par la méthode antiseptique : 12 cas, 1 décès = 7,6 p. 100.

Traitées secondairement par la méthode antiseptique : 28 cas, 6 décès = 21,4 p. 100.

Coups de feu du genou :

Traités primitivement par la méthode antiseptique : 46 cas, 6 décès = 13 p. 100.

Traités secondairement par la méthode antiseptique : 78 cas, 48 décès = 61,5 p. 100.

Fractures par coup de feu :

Traitées primitivement par la méthode antiseptique : 22 cas, 4 décès = 18,1 p. 100.

Traitées secondairement par la méthode antiseptique : 65 cas, 23 décès = 35,3 p. 100.

Ces chiffres démontrent déjà l'importance de l'antisepsie appliquée dès le début, puisque pour les cas traités antiseptiquement, mais plus ou moins longtemps après le début, la mortalité 61,5 p. 100 a été à peu près la même que pour les cas dans lesquels cette méthode n'a pas été employée (62 p. 100). Toutefois je ne considère pas ce verdict comme sans appel, mon expérience, quoique restreinte, m'a prouvé que, même longtemps après, l'emploi judicieux de l'antisepsie pouvait donner d'excellents résultats. C'est du reste une question sur laquelle je reviendrai un peu plus loin, à propos de l'antisepsie sur le champ de bataille.

Les tableaux de Reyher sont plus encourageants, quand on les considère au point de vue de la mortalité par infection.

Les morts par pyémie ou phlegmons septiques se décomposent ainsi :

Sur 17 cas de résections articulaires, traités antiseptiquement dès le début, il y a eu 1 décès = 5,2; sur 13 cas d'amputations primitives, 1 décès = 7,6; sur 22 cas de fracture par coup de feu, 2 décès = 9,0; sur 27 cas de coups de feu des articulations, 1 décès = 3,7; soit en moyenne 6,1 p. 100.

Cas traités antiseptiquement dans la période secondaire :

Sur 65 cas de fracture par coup de feu, il y a eu 13 décès = 20,0; sur 78 cas de coups de feu des articulations, il y a eu 33 décès = 41,3; soit en moyenne 32,1 p. 100.

Enfin, pour les plaies des parties molles, Reyher donne :

Dans 12 cas traités antiseptiquement dès le début, il y a eu 0 décès = 0 p. 100.

Dans 28 cas traités à la période secondaire, il y a eu 6 décès = 21,4 p. 100.

Ces résultats parlent d'eux-mêmes. Combien sont-ils encore plus probants, si l'on songe qu'ils ont été obtenus, alors que la méthode antiseptique n'était pas encore bien assise, les règles mal définies, les habitudes qui constituent le point fondamental de cette méthode s'apprenant plus par l'usage que dans les livres, encore incomplètement répandus dans le personnel médical subalterne, les approvisionnements des armées en campagne réduits à leur minimum !

L'expédition même du Tonkin, malgré les graves imperfections de l'organisation sanitaire dans un pays où les voies de communication et de transport n'existent pas, où la difficulté des approvisionnements s'explique par la rareté des relations avec les centres européens, n'a fait que confirmer des conclusions hors de discussion désormais.

Mon expérience personnelle me permet de partager complètement l'avis de M. le professeur Chauvel à ce sujet : j'ai vu une fracture comminutive de la cuisse avec broiement des parties molles, traitée par les applications d'iodoforme dès le début, guérir avec conservation du membre qui eût certainement autrefois été sacrifié dès le début. J'ai soigné à l'hôpital d'Haïphong des blessures du genou par coup de feu avec lésions des os et des fractures de l'avant-bras, plnsieurs jours après le combat, et grâce à des lavages antiseptiques abondants, après nettoyage du foyer, ablation des esquilles, j'ai pu sauver des malades qui, autrefois, eussent succombé ou eussent été amputés.

II

QUELLE EST LA LIMITE DE L'EMPLOI DE LA MÉTHODE ANTISEPTIQUE ?

Ces exemples, choisis parmi les traumatismes graves que nous observons dans notre pratique en temps de paix, prouvent suffisamment la valeur de la méthode antiseptique sur les champs de bataille. Une première question se pose. A quel moment de la blessure faudrait-il reporter le premier pansement pour que l'emploi de l'antisepsie eût encore chances de succès ? Les chiffres que j'ai cités plus haut nous montrent déjà toute la différence de l'antisepsie, suivant qu'elle est faite primitivement ou secondairement. Y a-t-il une époque que l'on ne puisse dépasser ? Vollkmann et Kœnig déclarent qu'on ne doit pas aller au delà de douze heures; Köhler va jusqu'à vingt-quatre heures. A mon avis, je pense que ces limites sont trop étroites et j'ai pu, grâce à une désinfection énergique avec la solution caustique de chlorure de zinc au dixième, empêcher l'infection dans des cas graves et, au bout de quelques jours, tarir la suppuration. Je pense donc qu'il ne faut jamais désespérer.

Du reste, il ne faut pas oublier que si une plaie est contaminée dès le début, la contamination reste locale pendant fort longtemps. Déjà, en 1870, Billroth, avec une sagacité rare, avait démontré dans ses lettres chirurgicales sur les hôpitaux de Mannheim et de Wissembourg, que les complications septiques des blessures de guerre ne se produisaient toutes, en général, qu'à une période déterminée de l'accident. Sans connaître la théorie de Mentchiskoff, il disait que la fluxion produite dans les vaisseaux jouait un rôle important dans cette préservation. Et il doit, en effet, en être ainsi. Dès le début, l'irritation produite par le traumatisme excite la diapédèse des leucocytes qui s'opposent à l'invasion des agents virulents. Les eschares produites par le traumatisme sont également une barrière contre l'infection. Celle-ci n'aura donc lieu que lorsque les phagocytes seront épuisés, lorsque les eschares, se détachant trop tôt, laisseront une porte ouverte à l'irruption des agents virulents dans le torrent circulatoire.

Tels sont, à mon point de vue, les motifs qui parlent en faveur du succès de la méthode antiseptique, même après une période éloignée de la blessure. Il est bien certain qu'en pareil cas, si par des lavages et une désinfection

soignée, on est parvenu à diminuer le nombre des agents virulents et à modifier leurs toxines, on aura beaucoup de chances d'éviter l'infection. Je ne veux pas dire par là qu'on obtiendra des plaies complètement aseptiques se réunissant par première intention. Telle n'est pas ma pensée.

Il est clair que la nécrobiose des tissus et tous les corps morts, résultats de la lutte, doivent être entraînés au dehors et que cette fonte générale donnera lieu à une suppuration. Mais cette suppuration ne sera pas aussi virulente et l'infection aura beaucoup moins de chances de se produire.

Ces considérations sont confirmées par l'opinion de quelques médecins militaires ayant eu l'occasion de vérifier les faits que j'avance. C'est ainsi que, dans son rapport, le médecin inspecteur Kammerer dit que le médecin-major Hahn a pu préserver de la septicémie, de l'érysipèle, etc..., des blessés de Plewna et de Ratowa, après trois et cinq jours de transport, blessés chez lesquels on avait fait des irrigations soigneuses de solutions phéniquées dans le trajet des plaies. D'autres médecins militaires prussiens déclarent avoir obtenu les mêmes résultats, en cautérisant les plaies avec l'acide nitrique fumant. Il ne faudrait pas trop généraliser ces assertions et croire que toutes les blessures échapperont à l'infection. Les grands délabrements, les lésions des tissus particulièrement inoculables comme le péritoine, demandent une désinfection hâtive et minutieuse et on ne saurait trop avoir en vue cette prédisposition des tissus à l'inoculation, suivant la gravité de la blessure, afin d'en déduire une règle pratique au point de vue de l'acte opératoire dans les ambulances; à savoir, qu'il faut s'occuper tout d'abord des blessés gravement atteints et retarder le pansement de ceux qui ne présentent que des blessures légères des parties molles faciles à désinfecter.

Je veux appeler également l'attention sur une autre conclusion pratique. Si l'importance de l'antisepsie faite le plus tôt possible après l'accident est tellement manifeste, il devient de toute nécessité de nous mettre à même de l'appliquer dans toute sa rigueur. Il faut donc que le personnel médical des premières formations sanitaires, je veux dire l'ambulance, soit nombreux et que ses ressources en matériaux antiseptiques soient à la hauteur de la tâche capitale qui lui incombe : rendre les plaies aussi aseptiques que possible, tel doit être son rôle; tout acte opératoire, dont la nécessité n'est pas urgente, devra être laissé de côté et confié à l'hôpital de campagne, pour que, tout le temps, tous les soins du personnel soient donnés à la désinfection. Nous reviendrons, du reste, plus loin sur cette question à propos de la répartition du travail chirurgical pendant et après le combat.

Les considérations qui précèdent, considérations basées non seulement sur des hypothèses, dont la justesse me paraît démontrée, mais sur des faits d'observation probants, font justice, suivant moi, d'une première objection. On a souvent répété, en effet, que l'antisepsie sur le champ de bataille n'aurait pas de résultats, parce qu'elle serait appliquée trop tard. Je suis convaincu qu'il n'en est rien. Je voudrais maintenant prouver qu'on n'est pas plus fondé à dire qu'elle sera illusoire, comme quelques esprits trop enclins à la critique le pensent, parce que notre matériel est incomplet, mauvais et mal choisi, disent-ils.

III

DU MODE D'APPLICATION DE L'ANTISEPSIE DANS LES DIFFÉRENTES FORMATIONS SANITAIRES.

Je ne pense pas que nous devions nous endormir dans une sécurité trompeuse, qu'il faille croire que les efforts accomplis nous permettent de nous considérer comme satisfaits; en un mot, je suis absolument partisan de tout progrès. Mais je ne puis admettre également que, parce que nous ne sommes pas arrivés à la perfection, parce que nous n'avons pas atteint cet idéal de l'antisepsie que l'on trouve décrit dans les livres et en dehors desquels, suivant quelques-uns, il n'existe point de salut pour les malades, on nous déclare bannis de ce paradis, où l'on ne connaît plus tous les maux de la septicémie.

A. SERVICE RÉGIMENTAIRE. — 1° *Personnel.* — Examinons tout d'abord la question du personnel. Le service de la ligne de feu est assuré par les médecins de régiment : soit 3 médecins, 3 médecins auxiliaires, 12 infirmiers.

Le matériel de chaque bataillon comporte quatre équipements d'infanterie régimentaire et le chargement de la voiture médicale régimentaire, savoir : 4 paniers de pansements, 1 paire de paniers de réserve, 8 brancards. Le matériel antiseptique consiste en compresses, bandes, ouate, disposées par paquets, préparées à l'avance et imprégnées de substances antiseptiques, plus une certaine quantité d'agents antiseptiques en poudre (iodoforme), ou en solutions destinées à imprégner l'ouate. En outre, chaque soldat est muni d'un paquet de pansement individuel composé de deux compresses de gaze sublimée à 3 millièmes au minimum, de 45 centimètres sur 35 et une bande de même gaze de 3m50 de longueur sur 5 centimètres de largeur.

Une épingle anglaise fixe les plis des bandes et le tout est enveloppé dans un morceau de mackintosh de 20 centimètres, de taffetas imperméable dont la face, revêtue d'un induit de caoutchouc, est placée en dedans. Enfin une importante innovation a été introduite dans la répartition du matériel régimentaire. Au lieu de le placer dans des cantines difficiles à ouvrir, tout ce matériel a été mis en vrac, dans des paniers contenant les objets de pansements, les instruments de chirurgie et les médicaments nécessaires à la chirurgie d'urgence.

Tels sont, brièvement énumérés, les moyens d'action des postes de secours. Réunis en un seul groupe, formant une place de pansement, ces moyens d'action peuvent permettre de réaliser déjà un certain travail important (plus de 1700 pansements), si l'on songe au rôle qui incombera au service régimentaire, c'est-à-dire les soins des blessés légèrement atteints.

Autrefois, aux termes du règlement, chaque bataillon devait être accompagné par un poste de secours. A mon avis, il ne peut en être ainsi pour les motifs que je vais indiquer.

Et tout d'abord, au point de vue du combat, la dissémination du personnel et du matériel est une chose fâcheuse. Le général Verdy du Vernois, dans son livre sur « L'Art de conduire les troupes », fait remarquer, à juste raison, qu'il ne faut disséminer ni son matériel, ni son personnel, parce qu'on ne sait jamais d'avance quel sera le lieu où la bataille sera la plus vive et parce qu'on doit toujours avoir en vue les mouvements soit en avant, soit en arrière.

A ces considérations d'ordre militaire, j'en joindrai d'autres techniques. Pour que le travail médical soit utile, il faut que le personnel soit en nombre suffisant. Or que peut faire un médecin seul aidé de trois infirmiers ? Il est bien évident, au contraire, que six médecins constituent déjà un groupe assez important pouvant par une sage répartition de travail, suivant leurs aptitudes et leur expérience, faire une besogne très utile, appliquer des pansements très sérieux qui permettront d'évacuer les blessés sans qu'ils aient besoin d'être de nouveau examinés à l'ambulance.

Ainsi compris, le poste de secours devient une véritable place de pansement; il se rapproche beaucoup de ces formations légères, de ces ambulances volantes qui ont rendu autrefois tant de services à Larrey.

2° *Matériel du service régimentaire.* — On a beaucoup discuté sur la valeur du matériel. Le paquet de pansement a ses partisans et ses détracteurs. Ceux-ci lui reprochent de cesser au bout de peu de temps d'être aseptique et de ne donner, par conséquent, qu'une fausse sécurité.

Cette objection n'est pas sans fondement et il eût peut-être mieux valu remplacer le sublimé dont sont imprégnés les compresses et les bandes par un paquet de poudre d'iodoforme enfermé dans le mackintosh. Mais si peu efficace que paraisse devoir être le paquet de pansements, on ne peut nier qu'il offre plus de sécurité que les linges sales, les chaussettes russes ou autres ingrédients malpropres dont les soldats ont l'habitude d'envelopper leurs plaies.

De plus, il faut bien le dire, presque toutes les armées ont adopté un paquet individuel de pansement qui n'est pas meilleur que le nôtre, et la pression de l'opinion publique nous obligerait à pourvoir nos soldats d'un paquet de pansement dont sont munis les hommes de presque toutes les autres armées étrangères. Enfin, si minimes que soient les services rendus par le paquet individuel, il sera encore préférable à une absence totale de pansement. Et cette considération eût déjà suffi pour le faire adopter.

Pour ce qui regarde le matériel contenu dans les paniers de réserve et la voiture régimentaire; je dois dire que le matériel en tant qu'instrumental a été beaucoup amélioré. C'est ainsi que la voiture contient un certain nombre de plateaux émaillés, permettant de préparer les solutions antiseptiques, d'y placer les instruments et les pièces à pansement. On a reproché quelquefois au matériel instrumental d'être insuffisant. Ce reproche n'est pas fondé : la place de secours ne doit pas faire acte opératoire et quelques instruments indispensables aux pansements ou à quelques opérations, d'une urgence extrême, doivent suffire.

Notre attention doit donc se porter surtout sur les objets de pansement.

3° *Comment doit être comprise l'antisepsie de la place de secours.* — Un point capital doit nous guider dans cette critique : je veux parler de la difficulté qu'on aura de se procurer sur le lieu même du combat de l'eau de qualité assez pure et en quantité suffisante : cela suffit déjà pour entraîner certaines difficultés dans l'application des pansements humides, et si l'on songe combien les plaies sont souillées de sang, de boue, de détritus de toute espèce, pour ôter tout espoir dans l'emploi des irrigations.

Il faudra donc se contenter d'un minimum; et racheter le minimum par l'énergie du produit employé. Dans ce but, je ne vois pas d'agent meilleur que la cautérisation de la plaie avec une solution de chlorure de zinc au dixième ou au huitième. J'ai l'habitude dans ma pratique hospitalière de cautériser avec le chlorure de zinc concentré soit toutes les plaies contaminées, soit toutes les lésions septiques, et je m'en suis toujours très bien trouvé à tel point que j'ai pu obtenir la réunion par première intention d'adénites suppurées ou de foyers phlegmoneux. Mon expérience personnelle me permet donc de partager complètement la manière de voir de Fischer, qui, dans son « Traité de chirurgie d'armée », recommande l'emploi du chlorure de zinc comme matériel antiseptique de la place de secours.

La plaie énergiquement désinfectée, il faudra continuer l'action antiseptique en employant un agent dont l'action est de longue durée.

Si la gaze de Lister ou celle préparée par la méthode de Bruns de Munich pouvait conserver longtemps ses qualités antiseptiques; si elle n'était pas, pour les téguments, la cause d'érythèmes quelquefois très violents, je partagerais volontiers l'avis de nos confrères allemands, parce que l'acide phénique est plus facile à incorporer que le sublimé. Mais l'expérience a démontré que la valeur de la gaze phéniquée ne durait pas plus de trois ou quatre mois : il est donc impossible de la faire entrer dans des approvisionnements qui doivent être préparés longtemps à l'avance. Il faudra donc avoir recours aux poudres; et l'iodoforme paraît être, en raison de sa continuité d'action, le véritable antiseptique du champ de bataille.

Je voudrais donc qu'il entrât en plus grande proportion dans nos approvisionnements régimentaires aux dépens du sublimé et de l'acide phénique.

Cautérisation de la plaie au chlorure de zinc en solutions concentrées; obturation avec de la poudre d'iodoforme : telles me paraissent donc être les deux indications principales de la méthode antiseptique sur la ligne de feu.

Voilà rapidement énumérées les idées générales que nous devons nous faire sur la composition du personnel et du matériel du service régimentaire. Certaines observations, que je communiquerai plus loin en parlant des ambulances, sont également applicables au service de la place de secours.

B. De l'application de l'antisepsie a l'ambulance. — A l'ambulance incombe le rôle le plus important dans tout le service de chirurgie d'armée. Car « le premier pansement », dit Vollkmann, tranche le sort du malade et décide de la marche ultérieure de la plaie. Or, c'est à l'ambulance qu'afflueront tous les blessés gravement atteints, tous ceux qui réclament une antisepsie sévère.

1° *Personnel.* — Il est donc absolument nécessaire que le personnel soit à la hauteur de sa lourde tâche, et par le nombre et par la capacité, et que le matériel soit en quantité suffisante.

M. le professeur Chauvel insiste beaucoup, dans son « Traité de chirurgie d'armée », sur la nécessité d'augmenter le personnel médical des ambulances. Fischer estime que le nombre des médecins doit être au moins de vingt-trois ou vingt-sept. Vous voyez que nous sommes loin du chiffre affecté par le règlement; même en appelant à l'ambulance les médecins des régiments n'entrant pas en ligne, et ceux de l'hôpital de campagne.

Il faudra donc de toute nécessité augmenter ce personnel, faire entrer dans la composition des ambulances tous les internes des hôpitaux, tous les citoyens appelés sous les

drapeaux et qui, n'ayant pas encore le titre de docteurs, peuvent néanmoins, par une pratique assez longue dans les hôpitaux, par des études à peu près complètes, rendre d'éminents services. C'est ce que les Russes ont fait pendant l'expédition des Balkans, comme nous l'apprend le rapport du médecin-chef Kossloff. Il faudra également que le médecin-chef choisisse dans le personnel des infirmiers trois ou quatre infirmiers, étudiants en pharmacie, dont la seule occupation sera de préparer les solutions antiseptiques. Enfin, il devient de toute nécessité de familiariser dès le temps de paix nos infirmiers militaires avec le maniement de ces substances.

2° *Matériel antiseptique. Du mode d'emploi de l'antisepsie à l'ambulance.* — L'ambulance est une formation plus fixe que la place de secours; mieux abritée; moins exposée aux retours offensifs de l'ennemi. C'est dire qu'on aura déjà un peu plus de temps devant soi pour faire de l'antisepsie régulière. On pourra donc avoir recours aux solutions, faire quelques lavages, appliquer quelques pansements humides. Mais il ne fait pas oublier que même à l'ambulance l'approvisionnement d'eau sera toujours resteint; qu'un pansement humide doit être souvent renouvelé ou nécessite une grande quantité de gaze pour qu'il ne dessèche pas très rapidement. Toutes ces raisons font que la priorité reste encore ici à la désinfection rapide par un antiseptique énergique et à l'application d'un pansement sec.

C'est dans ce but que le comité de santé a cru devoir donner la préférence aux substances imprégnées de sublimé.

On a beaucoup critiqué, dans ces derniers temps, le choix de ce matériel. Dans un article très étendu, le journal le « Progrès médical » s'est efforcé de démontrer que c'était une utopie de croire que les pansements au sublimé renfermeraient encore le sel mercurique après un certain laps de temps. Il semble pourtant résulter des expériences faites au Val-de-Grâce que la gaze, les compresses fortement imprégnées contiennent encore, même au bout de quelques années, du sublimé en nature.

En tout cas, ce matériel serait aseptique, puisqu'il n'aurait donné lieu à aucune culture. Il est donc difficile, en l'état actuel, de juger complètement la question. Je ferai remarquer toutefois que tout autre sera un paquet tiré d'un magasin où il est bien à l'abri et un paquet qui aura subi toutes les chances de contamination, qui résultent des transports au milieu des champs de bataille. Je pense, du reste, qu'en chirurgie d'armée, il ne faut pas trop croire à la possibilité de l'asepsie et qu'il faut être éclectique, c'est-à-dire rechercher autant que possible à obtenir l'asepsie; mais demander à l'antisepsie de lui venir en aide. Je ne crois donc pas beaucoup à l'asepsie du matériel; néanmoins l'installation proposée d'autoclaves dans l'approvisionnement de l'ambulance nous permettra déjà de meilleurs résultats à ce point de vue. Mais puisque la valeur de l'agent antiseptique contenu dans le pansement reste encore à l'état d'hypothèse, il faudra avoir recours à d'autres agents, et l'iodoforme me paraît encore ici le plus efficace. Dans un très large esprit de libéralisme, on a voulu laisser à chaque chirurgien sa liberté d'action et on a fait entrer, dans la composition du matériel de pansement, à peu près tous les différents genres d'antiseptiques. Est-ce réellement un bien? Est-il bien évident, comme l'a dit M. le professeur Chauvel, que toute liberté doit être laissée à chaque chirurgien et que l'autoritarisme ne convient pas en pareille matière? N'est-il pas préférable, comme le veut Fischer, qu'une méthode unique soit adoptée, un seul agent employé par tous et toujours?

Je regrette de ne pas partager ici l'avis de notre maître; et je pense qu'il vaut mieux n'admettre dans l'approvisionnement qu'un seul agent dont l'efficacité soit reconnue et démontrée par une expérience de longue durée. On y doit faire abstraction de toutes les questions de doctrine pour ne songer qu'au rôle pratique. Or, il est évident :

a. Qu'en augmentant le nombre de vos matériaux de pansement, vous n'obtenez que des fractions de chacun d'eux; que vous en aurez de toutes espèces, mais en quantité insuffisante; tandis qu'il serait plus naturel de n'avoir en grande abondance qu'un seul dont l'efficacité soit à peu près certaine;

b. Si vous avez beaucoup de matériaux différents, ne risquez-vous pas de voir votre personnel subalterne, qui ne sera toujours pas très au courant, faire erreur et prendre les uns pour les autres?

c. Enfin, au lieu d'avoir des paquets d'ouate de tourbe, d'étoupe de Weber, de coton hydrophile, etc., ne vaudrait-il pas mieux avoir un certain nombre de pansements préparés d'avance, tous les mêmes, suivant le genre de blessure (parties molles, membre supérieur, membre inférieur, par exemple), et n'ayant besoin que d'être développés pour être appliqués immédiatement, plutôt que d'avoir à défaire des paquets de tourbe pour les uns, de coton cardé pour les autres, d'étoupe pour quelques-uns.

Cette question des pansements séparés est donc une amélioration demandée par beaucoup d'entre nous, notamment par M. le professeur Chauvel,

J'ai dit pourquoi je croyais qu'il fallait y joindre une plus grande proportion de chlorure de zinc (dont la quantité est de 50 grammes) et de la poudre d'iodoforme (5 kilos), aux dépens des autres poudres antiseptiques acide borique, borate de soude), dont la puissance antitoxique ne paraît pas suffisamment démontrée.

Comme vous pouvez vous en convaincre, les desiderata dans la composition de l'ambulance en personnel et en matériel ne sont pas tellement graves, qu'on ne puisse facilement y remédier. Aussi je ne saurais partager l'opinion de ceux qui déclarent que notre organisation laisse beaucoup à désirer, que nous marchons à des désastres, si nous ne modifions pas immédiatement l'état des chose actuel.

3° *Examen des critiques faites au matériel de l'ambulance.* — L'auteur de l'article, notamment, publié dans le « Progrès médical », a blâmé d'une façon qui vise un peu trop à la polémique acrimonieuse les efforts qui ont été faits. Il accuse l'insuffisance de notre matériel et sa valeur antiseptique.

La critique n'est pas juste, quand elle ne tient pas compte des difficultés d'une organisation et des efforts extraordinaires tentés pour la réaliser aussi complète que possible. L'autorité supérieure sait fort bien que le personnel, tel qu'il existe, est insuffisant, et tous ses efforts tendent à obtenir une augmentation de personnel; mais elle sait aussi qu'elle s'efforcera de suppléer à cette insuffisance autant qu'elle le pourra par les ressources mises à sa disposition, comme je l'ai indiqué plus haut. Quant à ce qui est des critiques relatives à la quantité des pansements mis à la disposition de l'ambulance, je relèverai une première erreur. Dans le chiffre hypothétique des blessés admis à l'ambu-

lance, l'auteur de l'article en question fait entrer tous les blessés d'une division. Il semble oublier qu'une certaine partie des blessés du champ de bataille, tous ceux atteints légèrement, pourront recevoir à la place de secours un pansement définitif et qu'ils ne feront que passer à l'ambulance pour être évacués immédiatement. Cela diminuera d'autant le nombre des blessés pansés dans cette dernière formation sanitaire; et il est, par conséquent, juste, si l'on veut raisonner comme M. Freemann, de compter comme utilisables tous les matériaux de pansement contenus dans les formations de première ligne (poste de secours régimentaire, ambulances du quartier général, ambulances de division). J'admets même que le minimum de pansements fixé soit insuffisant. Mais est-il juste d'oublier que nos ressources budgétaires sont restreintes, que nos approvisionnements, par suite, sont encore incomplets et qu'on s'occupe toujours de les rendre aussi abondants que possible, de manière à pouvoir, quand il sera nécessaire, porter à un maximum le chiffre minimum adopté actuellement.

C. De l'antisepsie dans les hôpitaux de campagne.— Je serai bref sur la question de l'antisepsie dans les hôpitaux de campagne. Ici nous rentrons à peu près dans le service d'hospitalisation normale; c'est dire, par conséquent, qu'on aura beaucoup plus de loisirs et de facilités pour faire une asepsie et une antisepsie se rapprochant des règles données. Ce principe est, du reste, admis par presque tous les auteurs; et il est nécessaire de l'avoir présent à l'esprit pour comprendre ce que je vous dirai plus loin sur le rôle qui incombe à chaque formation sanitaire.

IV

DE L'INTERVENTION OPÉRATOIRE DANS CHAQUE FORMATION SANITAIRE.

Cette étude de la manière dont l'antisepsie pourrait être mise en pratique suivant chaque échelon, nous permet, en effet, de bien comprendre dans quelles limites doit se faire l'intervention opératoire dans chacune des formations sanitaires de première ligne.

1° *Au poste de secours.* — Au poste de secours, l'intervention doit être à peu près nulle. En dehors de quelques opérations imminentes, comme une trachéotomie, où l'application de pinces à forcipressure pour arrêter une hémorragie si elle est visible; d'une application de garrot ou de liens, je crois que tous les blessés graves doivent être dirigés immédiatement sur l'ambulance. Quant aux blessures légères des parties molles, aux coups de feu simples, il faut se garder de toute exploration, de tout débridement. Une désinfection énergique par un agent caustique après un nettoyage avec le sublimé ou l'acide phénique, nettoyage parcimonieux forcément en raison de l'approvisionnement restreint en liquide : on saupoudrera la plaie avec l'iodoforme et on appliquera un pansement ouaté après interposition de gaze à pansement et d'un taffetas ciré sur la plaie. Ce taffetas et cette ouate devront toujours dépasser la plaie dans une assez grande étendue pour réaliser une occlusion aussi complète que possible.

Les cas compliqués seront pansés à l'ambulance après désinfection faite comme je l'ai dit. Je pense toutefois que si la fracture est simple, s'il y a lésion de l'os sans fissures, on pourra, en insistant davantage sur la désinfection, mais en se gardant toujours des explorations, appliquer le pansement définitif, en ajoutant un appareil immobilisateur, soit comme le font les Allemands, des attelles plâtrées; soit une carapace de plâtre taillée grossièrement, suivant la forme du membre et l'enveloppant, comme le fait M. Championnière, dans les résections du genou; soit les attelles de zinc ou de treillis de fil de fer, qui se trouvent dans notre matériel régimentaire. L'appareil plâtré appliqué par-dessus le pansement ouaté n'offre aucun danger de compression. Il est si rapidement fait et constitue un appareil immobilisateur tellement satisfaisant, que je ne vois pas pourquoi on ne le préfère pas aux appareils métalliques, qui sont toujours un peu difficiles à bien ajuster.

En dehors des cas que nous venons d'indiquer, et auxquels, suivant Fischer, on devrait joindre les coups de feu articulaires sans complications (qui doivent être rares), l'intervention du poste de secours ne doit jamais s'adresser aux blessures dont la gravité est telle qu'elles demandent, soit une désinfection minutieuse et de longue durée, soit un examen rigoureux pouvant nécessiter l'introduction du doigt ou des instruments dans la plaie, soit une opération quelconque, fût-elle une simple ablation d'esquilles.

2° *De l'intervention opératoire à l'ambulance.* — Le règlement sur le service de santé en campagne prescrit que le travail de l'ambulance doit être réparti en trois groupes. Les blessés, après avoir été enregistrés et classés à l'ambulance sont dirigés :

a. Ceux qui ont été examinés et pansés au poste de secours et portent sur leur fiche de diagnostic que le pansement peut être maintenu, sont dirigés sur un local séparé, où ils attendent le moment d'être évacués.

b. Ceux qui n'ont pas été suffisamment bien pansés et examinés ou dont le traumatisme exige une opération immédiate sont dirigés, soit vers le poste de pansement, soit vers le poste d'opération.

Cette organisation pourra-t-elle être mise en pratique? Est-il réellement possible qu'un blessé puisse être examiné par un chirurgien, puis pansé ou opéré par un autre? Je ne le crois pas. Et voici pourquoi. L'intervention opératoire est connexe de l'examen. Les débridements, les ablations d'esquilles constituent déjà une intervention; et il serait dangereux de l'interrompre pour la faire continuer par un autre. Ce serait augmenter les chances de contamination. Je crois donc que le travail doit se répartir plus simplement. Faisant abstraction des malades déjà pansés au poste de secours, les autres devront être dirigés dans une salle où ils seront examinés et opérés par les chirurgiens du grade le plus élevé, puis confiés ensuite à des aides pour être pansés. Je ne vois donc pas la nécessité de la formation de deux groupes; le poste d'examen et d'opérations devra être réuni en un seul.

Dans quelles limites se fera l'intervention opératoire? Je crois qu'on se tromperait en pensant que l'intervention opératoire à l'ambulance doit être très étendue, dans le sens réel du mot, c'est-à-dire au point de vue des opérations typiques et à manuel réglé.

La grande préoccupation du médecin-chef de l'ambulance doit être de rendre les blessés le plus rapidement transportables. Tous ceux qui ne peuvent l'être, soit par suite de la gravité du traumatisme, soit par suite d'une intervention nécessaire, mais non urgente, doivent être confiés le plus tôt possible à l'hôpital de campagne. En dehors des opéra-

tions urgentes, trachéotomie, laparotomie, ligature d'artères, on peut dire que le rôle des chirurgiens à l'ambulance doit être renfermé dans ces trois mots : « désinfecter, emballer, évacuer. » Et ne croyez pas que la besogne soit aussi simple qu'elle le paraisse au premier abord. Pour désinfecter les plaies graves, il faut rendre le foyer aussi net que possible. Il faut le débarrasser de toutes ses anfractuosités par des incisions franches; enlever toutes les esquilles qui ne sont plus adhérentes, régulariser celles qui pourraient blesser les tissus, lier les artères; trépaner les os du crâne qui sont enfoncés dans les tissus, ouvrir des articulations qui contiennent du sang et des corps étrangers; suturer des réservoirs comme la vessie, qui risquent d'infecter le foyer traumatique; donner, par l'uréthrotomie externe et le placement d'une sonde, le libre passage à l'urine, qui risquerait de contaminer une plaie perméable. Et quand on aura ainsi déblayé le foyer, quand on aura remplacé par une plaie opératoire nette, franche, à l'abri de toute contamination par les excrétions, ces plaies anfractueuses, irritées continuellement par des corps étrangers ou des esquilles, saignant et donnant lieu à des caillots qui subiraient ensuite la décomposition putride, on aura fait un acte chirurgical plus important et plus salutaire que si l'on avait pratiqué une brillante opération. J'ai déjà dit comment l'on devait comprendre la pratique de l'antisepsie à l'ambulance, je ne reviendrai pas sur ce point. Mais j'ajouterai que je considère comme essentiel, après avoir réuni la plaie par des sutures, de la drainer soigneusement, surtout pour les plaies articulaires et notamment pour celles du genou.

Il est également utile d'appeler votre attention sur le matériel des ligatures. Vollkmann rejette absolument le catgut. Il conseille l'emploi de la soie rouge, qu'on a fait bouillir pendant trois heures dans une solution phéniquée à 5 p. 100 ou portée pendant une demi-heure à une température de 140 degrés.

D'après Kocher, le catgut pourrait être employé après être resté plongé pendant vingt-quatre heures dans de l'huile de genevrier, puis la glycérine, et conservé dans l'alcool à 75 p. 100.

Quand on aura, par une intervention minutieuse, mis ainsi le blessé à l'abri de toutes les chances de contamination, on pourra le confier aux aides pour l'application du pansement. Après avoir une dernière fois cautérisé cette plaie au chlorure de zinc et tamponné à l'iodoforme, ceux-ci devront appliquer le pansement, en ayant toujours présent à l'esprit que les blessés doivent rester trois, quatre, cinq jours et quelquefois plus, sans être pansés. Il faut donc que le pansement soit suffisamment garni, pour qu'il absorbe la sécrétion, que la compression soit également répartie pour qu'elle n'amène aucun étranglement et qu'elle ne soit pas douloureuse; que le membre soit bien immobilisé pour qu'aucune cause d'irritation ne vienne enflammer le foyer traumatique. On ne devra donc pas oublier que le segment supérieur à la plaie doit toujours être compris dans le pansement.

3° *De l'intervention à l'hôpital de campagne.* — L'hôpital de campagne doit recevoir tous les blessés non transportables, c'est-à-dire ceux chez lesquels, en raison de la gravité de leurs blessures, on n'a pu appliquer qu'un pansement provisoire primitif et ceux dont la blessure réclame une intervention réglée mais non urgente. Le rôle des chirurgiens devra donc être de procéder immédiatement à la levée de tous les appareils, de désinfecter soigneusement à nouveau les plaies et d'intervenir immédiatement, si l'état du blessé le permet. L'avantage restera toujours aux pansements occlusifs et rares; mais il ne faut pas oublier qu'à l'hôpital de campagne, on pourra employer le pansement humide, et qu'il faudra formellement y avoir recours, dans les cas de suppuration abondante et à la moindre menace d'inflammation. Les bains phéniqués ou sublimés, les fumigations avec l'appareil de Lister, recevront ici journellement leur application et permettront d'éviter, dans une certaine mesure, les redoutables complications de la septicémie. L'hygiène devra jouer un grand rôle dans la thérapeutique de l'hôpital de campagne. La propreté des chirurgiens et des aides, celle des malades, l'aération constante des salles, le séjour des blessés en plein air, autant que leur état le permettra, devront être la préoccupation constante du médecin-chef. L'isolement des blessés présentant la moindre apparence de septicémie dans le foyer traumatique sera rigoureusement observé.

Il serait trop long de vous énumérer toutes les opérations praticables à l'hôpital de campagne. Elles comprennent, en effet, toutes les opérations spéciales qui peuvent résulter de l'action des armes de guerre : blessures de la poitrine, de l'abdomen, résections, amputations. La rigueur que l'on peut apporter dans la méthode antiseptique, la surveillance que l'on peut exercer dans les pansements et l'immobilisation des membres, permettent des tentatives de conservation, que les succès journellement obtenus dans notre pratique justifient. En un mot, le rôle chirurgical de l'hôpital de campagne doit être celui d'un hôpital normal, confié à des chirurgiens expérimentés et à la hauteur d'une tâche chirurgicale aussi importante que celle de nos premiers établissements hospitaliers.

V

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES OPÉRATIONS QUI PEUVENT ÊTRE FAITES EN CHIRURGIE D'ARMÉE

J'espère que toutes ces considérations donneront toute confiance, quoi qu'on dise sur la valeur de l'antisepsie au point de vue, sinon de la disparition complète des infections dans les blessures de guerre, tout au moins sur leur atténuation, telle que nous pouvons espérer qu'elles resteront à l'état d'exception. Je voudrais maintenant passer rapidement en vue, pour donner une idée de la question, les progrès que cette méthode permettra de réaliser dans l'intervention opératoire des blessures de chaque région. Un premier point doit être établi d'une manière incontestable. La chirurgie de guerre sera essentiellement conservatrice; mais non dans le sens restreint qu'on lui donnait autrefois. Nous sommes loin, en effet, des tentatives timides préconisées, dès la guerre de 1870, par nos maîtres les plus éminents.

Méthode conservatrice. — Il ne s'agit plus d'attendre les bras croisés, en se contentant d'aider le malade par une bonne hygiène, de l'alimentation, des pansements bien méthodiques, que la nature sorte victorieuse de la lutte : il faut lui venir en aide en combattant énergiquement l'ennemi; ici, en allant dans la profondeur arrêter une hémorragie; là, en enlevant des esquilles qui constituent un danger; autre part, en débridant des clapiers si profondément cachés qu'ils soient, ou en suturant des organes im-

portants lésés, auxquels, autrefois, nous n'aurions pas osé toucher.

Cette chirurgie militante peut tout entreprendre actuellement, grâce à la méthode antiseptique ; et si elle doit être parcimonieuse des tissus, elle doit savoir faire des sacrifices utiles quand ces tissus sont fatalement condamnés à mort, ou pourraient être une entrave à la guérison de la totalité.

Blessures des membres. — C'est en se basant sur ces principes, que nous entreprendrons la thérapeutique des blessures des membres. Sauf de rares exceptions (broiement complet, destruction de grosses artères sur une grande étendue), l'amputation ne sera pas indiquée. Les résections typiques recevront de rares applications, si ce n'est pour l'épaule, où elle donne d'excellents résultats.

En revanche, l'arthrotomie, les incisions étendues dans les foyers de fractures, les ablations d'esquilles, en ayant soin de ménager toutes celles qui sont un peu adhérentes, parce que nous n'avons plus à craindre les longues suppurations qui les condamnaient autrefois fatalement à la mort; le drainage de toutes les articulations, seront des opérations parfaitement justifiées.

Drainage. — Cette dernière intervention prend une importance capitale, surtout pour l'articulation du genou. Mais il ne faut pas croire qu'elle doit consister dans l'application d'un ou de deux tubes dans la plaie. Fischer, Reyher, Pirgoff, Stromeyer ont longuement insisté sur la manière dont doit être le drainage articulaire, spécialement celui de l'articulation du genou. Reyher recommande trois incisions, deux latérales, une postérieure, pénétrant jusque dans la cavité articulaire.

Nous sommes loin des règles admises autrefois qui considéraient comme justiciables de l'amputation primitive, toutes les plaies articulaires. Actuellement, on n'admet plus que deux cas où le sacrifice du membre soit nettement indiqué. Ce sont les mêmes qui ont été admis pour les fractures des os.

De même, les résections seront rarement justifiées, parce que les résultats en sont généralement mauvais, en raison des lésions des parties molles : ce n'est qu'à la période tertiaire, quand les lésions sont limitées, le périoste épaissi, que la résection bornée à la portion épiphysaire constituera, suivant M. le professeur Chauvel, une bonne opération.

Explorations. — Pour toutes ces interventions, il est nécessaire d'explorer la blessure. Je partage complètement l'avis des chirurgiens d'armée, qui rejettent toute exploration quand elle n'est pas nécessaire et qu'elle n'a d'autre but que d'aller à la recherche d'un projectile. Mais je ne pense pas qu'il faille hésiter un seul instant à l'employer, quand on doit procéder à un examen complet.

Le stylet, les sondes ne devront jamais être employés, à moins qu'il ne soit utile d'aller très profondément; mais le plus souvent le doigt suffit, et je ne connais pas de meilleur explorateur. Le trajet sera débridé pour qu'il puisse manœuvrer librement et faire acte opératoire s'il est nécessaire. Bien entendu, on aura soin, avant chaque introduction, de le désinfecter de nouveau à la brosse, au sublimé, à l'alcool.

Ligatures. — Je ne m'arrêterai pas longtemps sur l'intervention dans les plaies des vaisseaux. La seule méthode est la ligature du vaisseau dans la plaie, largement débridée, avec méthode, couche par couche, comme si l'on procédait à une ligature d'artères.

Jointe à l'immobilisation et à une antisepsie rigoureuse pour éviter la suppuration qui entraînerait la chute prématurée des fils, elle donnera d'excellents résultats, et l'on verra diminuer la fréquence des hémorragies secondaires, si redoutées des chirurgiens. Si celle-ci, malgré tout, vient à se produire, s'il est bien démontré que l'écoulement du sang n'est pas seulement un suintement, mais une hémorragie véritable, Pirgoff, Stromeyer, recommandent la ligature au lieu d'élection. M. Chauvel pense, au contraire, qu'on ne doit se résoudre à cette dernière, que si la ligature des deux bouts dans la plaie faite plus haut qu'auparavant, est impossible ou n'est pas suivie de succès définitif.

Blessures des viscères. — Les conquêtes de la chirurgie moderne nous montrent tous les succès que l'on est en droit d'espérer dans les blessures des différentes régions. Le pronostic des blessures de guerre, si sombre autrefois, parce que certaines lésions nous paraissaient irrémédiables, se trouve donc moins assombri, et nous sommes en droit de tout tenter, alors même que les circonstances spéciales dans lesquelles nous sommes placés ne réaliseraient pas les conditions de sécurité de nos milieux habituels.

C'est ainsi que pour les plaies du crâne, avec lésions même du cerveau, une trépanation avec désinfection du foyer, ablation des parties lésées, arrêt des hémorragies des sinus, drainage, pourront, comme nous en trouvons maintenant journellement des exemples, même dans les plus récentes relations de nos campagnes de guerre, donner des succès dans des cas qu'autrefois on rangeait parmi la catégorie des blessés dont on ne s'occupe pas.

Pour les plaies du poumon, où l'on se bornait autrefois à l'occlusion, n'est-on pas en droit d'aller actuellement plus loin, puisque les opérations qu'on pratique sur ces organes sont nombreuses, et souvent suivies de succès; puisque M. Delorme, dans une récente communication au Congrès de chirurgie, nous a montré qu'en faisant un volet costal, on pouvait mettre l'organe à nu et aller à la recherche du vaisseau lésé.

Qui aurait autrefois songé à faire la ligature d'une plaie du foie ou du rein? Et pourtant, les expériences et les résultats de MM. Terrillon, Tuffier, ne doivent-ils pas nous convaincre qu'en présence de blessures de ces organes, nous pouvons, si la vie du blessé est en danger, aller jusque sur le foyer traumatique, suturer la plaie qui saigne ou la désinfecter si elle est contaminée ?

C'est dans le même ordre d'idées que nous devons considérer l'intervention chirurgicale dans les blessures de l'abdomen. Certes, il ne vient à l'idée de personne de supposer que les chances de succès de la laparotomie sont les mêmes dans un établissement du champ de bataille que dans un hôpital parfaitement aménagé. Mais en présence d'une plaie pénétrante bien constatée des intestins, sachant par expérience combien rares sont les guérisons des coups de feu de ces organes sur le champ de bataille, serait-il bien logique de rester les bras croisés et d'attendre que l'infection ait commencé? Quant au traitement de la péritonite consécutive à une blessure des autres organes, je pense qu'on n'est pas en droit d'hésiter. Ici ni le temps, ni l'installation ne font défaut. Le choc traumatique est dissipé, et l'on n'a

plus le droit de demander au seul traitement médical un succès plus ou moins aléatoire.

Telles sont les grandes lignes qui doivent servir de guide dans la décision à prendre en présence des différentes blessures que nous pouvons rencontrer sur les champs de bataille. Évidemment, chaque cas particulier nécessitera une thérapeutique chirurgicale spéciale. Et il appartiendra de trouver dans la pratique particulière, dans la lecture des traités spéciaux sur la matière, traités nombreux et faits par des praticiens de la plus haute compétence en chirurgie d'armée, la conduite qu'il faut tenir. Mon but était simplement de permettre d'apprécier ce que l'on est en droit d'obtenir par les conditions nouvelles, grâce aux progrès de la méthode antiseptique et aux ressources mises à notre disposition par le service de santé de l'armée dont le labeur, les efforts et l'intelligence, s'ils n'ont pas encore obtenu tous les résultats désirés, méritent au moins une appréciation plus juste et moins critique qu'on ne le fait quelquefois.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 novembre 1893. — Présidence de M. Perier.

COMMUNICATIONS

M. LE PRÉSIDENT, au moment de donner la parole à M. Verneuil, lui rappelle, à l'occasion du soixante-dixième anniversaire de sa naissance, qui se trouve être le jour de cette séance, qu'il est membre de la Société depuis 1852. Pendant quarante ans, il n'a cessé d'y déployer l'activité la plus féconde; il l'a toujours prise pour confidente et lui a toujours fidèlement apporté la primeur de ses travaux. Aujourd'hui encore, M. Verneuil, plein d'énergie et d'activité, suit exactement les séances de la Société de chirurgie et l'on peut dire de lui que la valeur ne s'éteint pas avec le nombre des années.

Sarcome de l'amygdale. — **M. VERNEUIL** lit une observation de sarcome de l'amygdale gauche propagé au voile du palais, dans toute la moitié gauche, qu'il a pu extraire en totalité par un procédé opératoire dont il donne la description détaillée. (Sera publiée.)

M. MAUNOURY (de Chartres) dépose sur le bureau plusieurs observations dans lesquelles il a eu recours au procédé décrit par M. Verneuil.

PRÉSENTATION DE MALADE

Anévrysme de l'artère iliaque externe. — **M. QUÉNU** présente un malade atteint d'un énorme anévrysme de l'artère iliaque externe droite et d'un anévrysme beaucoup moins volumineux de l'artère iliaque gauche. Il consulte ses collègues sur la conduite à tenir en présence de ce cas.

M. KIRMISSON propose de faire la laparotomie et d'aller lier l'iliaque externe, si c'est possible, ou l'iliaque primitive directement par le ventre.

M. PERIER signale un danger dans la ligature de ces cas d'anévrysmes spontanés. Le fil peut sectionner l'artère et l'on peut avoir beaucoup de peine à la reprendre pour la lier plus haut.

M. CHAMPIONNIÈRE, étant donné que ce malade est perdu à brève échéance si l'on n'intervient pas, serait également partisan de faire la laparotomie ou peut-être même l'ablation de la poche. Il a ainsi opéré un cas semblable; il a mis une double ligature et le malade est resté guéri depuis cinq ans.

M. BAZY propose également l'extirpation de la poche.

M. FÉLIZET a vu, dans un cas d'anévrysme de l'artère axillaire, un chirurgien de l'hôpital Saint-Louis se contenter de placer une pince sur l'artère en prenant une certaine épaisseur de tissus avec le vaisseau, et la laisser à demeure. Le malade a parfaitement guéri. M. Félizet pense que ce procédé serait beaucoup plus prudent que l'ablation de la poche ou la ligature par la laparotomie.

M. PEYROT fait observer que, à côté de l'anévrysme, dans le cas de M. Quénu, il y a un malade et qu'il faut tenir compte de son état général, qui paraît bien mauvais. Cet homme est pâle, maigre, a mauvaise mine. Il est, de plus, syphilitique et alcoolique.

M. KIRMISSON fait remarquer que si l'on considérait l'alcoolisme et la syphilis, dans ces cas, comme des contre-indications, on ne devrait alors jamais opérer les anévrysmes.

M. LE DENTU partage cette manière de voir. Il a opéré des anévrysmes chez des alcooliques et des syphilitiques, et les suites de l'opération n'en ont pas été moins bonnes.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, dans sa séance de jeudi, a décidé que le service de l'hôpital Necker, laissé vacant par la mort du docteur Horteloup, serait pourvu d'un chirurgien titulaire à la fin de cette année. Et, suivant le vœu émis par les chirurgiens des hôpitaux, ce service sera uniquement consacré aux maladies des voies urinaires.

Dans la même séance, le Conseil a décidé la création d'un deuxième service de chirurgie infantile (maladies chroniques), à l'hôpital des Enfants-Malades. Ce service sera pourvu d'un titulaire à la fin de l'année.

— Par application des dispositions de l'article 37 de la loi du 13 mars 1875, M. le médecin inspecteur Dauvé, directeur de l'Ecole du Val-de-Grâce, est placé, à dater du 30 novembre 1893, dans la 2e section (réserve) du cadre des médecins inspecteurs.

— *Concours de l'externat.* — Questions données : « Les muscles grand et petit obliques de l'abdomen ; — Tronc cœliaque ».

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs P.-H. Fischer, ancien interne des hôpitaux, assistant au Muséum d'histoire naturelle, et Rozat, doyen des médecins bordelais.

— Aujourd'hui, 1er décembre, s'est ouvert, à la nouvelle Sorbonne, le laboratoire de psychologie physiologique des hautes études, sous la direction de MM. les docteurs Beaunis et Binet.

Ce laboratoire sera ouvert tous les jours de une heure à quatre heures, pour les élèves inscrits. Le registre d'inscription est ouvert le mercredi de une heure à deux heures au laboratoire.

A partir du 9 décembre, des démonstrations pratiques seront faites au laboratoire par MM. Philippe et Courtier, chef et chef adjoint des travaux, le samedi à deux heures.

— M. Gilbert Ballet reprendra ses leçons cliniques sur la pathologie mentale et nerveuse à l'hôpital Saint-Antoine, le dimanche 3 décembre, à dix heures, et les continuera les dimanches suivants à la même heure, pendant les mois de décembre et de janvier.

— *Errata.* — Page 1289 (2e colonne) ligne 62; au lieu de : *assuré*, lire : *apuré*. — Page 1290 (1re colonne) ligne 25 ; au lieu de : *addition* à l'hérédité, lire : *adition*. — Page 1293 (1re colonne) ligne 19 ; au lieu de : *Toutes les dispositions*... faites, lire : *L'acte*... fait. — Page 1293 (1re colonne) ligne 23 ; au lieu de *déposant*, lire : *disposant*.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le méro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies de l'estomac, par les docteurs Debove et Achard. 1 vol. relié peau pleine, tête dorée. — Prix : 12 francs. Paris, Rueff et Cie.

Formulaire. Thérapeutique et prophylaxie des maladies des enfants, par le docteur Jules Comby. 1 vol. relié peau pleine, maroquin écrasé, tête dorée. — Prix : 10 francs. — Paris, Rueff et Cie.

Traitement de la folie, par le docteur J. Luys. 1 vol. relié peau pleine, tête dorée. — Prix : 6 francs. — Paris, Rueff et Cie.

L'idiotie, hérédité et dégénérescence mentale, psychologie et éducation de l'idiot, par le docteur Jules Voisin, médecin de la Salpêtrière. 1 vol. in-12 avec 17 gravures dans le texte, cartonné à l'anglaise. — Prix : 4 francs. — Paris, Félix Alcan.

État mental des hystériques; les accidents mentaux, par le docteur Pierre Janet (*Bibliothèque Charcot-Debove*). 1 vol. in-16, rel. d'amateur, tête dorée. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

Le régime lacté, par le docteur E. Rondot. (*Bibliothèque Charcot-Debove.*) 1 vol. in-16, rel. d'amateur, tête dorée. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

Le microscope, ses applications, par le docteur H. Beauregard, professeur agrégé à l'École supérieure de pharmacie, assistant au Muséum. 1 vol. — Prix : broché, 2 fr. 50; cartonné, 3 francs. — Paris, G. Masson.

Le micrographe préparateur, journal mensuel de micrographie générale et de technique micrographique, publié sous la direction de M. J. Tempère, avec la collaboration d'un groupe de spécialistes. (No 10, octobre 1893.) — Prix de l'abonnement : pour la France, 12 francs; pour l'étranger, 15 francs. — Prix du numéro : 1 fr. 25. — Paris, J. Tempère, 168, rue Saint-Antoine.

Hypnotisme et suggestion. Étude critique par W. Wundt, professeur à l'Université de Leipzig, traduit de l'allemand, par A. Keller. 1 vol. in-18. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Félix Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Étude de Me Paul Lamare, avoué près le Tribunal de première instance de la Seine, rue de la Chaussée-d'Antin, no 39, à Paris.

Des jugements et arrêt rendus entre M. le docteur Dieulafoy, professeur à l'Ecole de médecine de Paris, demeurant à Paris, avenue Montaigne, no 38, *demandeur*;

Et la Société française d'assurances mutuelles dite « le Progrès » dont le siège social est à Paris, rue Louis-le-Grand, no 7, *défenderesse*,

Il appert avoir été extrait littéralement :

I. — D'un jugement rendu par défaut faute de conclure par la première Chambre du Tribunal civil de première instance de la Seine, le cinq mai 1892, enregistré et signifié :

« Le Tribunal, ouï en ses conclusions et plai« doirie Devin, avocat, assisté de Lamare, avoué « de Dieulafoy;

« En ses conclusions Poinsot, avoué de la Com« pagnie « le Progrès »,

« Le ministère public entendu et après en avoir « délibéré conformément à la loi, jugeant en pre« mier ressort,

« Donne défaut contre les défendeurs ès noms « et Poinsot, leur avoué, constitué faute de con« clure et plaider au fond et pour le profit :

« Attendu que la Société « le Progrès » s'est « abusivement servie du nom du demandeur dans « un but de propagande et de lucre; que des « agents ou employés de cette Société se sont pré« sentés chez des médecins habitant Paris et les « départements, leur déclarant, pour les décider « à souscrire et à entrer dans ladite Société, que « le professeur Dieulafoy était membre actif de « leur association et qu'il était lui-même un des « médecins officiellement attachés à la Compa« gnie;

« Qu'informé de ces circonstances par des let« tres des médecins auprès desquels ces manœu« vres avaient été employées, le demandeur s'em« pressa de les détromper en protestant contre « de tels procédés;

« Que les mêmes manœuvres s'étant renouve« lées en différents lieux, le demandeur fit pa« raître dans un journal médical une note de na« ture à mettre les médecins en garde contre « l'usage abusif qui était fait de son nom et sa « notoriété personnelle;

« Attendu que, loin de cesser ses agissements, « la Société « le Progrès » affirma témérairement « qu'elle avait le droit de se servir du nom du « professeur Dieulafoy sans produire aucun do« cument justificatif de sa prétention et continua « le même système de propagande;

« Attendu que c'est avec raison que le deman« deur, en vue d'y mettre fin, a assigné la Société « le Progrès » en la personne de ses directeur et « adminstrateurs et a conclu à la réparation du « préjudice qu'il a subi par le fait de la Société « défenderesse;

« Qu'il suffira, pour assurer la réparation de ce « préjudice, d'ordonner la publication du présent « jugement dans cinq journaux médicaux au choix « du demandeur et de condamner ladite Société « aux dépens;

« Attendu qu'il n'y a lieu de prévoir dès main« tenant le cas où la Société « le Progrès » ferait « un nouvel usage du nom du docteur Dieulafoy « et d'ordonner pour ce cas la réparation du dom« mage qui en résulterait;

« Qu'il appartiendra aux juges de statuer, s'ils « en sont requis, suivant les circonstances;

« Par ces motifs,

« Fait défense à la Société française d'assu« rances mutuelles contre les maladies dite « le « Progrès » de faire usage et de se servir du nom « du professeur Dieulafoy et de le présenter aux « tiers comme membre de ladite Société;

« Ordonne l'insertion du présent jugment aux « frais de la Société défenderesse dans cinq jour« naux médicaux au choix du demandeur;

« Déclare celui-ci mal fondé dans le surplus de « ses conclusions, l'en déboute;

« Condamne la Société défenderesse, à titre de « dommages-intérêts, aux dépens qui compren« dront les frais d'enregistrement auxquels le pré« sent jugement pourra donner lieu et dont dis« traction à Lamare, avoué, qui l'a requise sous « les affirmations voulues par la loi. »

II. — D'un jugement rendu sur opposition formée par la Société « le Progrès » par le même Tribunal, le vingt-un juillet 1892, enregistré et signifié :

« Le Tribunal, ouï en leurs conclusions et plai« doiries Devin, avocat, assisté de Lamare, avoué « de Dieulafoy, Combes, avocat, assisté de Poinsot, « avoué de la Société « le Progrès »;

« Le ministère public entendu et après en avoir « délibéré conformément à la loi, jugeant en pre« mier ressort:

« Attendu que l'opposition de la Société « le « Progrès », représentée par ses directeur et ad« ministrateurs au jugement de ce siège rendu « par défaut le cinq mai 1892 est régulière, qu'elle « n'est pas contestée par Dieulafoy, qu'elle doit « être reçue en la forme;

« Au fond,

« Attendu que la Société « le Progrès » n'ap« porte et ne produit aucun moyen valable et « utile à l'appui de son opposition;

« Que les motifs du jugement susvisé conser« vent tout leur effet;

« Le Tribunal persistant dans lesdits motifs,

« Reçoit la Société « le Progrès » opposante « audit jugement du cinq mai 1892, la dit mal « fondée dans son opposition, l'en déboute;

« Dit que le jugement sortira son plein et en« tier effet;

« Condamne la Société opposante en tous les « dépens dont distraction est faite au profit de « Lamare, avoué, qui l'a requise sous les affirma« tions voulues par la loi. »

III. — D'un arrêt rendu contradictoirement par la première Chambre de la Cour d'appel de Paris, le neuf juin 1893, enregistré et signifié :

« La Cour, après avoir entendu en leurs con« clusions et plaidoiries respectives Combes, avo« cat de la Compagnie d'assurances mutuelles « contre les maladies « le Progrès » assisté de « Chauvin, avoué; Devin, avocat de Dieulafoy, « assisté de Gibou, avoué;

« Ensemble en ses conclusions M. Thibierge, « substitut du Procureur général;

« Et après en avoir délibéré conformément à « la loi;

« Statuant sur l'appel interjeté par la Compa« gnie « le Progrès » du jugement du Tribunal « civil de la Seine du vingt-un juillet 1892;

« Considérant qu'il n'est point établi que l'abus « qui a été fait du nom du professeur Dieulafoy « soit imputable au Conseil d'administration de « la Société « le Progrès » mais qu'il résulte des « divers documents produits et des explications « fournies à la Cour que le nom de Dieulafoy a « été employé abusivement par des agents de la « Société dont celle-ci est responsable;

« Par ces motifs, et adoptant ceux des premiers « juges :

« Met l'appellation à néant;

« Ordonne que ce dont est appel sortira effet, l'in« sertion ordonnée devant être complétée par les « motifs et dispositif du présent arrêt, sans que le « prix total dans chaque journal ne puisse dépasser « deux cents francs à la charge de l'appelante;

« Condamne la Compagnie appelante à l'amende « et aux dépens d'appel, desquels dépens distrac« tion est faite à Gibou, avoué, qui l'a requise, en « affirmant les avoir avancés.

« Pour extrait,

« Lamare »

80

PANCRÉATINE DEFRESNE

Adoptée officiellement par la Marine et les Hôpitaux de Paris.

DÉGOUT DES ALIMENTS. | LIENTÉRIE.
DIGESTIONS DIFFICILES. | GASTRALGIE.
DYSPEPSIE. | GASTRITE, ETC., ETC.

DOSES: **Pancréatine Defresne** : 2 à 4 cuillerettes.
Pilules digestives Defresne : 2 à 4 pilules.
Élixir et Sirop.

Détail : Phie, 2, rue des Lombards, Paris.
DEFRESNE, auteur de la Peptone pancréatique.

99

EAU RECONSTITUANTE & DIGESTIVE

DE

RENLAIGUE

(PUY-DE-DÔME)

ANÉMIE, CHLOROSE, DYSPEPSIE

80

DYSPEPSIES — GASTRALGIES

PEPSINE BOUDAULT

« *En prescrivant simplement : Pepsine, le pharmacien est obligé de ne donner que celle du Codex. Cette pepsine ne doit peptoniser que 20 fois son poids de fibrine, tandis que la* **Pepsine Boudault** *peptonise* **50 fois** *son poids.*

« Le *Vin* et l'*Elixir* de pepsine du Codex ne doivent peptoniser que la moitié de leur poids de fibrine, tandis que le **Vin** et l'**Elixir** de **Pepsine Boudault** peptonisent **deux fois** leur poids de fibrine, soit **quatre fois plus.** »

36

CÉRÉBRINE

(*Coca-Théine analgésique Pausodun*)

Migraines, Névralgies, Vertige stomacal, Zona, Courbature, Grippe, Coliques menstruelles. — C. BROMÉE et C. IODÉE : **Névroses, Névralgies** rebelles ou diathésiques, Etats congestifs du cerveau.

EUG. FOURNIER, phen, *114, r. de Provence, Paris.*

95

PAPIER EYMONNET

APPLICATION DE L'**IODE** A L'ÉTAT **naissant.**
REVULSIF instantané

remplaçant en 20 minutes 5 à 6 couches Teinture d'Iode, Thapsias, etc. Opérant la vésication en 1 heure. *Effets faciles à graduer* suivant les cas. *Echantillon* FRANCO et GRATIS sur demande de MM. les Docteurs. **Eymonnet**, à Dijon. Feuille, **60c.**

33



La GOUTTE, la GRAVELLE, les RHUMATISMES sont guéris par les

SELS GRANULÉS EFFERVESCENTS
DE LITHINE
de CH. LE PERDRIEL

Les *Sels granulés effervescents* sont de petits globules légers ayant l'aspect de cristaux amorphes, très poreux, qui se dissolvent instantanément dans l'eau et donnent un liquide parfaitement effervescent et transparent.

L'acide carbonique, qui se dégage pendant l'effervescence, facilite la solution, l'absorption, la digestion et l'assimilation de la substance active dont il masque la saveur particulière : ces avantages ont fait depuis longtemps adopter nos sels par les notabilités médicales.

72

PEPTONE CATILLON

ADOPTÉE DANS LES HOPITAUX DE PARIS ET DE LA MARINE
en **Poudre**, *produit supérieur, pur, inaltérable, représente* **10** *fois son poids de viande assimilable.*
Aliment des malades qui ne peuvent digérer.
2 à 4 cuill. par jour dans un grog ou du lait sucré.
LAVEMt NUTRITIF : 2 cuill. 125 eau, 3 ges laudanum.

90

Chlorose — Anémie

DRAGÉES
DE
DUROZIEZ
AU PROTOXALATE DE FER

Chaque dragée contient 10 centigrammes de **Protoxalate de fer.** — Une à deux dragées au début de deux principaux repas.

Phie DUROZIEZ, 58, Bd St-Michel, Paris.
3 FRANCS LE FLACON

67

CAPSULES
DE
MYRRHOLINE

(EXTRAIT OLÉO-RÉSINEUX DE **MYRRHE**)

TONIQUE — STIMULANT BALSAMIQUE

contre les AFFECTIONS DE L'ESTOMAC et des MUQUEUSES EN GÉNÉRAL

CAPSULES
DE
MYRRHOLINE
CRÉOSOTÉE

contre les AFFECTIONS GRAVES DES VOIES RESPIRATOIRES

PRÉPARÉES PAR

H. KUENEMANN

Pharmacien de 1re classe, lauréat des hôpitaux,
28, rue de Grammont, Paris

ENVOI GRATIS ET FRANCO

A MM. LES MÉDECINS QUI EN FERONT LA DEMANDE POUR EXPÉRIMENTER

32

DRAGÉES & ÉLIXIR DU Dr RABUTEAU

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et l'**Élixir** au Protochlorure de Fer du **Dr Rabuteau** régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules.**

Les Préparations du **Dr Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Sirop du **Dr Rabuteau** destiné aux enfants.

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : Chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** *au Bromure de Camphre* du **Dr Clin.**

42



POUDRE DE VIANDE

de TROUETTE-PERRET

La plus agréable à prendre sans odeur ni saveur.

E. TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, Paris.

22

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ Mariani** est prescrit avec succès, par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du Diabète**, l'**Anémie**, la **Chlorose**, la **Gastralgie**, les **Laryngites** et les **Granulations de la Gorge**, etc.

Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux à trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

MARIANI, phien, 41, Bard Haussmann, et ttes phies.

53

ANÉMIE, HERPÉTISME, DIABÈTE, FIÈVRE

GRANULES DE FOWLER

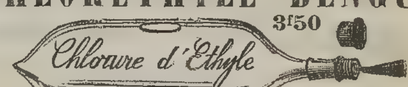
du Dr LEGROS

1 milligramme d'arsénite de potasse par granule.
Phie Française, 1 et 3, pl. de la République, Paris.

11

CHLORÉTHYLE BENGUÉ

3f50



Médecins, 2f75

ANESTHÉSIE LOCALE — NÉVRALGIES

Dr BENGUÉ, phien, 34, rue La Bruyère, Paris.

22

HAMAMELINE-ROYA

Principe actif de l'HAMAMELIS-VIRG :

HÉMORRAGIES, PHLÉBITES, HÉMORROÏDES, VARICES, MÉTRITES, ETC. — *3 cuillerées à soupe par jour.*

Phie LACHARTRE, 19, rue des Mathurins, Paris.

36

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN** (*caféine, iodoforme et strophantus*). DéptPhieCieFg Montmartre, Paris.

68

DIGITALINE D'HOMOLLE & QUEVENNE

Approbation de l'Académie de médecine.

MÉD. D'OR DE LA SOCIÉTÉ DE PHARM. DE PARIS.

Le nouveau Codex a décidé, qu'à moins de désignation spéciale, c'est toujours la *Digitaline* découverte par **Homolle** et **Quevenne** (1) qui doit **SEULE** être délivrée.

Dose p'jour Granules (1 à 3). — Solution p' us. int. (10 à 30 gttes.

(1) A cause des *imitations impures*, formuler la **Vraie Digitaline d'Homolle et Quevenne.**

Phie COLLAS, 8, r. Dauphine, Paris, et ttes phies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : **20 c.** — Avec Supplément : **30 c.**

— Paris, le 4 décembre 1893.

Nous avons publié, dans l'un de nos derniers numéros (1), le décret relatif au stage hospitalier et aux cliniques annexes de la Faculté de médecine de Paris. La réorganisation projetée va incessamment passer dans le domaine des faits. Elle réalisera un progrès depuis longtemps attendu et que nous avons, pour notre part, maintes fois réclamé.

Le nouveau règlement porte à trois ans la durée du stage, jusqu'ici réduit à deux années seulement. Nous ne pouvons qu'applaudir bien vivement à cette mesure. On a trop souvent perdu de vue que la Faculté avait pour mission d'instruire et de former des praticiens. Aussi l'enseignement qui s'y donnait était-il des plus défectueux au point de vue pratique. Nous aurions mauvaise grâce d'insister, puisque ces défectuosités vont aujourd'hui disparaître. Dès la deuxième année, l'étudiant en médecine ira à l'hôpital, étudier au lit du malade les affections contre lesquelles, devenu praticien, il aura à lutter plus tard. Toutes ses autres études, les cours, les heures consacrées à l'amphithéâtre, aux laboratoires, tout cela va maintenant converger vers cet enseignement hospitalier, qui sera, désormais, le but officiellement désigné des études médicales ; alors que, jusqu'ici, l'enseignement clinique n'avait l'air de constituer qu'un accessoire négligeable. Durée du stage augmentée d'une année : voici une première et utile réforme.

Stage organisé, confié à un professeur responsable et rémunéré : voilà le deuxième progrès et un progrès considérable. Il n'y aura plus ce laisser-aller qui avait désorganisé complètement l'institution du stage, réduit, en réalité, à une pure formalité. Le professeur, pris parmi les médecins, chirurgiens ou accoucheurs des hôpitaux, devra adresser une demande s'il désire être chargé de l'enseignement clinique annexe. Ce sera donc, en toute connaissance de cause, que le nouveau professeur assumera la responsabilité de ses nouvelles fonctions. Il saura « que l'élève doit être exercé individuellement à la recherche des signes, des symptômes des maladies, et qu'il doit prendre part personnellement à l'examen des malades ». Le nouveau professeur saura aussi qu' « à la fin de chaque cours, il devra donner des notes sur le travail de chaque élève » et, pour ce faire, il recevra une indemnité de 3000 francs.

Nous approuvons, en tous points, le mode de recrutement du nouveau personnel enseignant. On avait parlé, au début, d'établir une sorte de roulement entre les différents chefs de service d'un même hôpital. C'était là une erreur à laquelle on a bien fait de renoncer. En procédant ainsi, on se fût exposé à envoyer des élèves chez tel ou tel chef de service qui ne se serait nullement soucié de faire de l'enseignement et qui, cependant, aurait accepté la tâche, parce que son tour le désignait, mais en la considérant comme une corvée imposée par le sort. De sa part, il n'y aurait pas eu ce dévouement que l'élève doit trouver près du professeur vraiment digne de ce nom. On a donc bien fait de réserver les fonctions nouvelles à ceux qui se sentent la vocation et manifestent le désir d'enseigner.

L'enseignement des spécialités sera désormais assuré et la troisième année de stage y sera tout entière consacrée. A cet égard, nous n'avons qu'un regret à formuler, c'est de voir que certaines spécialités sont encore bannies de l'enseignement officiel. Espérons que de prochaines réformes nous donneront bientôt satisfaction sur ce point.

Le placement des élèves se fera par les soins combinés de la Faculté de médecine et de l'Assistance publique. Il est donc probable que les deux administrations n'oublient pas qu'il y a plusieurs centaines d'élèves que leurs fonctions d'internes et d'externes dispensent des obligations du stage, que chaque année des stagiaires deviendront externes et que le changement de ces différents élèves devra se faire à la même époque. Il y aura, vers la fin de février, une répartition qui demandera une certaine attention pour être régulièrement faite. Mais il n'est pas douteux que, dès la première année, tout s'organise pour le mieux.

Signalons enfin que l'enseignement des spécialités sera fait, autant que possible, dans l'après-midi, de façon à faciliter cette période du stage. Il y a donc dans le décret que nous analysons une série de réformes heureuses, qu'approuveront, sans réserve, tous ceux qu'intéresse l'avenir des études médicales.

M. Ferrand rapporte à la Société médicale des hôpitaux (1er décembre) une intéressante observation de *cancer du poumon*. Dyspnée, matité dans toute l'étendue du poumon

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 1297.

gauche, douleurs intercostales intenses, hémoptysie, cœur refoulé à droite de la ligne médiane, et, plus tard, cachexie progressive: tels étaient les symptômes observés. A l'autopsie, on trouva une tumeur volumineuse infiltrant le poumon gauche dans toute son étendue, il s'agissait d'un sarcome à cellules fusiformes, qui paraissait primitif.

M. Bourcy a observé à la Maison de santé un cas presque absolument analogue. Il semblait y avoir une pleurésie à épanchement considérable; mais on fit une série de ponctions sans obtenir de liquide. On constata nettement l'expectoration gelée de groseille, que l'on considère comme presque pathognomonique. Il y avait, de plus, un ganglion hypertrophié et induré au-dessus de la clavicule.

A ce propos, il s'engage une discussion sur la valeur séméiologique de l'adénopathie cervicale dans le diagnostic des néoplasies malignes viscérales.

Pour M. Troisier, lorsqu'on hésite à poser le diagnostic de cancer viscéral, mais surtout de cancer abdominal, et plus particulièrement encore de cancer de l'estomac, on pourra en affirmer l'existence si l'on rencontre dans le creux sus-claviculaire, surtout à droite, un ganglion induré, non douloureux, non adhérent à la peau.

M. Jaccoud a fait remarquer du reste que l'adénopathie cancéreuse secondaire pouvait, plus rarement il est vrai, se rencontrer sur d'autres points, dans l'aisselle, à l'aîne.

M. Fernet, tout en reconnaissant la très grande valeur du signe sur lequel a insisté M. Troisier dans diverses publications, ne lui attribue pas une valeur exclusive. Il pense que la tuberculose, par exemple, peut très bien donner lieu à la production d'une adénopathie absolument analogue à l'adénopathie cancéreuse.

M. Rendu a vu une femme qu'il soupçonnait de cancer de l'estomac, parce qu'elle était cachectique et qu'elle avait « le ganglion sus-claviculaire », reprendre de la mine, engraisser et sortir de son service très améliorée, après quatre mois de séjour.

Cette longue survie ne prouve rien contre la nature de l'affection, réplique M. Troisier. Dans un cas semblable, le ganglion fut enlevé chirurgicalement; l'examen histologique fit voir qu'il s'agissait d'une lésion cancéreuse et la malade ne mourut que dix-huit mois plus tard avec un ensemble de symptômes qui semblait indiquer l'existence d'un cancer de l'estomac.

Des recherches récentes ont fait voir que le pus des *abcès du foie* est souvent dépourvu de microbes, stérile. Il peut alors en pénétrer une certaine quantité dans le péritoine, sans qu'il se déclare de péritonite. Cependant on a souvent trouvé des microbes de suppuration dans le pus des abcès hépatiques. C'est qu'il faut distinguer entre les abcès à marche aiguë et les abcès à marche lente et de longue durée. Les microbes se rencontrent parfaitement dans les premiers et leur pus pénétrant dans la séreuse ferait éclater des accidents suraigus de péritonite. Il est donc des plus utiles de faire la distinction qui vient d'être indiquée.

Dans deux cas d'abcès du foie à marche très lente et de longue durée antérieure, consécutifs à une dysenterie contractée au Soudan, M. Laveran n'a pas trouvé de microbes, le pus était stérile; il n'a pas non plus trouvé d'amibes ou, du moins, il n'a trouvé leur ressemblant que des corpuscules de nature incertaine. Rien de plus difficile, du reste, que de reconnaître des amibes mortes.

MM. Richardière et Péron ont observé deux cas de *rhumatisme scarlatineux anormal*, simulant de très près le rhumatisme déformant.

Ce n'est qu'au bout d'un mois après la scarlatine que la complication s'est montrée. Les accidents ont débuté par une fièvre intense (39°5) et des douleurs arthralgiques disséminées; au bout de quelques jours, le rhumatisme s'est fixé sur les articulations des mains dans un cas, d'un des genoux dans l'autre. Il y a eu peu de gonflement et de fluxion des parties molles, mais de la tuméfaction des extrémités osseuses, et, dans un cas, l'arthralgie s'est terminée par ankylose.

On a décrit déjà le rhumatisme noueux blennorragique, il y aurait donc lieu d'en rapprocher le rhumatisme noueux scarlatineux.

Il y a certainement des pseudo-rhumatismes infectieux d'aspect déformant comme il y a des pseudo-rhumatismes aigus. Nous sommes heureux d'en voir ainsi l'étude commencée; le « rhumatisme » est un bloc dans lequel les pathologistes pourront encore tailler et façonner à loisir. Ce n'est pas la matière qui manque.

HOPITAL BEAUJON

Appendicite, abcès iliaque avec fusée purulente dans la paroi scrotale, pleurésie séro-purulente.

Par M. Lemariey,
Interne des hôpitaux de Paris.

Récemment entrait à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Fernet, remplacé par M. Siredey, un malade dont l'observation n'est pas dépourvue d'intérêt.

Ce malade, R... (Léon), vingt ans, mécanicien, sans antécédent héréditaire notable, et n'ayant pas eu d'autre maladie antérieure qu'une blennorragie il y a quatre ans, racontait que, le mercredi matin 20 septembre, en revenant de son travail, il éprouva, vers onze heures et demie, une douleur de ventre extrêmement violente, qui n'avait été précédée pendant la matinée que de coliques insignifiantes et d'un certain malaise. Cette douleur se faisait sentir dans tout l'abdomen, mais principalement dans la fosse iliaque droite; elle était si violente que le malade s'alitait une demi-heure après. Bientôt survinrent des nausées et des vomissements bilieux. Un médecin appelé ordonne un purgatif dont l'administration est suivie de quelques selles. Les choses restèrent à peu près dans le même état jusqu'au dimanche soir; le malade ressentit alors un peu de douleur dans les bourses et s'aperçut qu'elles commençaient à enfler. Le mercredi 27 septembre dans l'après-midi (huit jours après le début des accidents), il est reçu dans le service de M. Fernet, salle Monneret, n° 8.

A la visite du soir il est dans l'état suivant : les yeux sont excavés et cernés, le nez légèrement pincé, les traits tirés, le visage a une expression douloureuse. La langue est sale, infectieuse; la bouche mauvaise, la soif vive, l'anorexie absolue. L'oppression est marquée et les mouvements respiratoires fréquents. Le thermomètre marque 39°5 dans le rectum; le pouls est régulier, accéléré, assez ample.

Le ventre, peu ballonné, est douloureux. La palpation faite avec douceur montre que cette douleur ne s'étend pas à tout l'abdomen. La région ombilicale est indolente; au contraire, le malade souffre un peu quand on presse au niveau de l'S iliaque et du côlon descendant, il souffre davantage au niveau du côlon transverse, beaucoup plus vers le côlon ascendant, enfin, au niveau du cæcum, la palpation est intolérable. En outre, la pression est douloureuse sur le trajet du canal inguinal droit, elle ne l'est pas sur le trajet du canal inguinal gauche. Dans la fosse iliaque droite, la paroi abdominale se tend et ne permet point une explo-

ration profonde : on y sent de l'empâtement et de la tuméfaction, mais pas de tumeur nettement limitée. La fosse iliaque droite est sonore à la percussion légère.

La moitié droite des bourses est rouge, tuméfiée, et cette tuméfaction paraît siéger dans la paroi même, bien plutôt que dans le testicule qu'on n'arrive pas à sentir nettement. La douleur qui existe sur le trajet inguinal existe aussi dans la partie tuméfiée du scrotum. A gauche, scrotum et testicule normaux.

Dans la moitié gauche du thorax rien d'anormal, qu'une respiration forte. A droite, en arrière, dans une assez grande hauteur : matité, sensation de résistance au doigt, abolition des vibrations thoraciques, silence respiratoire en bas, souffle plus haut. Voix un peu aigre, sans égophonie proprement dite, pas de transmission de la voix chuchotée. A droite, en avant : skodisme sous-claviculaire, plus bas submatité, léger abaissement du foie. A l'amplexation, la différence entre les deux moitiés du thorax n'est pas très sensible.

Rien au cœur. Albuminurie très légère.

Fait important à noter : le malade racontait que, quelques mois auparavant, il avait éprouvé dans le ventre une douleur analogue, mais beaucoup moins forte; et « ça s'était passé tout seul », ajoutait-il.

Le diagnostic le plus probable me parut être celui de typhlite ou d'appendicite avec pleurésie consécutive, mais je ne m'expliquais pas la tuméfaction du scrotum. Traitement : cinq ventouses scarifiées au niveau de la fosse iliaque droite, cataplasmes sur le ventre, régime lacté.

Le lendemain matin M. Siredey confirme le diagnostic et émet l'hypothèse que peut-être typhlite et pleurésie reconnaissent une commune origine : la tuberculose; il rejette au second plan la tuméfaction scrotale. L'état général est à peu près le même que la veille. L'état local s'est plutôt aggravé ; au niveau de la fosse iliaque droite il y a de l'œdème empiétant un peu sur le flanc droit et sur la région de la hanche, le gonflement et la rougeur des bourses sont plus accentués, quoique toujours localisés à droite, la verge commence à rougir et à s'œdématier à sa base. Une intervention étant jugée nécessaire, le malade est passé en chirurgie, où, le lendemain 29, le foyer des bourses est incisé sous chloroforme. Il s'écoule un demi-verre de pus de mauvais aspect, d'odeur infecte, ressemblant à l'odeur des collections d'origine intestinale. Une certaine quantité de ce pus, aspirée au moment de l'opération, a été examinée par mon ami et ancien collègue le docteur Papillon, qui m'a remis la note suivante :

« Liquide paratesticulaire :

1° Examen sur lamelles : très peu de globules blancs; quantité innombrable de microbes bacillaires et arrondis groupés de diverses façons. La forme bacillaire prédomine.

2° Cultures : l'ensemencement en plaques du pus dilué permet de reconnaître au moins sept ou huit espèces microbiennes, dont quelques-unes liquéfient la gélatine. Les colonies les plus nombreuses sont du coli-bacille. C'est la seule espèce positivement déterminée.

Origine probable du pus : intestinal ou para-intestinal. »

Le lendemain (30 septembre) la paroi abdominale, très tuméfiée, est largement incisée au thermocautère. Cette paroi est infiltrée dans toute son épaisseur, il ne s'écoule aucun liquide.

Les nuits et les jours qui suivent, l'état général périclite encore davantage : état typhoïde, insomnie, délire incessant, gêne respiratoire de plus en plus marquée. Par la plaie scrotale s'écoulent des matières dont l'odeur rappelle celle des matières intestinales. Le malade succombe le 4 octobre, à onze heures du matin.

Autopsie. — L'autopsie, faite le lendemain, montre les particularités suivantes : la plèvre droite contient environ deux litres de sérosité louche. Des fausses membranes épaisses tapissent la plèvre costale et la plèvre diaphragmatique. Le poumon, repoussé vers le hile, est vide d'air et recouvert de fausses membranes. La plèvre gauche est normale, le poumon gauche congestionné. Le péricarde, sain d'ailleurs, renferme quelques grammes de sérosité citrine. La paroi abdominale est le siège d'une infiltration purulente, surtout marquée dans la région hypogastrique et vers l'épine iliaque antéro-supérieure. Dans la fosse iliaque droite, le doigt déchire des adhérences péritonéales qui confondent en une seule masse le cæcum, son appendice et l'origine du côlon. Cette péritonite s'étend vers le mésentère. En soulevant le cæcum, on découvre dans la fosse iliaque un foyer gangréneux et putrilagineux, qui ne contient pas de pus, et qui remonte derrière le côlon ascendant, presque jusqu'au foie. Les muscles de la fosse iliaque sont ramollis. Le diaphragme n'est pas perforé. En bas le foyer de la fosse iliaque s'étend vers l'anneau inguinal et a manifestement envahi les bourses. Vers la crête iliaque, la paroi de l'abdomen est difficilement séparable du foyer rétro-cæcal. L'appendice remonte derrière le cæcum auquel il est accolé, il est gangrené dans toute son étendue, sauf à son extrémité libre, qui est relativement moins altérée. Il n'est pas perforé et communique librement avec le cæcum. Ce dernier organe, beaucoup moins altéré que l'appendice, est congestionné; il n'est point dilaté; on n'y trouve ni perforation, ni gangrène. Il contient, ainsi que la première partie du côlon, une certaine quantité de matières fécales. Le rein droit et le foie sont congestionnés. Le foie ne contient pas d'abcès. Le cœur est normal.

En résumé, il s'agissait d'une appendicite avec abcès consécutif. Mais il y avait ceci de particulier, que cet abcès réalisait la forme classique de l'*abcès en bouton de chemise*. Le foyer profond, le premier en date, est représenté par l'abcès rétro-cæcal; le foyer superficiel, par l'abcès du scrotum ; le point rétréci, le détroit faisant communiquer les deux foyers, est le trajet inguinal. C'est par là, en suivant le cordon, que le pus passa de la fosse iliaque dans les bourses. En outre, la paroi abdominale fut envahie : 1° directement par contiguïté avec le foyer rétro-cæcal ; 2° par une voie détournée, le pus arrivé à l'orifice superficiel du canal inguinal n'ayant pas seulement descendu dans les bourses, mais ayant remonté dans l'épaisseur de la paroi abdominale. Quant à la propagation pleurale, l'absence de perforation du diaphragme indique qu'elle s'est faite par les lymphatiques.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est surtout l'extension aux bourses de l'abcès rétro-cæcal.

A côté des cas ordinaires où l'abcès sous-péritonéal de la fosse iliaque s'ouvre à la paroi abdominale près de l'épine iliaque antéro-supérieure [deux tiers des cas, d'après Peyrot (1), Walther (2)] et des cas moins communs où cette ouverture se fait dans le cæcum ou dans le péritoine, il en est de beaucoup plus rares où l'on a vu la suppuration paraître à la partie supérieure de la cuisse, en avant des vaisseaux fémoraux, au-dessus du petit trochanter, après avoir envahi la gaine du psoas, dans le petit bassin, à la région lombaire, à l'échancrure sciatique, se faire jour dans le rectum ou dans le vagin; il en est enfin de tout à fait exceptionnels, où la collection s'est ouverte dans la vessie ou dans l'utérus (Dance, Husson), dans le côlon ascendant [Strümpell (3)], dans la poitrine après perforation du diaphragme (Hammernjk), dans le poumon après formation d'un abcès sous-diaphragmatique, dans l'artère iliaque (4), dans la veine cave (Demaux), à travers l'os coxal, par le trou obturateur, dans l'articulation coxo-fémorale (5), près

(1) Peyrot. *Manuel de pathologie externe*, t. III.
(2) Walther. *Traité de chirurgie*, t. VII.
(3) Strumpell. *Traité de pathologie spéciale*, t. I.
(4) Jalaguier. *Traité de chirurgie*, t. VI.
(5) Blachez. *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. Cæcum.

du grand trochanter (Vigla), à l'ombilic (A. Bérard), près de l'anus dans un cas de typhlite tuberculeuse (1), par plusieurs voies en même temps. On a vu aussi l'abcès fuser d'une fosse iliaque dans l'autre.

Le cas actuel appartient à cette catégorie de faits absolument rares. Il est à joindre aux deux cas, rapportés par M. Talamon, qui prouvent que l'abcès consécutif à l'appendicite peut se développer ou fuser dans les bourses. Il est à rapprocher surtout de l'observation de M. Jalaguier.

M. Talamon (2) dit en effet que : « Thurmann a rapporté un cas dans lequel l'abcès péri-appendiculaire formait une tumeur dans le scrotum, de la grosseur des deux poings. Un autre cas a été observé par Monks chez un enfant de treize mois, dont l'appendice fixé dans le scrotum s'était enflammé en donnant lieu à un abcès intra-scrotal. » D'autre part, chez le malade de M. Jalaguier, « une perforation appendiculaire avait donné lieu à un énorme abcès qui remontait derrière le côlon ascendant jusqu'au rein, remplissait la fosse iliaque, pénétrait avec le cordon spermatique dans le canal inguinal et arrivait jusqu'au fond des bourses ».

L'anatomie normale, qui explique par la disposition des plans aponévrotiques, par la continuité des lames et traînées cellulaires sous-péritonéales, par le trajet des vaisseaux, la plupart des cas d'ouverture commune ou insolite qui ont été rappelés plus haut, peut également rendre compte de la propagation d'un abcès de la fosse iliaque au scrotum et à la région hypogastrique : à l'orifice profond du trajet inguinal, la résistance existe, mais n'est pas très considérable ; dans le trajet même, le pus suit le cordon qui lui sert de conducteur et chemine au milieu de tissus mous ; dans le scrotum, enfin, entre le dartos d'une part, le crémaster et la tunique érythroïde de l'autre, existe « une couche celluleuse très lâche où se font les épanchements et les infiltrations de sang à la suite des contusions du scrotum (3) ». Donc couche admirablement propice au pus qui arrive par le canal inguinal. « Cette couche celluleuse, ajoute M. Tillaux, se continue avec la couche celluleuse de la verge qui présente les mêmes caractères, aussi les infiltrations se propagent aisément de l'une à l'autre région. » Ce qui arriva dans notre cas où, le lendemain de l'entrée du malade, la base de la verge commençait à se tuméfier. Les données anatomiques expliquent encore la propagation à l'hypogastre : en effet, le trajet inguinal n'a pas de paroi supérieure aponévrotique et les dernières fibres du petit oblique et du transverse arrivent jusqu'au cordon, par conséquent l'épaisseur même de la paroi abdominale peut être immédiatement envahie; d'autre part, autour de l'orifice superficiel du canal inguinal, le doigt décolle sans effort, et très loin, les téguments de l'abdomen ; l'envahissement sous-cutané de la paroi est donc aussi facilement réalisable.

Cette observation est encore intéressante, parce qu'elle est un nouvel exemple de pleurésie venant compliquer une typhlite ou une appendicite. Dans une thèse de Lyon, M. Croizet (4) regarde cette complication comme assez fréquente, elle siégerait presque toujours à droite (1 fois seulement sur plus de 30 cas, elle était à gauche); elle serait le plus souvent séreuse, quelquefois purulente, rarement sèche. Ici, il s'agissait d'une pleurésie séro-purulente, dont Forget, Le Dantec, Dupré, avaient déjà cité des exemples et qui est, d'après M. Maurin (1), « une complication excessivement grave, mais heureusement peu commune ». Ces pleurésies survenant au cours d'une typhlite sont analogues aux pleurésies qui compliquent quelquefois les lésions graves ou légères des organes abdominaux (affections du foie, de la rate, du péritoine, salpingites, kystes de l'ovaire, etc...) et s'expliquent comme elles, en général, par les communications lymphatiques si riches entre le péritoine et la plèvre; très rarement, il y a propagation directe par perforation du diaphragme.

(1) A. Benoit. Th. de Paris, 1893.
(2) Talamon. *Appendicite et pérityphlite*, 1892.
(3) Tillaux. *Anatomie topographique*.
(4) Croizet. Th. de Lyon, 1893.

Remarquons aussi la situation de l'appendice. Il était replié de bas en haut sous la face postérieure du cæcum. D'après M. Clado (2), on le trouve dans cette position une fois sur dix environ (dans 13 p. 100 des cas, d'après M. Lafforgue); « il en résulte, ajoute M. Clado, une coudure constituant un danger permanent d'obstruction. » Cette situation explique l'inflammation, facile dans le cas actuel, du tissu cellulaire de la fosse iliaque. Il y avait bien plus *para*typhlite, suivant l'expression d'Oppobzer, que *péri*typhlite. Le siège rétro-cæcal de l'abcès explique également la persistance de la sonorité au niveau de la tumeur. Cette sonorité de la paratyphlite est opposée par Albert (de Vienne) à la matité de la pérityphlite.

L'abondance du coli-bacille relatée dans la note de Papillon n'a rien que de naturel. Dans sa communication, M. Clado ajoutait que les suppurations appendiculaires contiennent le coli-bacille, et que constamment, à l'état sain, immédiatement après la mort, on le rencontre isolé dans l'appendice. La virulence, grande sans doute, des bactéries que contenait le pus, explique en partie les irradiations du foyer péri-appendiculaire et la gravité de l'état général ; mais quelque tare ignorée de l'organisme (peut-être le diabète) ne doit-elle point entrer en ligne de compte dans l'appréciation de ce cas si malheureux d'appendicite ?

DE L'ABSORPTION PAR LES VOIES URINAIRES

Par M. P. Bazy, chirurgien des hôpitaux.

(Note présentée à l'Académie des sciences par M. Bouchard.)

Si l'on consulte les traités classiques de physiologie, et parmi eux l'un des plus estimés grâce à la conscience et à la compétence de son auteur, j'ai nommé M. Mathias Duval, on constate que la vessie est un des organes recouverts d'épithélium qui ne soit pas doué du pouvoir absorbant.

Il est classique de dire que la vessie saine n'absorbe pas, — et l'on cite des expériences à l'appui; il est classique de dire que seule la vessie, dépouillée de son épithélium, peut absorber.

Des faits cliniques observés depuis longtemps m'avaient conduit à supposer que la vessie devait être douée du pouvoir absorbant. Des faits expérimentaux, poursuivis plusieurs mois, m'ont démontré d'une façon péremptoire que la vessie saine doit absorber.

En injectant un poison dans une vessie saine, on peut tuer un animal aussi sûrement qu'en injectant ce poison sous la peau, dans le rectum.

L'erreur dans laquelle on a vécu jusqu'ici reconnaît plusieurs causes, dont les principales me paraissent les suivantes : 1° On a confondu imbibition avec absorption; 2° On n'a pas employé de poison suffisamment actif pour que l'action en fût discutable;

(1) Maurin. Th. de Paris, 1891.
(2) Clado. Soc. de biol., in *Bull. méd.*, 1892.

3° On a employé des poisons inactifs par rapport aux animaux en expérience.

Je me suis servi, pour mes expériences, d'une sonde en caoutchouc rouge n° 8. Je n'ai jamais distendu la vessie, de façon à éviter l'intervention de la pression, de façon aussi à éviter de provoquer le besoin d'uriner et à faire passer ainsi l'urine dans l'urèthre. Je n'ai jamais lié l'urèthre, pour éviter l'absorption par la muqueuse uréthrale.

Je me suis servi de poisons chimiques et de poisons microbiens.

Dans ce dernier cas, tantôt j'ai injecté le poison microbien pur, tantôt j'ai injecté une culture de microbes.

Les poisons chimiques, pourvu qu'ils fussent violents, m'ont toujours donné des résultats immédiats. Quand ils n'ont pas agi immédiatement, ils paraissent avoir eu sur l'organisme une action telle que la mort a pu s'ensuivre à des intervalles plus ou moins éloignés.

La cocaïne, la strychnine, l'acide cyanhydrique médicinal tuent les animaux dans l'espace de quelques minutes; la cocaïne, mise en contact avec une large surface cutanée dépourvue d'épithélium, n'a aucune action; la belladone, le curare, la pilocarpine ne produisent leurs effets que beaucoup plus lentement et ne paraissent agir qu'en imprimant des troubles lents dans la nutrition des cellules.

L'eau paraît absorbée par la vessie : je dis paraît parce que la démonstration absolument rigoureuse de cette absorption, en se plaçant dans des conditions normales ou très voisines de la normale, ne me paraît pas possible.

L'absorption des poisons chimiques par la vessie me paraît jeter un certain jour sur la pathologie urinaire et fournir l'explication des différences énormes qui existent au point de vue de l'évolution entre les rétentions vésicales et les rétentions rénales, ces dernières permettant la conservation de l'état général et la survie pendant un temps infiniment plus long que les autres.

L'injection vésicale de poisons microbiens produit des effets non moins remarquables.

En prenant un microbe auquel le lapin est très sensible, je veux parler du pneumocoque, j'ai, sur six lapins injectés, eu cinq morts, dont trois sont morts dans l'espace de trois à cinq jours, avec des exsudats pleuraux et péritonéaux sans lésions rénales, fait très important pour l'histoire des infections urinaires.

Une macération de muscles gangrénés par le fibrion septique a été injectée à deux reprises dans la vessie, après avoir été filtrée au filtre Chamberland, et a tué le lapin après vingt jours.

Sur quatre lapins auxquels j'ai injecté la substance pyrétogène de Charrin, deux sont morts; l'un après sept jours, l'autre après quatorze jours.

Les conséquences de ces faits au point de vue de la pathologie humaine sont faciles à déduire, et la clarté qu'elles jettent sur la pathogénie des infections urinaires saute aux yeux : c'est un point sur lequel je me propose de revenir et que je développerai.

J'ai étudié l'absorption au niveau de l'urèthre et au niveau de l'uretère : l'absorption uréthrale m'a paru très active; l'absorption urétérale beaucoup moins active. Mais quand le liquide toxique arrive au niveau des calices, la mort est foudroyante avec les doses que j'ai employées.

REVUE DE LA PRESSE

Éclairage par transparence des cellules mastoïdiennes, par G. Caldwell. — En plaçant une lampe électrique dans le conduit auditif externe, on voit, si cette lampe est dirigée vers la paroi postérieure et si la pièce est bien obscure, l'apophyse mastoïde saine s'illuminer par transparence d'une lueur rouge. Parfois il sera utile de se servir d'un spéculum. En cas de collection purulente, la lueur rosée est absente, les cellules restent noires. En comparant avec le côté opposé, le diagnostic devient possible même dans les cas de mastoïdite sans douleur, sans gonflement même dans ceux si dangereux, où le pus tend à fuser en dedans. (*New-York Med. Journ.*)

Action de l'érysipèle sur les tumeurs malignes. — Coley a réuni tous les cas publiés où un érysipèle s'est développé, soit spontanément, soit après une inoculation thérapeutique sur une tumeur maligne. Il y a joint plusieurs cas personnels et aboutit aux conclusions suivantes : 1° l'effet curatif que peut avoir l'érysipèle sur les tumeurs malignes est nettement démontré; 2° son action est plus puissante sur le sarcome que sur le carcinome; 3° les inoculations dans le cas de tumeurs inopérables paraissent praticables et assez peu dangereuses; 4° l'action semblant due aux toxines sécrétées par les streptocoques, l'idéal serait l'isolement de ces toxines et leur emploi, de façon à avoir l'action thérapeutique sans l'érysipèle. (*New-York Med. Journ.*)

Nouveau traitement des cancers inopérables de l'utérus. — M. Bernhardt, dans six cas de cancers inopérables de l'utérus, a fait des injections interstitielles avec la solution suivante :

Acide salicylique	5 grammes.
Alcool à 60 degrés.	100 —

Dans une même séance, il injecte en plusieurs points différents quelques gouttes de la solution, injectant en tout 1 à 2 centimètres cubes. La réaction est variable, les douleurs et la fièvre sont parfois, le premier jour, assez vives. Mais on observe ensuite une réelle diminution de la fétidité, des douleurs, des métrorragies et même une diminution de volume de la néoplasie avec cicatrisation de points exulcérés. (*Rev. intern. de thérap.*)

Accidents réflexes dus à des bouchons cérumineux. — Theobald rapporte un fait de toux quinteuse et de gêne de la déglutition ayant persisté pendant un mois chez une femme de quarante-deux ans, et qui cédèrent après qu'on eut enlevé, par des lavages, un bouchon de cérumen. La toux réflexe d'origine auriculaire est fréquente. Il n'est pas très rare qu'elle fasse songer à une tuberculose au début. La gêne de la déglutition semble, au contraire, exceptionnelle. (*Med. Rec.*)

Accidents réflexes d'origine nasale. — Au dernier Congrès américain de laryngologie, Merrick, Roe ont rapporté toute une série d'accidents : troubles oculaires, céphalées, vertiges, sciatique, épilepsie même, guéris par le traitement d'affections nasales. Si curieux que soient ces faits, il est permis de se demander si la suggestion n'a pas joué un rôle important. La sciatique en particulier n'a-t-elle pas souvent été traitée et guérie par la cautérisation du lobule de l'oreille? (*Med. Rec.*)

Traitement de l'orchite blennorragique. — Laidier vante les badigeonnages faits avec la mixture suivante :

Acide phénique cristallisé en neige.	9 grammes.
Alcool.	1 —

Plusieurs couches sont appliquées sur le scrotum et sur le trajet du cordon. Contre la douleur, les injections sous-cutanées de cocaïne ont été employées avec succès.

Dilatation des bronches. — En cas de dilatation des bronches, Slewail aurait obtenu des succès en injectant directement dans la trachée jusqu'à 4 grammes du mélange suivant :

Huile d'olives	88 parties.
Menthol.	10 —
Gaïacol	2 —

(*Med. Rec.*)

Influence de l'ablation de la vésicule biliaire sur la digestion. — Cette ablation, qui est devenue une opération chirurgicale assez fréquente, modifie les conditions physiologiques de

la digestion, en rendant l'écoulement de la bile dans l'intestin continu, d'intermittent qu'il était. Küster avait soutenu que l'absorption des graisses serait profondément troublée et que l'opération entraînerait certainement des troubles généraux aussi profonds que le fait la thyroïdectomie. Ces craintes ne se sont pas justifiées cliniquement et Rosenberg, dans une série d'expériences faites chez le chien, a montré que le flux continu de bile qui s'écoule dans l'intestin après l'ablation de la vésicule, n'amène qu'une modification insignifiante dans l'absorption de l'azote (93,50 au lieu de 95,75) et des graisses (97,69 au lieu de 98,66). Ces chiffres sont les moyennes extrêmes des dosages journaliers, faits avant et après l'opération.

Intoxication par les coquillages. — M. Bardet a fait à la Société de médecine et de chirurgie pratique une étude spéciale de ces accidents très fréquents et parfois très graves. Non seulement les moules, mais les huîtres et tous les autres coquillages, les palourdes surtout, peuvent entraîner ces accidents. Ceux-ci sont particulièrement fréquents l'été. On trouve souvent parmi les coquillages qui ont causé l'intoxication, plusieurs qui paraissent anormaux, à foie grisâtre, gras et ramolli. Un seul coquillage ainsi altéré peut entraîner des accidents graves, dus sans doute à la formation d'un alcaloïde toxique.

En dehors des accidents de gastro-entérite intense, d'urticaire, M. Bardet signale en particulier : 1° les accidents cholériformes, dont le diagnostic avec le choléra peut être difficile ; 2° les troubles cardiaques avec affaiblissement, ralentissement du pouls, tendance syncopale ; 3° l'albuminurie toxique.

Le traitement immédiat doit consister dans l'administration soit d'un purgatif salin, soit d'un éméto-cathartique. L'antisepsie intestinale, prolongée pendant plusieurs jours après l'accident, sera très utile, surtout en cas d'albuminurie et de troubles digestifs persistants.

Contre les troubles cardiaques graves, les meilleurs moyens sont : 1° les injections sous-cutanées de caféine ; 2° l'usage interne de la trinirine (I à III gouttes de la solution alcoolique à 1 p. 100 par jour) ; 3° les inhalations de nitrite d'amyle.

Au point de vue de l'hygiène générale, M. Bardet insiste en terminant sur la fréquence relative de l'intoxication par les huîtres, regardées généralement comme absolument inoffensives et si souvent conseillées aux malades.

Ostéomyélite du temporal. — L'ostéomyélite du temporal est une complication assez fréquente des otites moyennes suppurées chroniques. Pouzat a pu en recueillir trois observations personnelles en dehors d'une quinzaine d'autres observations d'origine diverse. Comme sur les os longs, l'ostéomyélite se présente sous trois formes : aiguë, subaiguë ou même chronique. Elle est la cause fréquente d'hésitations et même d'erreurs de diagnostic. Le développement et la fréquence relative de cette affection s'expliquent naturellement par ce fait que les microbes de l'ostéomyélite existent normalement dans les sécrétions de l'otite moyenne suppurée.

Au point de vue clinique, on connaît actuellement :

A. Un type d'ostéomyélite aiguë généralisée à la pyramide entière et même à la portion voisine de l'occipital.

B. Plusieurs variétés d'ostéomyélites aiguës ou subaiguës limitées, suivant que l'affection atteint la partie antéro-supérieure de la mastoïde, la mastoïde entière, le conduit auditif osseux, etc. Le pronostic de l'ostéomyélite est en rapport avec la nature infectieuse de la maladie. Les abcès sous-périostés ou sous-dure-mériens de la phlébite des sinus et l'infection septico-pyohémique sont les conséquences naturelles de l'ostéomyélite.

Sur le temporal comme sur les autres os, la trépanation constitue la base du traitement chirurgical des ostéomyélites. Dans tous les cas où l'on pourra déterminer exactement le siège de l'abcès ou de la lésion osseuse, la trépanation sera pratiquée au point le plus malade ; on trépanera près de la pointe. Si les symptômes de douleur et de gonflement sont à la fois bien localisés et considérables sur la portion verticale des cellules mastoïdiennes, à plus forte raison si les malades ne présentent que des troubles généraux légers, malgré l'importance des phénomènes locaux, le diagnostic pourra hésiter alors entre un abcès intra-mastoïdien simple et une ostéomyélite limitée. La trépanation sera faite dans le quadrant antéro-supérieur de la mastoïde toutes les fois qu'avec un état général sérieux ou grave, on trouvera des symptômes de douleur et de gonflement, non seulement sur la mastoïde, mais aussi en avant du tragus ; le peu d'intensité des signes locaux, loin de contre-indiquer la trépanation, engagera, au contraire, à la pratiquer hâtivement, car il s'agit, dans ces cas, d'ostéomyélites aiguës généralisées. (*Ann. des mal. de l'oreille et du larynx.*)

Pronostic de l'obésité. — Kirsch a surtout étudié le pronostic de l'obésité au point de vue spécial des assurances sur la vie. Mais les règles qu'il donne sont applicables au point de vue du pronostic général et de la rigueur des indications thérapeutiques. L'obésité moyenne est compatible avec une longue survie et n'offre pas de danger particulier. Les antécédents héréditaires soit d'obésité, soit de diabète, soit d'hémorragie cérébrale rendent le pronostic beaucoup plus sévère. Mais le pronostic dépend surtout de l'examen des urines (albuminurie et glycosurie) et de l'état du cœur. L'irrégularité, les intermittences, le ralentissement du pouls sont toujours des signes graves chez l'obèse. Enfin, tout alcoolique obèse n'offre que des chances de survie extrêmement réduites. (*Wiener med. Presse.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

A l'occasion de sa nomination à l'Institut, un banquet sera offert à M. le professeur Potain, le jeudi 14 décembre à sept heures et demie, à l'Hôtel Continental. Le prix de la souscription est fixé à 20 francs.

Prière d'adresser les adhésions, avant le 10 décembre, à M. Vaquez, 82, boulevard Haussmann, ou à M. Clermont, rue Saint-Dominique, 17.

— Hier matin, dimanche, a eu lieu, à la Charité, l'inauguration d'une crèche modèle destinée aux femmes malades ayant des enfants âgés de deux ans au maximum. Cette crèche est située dans l'ancienne salle du service des accouchements. Elle comprend neuf lits et neuf berceaux.

— *Hôpital d'Elbeuf.* — Un concours pour une place de médecin s'est terminé par la nomination de M. Boyer.

— *Hôpitaux du Havre.* — Le concours pour deux places de médecin s'est terminé par la nomination de MM. Lemercier et Renaud.

Le concours pour deux places de chirurgien s'est terminé par la nomination de MM. Sorel et Lenormand.

— *Hôpitaux de Rouen.* — M. le docteur Lereffait est nommé médecin de l'Hospice-Général, en remplacement de M. le docteur Boucher, démissionnaire pour raison de santé.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bouchy (de Courbevoie), Pilon (d'Agen), Renaud (d'Harfleur).

— *Revue générale des sciences pures et appliquées* (1er décembre) n° 22. — Louis Ollivier : La médaille Davy et la loi des rotations. — A. Haller : La préparation industrielle des terres rares. — C. Laisant et E. Lemoine : Sur l'orientation actuelle de la science et de l'enseignement mathématiques. — Dr H. Vincent : L'origine bactérienne de l'ictère grave. — E. Demarçay : L'analyse quantitative et la spectroscopie. — P. Dehérain : Revue annuelle d'agronomie.

Le micrographe préparateur, journal mensuel de micrographie générale et de technique micrographique, publié sous la direction de M. J. Tempère, avec la collaboration d'un groupe de spécialistes. (N° 11, novembre 1893.) — Prix de l'abonnement :

pour la France, 12 francs; pour l'étranger, 15 francs.— Prix du numéro : 1 fr. 25. — Paris, J. Tempère, 168, rue Saint-Antoine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

5

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES
et GÉNITO-URINAIRES

LE TERPINOL ADRIAN

a les propriétés de l'essence de térébenthine, dont il dérive, mais il est plus facilement absorbé et surtout très bien toléré.

Se vend en CAPSULES de 15 centigrammes à prendre à la dose de 4 à 8 par jour.

PILULES et ÉLIXIR de TERPINE ADRIAN

77

AFFECTIONS
DU CŒUR ET DE LA RESPIRATION

Vin cardiaque du Dr Saison

SPARTÉINE, CONVALLAMARINE & IODURE DE POTASSIUM)

DOSES :

Adultes : 2 cuillerées à bouche matin et soir.
Enfants : 2 cuillerées à café matin et soir.

45

« Le suc d'ortie est le remède le plus certain contre l'hémoptysie et toutes les hémorragies.
Dr CHOMEL. »

SIROP HÉMOSTATIQUE DE PÉNEAU

AU SUC D'ORTIE

CURATIF ET PRÉVENTIF DES

Hémorragies, Pertes, Crachements de sang
Saignements de nez
Hémorragies intestinales

56

SANTAL-CAMPHRÉ LANGLEBERT

(CAPSULES D'ESSENCE DE SANTAL PURE ET DE CAMPHRE)

Ces capsules réunissent, en une seule préparation, l'effet spécifique de l'essence de santal pure et l'action sédative si marquée du camphre sur les organes génito-urinaires.

44

NI GASTRALGIES, NI ENTERALGIES !

ROB LECHAUX

La cuillerée à soupe contient :

Iodure de potassium recristallisé. 0gr 40
Extrait de quinquina calisaia. . . 0 20
Extrait de salsepareille 0 25

RACHITISME, SYPHILIS
ANÉMIES GRAVES
MALADIES DE LA PEAU
ADÉNOPATHIES STRUMEUSES

Envoi gracieux d'échantillons aux médecins.

164, rue Ste-Catherine, BORDEAUX, et phies.

34

VIN NOURRY IODOTANÉ

EXACTEMENT TITRÉ

Une cuillerée à bouche contient :
0gr,05 d'Iode
et 0gr,10 de Tanin,

exempt de tout iodure alcalin.

Par son assimilation et sa tolérance parfaites, le **VIN NOURRY** est le curatif par excellence des affections qui ont l'Iode ou les Iodures pour base de traitement, telles que : **Lymphatisme, Scrofule, Anémie, Menstruations difficiles**, etc.....

DOSES. — Enfants : 1 cuillerée à café;
Adultes : 1 cuillerée à soupe,
avant les deux principaux repas.

Paris, 28, rue Saint-Claude, et Pharmacies.

42

BAIN DE PENNÈS

HYGIÉNIQUE, RECONSTITUANT, STIMULANT,
Remplace **Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux**, surtout les **bains de mer**,
Exiger Timbre de l'État — Pharmacies. **Bains.**

60

ÉLIXIR D'EUCALYPTOL VOIRY

LE SEUL
CHIMIQUEMENT PUR

99

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

67

CAPSULES

DE

MYRRHOLINE

(EXTRAIT OLÉO-RÉSINEUX
DE **MYRRHE)**

TONIQUE — STIMULANT
BALSAMIQUE

contre les AFFECTIONS DE L'ESTOMAC
et des MUQUEUSES EN GÉNÉRAL

CAPSULES

DE

MYRRHOLINE

CRÉOSOTÉE

contre les AFFECTIONS GRAVES
DES VOIES RESPIRATOIRES

PRÉPARÉES PAR

H. KUENEMANN

Pharmacien de 1re classe, lauréat des hôpitaux,

28, rue de Grammont, Paris

ENVOI GRATIS ET FRANCO

A MM. LES MÉDECINS QUI EN FERONT LA DEMANDE POUR EXPÉRIMENTER

22

HAMAMELINE-ROYA

Principe actif de l'HAMAMELIS-VIRG :
HÉMORRAGIES, PHLÉBITES, HÉMORROÏDES, VARICES, MÉTRITES, ETC. — *3 cuillerées à soupe par jour.*
Phie LACHARTRE, 19, rue des Mathurins, Paris.

44

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure;*
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

99

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE

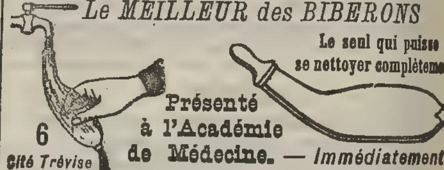
Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

PRIX du flacon : 4 francs.
DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

69

LE PARFAIT NOURRICIER

Le MEILLEUR des BIBERONS



— *Immédiatement adopté par les Hôpitaux et les Crèches*

66

COTON IODÉ DU Dr MÉHU

Adopté dans les hôpitaux de Paris.

Le **Coton iodé du Dr Méhu** est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau et un révulsif énergique dont *on peut graduer les effets à volonté.* Son action est plus sûre et plus profonde que celle de la teinture d'iode. Il remplace avec grand avantage le papier moutarde, l'huile de croton tiglium, le thapsia et souvent même les vésicatoires.

Pharmacie Thomas, 48, avenue d'Italie, Paris.

55

APIOL
DES DOCTEURS JORET & HOMOLLE

Aménorrhée, Dysménorrhée, Métrorrhagie.

ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARIS.

1 caps. 0,20 cent. matin et soir pendant 5 à 6 jours à l'époque présumée des règles.

Dépôt général: Phie BRIANT, 150, rue Rivoli.

72

PILULES (RHÉO-FERRÉES) VIGIER

spéciales contre la constipation.— 1 à 2 au dîner.

54

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'ANTIPYRINE en boîtes fer blanc de 50 et 100g.
Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.
Compagnie Parisienne de Couleurs d'Ani
31, rue des Petites-Écuries, Paris

N° 140. — JEUDI 7 DÉCEMBRE 1893. 66e ANNÉE. JEUDI 7 DÉCEMBRE 1893. — N° 140.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a entendu plusieurs communications intéressantes. Signalons d'abord un rapport de M. Chauvel sur un travail de M. Demosthènes (de Bucharest) relatif à l'action des nouveaux projectiles de petit calibre sur le corps humain. Il résulte des expériences de M. Demosthènes avec le nouveau fusil roumain, comme d'ailleurs des expériences de MM. Chauvel, Delorme avec le fusil Lebel, que les balles soi disant « humanitaires » sont terribles dans leurs effets. Outre la longue distance qu'elles atteignent, elles peuvent blesser plusieurs hommes ; les blessures qu'elles causent sont des plus graves; elles coupent les artères et déterminent des hémorragies, elles causent sur les os des fractures esquilleuses à grand fracas, elles font éclater les viscères; elles se fragmentent en petits morceaux au milieu des tissus, etc. On le voit, rien n'y manque et si jamais il est donné d'étudier les effets de ces balles sur de grandes masses, on peut prévoir que les chirurgiens militaires auront fort à faire.

Nous avons à signaler un autre rapport intéressant; c'est celui de M. Magitot, sur un travail de M. Jarre relatif à la pathogénie et au traitement du tic douloureux de la face, cette affection à la fois si pénible et si rebelle. Des recherches de M. Jarre, il semble résulter que le traitement rationnel du tic douloureux doit consister dans l'ablation du segment du bord alvéolaire comprenant le foyer d'origine du mal. Les résultats obtenus par M. Jarre sont des plus encourageants et le conseil qu'il donne est bon à suivre.

M. Worms, qui a déjà fait à l'Académie plusieurs communications sur le diabète, poursuit l'étude de ce qu'il appelle les vétérans du diabète, et il fait de nouveau connaître les résultats de son observation sur cette forme de diabète à évolution lente, devenue si fréquente depuis quelque temps et passant souvent inaperçue ou étant longtemps méconnue. Cette forme de diabète, exceptionnelle sur les ouvriers ou les gens de modeste condition, s'observe surtout sur les gens de classes élevées, se livrant aux travaux intellectuels, se trouvant à la tête de grandes affaires, ayant de grandes responsabilités, etc.

D'après M. Worms, ces malades peuvent et doivent facilement se soigner de façon à atteindre encore une certaine longévité, sans pour cela jamais guérir complètement de leur diabète.

M. Albert Robin a communiqué la première partie d'une étude fort intéressante sur les albuminuries phosphaturiques. Il a émis, sur ce sujet, des idées tout à fait nouvelles et toutes personnelles sur la pathogénie de ces albuminuries et il a tiré des conclusions fort curieuses au point de vue thérapeutique, nous attendrons la fin du travail de M. Robin pour en donner un résumé.

L'Académie s'est adjoint un nouveau membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire. Son choix s'est porté sur M. Mégnin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Tillaux.

Luxations du maxillaire inférieur.

(Leçon clinique recueillie par le docteur Paul Thiéry, chef de clinique.)

Le malade dont nous allons nous occuper est un jeune homme de vingt-cinq ans. Dans son enfance, il a déjà eu un écrasement de la tête d'un métacarpien; en 1887, brûlure du bras par fonte en fusion ; en 1891, entorse du pied gauche ; en 1892, hydarthrose traumatique du genou gauche; en 1893, luxation du coude réduite sous le chloroforme et enfin, le 4 novembre dernier, luxation de la mâchoire inférieure : tels sont les antécédents chargés de ce malade.

Le 4 novembre dernier, il tombe : une roue de voiture passe sur la mâchoire inférieure (?). Ce dernier renseignement n'est pas très net et expliquerait plutôt une fracture qu'une luxation ; peut-être l'effroi du malade, qui poussait des cris, explique-t-il mieux l'ouverture de la bouche nécessaire pour produire ce genre de lésion.

A Rueil, le docteur Lavie fait le diagnostic de luxation *bilatérale*. Un premier essai de réduction est fait, mais sans succès.

Le lendemain, sous le chloroforme, M. le docteur Lavie réduit la luxation du côté droit; mais à gauche, la réduction ne peut être obtenue et le malade est envoyé dans mon service.

A son arrivée, les signes que présentait le patient sont les suivants : la bouche était ouverte et il ne pouvait la fermer,

l'écart était considérable entre les arcades dentaires. De plus, toute la mâchoire est déjetée à droite, à tel point que l'espace qui sépare les deux incisives supérieures correspond à l'interstice de la canine et de la première petite molaire du maxillaire inférieur : la mâchoire est projetée en avant : l'angle du maxillaire est notablement plus distant du lobule de l'oreille que du côté sain.

On donne comme signe classique une dépression préauriculaire correspondant à la place normalement occupée par le condyle. Au jour de l'accident, ce signe existait manifestement des deux côtés. Mais, aujourd'hui, ce signe semble faire défaut, il y a même, à ce niveau, une légère saillie.

Tous ces signes de luxation de la mâchoire, nous les retrouvons, sauf le dernier. Néanmoins il est des cas difficiles où ils ne suffisent pas à établir le diagnostic.

Un autre signe est fourni par la saillie intra-buccale du bord antérieur de l'apophyse coronoïde qui est alors portée fortement en avant : chez notre malade, ce signe est typique, car on sent l'apophyse coronoïde dans toute sa hauteur ; on en peut presque contourner le bec. C'est là un signe de grande valeur qui m'a déjà permis de faire des diagnostics difficiles et sur lequel j'attire toute votre attention, car il est facile à retrouver, quelle que soit la difformité du maxillaire qui pourrait induire en erreur, chez les prognathes par exemple.

Ordinairement les signes physiologiques sont très nets : il y a douleur intense ; les malades ne peuvent ni mastiquer, ni avaler : la parole est elle-même difficile.

Mais, aujourd'hui, tous ces signes se sont beaucoup modifiés sur notre malade : la luxation existe toujours malgré la tentative de réduction dont je vais vous parler, mais la symptomatologie en est fort changée : les dents se touchent actuellement ; il y a trois jours, il y avait encore un écart de 6 millimètres qui n'existe plus aujourd'hui.

Le 8 novembre, je fis à trois reprises, sans anesthésie, une tentative de réduction. Malgré le soin que j'y mis, je ne pus réduire.

Voilà donc un jeune homme atteint de luxation unilatérale gauche du maxillaire inférieur.

La question de l'irréductibilité a été fort étudiée et discutée. Vous savez que normalement l'abaissement de la mâchoire ne peut avoir lieu sans prépulsion. Pourquoi donc le moindre écart rend-il cette prépulsion durable et permanente, le condyle ne pouvant réintégrer la cavité glénoïde : quel est le mécanisme qui fixe le condyle dans la fosse zygomatique ?

I. La plus ancienne théorie est la *théorie musculaire* émise par Jean-Louis Petit et à laquelle je me rattache actuellement. C'est le masséter et le ptérygoïdien interne, muscles élévateurs par excellence de la mâchoire inférieure, qui au lieu d'avoir une direction d'action normale, c'est-à-dire de haut en bas et d'avant en arrière, exercent, lorsque le condyle est prépulsé, une traction sur le maxillaire inférieur en arrière de l'axe transversal normal qui est situé sensiblement au niveau de l'orifice du canal dentaire. L'axe étant transporté en avant de la puissance, de la ligne d'action, la rétropulsion ne peut avoir lieu.

La luxation se produit donc, quand le condyle a dépassé en avant la ligne d'action des muscles ptérygoïdien interne et masséter.

II. Boyer avait adopté aussi une théorie musculaire, mais il incriminait le ptérygoïdien externe : c'est là une simple hypothèse.

III. Une autre théorie est celle de Hunauld, reprise par Nélaton en 1849, admise sans conteste par Malgaigne et les auteurs du *Compendium* : il y a vingt ans, elle était presque classique. C'est la théorie de l'*accrochement prémalaire* par l'apophyse coronoïde suffisamment abaissée pour passer au-dessous du tubercule malaire, et pour l'accrocher. Une pièce de Nélaton, déposée au musée Dupuytren, semblait la démontrer.

Chez notre malade même cette disposition semble presque exister : d'ailleurs la réalité de cet accrochement n'est pas impossible quoique difficile à cause de l'attache du tendon du crotaphyte qui s'accommode peu à l'accrochement. Mais elle n'explique pas tous les cas.

IV. Une théorie voisine est celle du *contact rétromalaire* d'Alexandre Monro : cet auteur faisait remarquer que l'accrochement n'était pas nécessaire pour expliquer l'irréductibilité. Il suffit que la convexité du bord antérieur du coroné vienne presser sur le bord convexe de l'os malaire. Cela est encore possible.

V. En 1868, M. Mathieu, agrégé du Val-de-Grâce, proposa une théorie anatomique basée sur la présence du *ménisque* biconcave inter-articulaire.

Dans les mouvements physiologiques de la mâchoire, il semble que le ménisque accompagne le condyle : mais, si le mouvement est poussé trop loin, le condyle passe en déchirant la capsule au-dessous du ménisque, celui-ci reste en arrière, prend la place du condyle déplacé et celui-ci ne peut plus reprendre sa place.

VI. En 1886, M. Farabeuf fit une communication à la Société de chirurgie sur ce sujet et, sans rejeter absolument les théories précédentes, il crut qu'il fallait faire jouer un rôle important aux *ligaments stylo et sphéno-maxillaires*. Il les croit beaucoup plus résistants qu'on ne l'avait dit : ils sont tendus par suite du changement de direction du maxillaire : et, comme on ne peut réduire sans porter en avant l'angle du maxillaire, il y a lutte entre ces ligaments qui s'opposent à l'action des muscles et les efforts de réduction.

Je reste partisan de la théorie musculaire de Jean-Louis Petit.

La luxation produite, il faut la réduire le plus tôt possible.

Le coup de poing sous le menton souvent employé est un procédé peu physiologique et trop brutal.

Il vaut mieux porter les pouces dans la bouche pour exercer une pression favorable. Quelle que soit la théorie à laquelle on se rattache, il faut d'abord abaisser le maxillaire pour dégager le condyle et l'apophyse coronoïde accrochée ou non, puis le maxillaire abaissé, il faut le repousser en arrière.

On arrive à ce double mouvement en interposant, entre la partie moyenne du bord alvéolaire, un corps étranger résistant.

Nélaton proposait de porter les pouces enveloppés de linge sur les molaires, puis d'exercer une pression directe en bas et en arrière.

Je crois avoir modifié un peu le procédé en conseillant d'appliquer les pouces dans le vestibule à la base de l'apophyse coronoïde, ce qui empêche le pincement des doigts du chirurgien entre les arcades dentaires.

C'est la première fois que j'échoue avec ce procédé, mais je n'avais pas employé le chloroforme.

Aujourd'hui, je vais endormir le malade et essayer de nouveau la réduction par ce procédé, si je ne puis y parvenir, je ferai emploi de la pince de Stromeyer qui donne une force considérable.

Si j'échoue même avec la pince, j'en resterai là, car l'expérience démontre que, chez les malades chez lesquels on n'a pu obtenir la réduction, les fonctions du maxillaire se rétablissent assez bien. Dans le cas contraire, il y aurait lieu plus tard de faire la résection du condyle, mais même après cette opération, il peut y avoir échec : peut-être alors pourrait-on sectionner la coronoïde; si ces deux opérations ne réussissent pas il n'y aurait comme ressource extrême que la résection de la branche montante.

Nota. — Le malade a été endormi et, après quelques efforts infructueux d'abord, la réduction a pu être obtenue suivant le procédé indiqué par M. Tillaux.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. SIMON.

Les affections organiques du cœur chez l'enfant.

(Conférence recueillie par le docteur A.-F. PLICQUE, ancien interne des hôpitaux.)

Les affections organiques du cœur ne sont pas absolument rares dans l'enfance. Parmi les malades de notre salle j'ai pu, ce matin même, vous en montrer deux beaux exemples. L'occasion est donc favorable pour étudier les particularités que présentent leurs localisations, leurs symptômes, leur évolution, leur diagnostic, leur pronostic et leur traitement.

Les affections du cœur chez l'enfant atteignent le plus souvent la valvule mitrale. L'insuffisance mitrale isolée est assez fréquente, mais il y a, plus souvent encore, à la fois insuffisance et rétrécissement. L'insuffisance aortique est beaucoup plus exceptionnelle que chez l'adulte. Quand elle existe, il est bien rare qu'elle soit très prononcée et constitue une lésion d'une réelle importance. En même temps que l'endocardite, il est fréquent de trouver des lésions de péricardite. Tantôt ces lésions consistent en un simple dépolissement de la séreuse, tantôt il y a des néomembranes. Mais les adhérences complètes, la symphyse cardiaque, ne se rencontrent que très accidentellement. Toutes les fois que vous constaterez des lésions de péricardite, vous pouvez être presque absolument sûr qu'il y a en même temps des lésions d'endocardite. La réciproque n'est pas vraie et l'endocarde peut être touché isolément. Enfin, en même temps que l'endocardite ou la péricardite il y a, d'une façon presque constante, une augmentation de volume du cœur, due à l'hypertrophie cardiaque.

Toutes ces lésions, alors même qu'elles sont très prononcées, sont souvent en apparence tolérées de façon complète. Les enfants ne se plaignent guère de ces douleurs, de ces sensations de plénitude, de ces battements cardiaques douloureux, de ces palpitations qui empoisonnent l'existence des cardiaques adultes. Le jeune malade couché au n° 31 de notre salle, peut courir avec sa lésion, sans paraître en souffrir. Il a sans doute, après qu'il a couru longtemps, des battements désordonnés du cœur, mais ces battements ne sont pas douloureux. Les accidents de dyspnée, si fréquents chez l'adulte, manquent également chez l'enfant. Tout au plus, après des efforts violents, observe-t-on une anhélation légère, constatée plutôt par le médecin, qu'elle n'est perçue par le petit malade. Mais la dyspnée grave ne se voit guère que dans les cas de symphyse cardiaque étendue, de compression du cœur par un épanchement péricardique. Aussi, la découverte des affections organiques du cœur chez l'enfant est-elle bien souvent purement accidentelle. C'est en auscultant un enfant à l'occasion d'une bronchite, c'est en l'auscultant dans quelque autre affection fébrile, absolument étrangère au cœur en apparence, et pour obéir à cette règle qui veut qu'on ne néglige aucun organe dans un examen clinique, qu'on est surpris de découvrir un souffle ou des frottements.

Mais si les troubles fonctionnels sont peu accentués, les symptômes physiques ont, par contre, une netteté très grande. A elle seule l'inspection, si vous suivez le vieux précepte de Bouillaud et si vous mettez bien la région précordiale en lumière, suffirait presque à affirmer la lésion cardiaque. Chez notre malade du n° 31, je vous ai montré ce matin avec quelle netteté se dessine la voussure cardiaque. Mais en même temps que les côtes sont soulevées, les espaces intercostaux sont déprimés; ils ne sont pas distendus, élargis comme dans les épanchements péricardiques. En examinant la région, vous avez aussi constaté facilement que la pointe battait très bas, très en dehors du mamelon. Vous avez constaté, de plus, que le creux épigastrique présentait, lui aussi, des battements, ou plutôt des mouvements d'ondulation, signe intéressant car il indique l'hypertrophie du ventricule droit. A la base, enfin, existent des oscillations avec alternance de soulèvement et de dépression qui confirment l'intensité de l'hypertrophie cardiaque.

A la percussion, nous trouvons une zone de matité, ayant environ 10 centimètres en tous sens. D'après l'inspection, on pouvait peut être croire à une matité plus étendue. Mais il ne faut pas oublier que chez l'enfant le cœur est, plus encore que chez l'adulte, recouvert par le poumon. A peine si la matité du cœur normal s'étend sur une zône de 4 à 5 centimètres. La matité est donc, chez notre malade, considérablement accrue.

A la palpation, on constate un frémissement cutané, une vibration des plus nettes.

L'auscultation donne des résultats non moins évidents, mais qui demandent à être analysés de plus près. A la pointe, au premier temps, existe un bruit de souffle très intense, un peu rude, souffle d'insuffisance mitrale. A mesure qu'on s'éloigne de la pointe pour se rapprocher de la base, le souffle disparait. Il est remplacé par un bruit de va et vient, de navette simulant à la rigueur un souffle, mais qui ne va pas en s'effilant comme un souffle, qui n'en a pas la rudesse, la sécheresse, l'inégalité. Ce sont là des bruits de frottements péricardiques. A la base, enfin, on retrouve un souffle très léger, très doux, se propageant vers le centre du ventricule, souffle couvrant le deuxième temps du cœur et signe d'une légère insuffisance aortique. Le pouls confirme ce diagnostic ; il est, en effet, vibrant, récurrent, et ces caractères, très nets au doigt, sont encore plus nets sur les tracés sphygmographiques que nous avons pris. Avant d'admettre une insuffisance aortique chez l'enfant, il est toujours nécessaire de compléter les résultats de l'auscultation par l'examen du pouls. Il n'est pas rare, en effet, de voir des péricardites limitées à la base, à l'infundibulum.

Le deuxième temps du frottement est alors si bien limité à la région de la base, qu'il est souvent pris pour un souffle d'insuffisance aortique. Mais, en dehors de cette possibilité d'erreur, on peut dire que l'examen du cœur est des plus faciles chez l'enfant. Seules, les lésions de symphyse cardiaque, rares d'ailleurs, sont délicates à diagnostiquer. Le signe le moins infidèle est alors fourni par l'inspection ; la paroi subit un mouvement de retrait à chaque contraction du cœur. Les contractions cardiaques sont très faibles. Dans le cas où des lésions valvulaires ne détermineraient qu'un souffle douteux, vous pouvez toujours rendre ce souffle intense et évident, en employant le procédé de M. Azoulay : le relèvement des membres supérieur et inférieur. Dans le cas, enfin, où vous hésiteriez entre un souffle valvulaire et un souffle liquidien d'origine anémique, auscultez dans le dos du côté gauche. Les souffles organiques s'y entendent très bien, tandis que les souffles liquidiens y déterminent au plus un murmure vague et presque imperceptible.

Alors même qu'il existe des lésions organiques certaines et très prononcées, la tolérance reste presque toujours parfaite. Des années se passent sans qu'il survienne d'œdème malléolaire, de congestion pulmonaire ou hépatique, d'insuffisance rénale. L'état général est bon ; à peine se produit-il un peu d'anémie. Cette tolérance remarquable s'explique par la jeunesse de tout le système vasculaire, par l'intégrité complète du réseau artériel et veineux par l'élasticité des capillaires, ces cœurs périphériques, enfin, et surtout, par l'énergie du muscle cardiaque. Dans les cas les plus favorables, il semble même que les lésions aillent plutôt en s'atténuant avec l'âge, que le développement tende à les améliorer, à rétablir l'équilibre rompu.

Bien que les guérisons complètes soient absolument exceptionnelles, le pronostic est donc et reste pour des années relativement bénin. C'est dans les péricardites avec adhérences étendues, qu'il est le plus grave et qu'il persiste le plus de danger d'asystolie. Les lésions mitrales permettent une survie très longue, avec une santé tolérable. L'insuffisance aortique est particulièrement bien tolérée. Le danger de mort subite qui, chez l'adulte, domine et assombrit le pronostic de l'insuffisance aortique, même la mieux tolérée, n'existe pas chez l'enfant. Pour qu'un tel accident fût à craindre, il faudrait une insuffisance énorme et surtout une insuffisance compliquée de lésions péricardiques.

Cette bénignité du pronostic vous surprend peut-être. Mais, pour l'admettre, il vous suffira d'examiner les deux petits cardiaques, actuellement dans notre salle, et de voir la façon dont ils tolèrent leur affection. Il vous suffira, à la consultation, de voir avec quelle fréquence l'examen physique fait découvrir des lésions cardiaques chez des enfants amenés pour une tout autre cause et qui ne présentent aucun trouble fonctionnel du côté du cœur. Cette bénignité relative du pronostic persiste même dans les cas très rares où les lésions sont telles qu'elles entraînent des accidents d'asystolie. J'ai vu des enfants atteints d'accidents asystoliques extrêmement graves, presque moribonds, résister et finir par guérir, alors que leur état avait paru complètement désespéré.

Quelques mots, après cet exposé, suffiront relativement au diagnostic. L'inspection et la percussion ne laisseront aucun doute sur l'hypertrophie du cœur et l'irrégularité de ses battements. Pour l'auscultation, les souffles de la pointe sont d'interprétation facile. Au contraire, les bruits secs, allant et venant comme une navette, bruits de frottements péricardiques, simulent parfois un souffle d'insuffisance. Le pouls vibrant, récurrent (pouls de Corrigan), le crochet qui se forme à la pointe du tracé sphygmographique, l'existence d'un double souffle crural, vous permettraient toujours de sortir d'embarras. Enfin, je vous ai montré comment l'auscultation, faite en arrière du côté gauche, permettait de distinguer les souffles organiques des bruits purement liquidiens de la chlorose.

Dans le traitement, l'hygiène tiendra une place bien plus grande que les médicaments. Les frictions seront très utiles pour exciter les fonctions de la peau et activer la circulation. Le massage sur les membres inférieurs, la région lombaire, sera également utile, à condition d'être pratiqué avec prudence et douceur. L'exercice sera recommandé, la gymnastique même pourra être conseillée, mais à condition d'être dirigée avec ménagements, d'éviter toute fatigue et tout effort. Il sera très important d'éviter les rhumes qui troublent souvent profondément et pour longtemps la circulation pulmonaire. Vous y parviendrez à la fois par des précautions contre les refroidissements (bonnes chaussures, vêtements suffisamment chauds) et par les frictions de la peau, un des meilleurs moyens d'aguerrissement contre le froid.

La révulsion sur le cœur par des applications fréquentes de pointes de feu, de vésicatoires volants, sera très utile pour combattre les reliquats d'inflammation qui persistent toujours. On a comparé les inflammations du cœur aux inflammations des synoviales articulaires. Cette opinion est certainement exagérée. Mais il est certain que la révulsion peut rendre des services presque égaux à ceux qu'elle rend dans les arthrites. Vous ferez bien également de conseiller de recouvrir en permanence la région précordiale avec une feuille d'ouate et un taffetas gommé.

Les principales indications médicamenteuses sont les suivantes. De temps à autre, les cardiaques offrent des poussées fébriles. Ces poussées paraissent de nature rhumatismale et le salicylate de soude à faibles doses réussira très bien contre elles. Quand les battements cardiaques deviennent précipités, irréguliers, vous donnerez la teinture de digitale à la dose de x à xx gouttes. Si les battements sont en même temps très faibles, vous préférerez l'infusion de 20 à 30 centigrammes de poudre de feuilles de digitale. Ne donnez jamais la digitale plus de cinq à six jours de suite, pour éviter les effets d'accumulation.

De temps en temps, en cas de palpitations, de faiblesse circulatoire, vous pourrez également donner, afin de ne pas employer constamment la digitale, un peu de café et surtout de caféine.

A une période encore voisine du début, l'iodure de potassium paraît, comme la révulsion, très utile, pour activer la résorption des exsudats plastiques laissés par le rhumatisme. C'est un médicament que les enfants supportent très bien, même à fortes doses. Mais, dans le cas particulier, des doses quotidiennes de 20 à 25, au plus de 50 centigrammes chez des enfants de douze à treize ans seront parfaitement suffisantes. Ne prolongez pas trop longtemps l'emploi de l'iodure. Dans les premiers jours, il active la circulation, mais, ensuite, il la diminue et est une cause réelle d'affaiblissement général.

Les cardiaques et surtout les enfants atteints d'affections cardiaques consécutives à la chorée présentent souvent des troubles nerveux : insomnie, agitation, palpitation. Le bromure de potassium à dose de 1 à 2 grammes par jour est

alors très utile. Mais vous ne devez le donner que quelques jours, au moment des crises de nervosisme; car, comme tous les sels de potasse, il est très anémiant et très débilitant. J'ai vu un petit malade qui ne pouvait prendre du bromure plus de huit jours de suite sans présenter des épistaxis très abondantes.

Les toniques sont extrêmement utiles, mais devront être choisis avec soin. L'arsenic sera donné pendant quinze jours par mois. A chaque repas, un enfant de douze ans prendra une cuillerée à soupe de la solution que vous me voyez si souvent prescrire :

Arséniate de soude. . . 5 centigrammes.
Eau. . . . . 250 grammes.

Le phosphate de chaux doit être également recommandé. Vous donnerez simplement une pincée de poudre à chaque repas. Le fer est extrêmement nuisible par suite des congestions qu'il entraîne, mais vous pouvez prescrire l'hémoglobine. L'hémoglobine renferme du fer en très petite quantité, sous une forme chimique spéciale. Elle est bien tolérée et vous rendra, chez les cardiaques anémiques, des services réels. L'emploi de l'huile de foie de morue est rarement possible; pour que ce médicament ne soit pas plus nuisible qu'utile, il faut qu'il ne détermine aucun trouble digestif. Maintenir l'intégrité de l'appareil digestif par une bonne hygiène, une alimentation de choix, par une grande réserve dans l'emploi des médicaments mal tolérés par l'estomac, est, chez les cardiaques, une indication fondamentale.

La constipation assez fréquente est une source d'indications importantes. Négligée elle entraîne des troubles dyspeptiques, une congestion du système porte et de la circulation abdominale. Vous la combattrez par le régime et en alternant les laxatifs : rhubarbe, magnésie, manne, mannite, eau de Montmirail, eau de Chatelguyon.

Très rarement vous aurez à combattre des accidents d'hydropisie. Le régime lacté, les diurétiques, les laxatifs et surtout la digitale en triomphent d'ordinaire facilement. Il sera tout à fait exceptionnel que l'œdème des membres inférieurs vous force à faire des mouchetures capillaires comme chez l'adulte.

Je terminerai par une contre-indication d'une importance pratique extrême. Les bains de mer et même le séjour au bord de la mer doivent être formellement interdits aux enfants cardiaques. Ce séjour serait presque fatalement, chez eux, l'origine d'accidents congestifs et de nouvelles poussées rhumatismales. Les eaux minérales doivent être aussi formellement défendues. Parfois les accidents rhumatismaux semblent indiquer une saison à Aix ou à Luchon, l'anémie une saison à Luxeuil. Ces saisons sont parfois bien tolérées, mais il est rare qu'elles ne soient pas plus nuisibles qu'utiles. Vous connaissez, chez les cardiaques adultes, ces désastres qui suivent souvent les cures thermales. Bien des cardiaques atteints de cirrhose cardiaque vont de leur propre mouvement à Vichy, bien d'autres atteints d'oligurie essayent de Contrexéville. Quelques-uns même croient pouvoir faire leur cure sans direction médicale. Ceux-là, croyez-le bien, ne reviennent guère de cette tentative hasardée. Malgré la tolérance beaucoup plus grande des enfants, les cures thermales doivent, chez eux, être absolument défendues dans tous les cas de lésions cardiaques même légères.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 décembre 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire.

Au premier tour de scrutin, M. Mégnin est élu par 55 voix, contre 26 données à M. Raillet et 1 bulletin blanc, sur 82 votants.

COMMUNICATIONS

Action des projectiles de petit calibre sur le corps humain. — M. CHAUVEL fait un rapport sur un travail de M. Démosthènes (de Bucarest), relatif à l'action des nouveaux projectiles sur le corps humain.

L'arme qui a servi à M. Démosthènes est le fusil roumain, un Mannlicher à quatre rayures hélicoïdales, dont la balle a 6mm 1/2 de diamètre et 31 millimètres de longueur. La force de pénétration de ce projectile est trois fois plus grande que celle des projectiles des fusils des autres puissances européennes.

Les expériences ont été faites sur des chevaux vivants et sur des cadavres humains placés à des distances variant entre 5 mètres et 1400 mètres.

Parmi les résultats obtenus, M. Chauvel signale les suivants :

Lorsque la balle ne rencontre aucun obstacle sérieux, elle ne s'échauffe pas, elle ne saurait donc produire de brûlure. Elle traverse une boîte de soufre sans l'enflammer.

Sur cinq cadavres placés à 50 centimètres en arrière des uns des autres, et à 600 mètres du tir, trois ont pu être touchés par la même balle.

Voici maintenant les lésions particulièrement graves qui ont été notées dans ces expériences. On va voir qu'il y a loin des résultats obtenus par M. Démosthènes, aux prévisions si favorables des chirurgiens allemands sur l'action de ces projectiles, baptisés par eux « humanitaires ».

Ces résultats ont d'autant plus d'importance qu'ils sont les mêmes que ceux qui résultent des expériences de M. Chauvel avec le fusil Lebel.

Sur les tissus mous, la porte d'entrée et de sortie des nouveaux projectiles est plus étroite qu'avec les anciens projectiles et l'étendue des désordres est peut-être moindre.

Les os, par contre, n'ont jamais été perforés régulièrement; dans tous les cas et à toutes les distances, les fractures, aussi bien des os spongieux que des os longs ou plats, ont été des fractures esquilleuses à grand fracas.

Pour les artères, le mal est peut-être plus grand encore; avec les anciens projectiles, les artères étaient plus ou moins machurées, et dès lors il y avait fort souvent une hémostase véritable due au projectile lui-même; il en est tout autrement avec les nouveaux projectiles. La balle coupe net les artères, et il n'y a pas même un commencement d'hémostase.

Bien plus, sur des chevaux, des plaies pulmonaires n'intéressant aucun gros vaisseau ont déterminé des hémorragies formidables, qui ne se seraient certainement pas produites avec les anciens projectiles.

Les blessures du foie et de la rate n'ont présenté rien de particulier.

Les blessures de l'intestin ont montré, lorsque le cheval atteint avait mangé, un véritable éclatement du viscère. Les lésions étaient un peu moins prononcées sur les intestins vides.

Si l'on ajoute à ces particularités que très souvent la balle se fragmente au milieu des tissus en morceaux très petits et qui se disséminent de tous côtés; qu'atteignant, comme nous l'avons dit, plusieurs hommes à la fois, le nombre des blessés augmentera d'autant; que, de plus, les balles portant à 3500 et 4000 mètres, la zone dangereuse est bien plus étendue que par le passé; que, forcés de placer les postes de secours à une plus grande distance du champ de bataille, il nous sera plus difficile

de porter secours aux blessés avec une célérité suffisante, on comprendra sans peine ce qu'il faut penser des balles soi-disant « humanitaires ».

Diabète à évolution lente. — M. WORMS communique une nouvelle étude sur le diabète. Il a pu suivre un certain nombre de diabétiques pendant vingt-cinq à trente ans. C'est uniquement de cette forme légère, ou plutôt de cette forme à évolution lente qu'il veut parler.

Des recherches auxquelles s'est livré M. Worms, il semble résulter que le diabète devient une affection de plus en plus fréquente. Si l'on consulte, en effet, les statistiques de M. Bertillon, on voit que les décès diabétiques ont triplé depuis 1883.

M. Worms a fait l'analyse de 600 échantillons d'urine provenant d'ouvriers ou d'employés appartenant à une grande industrie. Sur ces 600 cas, il n'a trouvé qu'un seul diabétique. Par contre, sur 100 échantillons d'urines provenant d'individus appartenant à une classe plus élevée, se livrant surtout à des travaux intellectuels, M. Worms a rencontré 7 cas de diabète latent.

Dans les nombreux cas de diabète à évolution lente qu'il a observés, M. Worms a pu distinguer trois formes spéciales, suivant que le diabète est facilement réductible, irréductible, périodique ou intermittent.

Pour arriver à une longévité normale sans trop de péril, il est indispensable que tout diabétique sache faire l'analyse qualitative et quantitative de son urine au point de vue du sucre.

Dans la forme lente, redoutable, en effet, surtout dans la forme intermittente, il n'est pas indifférent de soumettre à un régime rigoureux une personne qui n'a perdu qu'à un faible degré sa faculté de combiner son sucre ou qui, à un moment donné, la retrouve en totalité.

Il y a aussi à cette notion exacte de l'état de l'urine cet avantage de pouvoir étudier l'influence très variable de certains aliments, notamment de certains fruits, nuisibles pour les uns, inoffensifs pour les autres.

En second lieu, il est de toute nécessité que le plus fréquemment possible on pratique la recherche des autres éléments anormaux de l'urine et surtout la détermination du poids de l'urée.

Il faut enfin montrer aux diabétiques le maniement du pèse-urine, afin qu'ils connaissent toujours la densité de leur urine.

Dès que l'on trouve du sucre dans l'urine chez une personne ayant l'apparence d'une bonne santé, il faut la soumettre à un régime alimentaire plus ou moins rigoureux, selon que le sucre disparaît plus ou moins facilement.

Quelquefois la diète carnée est nécessaire; d'autres fois, il suffit de réduire l'usage du pain de 50 à 100 grammes dans les vingt-quatre heures et interdire le sucre, les féculents, les fruits, etc.

Rien ne presse pour arriver au résultat désiré; souvent on obtient la réduction au quatrième ou cinquième jour avec le régime. Si, au bout de quarante-huit heures, la quantité de sucre n'a pas diminué, il faut prescrire la diète carnée et limiter la quantité des aliments.

Au bout de très peu de jours, en tout cas, on saura à laquelle des trois variétés précitées on a affaire. En matière d'alimentation des diabétiques, la condition essentielle c'est que le régime soit tolérable. Il faut laisser à chaque diabétique le soin de déterminer ce qu'il peut manger sans faire de sucre et de lui en laisser faire une petite quantité (8 à 10 grammes par litre quand il n'y a pas de polyurie), si le régime le fatigue et si son poids diminue.

Dans la forme irréductible lente, il faut être déjà plus attentif sur le choix des aliments et revenir au régime plus sévère dès qu'il se manifeste de la soif, de la polyurie et que la quantité de sucre dépasse 20 grammes par litre.

Dans la forme intermittente, il faut arriver assez rapidement à la réduction et laisser ensuite le sujet prendre les aliments qui sont en rapport avec les moyens de brûler son sucre.

En dehors du régime alimentaire, M. Worms conseille aux diabétiques de faire de l'exercice et d'être au grand air le plus possible, puis une cure thermale à Vichy ou à la Bourboule et l'usage du sulfate de quinine de 20 à 30 centigrammes par jour, enfin de l'arsenic dans les cas les plus rebelles.

En associant la quinine au régime, la réduction est obtenue dans un temps plus court et la continuation du médicament permet au diabétique de prendre une quantité plus grande d'éléments hydro-carbonés. Il s'est également bien trouvé d'y joindre les lotions froides sur la tête, répétées deux fois par jour, et fréquemment les purgatifs salins.

RAPPORT

Pathogénie et traitement du tic douloureux de la face. — M. MAGITOT donne lecture d'un rapport sur un travail récent de M. le docteur Jarre sur ce sujet et dont les conclusions sont les suivantes :

1° La maladie connue sous les noms de névralgie spasmodique, névralgie épileptiforme, tic douloureux de la face, etc., est due à une lésion périphérique qui occupe les extrémités terminales de la cinquième paire;

2° Le lieu exact et invariable de cette lésion est une région plus ou moins étendue du bord alvéolaire de l'une ou l'autre mâchoire, région qui est le siège d'une cicatrice consécutive à des accidents antérieurs de diverses sortes;

3° Le siège intracicatriciel de la lésion originelle rapproche le tic douloureux de la névralgie dite des édentés et de la névralgie des moignons qui sont, elles aussi, d'origine cicatricielle;

4° Le traitement rationnel du tic douloureux doit consister dans l'ablation pure et simple d'un segment du bord alvéolaire, comprenant le foyer d'origine du mal;

5° Cette ablation doit être extemporanée; elle s'effectue, après incision des parties molles au galvano-cautère, par la section à la pince de Liston ou à la scie, suivie de la rugination de la plaie;

6° Cette opération est sans gravité; la plaie, pansée antiseptiquement, guérit ordinairement en quelques semaines, sans complications;

7° Les résultats actuels permettent d'espérer qu'aujourd'hui la thérapeutique est en possession d'un moyen chirurgical simple, rapide et inoffensif de guérison du tic douloureux, affection classée, jusqu'à présent, dans la catégorie des maladies incurables.

LECTURE

Des albuminuries phosphaturiques. — M. ALBERT ROBIN communique la première partie d'une étude sur les albuminuries phosphaturiques.

La séance est levée.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Un congé est accordé à M. le professeur Grancher.

M. Marfan, agrégé, est chargé d'un cours de clinique des maladies des enfants.

— *Collège de France.* — M. le professeur Brown-Séquard est autorisé à se faire suppléer par M. d'Arsonval; — M. le professeur Marey est autorisé à se faire suppléer par M. François-Franck; — M. le professeur Balbiani est autorisé à se faire suppléer par M. Henneguy.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Quelques considérations sur l'extirpation des tumeurs intra-buccales.

Par M. le professeur VERNEUIL,
Membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine.

Si le fait actuel présente de l'intérêt, pris isolément et en raison de ses particularités, il pourrait avoir le mérite plus grand de susciter une discussion étendue sur plusieurs questions importantes de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale, qui, à diverses reprises déjà, ont été agitées, mais qu'il est bon de remettre, de temps à autre, à l'ordre du jour, quelques-unes d'entre elles n'ayant pas encore reçu de solution définitive.

En conséquence, je l'exposerai avec quelques détails pour mettre en relief les points dignes d'être visés ou revisés, ainsi que les propositions antérieures qu'il convient de confirmer ou d'infirmer.

Je crois d'ailleurs qu'il n'est pas inutile de décrire, avec quelques soins, la technique opératoire, afin de constituer une sorte de procédé classique pour l'extirpation des tumeurs intra-buccales.

OBSERVATION. — *Sarcome de l'amygdale gauche, de la moitié voisine du voile du palais et des piliers correspondants, avec propagation au bord et à la base de la langue et forte adhérence au corps de l'os hyoïde et à la grande corne. — Opérations préliminaires : ligature de la carotide externe ; ouverture de la cavité buccale par la voie génale inférieure (procédé Verneuil-Maunoury) et la voie sus-hyoïdienne. Extirpation de la tumeur en partie par l'une, en partie par l'autre de ces deux voies. Suites très simples. Guérison opératoire.* — H. Bl..., âgé de dix-huit ans, apprenti charcutier, demeurant en province, d'une excellente santé ordinaire, issu de père et mère très robustes, sans antécédents néoplasiques de famille et n'ayant eu, dans son enfance, qu'une affection d'un membre inférieur, probablement rhumatismale, avec atrophie consécutive en longueur et en épaisseur et claudication légère du reste, n'entravant pas la marche, vient me consulter, le 8 octobre 1893, pour une tumeur intra-buccale qui n'a été constatée que depuis deux mois environ, bien qu'ayant vraisemblablement débuté une année auparavant par une angine suivie de paralysie du voile du palais, permettant le passage des liquides dans les fosses nasales et leur pénétration dans le larynx.

De la forme et du volume d'une mandarine de moyenne grosseur, elle occupe un peu plus de la moitié gauche du voile du palais dans toute sa hauteur, comble la fosse amygdalienne de manière à se confondre avec la glande, envahit le pilier antérieur qu'on ne distingue plus nettement, et recouvre en bas et à gauche le tiers postérieur de la base de la langue, de façon à cacher presque complètement la face antérieure de l'épiglotte, qu'elle refoule en arrière.

Il semble, tout d'abord, n'y avoir qu'un simple contact entre la tumeur et la langue, mais avec la pointe de l'index, on constate l'existence d'une adhérence forte et étendue entre les deux parties, ce qui, joint à la fusion de la portion externe de cette même tumeur avec l'amygdale, ses piliers et, par conséquent, la paroi latérale du pharynx, explique la fixité inattendue du voile du palais tout entier et surtout de la masse morbide que mobilisent fort peu les mouvements de respiration et de déglutition, et que le toucher direct déplace à peine.

Les troubles fonctionnels, très exagérés, depuis les dernières semaines, ne sont, cependant, pas excessifs; l'air passant librement par les fosses nasales et le pharynx, la respiration est assez normale; il y a toutefois du ronflement la nuit. La déglutition est plus gênée, mais l'alimentation reste cependant suffisante et facile. La voix est assez fortement nasonnée et la parole parfois embarrassée; point de salivation; point de troubles de l'ouïe du côté malade.

Il y a indolence absolue, même au toucher, mais en revanche hyperesthésie et intolérance telles de la muqueuse de l'arrière-gorge, que le contact le plus léger du doigt provoque des nausées, de la suffocation, et des mouvements désordonnés du jeune garçon, d'ailleurs très pusillanime. Cette circonstance, qui rend l'exploration complète à peu près impossible, empêche de reconnaître exactement jusqu'où s'étend le néoplasme par en bas, et le degré de saillie que fait la face supérieure du voile du palais dans la cavité pharyngienne.

La tumeur elle-même présente les caractères suivants :

Limitation précise en haut et en dedans seulement; saillie de près de 3 centimètres au centre, un peu moins à la circonférence; surface assez régulière, à peine un peu mamelonnée en certains points, mais adhérence intime de la muqueuse qui est rouge, sillonnée de veinules assez volumineuses et de fines artérioles, sans trace ni menace d'ulcération prochaine cependant; consistance très ferme, rappelant celle des polypes utérins et égale partout, même dans la région répondant particulièrement à l'amygdale.

Tuméfaction notable de la région sus-hyoïdienne, due à l'augmentation de la glande sous-maxillaire et vraisemblablement aussi à l'engorgement des ganglions de la région.

Les mouvements du cou, quoique non douloureux, sont notablement limités par une sorte de contracture.

Dernier détail, non sans quelque intérêt : muqueuse buccale saine partout; dentition irréprochable; point de fétidité de l'haleine : telles étaient les lésions locales.

Il n'est pas inutile de remarquer à ce propos que, par une heureuse, quoique rare, exception, on n'avait pas soumis le malade à ce banal, mais si funeste traitement par le mercure et l'iodure de potassium qui aggrave tant les néoplasmes buccaux, contre lequel je proteste, depuis si longtemps, et dont les bons résultats ne s'appuyent que sur des erreurs de diagnostic, bien faciles pourtant à éviter.

Le diagnostic, ici, n'offrait pas, d'ailleurs, de grandes difficultés.

La tumeur affectait le siège, la forme, les rapports de ces tumeurs glandulaires si bien décrites par nos anciens maîtres : Michon, Robert, Nélaton, etc., et qui naissent dans l'épaisseur du voile du palais; mais elle en différait par la structure et la nature. Il ne s'agissait point, en effet, d'un de ces adénomes ou adéno-fibromes peu vasculaires, bien circonscrits, en quelque sorte enkystés, facilement énucléables et d'un pronostic généralement bénin; mais d'un sarcome à marche rapide, envahissante, à limites indécises, à adhérences périphériques solides renfermant d'abondants vaisseaux; sans envahissement considérable des ganglions cervicaux il est vrai, ce qui excluait l'idée d'un lymphome amygdalien, le tout impliquant toutefois un pronostic sérieux immédiat à cause des dangers et des difficultés opératoires, et des chances malheureusement grandes de récidive locale et, plus tard, de généralisation.

Pourtant, comme, en l'absence de contre-indications formelles, il paraissait impossible de ne pas faire au moins une tentative consciencieuse, j'y procédai après avoir exposé mes appréhensions présentes et futures à mon excellent confrère le docteur Grosfilay, médecin du malade, qui voulut bien m'assister, ainsi que mes bons amis Paul Reclus, L.-H. Petit et Ed. Lecler.

Nous arrêtâmes d'avance un programme dont les principaux articles visaient :

La chloroformisation;

La création d'une voie préliminaire facilitant l'abord de la tumeur et son ablation aussi complète que possible;

L'hémostase anté, intra et post-opératoire;

Le traitement le plus apte à prévenir les accidents consécutifs.

On sait que jadis — et il n'est pas nécessaire même de remonter très haut dans le passé — beaucoup de chirurgiens redoutaient fort, en cas d'opérations sur la face et ses cavités profondes, l'anesthésie, à laquelle ils reprochaient d'exposer à de graves accidents, entre autres la suffocation, l'asphyxie par pénétration et accumulation du sang dans les bronches qui, insensibles à son contact, devenaient par là incapables de s'en débarrasser.

A quoi les partisans de la chloroformisation répliquaient en mettant en parallèle ses nombreux avantages avec la rareté des accidents susdits, indéniables sans doute, mais presque toujours facilement évitables, à l'aide d'une série nombreuse et variée de mesures efficaces, tels : la situation déclive de la tête, dite position de Rose; l'occlusion laryngienne, la trachéotomie préventive, le tamponnement des arrière-narines; la quasi-suppression de l'hémorragie par l'emploi de l'exérèse non sanglante et par les méthodes et procédés de l'hémostase préventive ou successive, indirecte et à distance, ou directement appliquée dans le champ opératoire lui-même, à la faveur surtout des opérations préliminaires. Ils en concluaient que, grâce à toutes ces ressources judicieusement utilisées, les opérations faciales, rentrant dans la loi commune, pouvaient être pratiquées dans le sommeil anesthésique.

L'emploi du chloroforme était, d'ailleurs, formellement indiqué dans le cas présent, car on ne pouvait compter en aucune façon sur le courage ni la docilité du sujet, pas plus du reste que sur la tolérance de la muqueuse buccale, laquelle, en dépit de l'administration du bromure de potassium à haute dose, et d'attouchements réitérés à la cocaïne, avait conservé jusqu'au dernier moment une telle excitabilité, qu'au moindre attouchement toute la musculature bucco-cervicale entrait en contraction violente, ce qui eût certainement rendu les manœuvres opératoires très malaisées, voire même fort dangereuses, sinon impraticables, comme on l'a observé plus d'une fois.

Après la question de l'anesthésie, vient le choix du procédé. Inutile, je crois, d'insister sur l'absolue nécessité dans le cas actuel d'une opération préliminaire. Car si, pour les vulgaires adénomes ou fibro-adénomes du voile du palais bien circonscrits, bien visibles, et généralement faciles à énucléer, on peut opérer par la voie naturelle, c'est-à-dire par la bouche largement ouverte; s'il en est de même pour les tumeurs amygdaliennes malignes, saillantes et mobiles, qu'on enlève sans grande peine avec le galvano-cautère ou l'écraseur linéaire, comme je l'ai fait deux fois avec succès pour des lymphomes; ici, en raison de l'étendue du mal, de ses prolongements mal connus, de ses adhérences périphériques, de ses rapports périlleux avec la paroi latérale du pharynx, il eût été fort téméraire pour le présent de ne pas suivre d'un œil attentif la marche des instruments et aussi imprudent pour l'avenir de s'exposer à faire une éradication incomplète.

Or, plusieurs procédés étant applicables, je les passerai en revue et les apprécierai de mon mieux :

1°. Le plus simple à coup sûr est la *voie génale supérieure* par incision transversale ou légèrement courbe à concavité supérieure allant de la commissure des lèvres, jusqu'au bord antérieur du masséter. Combinée avec l'écartement des mâchoires, elle découvre largement la commissure inter-maxillaire, la base de la langue, les régions amygdalienne, palatine et le voile du palais.

L'hémostase est très aisée et le sang ne pénètre pas dans la bouche, si on lie les vaisseaux avant d'arriver à la muqueuse; en revanche elle a quelques inconvénients, donnant moins de jour qu'on ne pourrait le croire si la joue est épaisse, exposant de plus à blesser le canal de Sténon et un certain nombre de filets du facial. Enfin, si la réunion se fait mal à la partie profonde, il en résulte une cicatrice déprimée que j'ai vue fort disgracieuse chez une jeune femme qui en était très affectée. Mon jeune homme, d'un physique agréable, l'eût été également, car je lui avais dit que son opération ne le défigurerait nullement.

Seconde objection. Depuis bien des années déjà, en cas d'épithéliomas divers, de la muqueuse buccale, de la langue, des maxillaires, toutes les fois, en un mot, que je puis craindre l'envahissement latent ou patent des ganglions sous-maxillaires, j'ai l'habitude d'en faire l'ablation ainsi que de la glande de même nom. Or, l'incision génale supérieure ne dispensant pas de balafrer encore et assez largement la région sus-hyoïdienne, on crée ainsi deux foyers traumatiques au lieu d'un.

2° Le procédé de Roux-Sédillot (*voie maxillaire inférieure*

médiane), qui consiste à diviser verticalement, au niveau de la symphyse, la lèvre inférieure, les téguments du menton et du plancher de la bouche, enfin, l'os maxillaire lui-même, offre de grands avantages.

Ouvrant à deux battants, si je puis ainsi dire, la cavité buccale, il permet de conduire et de suivre du regard tous les instruments, à toutes les profondeurs, jusqu'au voile du palais et même au pharynx inclusivement.

L'hémorragie, presque nulle lors de l'incision préparatoire, plus menaçante à la vérité pendant l'ablation de la tumeur, peut, même dans ce temps, être fort restreinte, si l'on emploie l'exérèse non sanglante : écraseur, thermo ou galvanocautère, ou quand, en disséquant les tumeurs à l'instrument tranchant, on se sert convenablement de la forcipressure temporaire ou définitive.

La chloroformisation se fait sans difficulté; assez facile aussi est l'ablation des ganglions sous-maxillaires quand elle est utile, puisqu'il suffit de faire partir de l'incision médiane une ou deux incisions horizontales qui cotoient le bord inférieur de la mâchoire; enfin l'opération restauratrice immédiate est fort simple, en ce qui concerne du moins les parties molles.

Les seules ombres à ce tableau sont le danger, minime sans doute, mais réel, inhérent à toutes les fractures ou sections de la mâchoire inférieure; puis surtout la difficulté qu'on éprouve à suturer les deux pièces osseuses, à en obtenir la soudure, à en prévenir le déplacement et le chevauchement consécutif, qui amènent une difformité considérable.

3° Une troisième voie, que j'appellerai *maxillaire inférieure latérale*, étant plus courte, conduit plus directement à la région palato-amygdalo-linguale. On la trace en découvrant la face externe du maxillaire inférieur au niveau du bord antérieur du masséter et en pratiquant là, soit une section verticale simple, soit encore une résection définitive ou temporaire, qui donne beaucoup de jour. L'écoulement sanguin est médiocre, la chloroformisation facile comme dans l'autre procédé, mais on retrouve aussi comme objections la durée de la cure et les imperfections de la réparation osseuse.

4° Reste enfin un dernier procédé de pénétration buccale, *voie génale inférieure* ou *géno-sous-maxillaire*, que j'ai emprunté à une des variétés de résection partielle de la mâchoire inférieure, il y a près de vingt ans, et appliqué à l'extirpation des néoplasmes profonds de la cavité buccale. Mon cher disciple et ami, M. le docteur G. Maunoury (de Chartres), qui l'avait vu employer en 1876, pendant qu'il était mon interne, l'a répété en 1878, puis décrit avec soin en 1879, dans une observation qui a été jadis communiquée à la Société de chirurgie (1).

J'ai moi-même attiré de nouveau l'attention, le 7 mai 1884 (2), sur ce procédé qu'à cette époque j'avais employé cinq fois déjà, dans des cas variés de tumeurs de la joue, de la langue, du rebord alvéolaire, du palais et de son voile, dont j'ai continué à me servir encore et qu'ont adopté, à ma connaissance, plusieurs de nos jeunes collègues, entre autres MM. Reclus et Ricard.

Pour faciliter la compréhension du manuel, je ferai passer sous vos yeux quatre dessins que j'ai fait exécuter et qui en représentent les temps divers.

(1) *Bull. de la Soc. de chir.*, 1879, p. 757.
(2) *Bull. de la Soc. de chir.*, 1884, p. 379.

Premier temps. — Incision superficielle des téguments en partant de la commissure des lèvres, allant rejoindre le bord

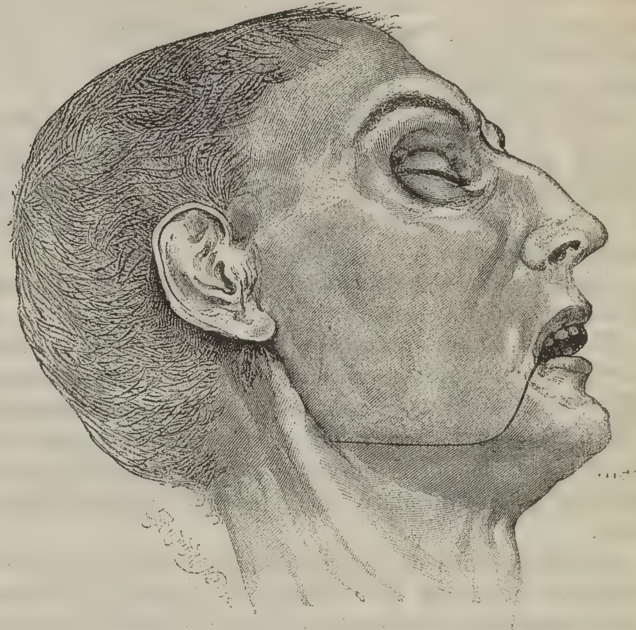


Fig. 1.

inférieur du maxillaire inférieur, en suivant le sillon géno-mentonnier, puis l'angle de la mâchoire, en suivant le bord inférieur de cette dernière (fig. 1).

Deuxième temps. — Incision successive des parties molles, couche par couche, jusqu'à la glande sous-maxillaire, dans la partie horizontale seulement de l'incision superficielle. Après avoir incisé le peaucier, on tombe sur l'artère faciale, qu'on sectionne entre deux ligatures.

Troisième temps. — Dissection de la glande sous-maxillaire et des ganglions voisins, lorsqu'ils sont dégénérés;

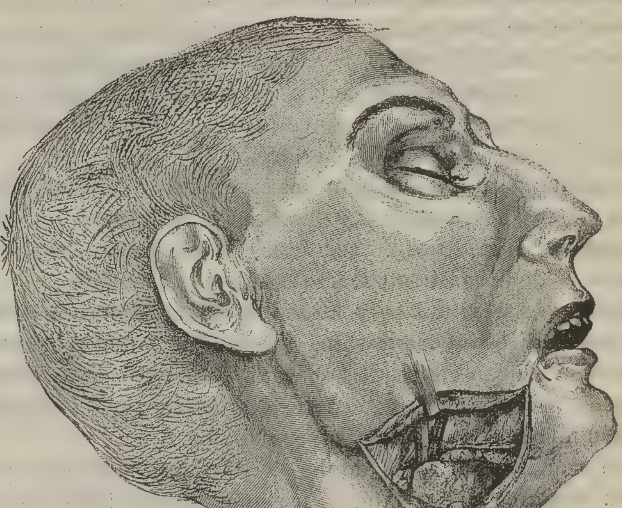


Fig. 2.

section des adhérences fibreuses entre deux ligatures; nouvelle section de l'artère faciale à l'angle inférieur et postérieur de la masse glandulaire (fig. 2).

Quatrième temps. — Recherche de la carotide externe en

suivant le bout cardiaque de l'artère faciale; dénudation et ligature de cette carotide au-dessous des collatérales.

Jusqu'alors, on n'a pas ouvert la cavité buccale; les vaisseaux donnant du sang ont été saisis avec des pinces et le sang n'a pas pénétré dans la bouche. La ligature de la carotide tarit la plupart de ces vaisseaux, dont on n'a plus à s'occuper après avoir enlevé les pinces.

Cinquième temps. — Incision du reste des parties molles situées entre la commissure et le maxillaire inférieur. Ouverture de la bouche, qui est alors largement béante, au moyen d'un écarteur à branches divergentes ou de la vis conique en buis.

Sixième temps. — Ablation de la tumeur intra-buccale (fig. 3).

S'il s'agit d'une tumeur des maxillaires, on peut disséquer les parties molles soit en haut, soit en bas, de façon à mettre à nu ces os aussi largement qu'il est nécessaire (fig. 4).

Septième temps. — Suture des lèvres de l'incision, sauf, en général, dans la partie moyenne correspondant à la masse glandulaire, où l'on place un drain plus ou moins volumineux.

Les applications de ce procédé sont nombreuses et ses avantages manifestes. D'une exécution simple, il n'implique nécessairement la pénétration, ni dans la région sus-hyoïdienne, ni dans la loge sous-maxillaire, pas plus que l'incision du plancher buccal, mais rend très aisés tous ces actes s'ils sont nécessaires et, en particulier, l'ablation si souvent utile du paquet formé par la glande et les ganglions sous-maxillaires; il rend également facile l'hémostase préventive, successive et définitive à tous les degrés, en permettant de lier, à volonté et suivant les besoins, une ou plusieurs des branches collatérales de la carotide externe et le tronc même de ce vaisseau.

Arrivant jusqu'à la gaine de la carotide primitive, il permet, ce qui est arrivé précisément dans le cas actuel, d'en extraire un gros ganglion.

Le sang ne coulant dans la cavité buccale que très tardivement et en très petite quantité, la pénétration dans les voies aériennes est prévenue, ce qui rend inutiles la trachéotomie, le tamponnement laryngé, la position de Rose, etc. La chloroformisation ne soulève dès lors aucune objection, l'anémie aiguë n'est pas à craindre.

Combiné avec l'écartement des mâchoires et la dissection plus ou moins étendue des lambeaux, il donne beaucoup de jour et libre abord dans tous les points du vestibule buccal et de la cavité du même nom.

Créé pour éviter la section ou la résection latérale du maxillaire inférieur sain, il rendrait l'une ou l'autre très aisée si, au cours de l'opération, elle paraissait commandée par l'extension constatée du néoplasme et sa propagation méconnue à la face interne de l'os.

On remarquera qu'il donne accès dans la bouche par deux chemins : l'un latéral, la joue, l'autre inférieur, le plancher buccal. On verra, dans un instant, le parti que j'ai tiré de cette disposition.

Au point de vue orthomorphique, qui est fort à considérer en cas d'opération préliminaire sur la face, il entraîne après lui un minimum de difformité. Convenablement suturée, la partie faciale de l'incision ne laisse que peu ou pas de traces. La cicatrice sus-hyoïdienne, à la vérité, est plus visible, mais outre que chez l'homme elle est masquée par la barbe, elle pourrait facilement être corrigée chez la femme par une petite opération complémentaire.

L'intégrité conservée de la mâchoire inférieure met à l'abri des difformités consécutives aux sections préliminaires médiane ou latérale de cet os.

Enfin, et c'est un point sur lequel je reviendrai plus tard, il rend très simple l'antisepsie du foyer traumatique, ce qui, comme on le sait, est très important dans les plaies cavitaires où abondent les matières putrides et les microbes pathogènes.

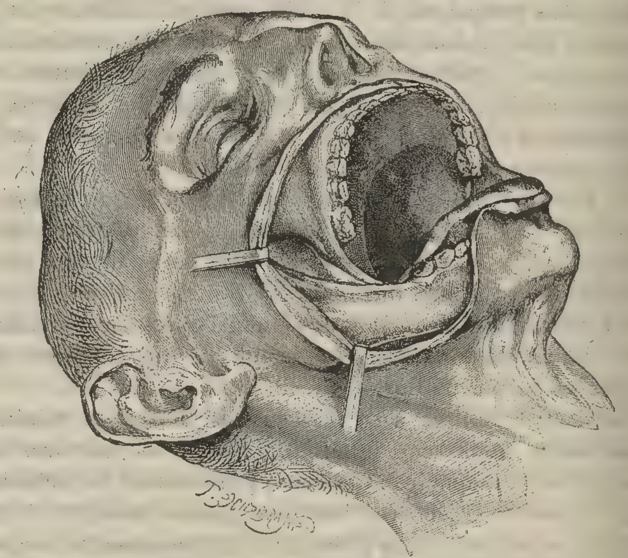


Fig. 3.

C'est pour tous ces motifs que j'ai donné, dans le cas présent, la préférence à ce procédé.

Restait à assurer l'économie du sang et l'hémostase, non pas seulement dans l'opération préliminaire, ce qui n'offrait point de difficultés, mais dans l'acte fondamental de l'extir-

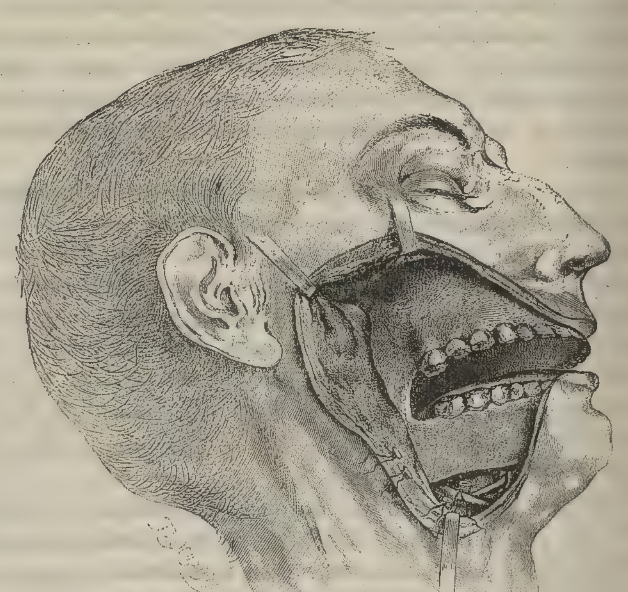


Fig. 4.

pation de la tumeur; car, avec une hémorragie nulle ou minime, on évitait tous les accidents primitifs inhérents à ces opérations cavitaires profondes.

Or, pour atteindre ce but si désirable, on n'avait, en réalité, qu'un petit nombre d'expédients. Sans doute on pouvait, à l'aide du thermocautère, incisant hardiment le voile

du palais, isoler la tumeur sur la ligne médiane, puis détruire ses attaches au bord postérieur de la voûte palatine osseuse et libérer ainsi la partie interne et supérieure de sa circonférence. Mais la dissection devenait beaucoup plus délicate, aussi bien en dehors dans la région de l'amygdale et de ses piliers, qu'en bas, du côté de la base de la langue.

En dehors, il fallait tailler dans la paroi latérale du pharynx, la perforer, l'exciser probablement dans une certaine étendue et alors affronter les redoutables rapports qu'elle présente avec les vaisseaux carotidiens et les nerfs qui les accompagnent.

Inférieurement la tumeur, comme nous l'avons dit, adhérait à la base de la langue et se prolongeait plus bas encore par une sorte de pédicule masqué par le maxillaire et dont, par conséquent, il eût été malaisé d'atteindre les insertions.

Procéder dans cette partie du contour de la tumeur par arrachement ou énucléation à l'aide d'un instrument mousse, aurait eu pour avantage de diminuer les chances d'hémorragie, mais pour inconvénient majeur d'exposer à une extirpation incomplète, c'est-à-dire à une repullulation inévitable et rapide.

Le meilleur moyen d'éviter ces écueils était certainement de pratiquer une ligature préliminaire.

On n'a pas oublié une importante discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie en 1863 et dans laquelle je me montrai partisan convaincu de cet expédient.

J'avoue que je fus mis alors en minorité, mais non seulement je n'ai jamais abandonné pour cela mes opinions, mais je suis plus disposé que jamais à les soutenir, grâce aux modifications survenues depuis dans la pratique opératoire.

J'avais eu le premier tort de vanter la ligature de la carotide primitive, qui, par ses dangers spéciaux, prête à des objections auxquelles échappe la ligature de la carotide externe, dont on ne parlait guère il y a trente ans, mais qui a justement fait fortune aujourd'hui, et qui, dans le cas actuel, remplissait très bien les indications (1).

Jadis toutes les ligatures des grosses artères exposaient à des accidents, aux hémorragies secondaires entre autres, surtout quand elles portaient sur des vaisseaux fournissant de nombreuses collatérales. Aujourd'hui le péril est quasiment nul, si la constitution du sujet est passable, si l'artère et les tissus qui l'entourent sont à peu près sains, si enfin on adopte le pansement antiseptique ouvert. De sorte que les avantages l'emportant de beaucoup sur les inconvénients, je n'ai pas hésité de mettre à profit cet élément de sécurité immédiate et de succès ultérieur.

Mon programme opératoire ainsi arrêté, je prends le bistouri le 12 octobre au matin, dans l'amphithéâtre très bien éclairé, condition essentielle en pareil cas, de la maison de santé des Frères Saint-Jean-de-Dieu.

L'anesthésie, le plus souvent laborieuse dans les opérations de ce genre, est confiée à M. le docteur L.-H. Petit, qui se sert d'un excellent chloroforme versé par doses minimes sur une simple compresse. Conduite très prudemment et très lentement, elle ne provoque pas d'accidents, à condition, toutefois, que la bouche soit bien ouverte, et que la tête ne soit pas trop renversée en arrière, attitude qui amenait immédiatement de la gêne respiratoire.

L'incision, partant de la commissure labiale gauche, descend obliquement sur la branche horizontale du maxillaire à la réunion de son tiers antérieur avec ses deux tiers postérieurs, puis se prolonge en arrière en suivant ce bord jusqu'à l'angle de la mâchoire. Elle comprend la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et les couches musculaires de la lèvre inférieure, mais n'intéresse pas la muqueuse.

L'artère faciale et ses veines, mises à nu au moment où elles croisent le bord du maxillaire, sont étreintes, puis coupées entre deux ligatures passées avec l'aiguille de Deschamps.

On ouvre ensuite la loge qui contient la glande sous-maxillaire et ses ganglions satellites, puis on détache toute la masse glandulaire en haut, en bas et en dedans; mais à l'angle externe et inférieur on dissèque avec précaution le pédicule de la glande, là où pénètre l'artère faciale, qu'on reconnaît à l'avance par la vue et la palpation, et sur laquelle on jette une solide ligature. Après quoi, la glande salivaire est extirpée avec plusieurs ganglions, dont l'un est du volume d'une petite noisette.

Comme de coutume, une anastomose faisant communiquer les deux faciales au-dessous de la symphyse mentonnière, donne du sang qui obscurcit le champ opératoire. On en fait la ligature.

Je vais ensuite à la recherche du tronc de la carotide externe, que je veux lier à une petite distance de sa naissance de la carotide commune. Ici je rencontre quelques difficultés, que je crois utile de signaler.

Ne pouvant mettre la tête dans l'extension, comme on a coutume de le faire dans le procédé ordinaire, parce que cette position, comme je l'ai dit plus haut, gênait beaucoup la respiration, ne voulant pas pratiquer d'incision nouvelle, croyant pouvoir me passer des points de repère classiques et me contenter de la large plaie créée dans la région sus-hyoïdienne, j'y cherche le bout de la faciale que je viens de lier pour suivre cette artère dans la profondeur jusqu'au point où elle naît de la carotide externe. Mais, en raison de la flexion légère de la tête, du volume, de la saillie et de la contracture du bord antérieur du sterno-mastoïdien, il me fallut faire écarter fortement en dehors le muscle, puis la très gênante veine jugulaire interne, pour trouver enfin, à près de 3 centimètres de profondeur, le vaisseau susdit qu'alors je dénudai sans peine dans une petite étendue, et que je liai avec la soie phéniquée à 5 millimètres environ de son origine et de celle de la thyroïdienne inférieure et à distance à peu près égale de la linguale.

La plaie labio-géno-sous-maxillaire, qui jusque-là avait fourni un écoulement de sang dont pas une goutte, d'ailleurs, n'avait pénétré dans la bouche, mais qui néanmoins, tout minime qu'il fût, avait un peu gêné la dissection, devint subitement exsangue. Je la lavai avec l'eau phéniquée forte et la remplis mollement d'ouate hydrophile imbibée du même liquide.

Après quoi je pris deux ou trois minutes pour replonger dans la résolution complète l'opéré, qui s'agitait quelque peu.

Le moment venu d'attaquer enfin la tumeur, j'ouvris la cavité buccale d'abord, en incisant la muqueuse labiale, et celle du cul-de-sac géno-gingival, puis en détachant le lambeau de la face externe du maxillaire inférieur, le relevant de bas en haut et d'avant en arrière et le maintenant ainsi renversé sur la région malaire, à l'aide d'une pince de Museux confiée à un aide.

Puis j'introduis, au niveau de la commissure inter-maxillaire, pour obtenir le plus d'écartement possible, la pince dilatatrice de Delabarre ouverte au maximum; elle est confiée à un autre aide.

On découvre ainsi largement la base de la langue, et l'épiglotte en bas, en haut la voûte palatine, la portion saine du voile et la tumeur, dont on distingue aisément le contour, sauf inférieurement, comme j'ai déjà dit.

Pour faire comprendre la manœuvre opératoire, je diviserai ce

---

(1) Voir in *Arch. f. klin. Chir.*, vol. LXIV, fascic. I, 1893, p. 1, un bon travail du docteur Lipps (de Willich) : « Uber die Unterbindung der Carotis externa. » Je sais qu'en France, dans ces dernières années, on a répété maintes fois cette utile opération, mais bien des observations sont restées inédites, et j'ai l'espoir qu'elles verront le jour à la présente occasion.

contour en quatre parties correspondant aux connexions qu'il fallait successivement détruire.

A. Connexions internes avec la moitié droite du voile du palais;

B. Connexions supérieures avec le rebord libre de la voûte palatine osseuse;

C. Connexions externes avec la paroi pharyngienne latérale au niveau de l'amygdale et de ses piliers;

D. Connexions inférieures avec la base et le bord de la langue.

Après avoir solidement saisi, fixé et attiré à moi la tumeur avec une pince de Museux, je détruisis la première avec le thermocautère. La section courbe à concavité gauche empiéta quelque peu sur la moitié saine du voile, parce que la tumeur elle-même dépassait la ligne médiane. Je pus néanmoins conserver la luette. La ligature de la carotide n'ayant naturellement pas ischémié la partie droite du voile, je dus procéder avec beaucoup de lenteur pour avoir une section exsangue.

La seconde section porta exclusivement sur le voile du palais, à son insertion à la voûte osseuse; elle fut également très facile et exsangue sur sa lèvre supérieure ; mais comme je l'avais prévu, la tumeur elle-même était très vasculaire, de sorte que la partie de l'incision qui lui correspond fournit un suintement sanguin, léger mais continu, que j'arrêtai cependant avec le thermo au rouge sombre.

La troisième section, qui devait détacher de la paroi pharyngienne la tumeur avec l'amygdale et le pilier du voile, exigeait plus d'attention.

Avec la pince de Museux, j'attirai la tumeur horizontalement du côté droit, comme si je voulais la faire sortir de la bouche dans cette direction; puis je fis, toujours au thermocautère, de haut en bas, une incision portant sur le bord adhérent du pilier antérieur et allant jusqu'à son insertion à la base de la langue. Ayant tracé ainsi un sillon de 1 centimètre environ de profondeur, rendu béant par la traction exercée par la pince de Museux, je porte l'extrémité de l'index et avec l'ongle et la sonde cannelée j'énuclée la tumeur par sa face externe, ce qui met à découvert la face antérieure du pilier postérieur, lequel est à son tour détaché à petits coups de haut en bas avec le thermo.

Comme j'ai pu m'en assurer plus tard, je fus assez heureux pour ne point perforer, ni même presque entamer la couche musculaire du pharynx.

Isolée dans les trois quarts de sa circonférence, la tumeur ne tenait plus que par en bas ; je crus alors pouvoir, en l'attirant en haut vers la voûte palatine, la soulever assez pour attaquer à ciel ouvert cette dernière attache, mais la fixité était encore telle que la base de la langue ne put pas même être mobilisée. Redoutant une adhérence à la face interne de la mâchoire, j'explorai de nouveau avec le doigt la partie la plus reculée du plancher buccal et reconnus que ce sillon était libre, mais que la partie correspondante de la langue, envahie par le néoplasme et devenue rigide et inextensible, adhérait solidement à la partie gauche de l'os hyoïde et à la grande corne correspondante, ce qui expliquait enfin pourquoi la masse morbide était si fortement fixée en bas.

A son tour l'exploration de la large plaie sus-hyoïdienne confirmait cette hypothèse, d'abord parce qu'on sentait aisément par cette voie l'induration linguale, qui, attirée en haut, entraînait dans le même sens l'appareil hyoïdien et le larynx lui-même.

Éclairé désormais, je songeai un instant à sectionner ou à réséquer latéralement le maxillaire pour me faire du jour; mais après courte réflexion, je procédai comme il suit :

J'enlevai d'abord par en haut, avec le thermocautère et les ciseaux, trois fragments du volume de la dernière phalange du pouce, représentant la presque totalité de la tumeur amygdalo-staphyline libre dans la bouche ; puis, ayant déchiré, avec le doigt et un instrument mousse, la muqueuse du plancher de la bouche, dans l'étendue de 5 centimètres répondant à l'induration linguale, je saisis cette dernière avec une pince de Museux, introduite sous la mâchoire, et l'attirai fortement en bas jusqu'à ce qu'elle parût dans la plaie sus-hyoïdienne. Alors, grâce à l'ischémie de la langue, je pus, avec les ciseaux courbes utilisés comme instrument tranchant et comme instrument mousse, réséquer un segment demi-ellipsoïde de la langue, comprenant de haut en bas toute l'épaisseur de l'organe, depuis la muqueuse supérieure jusqu'aux insertions hyoïdiennes, puis, d'avant en arrière, la partie étendue de la face antérieure de l'épiglotte jusqu'aux papilles caliciformes les plus externes, et enfin de dehors en dedans 2 bons centimètres d'épaisseur, sans atteindre toutefois la ligne médiane.

On voyait au fond et en bas de cette échancrure le bout béant de la linguale qui ne donnait pas de jet, mais que je crus prudent, toutefois, d'étreindre avec un fil.

Cette extirpation, par morcellement intra-buccal et sus-hyoïdien, demanda environ cinq minutes et fut assez laborieuse. J'y procédai aussi rapidement que possible, parce qu'en dépit de la ligature de la carotide empêchant bien entendu l'abord libre du sang dans le tronc de la linguale, le tissu de la tumeur amygdalienne et de son prolongement inférieur était resté assez vasculaire pour fournir un suintement sanguin notable, surtout par la surface de l'échancrure pratiquée à la linguale, ce qui, soit dit en passant, fait penser à quelle hémorragie on aurait eu affaire sans la ligature préliminaire du tronc commun des artères de la face. Ce suintement persistant après l'ablation de la tumeur, je l'arrêtai sans peine, en réunissant les bords supérieur et inférieur de la plaie linguale par trois sutures à la soie phéniquée.

L'opération avait duré trois quarts d'heure ; avant de procéder au pansement, je voulus, comme j'ai la coutume de le faire, assurer l'ingestion des liquides et des aliments, tout en évitant leur arrêt dans la plaie buccale, par la mise en place et à demeure d'une sonde de caoutchouc rouge introduite dans l'œsophage par la fosse nasale et le pharynx.

Mais, par exception, je ne pus parvenir à engager profondément ni à maintenir cette sonde. Ces essais eurent pour seul résultat, que je ne regrettai point, du reste, de provoquer des nausées et même un vomissement qui expulsa 150 grammes environ d'un mélange de sang et de salive déglutis pendant les derniers temps de l'opération.

Je n'insistai point, pensant répéter la tentative le soir même, quand le spasme pharyngien ou œsophagien aurait cessé. Mais, quand je revins vers cinq heures, je fus agréablement surpris d'apprendre que quelques cuillerées de liquide, administrées avec précaution, avaient passé sans la moindre difficulté. L'expérience renouvelée devant moi ayant réussi, j'en conclus que le passage était rétabli et qu'alors la sonde œsophagienne devenait inutile.

J'arrive au pansement : la cavité buccale, les plaies labiale, génale et sus-hyoïdienne, soigneusement nettoyées, huit points de suture au crin de Florence affrontèrent très exactement les lèvres de la plaie faciale, depuis la commissure jusqu'au bord de la mâchoire. Trois autres points rétrécirent l'extrémité postérieure de la plaie sus-hyoïdienne au niveau de l'insertion du masséter; mais, en revanche, je laissai ouverte la vaste excavation créée par l'ablation du segment lingual et de la masse glandulaire sous-maxillaire, laquelle, bien lavée avec la solution phéniquée forte, et traversée par un gros tube à drainage pénétrant jusqu'à la cavité buccale, entre la langue et la face profonde de la mâchoire, est mollement remplie de gaze iodoformée.

Une compresse de cette même gaze, pliée en plusieurs doubles, recouvre à gauche la partie inférieure de la face et la partie supérieure du cou.

Plusieurs plaques d'ouate hydrophile, une pièce de taffetas gommé, le tout maintenu par un bandage approprié, fait avec des bandes souples, molles, très modérément serrées, complètent l'appareil. Décubitus dorsal, la tête et le tronc un peu élevés; silence absolu.

Prescriptions. — D'heure en heure, l'opéré prendra dans sa bouche, sans l'avaler, une gorgée de solution d'hydrate de chloral à 2 p. 100, qui, peu à peu, s'écoulera par la plaie sous-hyoïdienne et imbibera sans cesse les pièces du pansement.

Trois ou quatre fois par jour, on fera dans la bouche, entr'ou-

verte et avec la même solution, une pulvérisation. Le patient la trouve fort agréable parce qu'elle rafraîchit la muqueuse.

La soif étant nulle, on ne donnera rien à boire dans les premières heures. A la nuit, on permettra quelques cuillerées d'eau rougie et de bouillon, qui furent dégluties sans difficulté et sans retour du liquide par les fosses nasales.

La journée se passe dans le plus grand calme. Les douleurs sont nulles, l'apyrexie complète.

Nuit tranquille. Plusieurs heures de sommeil.

Le lendemain matin, on renouvelle seulement les pièces extérieures du pansement qui sont souillées par un liquide sanguinolent plutôt que par du sang proprement dit, l'hémorragie post-opératoire ayant été nulle.

Toujours même indolence ; on permet du bouillon, du lait et de la limonade. La bouche est propre, l'haleine n'exhale aucune autre odeur que celle du chloral.

Les jours suivants, tout marche avec la même simplicité. On répète tous les matins le pansement externe. Au quatrième jour, j'extrais la première gaze iodoformée et le drain. La plaie béante est débarrassée soigneusement des débris alimentaires qu'elle renferme : lait caillé et panade colorés par le vin. Elle a bon aspect ; on y trouve une ligature libre, probablement celle de la faciale. Son pourtour ne présente ni rougeur, ni gonflement ; la plaie faciale réunie est à peine visible.

Tout continue à aller bien; la température oscille de 36°8 à 37°2. Pouls calme.

Le huitième jour, ablation des sutures de la plaie faciale et de la commissure, réunion linéaire parfaite. Les trois sutures sus-hyoïdiennes postérieures ont, au contraire, échoué. Toutefois, la grande brèche sous-maxillaire s'est déjà très notablement rétrécie. Les sutures linguales se sont spontanément détachées, la plaie qu'elles formaient semble réunie.

Le malade se lève et passe quelques heures dans un fauteuil, exempt de tout malaise.

Le 22, onzième jour. Chute spontanée de la ligature carotidienne. La plaie sus-hyoïdienne est plus d'à moitié fermée.

Le 25, j'examine, pour la première fois, l'intérieur de la bouche qu'à dessein, jusqu'alors, je n'avais pas voulu largement ouvrir. Je suis fort étonné des dimensions minimes de la brèche du voile du palais qui mesure à peine 2 centimètres et demi. L'échancrure linguale elle-même est fort réduite. L'épiglotte est à sa place.

La déglutition, la phonation, la respiration sont revenues complètement à la normale; ce grand délabrement n'a donc causé aucun trouble fonctionnel et a fait justice, au contraire, de ceux qui existaient avant lui; impossible de voir un résultat opératoire, primitif du moins, plus irréprochable.

Le 31, dix-neuvième jour. L'opéré retourne dans son pays; depuis quatre jours, les aliments ne passent plus par la plaie du cou qui admettait à peine un crayon.

J'ai vivement recommandé au médecin traitant et aux parents du jeune homme de suivre, pendant un temps indéfini, le traitement médical suivant : tous les matins à jeun, quatre gouttes de liqueur de Fowler dans un peu d'eau sucrée; tous les soirs en se couchant, une petite cuillerée à café de magnésie anglaise dans un demi-verre d'eau froide non sucrée.

Grande sobriété, régime végétarien prédominant.

Enfin, hygiène soignée de la bouche et suppression de l'usage du tabac à fumer.

Quelque prolixe que soit ce récit, je demande à revenir sur deux points importants : 1° la bénignité des suites d'une opération, en somme grave et laborieuse ; 2° le traitement post-opératoire antidyscrasique.

En ce qui touche le premier point, vous avez remarqué l'indolence, l'apyrexie complète, la conservation de l'appétit, des forces, du sommeil, de la gaieté ; la régularité, la rapidité du processus réparateur, l'absence de toute complication locale ou générale. J'accorde qu'il y avait du côté du sujet un concours de conditions favorables : âge, excellente santé, constitution robuste, aucune tare constitutionnelle, région opérée en bon état.

Le milieu de son côté était sain, et nulle endémie menaçante n'y régnait.

Mais le péril pouvait provenir du trauma; aussi avait-on réuni là le plus possible de précautions préservatrices.

L'hémorragie avait été insignifiante : donc point d'anémie traumatique aiguë diminuant la résistance organique; la ligature préalable de la faciale et de la carotide externe, la suture de la plaie linguale avaient réalisé cette économie du sang, que j'ai toujours considérée et considère encore comme infiniment précieuse.

J'attribue, sans hésitation, à cette même ischémie préliminaire, une influence sérieuse sur la marche si simple de la plaie opératoire. Ce fait, qui a été un peu perdu de vue de nos jours, était jadis généralement accepté par nos maîtres ; j'y insistai pour ma part en 1863. Nous avons entendu, jadis, Vanzetti proposer la compression artérielle digitale pour combattre le phlegmon des membres. Au temps où les amputations du membre inférieur donnaient de si funestes résultats, on avait remarqué la bénignité relative de ces amputations pratiquées après la ligature du tronc artériel principal. Un jour j'avais, de propos délibéré, répété la tentative. Peut-être serait-il bon de revoir encore quel parti la pratique chirurgicale pourrait tirer de cette notion ; en tout cas, elle plaiderait en faveur des ligatures préliminaires et contre-balancerait jusqu'à un certain point les reproches dont elles sont passibles.

Il serait injuste, je crois, de méconnaître la part qui, dans la bénignité des suites, revient à l'antisepsie buccale, si continue et si complète chez notre opéré. La purification des plaies cavitaires m'a toujours préoccupé, depuis l'époque déjà si lointaine où seul, ou de concert avec mon très distingué disciple le professeur Jeannel (de Toulouse), j'ai étudié cette variété de traumas.

Le problème est beaucoup plus difficile à résoudre que pour les plaies simplement exposées aux agents pathogènes flottant dans l'atmosphère ou adhérents aux corps extérieurs. En effet, c'est dans la cavité elle-même, dans ses prolongements, dans ses anfractuosités, que se recrutent sans cesse de nombreux microbes capables d'infecter les plaies.

Le maximum de complication est réalisé dans les plaies extéro-cavitaires, comme celles de la bouche, parce qu'elles sont contaminables, à la fois, par les agents pathogènes autochtones et hétérochtones.

On a vu, cependant, avec quels moyens simples nous avons atteint le but; il a suffi : 1° de maintenir, sans cesse, en contact avec l'agent antiseptique, les parois du foyer traumatique, ainsi que les matières qui s'y trouvaient inévitablement accumulées ; 2° d'assurer la facile issue au dehors des matières susdites.

On sait quelle puissance antiseptique possèdent les pulvérisations et le bain permanent, surtout quand on emploie des substances désinfectantes lentement volatilisables, parmi lesquelles l'hydrate de chloral figure très honorablement. Or, avec une solution à 2 p. 100, fréquemment projetée en vapeur dans toute la cavité buccale ou directement versée dans le plancher buccal et dans l'excavation sous-maxillaire, mollement remplie de gaze iodoformée, on crée une atmosphère antiseptique permanente.

Malgré tout, la salive, les sécrétions de la plaie, un peu de sang et de pus, les eschares produites par la cautérisation, les boissons, les aliments divers s'accumulant dans le foyer buccal et son diverticule sus-hyoïdien, auraient fini par s'y altérer et l'on aurait vu survenir le redoutable phlegmon du cou si, par une suture cutanée, on avait fermé ce cloaque inférieurement.

Au contraire, en le laissant communiquer largement par son côté le plus déclive avec l'extérieur, à la faveur du drainage et de la béance de la plaie cervicale, on prévenait toute rétention et on rendait très aisé le nettoyage du foyer dans les pansements ultérieurs.

Ajoutons que l'on avait placé à l'extérieur, et maintenu par une bande très peu serrée, une couche épaisse d'ouate hydrophile, qui recevait et emmagasinait la solution chloralée, de sorte que l'appareil externe, quoique souillé par les liquides buccaux, n'exhalait aucune odeur.

J'entre dans ces détails minutieux, parce que n'ignorant point l'anathème dont les jeunes chirurgiens, pyophobes convaincus, frappent les pansements antiseptiques ouverts, pourtant si utiles, si nécessaires même en certains cas, et prévoyant la résistance que mes opinions à cet égard rencontreront, j'ai voulu expliquer ma conduite et indiquer pourquoi je l'ai adoptée dans les plaies cavitaires infectées ou si facilement infectables. Pourquoi, en d'autres termes, et pour me résumer, je préfère « ouvrir largement la porte de sortie aux agents pathogènes intérieurs, plutôt que fermer la porte d'entrée aux mêmes agents extérieurs ».

N'est-il pas puéril d'ailleurs de compter sur la réunion de la plaie du cou pour interdire l'accès des germes extérieurs dans la bouche qui leur livre passage chaque fois qu'elle s'ouvre physiologiquement?

Les partisans de la réunion invoquent encore la rapidité de la guérison en cas de réussite, mais cet avantage ne profite qu'à une région du foyer traumatique, car je ne sache pas que la fermeture de la plaie cervicale hâte en quelque façon que ce soit la cicatrisation des pertes de substance staphyline et linguale.

Il est à craindre que toute mon argumentation reste inutile; tout ce que je puis dire, c'est que je la base sur la très longue pratique et la très attentive étude des opérations intra-buccales, auxquelles je suis parvenu à donner progressivement une bénignité relative, alors que jadis, et comme tout le monde, j'observais fréquemment des hémorragies secondaires sérieuses, des phlegmons cervicaux et la septicémie cavitaire, suivis de manifestations pulmonaires graves, qu'on prenait, à grand tort, pour des pneumonies d'un genre particulier.

Si le débat s'engageait sur ce point de pratique, j'invoquerais peut-être, et non sans profit, le témoignage de ceux de mes anciens élèves qui m'ont vu si souvent opérer sur le cou, la face et ses cavités.

Je passe au traitement post-opératoire, auquel, ce me semble, beaucoup d'excellents cliniciens et de très habiles opérateurs n'accordent pas toute l'importance qu'il mérite.

Il comprend au moins deux séries d'actes, qu'il convient de distinguer, mais dont une seule m'arrêtera. Ainsi, je laisserai de côté tous les soins, qu'aussitôt après avoir déposé les armes, le chirurgien donne à son opéré pour assurer le succès opératoire. Les pansements, le régime, quelques médicaments vulgaires, sont mis en usage jusqu'à achèvement plus ou moins tardif du travail réparateur local et de la restauration fonctionnelle.

C'est le *traitement post-opératoire primitif* qui, j'en conviens, est parfaitement suffisant en cas d'opérations pratiquées pour affection isolée ou accidentelle, portant sur des parties saines chez un sujet sain. Exemple : Un homme bien portant a la jambe écrasée, on l'ampute. La plaie guérit sans fièvre. L'état général n'est pas troublé; en quinze jours tout est fini; le rôle du chirurgien et du thérapeute est terminé.

Mais il en est tout autrement quand la lésion ou l'affection localisée dérive d'un état constitutionnel qui lui est antérieur et qui survit à sa suppression radicale. Je fais allusion aux opérations qu'on pratique chez les tuberculeux, les paludiques, les syphilitiques et surtout les néoplasiques, en tête desquels il faut placer les cancéreux. Or, ici, le succès opératoire peut certainement rendre de grands services, procurer des trèves prolongées, remettre la maladie générale à l'état latent, pour des mois et des années, mais outre que l'opération peut parfois aggraver la propathie, elle n'en assure nullement la disparition définitive, c'est-à-dire la cure radicale.

Ce premier résultat n'a guère chance d'être obtenu que par le *traitement post-opératoire secondaire*, institué suivant la formule très simple que j'en ai donnée, c'est-à-dire « aussi précoce que possible, parfaitement toléré par l'organisme et quasi indéfiniment continué ».

Les médicaments, le régime, l'hygiène, le choix du milieu en constituent les bases. La persévérance du médecin et du patient aide puissamment au succès. J'ajoute qu'il peut être peu onéreux et compatible avec les occupations ordinaires de la vie.

C'est à son aide que pour la tuberculose, par exemple, on améliore, dans une proportion très considérable, les pronostics opératoires.

Et j'en puis dire autant des néoplasmes d'origine cellulaire : épithéliomes et carcinomes, pour lesquels j'ai obtenu, depuis quinze ans, des résultats qui contrastent singulièrement avec ceux des premières années de ma pratique et de celle de mes anciens maîtres.

En ce qui concerne les néoplasmes d'origine conjonctive : sarcomes et fibromes, je suis moins affirmatif sur la valeur réelle, curative ou palliative, du traitement que j'indiquais plus haut, parce qu'en cas de succès on peut toujours invoquer la bénignité évidemment plus grande du germe morbide, mais là encore j'ai vu une marche si lente, des trèves si longues, des récidives si éloignées et une conservation si remarquable de la santé générale entre ces récidives, que je ne puis m'empêcher d'en faire honneur à un traitement auquel on ne peut reprocher que de créer une servitude d'ailleurs facile à subir.

Sans doute, la récidive est très menaçante chez mon jeune opéré, mais si elle arrive, nous n'aurons rien négligé pour assurer le double succès opératoire et thérapeutique.

Un dernier mot sur l'anatomie pathologique de la tumeur faite par mon élève et ami, le docteur Clado, si compétent en la matière.

Des coupes multiples pratiquées en divers points et à différentes profondeurs ont montré qu'il s'agissait bien, comme nous l'avions supposé, d'un sarcome à volumineuses cellules rondes, avec gros noyaux et nucléoles brillants englobés dans un très fin réseau de fibrilles pâles et de vaisseaux à contours indécis, sarcome développé primitivement dans l'amygdale, et ayant envahi secondairement, sans changer de structure, le voile du palais et la base de la langue.

On reconnaissait aisément à sa surface antérieure la muqueuse qui recouvre normalement la partie libre de l'amygdale avec son épithélium et son derme épaissi, muni de vaisseaux abondants et volumineux.

La face externe ou pharyngienne de la tumeur est recouverte par une couche fibreuse assez épaisse qui représente l'aponévrose de limitation de l'excavation amygdalienne. Point de fibres musculaires, ce qui indique que les constricteurs pharyngés ont été respectés.

La glande sous-maxillaire est normale, sauf en quelques points ou les acini sont un peu déformés par l'épaississement des cloisons conjonctives intra-acineuses.

Les ganglions correspondants sont un peu augmentés de volume, ainsi que celui qui a été extrait de la gaine carotidienne. Toutefois, ils ne présentent pas d'altération bien manifeste.

DES ZONES HYSTÉROGÈNES

ET DES ZONES « HYSTÉRO-CLASIQUES »

Par le docteur CLOZIER (de Beauvais).

1° L'hystérie est un réflexe *stomacal* d'origine (Whyt-Beau);

2° L'excitation des zones hystérogènes désignées ci-contre, provoque sûrement la *crise* chez tous les sujets en puissance;

3° Une pression forte exercée au niveau du point précis de la cage thoracique contre lequel bat la pointe du cœur, arrête presque instantanément la *crise;*

4° Même résultat est obtenu par la titillation du voile du palais;

5° Il existe en d'autres points des *zones analogues* à déterminer;

6° En résumé et en fait, *l'attaque ou la crise*, ainsi que l'hystérie elle-même, sont donc fonction d'un *réflexe*;

7° Nous nous inscrivons en faux contre l'idée généralement admise que l'hystérie est *engendrée et entretenue* par des causes multiples et indéterminées (1).

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la pleurésie par l'acide salicylique. — Aufrecht croit que l'acide salicylique, donné dès le début d'une pleurésie, amènera, dans la plupart des cas, la guérison sans thoracentèse. Plus l'épanchement se sera développé rapidement, plus les chances de guérison seront grandes.

L'acide salicylique sera donné en nature, par cachets de 1 gramme chacun. Le malade prendra chaque jour six de ces cachets. Il devra boire abondamment après chaque cachet, pour éviter la sensation de gastralgie assez vive que provoque l'acide salicylique. Au bout de huit jours, si l'épanchement n'a pas sensiblement diminué, on suspend le médicament deux jours, puis on le reprend ensuite de la même façon.

L'acide salicylique ainsi administré provoque une diurèse abondante, mais, fait singulier, cette diurèse ne persiste qu'aussi longtemps qu'il reste de l'épanchement à résorber. Elle cesse une fois la résorption complète. (*Therap. Monats.*)

Formule pour l'extrait de muguet. — M. Constantin Paul montre que l'extrait de muguet a une action un peu lente, mais réelle, comme tonique du myocarde. Ce n'est qu'après huit à dix jours qu'apparaît toute l'efficacité, marquée surtout en cas d'arythmie cardiaque. Il préfère l'extrait de muguet à la convallarine et à la convallamarine, produits absolument infidèles et souvent sans action. Au lieu de donner l'extrait en pilules, il s'est arrêté, après bien des tâtonnements, à la formule suivante :

(1) Il suffit, pour exciter une zone, de l'intéresser par une action dynamique empruntée aux sources les plus diverses.

Thym. . . . . 5 grammes.
Eau. . . . . 200 —

Faites infuser, filtrez et ajoutez

Extrait aqueux du muguet. . . 10 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges . . . 80 —

Le malade prendra par jour 50 grammes (un verre à liqueur) de cette solution. On peut l'étendre d'eau si le goût paraît trop amer. (Société de thérapeutique.)

Le phosphate de soude comme purgatif. — M. Constantin Paul prescrit souvent comme purgatif le phosphate de soude au lieu du sulfate de soude. Le phosphate de soude a l'avantage de purger sans coliques.

Il formule ordinairement :

Eau distillée . . . . 200 grammes
Phosphate de soude. . . . . 25 —
Sirop de sucre . . . . 60 —
Essence de citron . . . . XX gouttes.

On peut aussi donner le purgatif sous forme de limonade gazeuse.

Eau distillée. . . . . 250 grammes.
Phosphate de soude. . . . . . 25 —
Essence de citron. . . . . . . XXV gouttes.
Sirop de sucre. . . . . 60 grammes.
Acide citrique. . . . . . } *aa* 6 —
Bicarbonate de soude . . }

(Société de thérapeutique.)

Traitement des épanchements pleurétiques par les badigeonnages de gaïacol. — Le gaïacol en badigeonnages sur la peau aurait un effet antithermique des plus marqués. La température des phtisiques s'abaisserait, d'après Smolla, de 2 et même 3 degrés. Les docteurs Casanovici et Sigalea auraient obtenu dans la pleurésie de très bons effets des badigeonnages de gaïacol iodé. Ils formulent ainsi :

Teinture d'iode. . . . . 25 grammes.
Gaïacol . . . . 5 —

Cette quantité est employée en un seul badigeonnage fait chaque soir du côté malade et surtout en arrière. Ces badigeonnages amèneraient non seulement la chute de la fièvre, mais des sueurs abondantes, une augmentation de la diurèse et par suite la résorption de l'épanchement. Ce traitement aurait réussi, même dans un cas de pleurésie récidivée après une première ponction. (*Courrier médical.*)

Action locale des essences sur la muqueuse de l'estomac. — M. Pilliet a observé que les essences les plus inoffensives et les mieux tolérées par la peau ont, sur la muqueuse gastrique, une action caustique qui dépasse toute prévision. Il a expérimenté avec l'essence de cannelle, de bergamotte, de reine des prés. Cette dernière surtout, introduite dans l'estomac de lapin, produit des lésions plus considérables que celles que donnent l'acide azotique, l'acide chlorhydrique. Seule l'action de l'acide sulfurique peut lui être comparée.

On conçoit donc l'action stimulante très vive que les essences, les épices doivent exercer même diluées sur la muqueuse stomacale. Mais on conçoit en même temps les dangers de cette excitation et le rôle qu'elle peut jouer à la longue dans la pathogénie des dyspepsies. (Société de biologie.)

Traitement des céphalées syphilitiques. — M. Lionnet montre qu'on doit distinguer deux variétés de céphalées syphilitiques : 1° les céphalées avec lésions des os et des méninges; 2° les céphalées d'origine purement nerveuse. Le traitement spécifique s'impose dans le premier cas. Il reste utile même dans le second. L'iodure en particulier réussit très bien. Il doit être donné même dans les céphalées du début de la période secon-

daire. Dans quelques cas, l'intensité de la céphalée oblige pour avoir une action rapide à employer les calmants. Le chloral est le meilleur moyen dans les céphalées particulièrement atroces. L'antipyrine sera donnée dans les céphalées moins violentes en attendant l'action de l'iodure. Quelquefois même l'antipyrine réussit là où l'iodure a échoué. Dans un cas d'échec de l'antipyrine seule, l'antipyrine et la quinine associées ont réussi. L'antipyrine sera ordinairement donnée en même temps que l'iodure. En cas d'intolérance pour l'iodure, on l'emploie parfois seule. (Thèse de Lyon.)

Suppression de la sécrétion mammaire à la suite de badigeonnages à la cocaïne. — M. Guénel a observé un cas où des badigeonnages, avec la solution de cocaïne à 1/50 pour des gerçures très douloureuses, firent disparaître complètement la sécrétion mammaire. Celle-ci se rétablit par des lotions alcooliques. M. Valentin Désormaux a observé deux faits analogues de suppression. Il les explique par l'action vaso-constrictive de la cocaïne. Ce fait est des plus intéressants comme indication de la cocaïne, quand on recherche la suppression de la sécrétion lactée en cas de gerçures trop douloureuses, obligeant à sevrer l'enfant, et comme contre-indication quand la mère désire continuer l'allaitement. (Société de médecine de Nantes.)

Diagnostic et traitement des anémies pernicieuses. — On sait combien il est difficile de séparer, autrement que par l'évolution, les anémies pernicieuses des autres anémies. M. William Hunter a indiqué à l' « Harveyan Society » les signes différentiels suivants : 1° à l'examen du sang diminution du nombre des hématies, mais augmentation de leur richesse en hémoglobine; 2° coloration foncée des urines contrastant avec la coloration pâle qu'offrent d'ordinaire les urines anémiques ; 3° teinte subictérique, en particulier des conjonctives, indiquant que le foie est atteint. En effet, les anémies pernicieuses sont sous la dépendance ordinaire d'affections gastro-intestinales. A côté du traitement classique par l'arsenic et le fer, l'antisepsie intestinale rendra les plus grands services. Le salol, le naphtol β sont surtout utiles. Cette indication de l'antisepsie intestinale doit être d'ailleurs également appliquée dans les anémies ordinaires. (*The Lancet.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1893-1894.

1. M. Hobbs. De la myocardite typhique et de son rôle dans la mort subite et le collapsus cardiaque. — 2. M. Lasnet. Étude bactériologique du chancre mou et du bubon. — 3. M. Cognacq. De la sensibilité colorée. — 4. M. Frézouls. Du traitement de la syphilis par les flanelles mercurielles. — 5. M. Ziegler. Contribution à l'étude de la circulation veineuse de la prostate. — 6. M. Ruelle. Contribution à l'étude du mycétome. — 7. M. Boudou. De la mélanodermie phtiriasique. — 8. M. Quinson. Contribution à l'étude de l'auscultation du cœur dans l'attitude relevée. — 9. M. Abeille de la Colle. Contribution à l'étude de la morphée. — 10. M. Mille. Contribution à l'étude de la trichorrhexis nodosa. — 11. M. Houillon. Contribution à l'étude de la rétention d'urine d'origine traumatique ou post-opératoire. — 12. M. de Lavigne Sainte-Suzanne. Etude des kystes hydatiques du petit bassin. — 13. M. Baret. Contribution à l'étude du passage de la tuberculose de la mère à l'enfant. — 14. Bartet. Du traitement médical et chirurgical du rein flottant et de ses complications. De l'intervention par la néphropexie en particulier. — 15. M. Delaporte. Contribution à l'étude du traitement de l'hémiplégie de cause cérébrale par les courants induits. — 16. M. Taburet. Contribution à l'étude clinique de l'actinomycose cutanée chez l'homme. — 17. M. Blin. De l'arthrodèse astragalo-scaphoïdienne appliquée au pied-bot valgus paralytique. — 18. Erdinger. Du massage dans le traitement des ulcères variqueux. — 19. M. Castaing. Étude médico-légale sur les caractères extérieurs des blessures produites par les revolvers. — 20. M. Viguier. Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique de la capsule du cristallin. — 21. M. Binard. Étude sur les symptômes de début de la sclérose en plaques. — 22. M. Guitton. Des accidents cocaïniques évités par la trinitrine. — 23. M. Pénon. Contribution à l'étude du délire post-opératoire (du rôle de l'auto-intoxication). — 24. M. Jacob. De l'action anesthésique du pétrole. — 25. M. Roi. Contribution à l'étude de l'hématurie dans les néphrites. — 26. M. Pelletier. Étude sur les ectopies testiculaires et leur traitement chirurgical.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 2 décembre 1893, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Burgat, Florand, Callamand, Conil, Tarral, Daviller, Riboulot, Louis, Lecompte, Maurice, Boulle, Vallin, Bertrand, Lemarignier, Renard, Bourdel, Lesage, Hallé, Barbillon, Guichard, Lasnes, Marfan, Cazaux, Rivière, Girod, Brossard, Vetault, Imbert, Viler, Raison, Desforges, Fretin, Weber, Lepage, Grattery, Nourric, Miquel-Dalton, Duroselle, Pignol, Martin de Gimard, Demoulin, Lamare, Labruhe, Jouliard, Crouslé et Vaucher.

— Par décret, en date du 6 décembre 1893, M. Vergos, médecin de première classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 7 décembre 1893, M. Combemale, agrégé, est nommé professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Lille.

— Par décision ministérielle, en date du 4 décembre 1893, M. le médecin-major de deuxième classe Vedel est affecté aux troupes de l'armée de terre détachées en Annam et au Tonkin ; — M. le médecin-major de deuxième classe Bilouet est affecté aux hôpitaux de la division d'Alger.

— *Concours de l'externat.* — Questions données : « Crosse de l'aorte. — Veine-cave inférieure. — Muscles fessiers. »

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Tondeur est nommé aide-préparateur des travaux de médecine légale (emploi nouveau).

— Pendant la durée du XIe Congrès international de médecine de Rome (c'est-à-dire du 29 mars au 5 avril), les membres adhérents voyageant avec leur famille, qui désireraient retenir à l'avance des appartements, doivent dès maintenant en informer M. le docteur Marcel Baudouin, 14, boulevard Saint-Germain, secrétaire général français. Prière d'indiquer le nombre et le genre de chambres que l'on désire, la durée approximative du séjour à Rome et l'époque probable de l'arrivée.

De l'acuité visuelle. Étude physique et clinique, par le docteur Henry Bordier, licencié ès sciences physiques. Gr. in-8° de 162 pages, avec 25 figures et 1 planche. — Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

10

ANÉMIE, CHLOROSE, ÉPUISEMENT

Affaiblissement général

HÉMOGLOBINE SOLUBLE

de V. DESCHIENS

PRINCIPE FERRUGINEUX NATUREL, RÉPARATEUR DES GLOBULES DU SANG

SIROP, VIN, DRAGÉES préparées par Adrian et Cie 9 et 11, rue de la Perle, Paris

12

DYSPEPSIES ATONIQUES

COLIQUES HÉPATIQUES et NÉPHRÉTIQUES

La QUASSINE ADRIAN

EXCITE L'APPÉTIT ET DÉVELOPPE LES FORCES

DRAGÉES dosées à 25 mgr **Quassine amorphe.**
GRANULES dosées 2 mgr **Quassine cristallisée.**

22

COLIQUES HÉPATIQUES
COLIQUES NÉPHRÉTIQUES
COLIQUES UTÉRINES

CAPSULES BRUEL

D'ÉTHER AMYL VALÉRIANIQUE

Spécifique des maladies nerveuses en général. Le plus puissant et le plus inoffensif des calmants et antispasmodiques.

32

TUBERCULOSE PULMONAIRE

PLEURÉSIE D'ORIGINE TUBERCULEUSE

Bronchites aiguës et chroniques
Dilatation des bronches, Bronchorrhée

GAIACOL IODOFORMÉ SÉRAFON

& GAIACOL-EUCALYPTOL IODOFORMÉ SÉRAFON

en CAPSULES pour l'usage interne.
en SOLUTIONS pour injections hypodermiques.

Préparation et vente en gros : Mon Adrian et Cie, Paris.

22

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ Mariani** est prescrit avec succès, par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du Diabète, l'Anémie,** la **Chlorose,** la **Gastralgie,** les **Laryngites** et les **Granulations de la Gorge,** etc.

Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux ou trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

Mariani, phien, 41, Bard Haussmann, et tes phies.

55



PAPAÏNE

TROUETTE-PERRET
(LE PLUS PUISSANT DIGESTIF CONNU)
1 verre à liqueur
ELIXIR, SIROP ou VIN
de **Papaïne Trouette-Perret**
après chaque repas.
E. Trouette, 15, r. des Immeubles-Industriels, Paris.

11

CHLORÉTHYLE BENGUÉ

3f50



Médecins, 2f75

ANESTHÉSIE LOCALE — NÉVRALGIES

Dr Bengué, phien, 34, rue La Bruyère, Paris.

90

Inappétence, Convalescence, Anémie, Maladies de poitrine, de l'estomac et des intestins.

VIN DEFRESNE A LA PEPTONE

Il ne contient pas seulement les principes solubles de la viande; il contient aussi la fibre musculaire elle-même fluidifiée, digérée, rendue assimilable.

Dose : 1/2 verre à madère au dessert.

PILULES DIGESTIVES
de PANCRÉATINE DEFRESNE

Anorexie, Dyspepsie, Gastralgie.

Dose : 2 à 4 après le repas.

Détail : Phie, 2, rue des Lombards, Paris.

21

ÉMULSION DEFRESNE

D'HUILE DE FOIE DE MORUE
IODO-PHOSPHATÉE

RENDUE ASSIMILABLE PAR LA PANCRÉATINE

aussi agréable à prendre que le lait

L'Émulsion Defresne, à faible dose, est plus efficace que l'Huile de foie de morue naturelle; elle est plus riche que celle-ci en principes reconstituants, stimulants et altérants (*Iode, Phosphore, Acides gras libres*); elle est agréable à prendre.

L'Émulsion Defresne contient :

45 gr. Huile modifiée par la Pancréatine;
5 gr. Acides gras libres;
0,20 centigr. Phosphore;
0,10 centigr. Iode;
50 gr. Eau et Glycérine.

L'Émulsion Defresne est héroïque dans :

RACHITISME,	LYMPHATISME,	ANÉMIE,
SCROFULE,	DÉBILITÉ,	CONSOMPTION.

L'Émulsion Defresne *est toujours assimilée : Dose de 2 à 6 cuillerées à café par jour.*

Prix : **2 francs.**

DEFRESNE, auteur de la **Pancréatine** et de la **Peptone,** 4, quai du Marché-Neuf;

Détail : Pharmacie, 2, rue des Lombards.

75

RAIFORT-IODÉ

J. BUCI

SIROP *(fait à froid)*

contre les GLANDES DU COU, RACHITISME MOLESSE DES CHAIRS, PALEUR ÉRUPTIONS DE LA PEAU, CROUTES DE LAIT, ETC.

Il remplace les huiles de foie de morue; c'est un **fluidifiant** et un **dépuratif énergique.**

PARIS, 22 ET 19, RUE DROUOT

57

MODE D'ADMINISTRATION

DU CHLORAL

« *Le sirop de Follet est la meilleure forme d'administration du chloral; sa conservation est parfaite, et, ainsi conseillé, il n'irrite point l'esomac.*

« Formulaire Magistral. »

Le Sirop de Follet se prescrit à la dose de 2 à 3 cuillerées à bouche. La cuillerée à bouche contient exactement 1 gramme de chloral hydraté; la cuillerée à café 25 centigrammes.)

Le Sirop de Follet sera pris étendu d'eau ou d'une infusion de tilleul, d'oranger, ou mieux dans du lait. Souvent il est préférable de donner les deux premières cuillerées ensemble, le sommeil s'obtient ainsi plus vite et plus sûrement.

Le chloral qui entre dans la composition du **Sirop de Follet** est fabriqué par la maison L. Frere, A. Champigny et Cie, successeurs, 19, rue Jacob, Paris, qui a obtenu les premières récompenses décernées aux produits pharmaceutiques : médaille d'or unique à l'*Exposition universelle* de Paris 1878; médaille d'or, Amsterdam, 1883; médaille d'or, Sydney, 1888; Paris, 1889.

22

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.

Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

59

BROMURE DE CAMPHRE DU Dr CLIN

Lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « au **Bromure de Camphre,** sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut pro- « duire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique* et un « *hypnotique* des plus efficaces. »

(*Gaz. des Hôpitaux.*)

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd.* »

Chaque Capsule du Dr Clin renfme 0,20 } Bromure de
Chaque Dragée du Dr Clin renfme 0,10 } Camphre pur

Gros : **Clin & Cie**, 20, r. des Fossés-St-Jacques, Paris. — Détail : *Dans les bonnes Pharmacies.*

12

BOUCHAIN. Par suite du décès de M. le docteur Léon Delattre, médecin des établissements de bienfaisance et de la garnison de Bouchain, et de plusieurs bureaux de bienfaisance des environs, les administrateurs demandent un docteur de la Faculté de Paris.

S'adresser à M. Valéry Tétar, vice-président de l'Hospice Dronsart, à Bouchain (Nord).

91

Chlorose — Anémie

DRAGÉES

DE

DUROZIEZ

AU PROTOXALATE DE FER

Chaque dragée contient 10 centigrammes de **Protoxalate de fer.** — Une à deux dragées au début de deux principaux repas.

Phie. **DUROZIEZ,** 58, Bd St-Michel, Paris.

3 FRANCS LE FLACON

50

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES

Injection Mercier, 0,05 de Gaïacol et 0,01 d'Iodoforme chimiquement purs par cent. cube. Le fl. de 50 injections : **2 fr. 50.**

Solution Mercier, 0,50 de Chlorhydro-phosphate de chaux et 0,10 de Gaïacol par cuillerée à soupe.
1 ou 2 cuillerées à chaque repas. Le fl. : **2 fr**

Capsules Mercier, dosées à 0,05 de Gaïacol. 3 ou 4 à chaque repas. Flac. : **2 fr. 50.**

Capsules antiseptiques Mercier contenant 0,05 de Gaïacol, 0,05 d'Eucalyptol et 0,02 d'Iodoforme.
2 ou 3 à chaque repas. Le fl. : **3 fr.**

Mercier (*médaille d'or*), 3, place de l'Odéon, et dans les pharmacies.

66

GRANULES DE CATILLON

à 1 milligr. d'**Extrait titré** de

STROPHANTUS

C'est avec ces granules qu'ont été faites les expérimentations discutées à l'**Académie** en 1889; elles ont démontré que 2 à 4 par jour produisent une **diurèse rapide,** relèvent le **cœur affaibli,** font disparaître l'**Asystolie,** la **Dyspnée,** l'**Oppression,** les **Œdèmes,** les accès d'**Angine de poitrine,** etc. On peut en continuer l'usage sans inconvénient, pas d'intolérance.

Eviter les imitations et les teintures infidèles.

Paris, 3, boulev. Saint-Martin et Pharmacies.

N° 142. — MARDI 12 DÉCEMBRE 1893. 66e ANNÉE. MARDI 12 DÉCEMBRE 1893. — N° 142.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 11 décembre 1893.

Pendant les derniers jours de son ministère, l'ancien ministre de l'Intérieur a adressé au président de la République un rapport sur les opérations des sociétés de secours mutuels. Voici le passage concernant le corps médical :

Il est bien certain que les médecins qui délivrent trop facilement des ordonnances aux membres des sociétés de secours mutuels et surtout des médicaments trop chers, ne forment que l'exception et qu'ils ne se rendent pas suffisamment compte de la portée de leur complaisance ou de leur bienveillance ; mais, en pareille matière, l'on ne saurait trop appeler l'attention de ceux qui sont chargés de veiller à la conservation du patrimoine de la mutualité sur ce point important de son fonctionnement.

A ce sujet, j'ai le regret de vous informer qu'une certaine partie du corps médical manifeste une tendance à la coalition contre les traités en usage entre les médecins et les sociétés de secours mutuels. A la faveur de la loi sur l'exercice de la médecine, votée en novembre 1892, qui permet, en son article 13, aux médecins de bénéficier de la loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels, des syndicats médicaux se sont formés et ont émis la prétention d'empêcher les médecins de soigner à l'abonnement les malades de ces associations et de faire des visites au-dessous d'un tarif minimum, établi par ces syndicats, sous peine d'exclusion et de mise à l'index. Un syndicat du département de la Seine, notamment, a pris l'initiative de ces mesures arbitraires, qui portent atteinte à la liberté du travail et frappent des groupements philanthropiques de travailleurs habitués jusqu'à présent à la bienveillance de tout le monde.

Il y aurait à craindre que la suppression de l'abonnement, pour le traitement des malades mutualistes, ne donnât carrière à l'abus des visites qui a déjà motivé les réclamations d'un grand nombre de sociétés. D'autre part, serait-il équitable d'obliger les jeunes médecins, dont la clientèle n'est pas encore faite, à ne pas exercer leur profession en dehors des règles autoritaires établies contre leur gré ? Les sociétés de secours mutuels favorisent l'art de la médecine, en ce sens qu'elles permettent aux jeunes médecins qui y sont attachés d'acquérir l'expérience qui leur manque et le système de l'abonnement les facilite dans cette tâche. L'individu hésite à confier sa santé aux débutants. La collectivité les accepte moyennant des prix modiques. Donc, les sociétés de secours mutuels rendent service à ces jeunes médecins et ceux-ci, tout en se perfectionnant, font acte de réciprocité. Pourquoi, dès lors, entraver cette liberté de part et d'autre ? Il faut espérer que le corps médical, pris dans son ensemble, et dont le dévouement n'est pas mis en doute, ne se prêtera pas à cette combinaison, et que cette tentative émanée de membres d'une corporation, qui jouit déjà d'un monopole, n'aura pas de suites. L'institution des sociétés de secours mutuels ne doit pas être un objet de spéculation, et beaucoup de médecins, dont les moyens d'existence sont assurés, le comprennent si bien qu'ils donnent gratuitement leurs soins aux personnes qui les composent.

Le ministre qui a écrit ces lignes n'est plus ministre, mais les bureaux, qui les lui ont dictées, persistent et conservent vis-à-vis du corps médical les mêmes opinions erronées. Jamais les médecins n'ont marchandé aux deshérités ni leur temps, ni leur peine ; c'est faire bon marché des services rendus que d'adresser de tels reproches au corps médical. M. le ministre trouve que les médecins ont le tort de s'associer pour défendre leur droit à l'existence. Si le dévouement et l'abnégation sont les devoirs essentiels de tout médecin digne de ce nom, il ne s'ensuit pas que l'exercice de la profession ne doive être qu'un leurre et une duperie ! M. le ministre trouve que dans les campagnes tout est pour le mieux, personne ne se plaint ni sociétaires, ni médecins. Mais à Paris, tout va mal, les médecins s'avisent de protester. N'en déplaise à M. le ministre, à la campagne tout ne va pas pour le mieux. Il y a des villages entiers dont les habitants sont groupés en sociétés de secours mutuels. De ces sociétés font partie toutes les catégories d'ouvriers, de fournisseurs, de patrons ; les ménages de ces sociétaires ont droit aussi à une diminution du tarif normal des honoraires. Les choses en sont venues à ce point que, dans un centre voisin de Paris, le médecin nous disait que, à tel village, situé à plusieurs kilomètres de sa résidence, il avait dû faire pendant l'année plus de 400 visites aux sociétaires et à leur famille. Or, sa note, fourniture de médicaments comprise, n'atteignait pas 500 francs. Et notre confrère de se plaindre, non seulement du tarif ridiculement bas appliqué à ses visites, mais des exigences sans cesse croissantes de ses clients coalisés, qui, nuit et jour, le harcelaient. Si les villages voisins avaient agi de même, notre confrère eût de suite fermé sa porte, dans l'impossibilité manifeste de trouver de quoi vivre, après un travail acharné, sans trêve ni répit. On se demande si les enquêteurs qui ont su donner au rapport ministériel ces notions si fausses, ont daigné interroger les médecins ou s'ils n'ont pas borné leur enquête aux propres rapports des

présidents de sociétés de secours mutuels, gros électeurs dont il faut ménager l'influence.

A Paris, dit le ministre, les sociétés de secours mutuels favorisent l'art de la médecine, en facilitant les débuts des jeunes médecins. Est-ce favoriser la médecine, que d'imposer des visites à des prix ridicules ? Que les mutualistes profitent et bénéficient de leur association, en jouissant de certains prix de faveur, rien de plus légitime ; et aucun syndicat médical ne songerait à protester, si le prix des visites était simplement atténué, de façon à constituer une faveur analogue à celle consentie par le commerce vis-à-vis de toute association. Mais, de là à cette exploitation réglée du corps médical par les sociétés de secours mutuels, il y a loin. Notons, en plus, qu'à Paris, mutualiste n'est pas du tout synonyme d'indigent, et qu'il n'y a aucun motif sérieux pour excuser les termes du rapport ministériel : que les médecins fassent aux associations mutuelles certaines concessions, rien de plus juste, et personne n'y contredit, mais que ces concessions aboutissent à des conditions dérisoires, voilà contre quoi les associations médicales ont, elles aussi, le droit et le devoir de protester.

A la Société médicale des hôpitaux (8 décembre), MM. Comby et Widal apportent chacun une observation qui confirme la valeur séméiologique de l'*adénopathie sus-claviculaire*, dans le diagnostic du cancer du poumon et de l'estomac. Dans le cas de M. Comby, il y avait une pleurésie hémorragique symptomatique d'un cancer pulmonaire. Dans le cas de M. Widal, un cancer latent de l'estomac; contrairement à ce qui est la règle dans ces conditions, c'est non pas à droite, mais à gauche, en arrière du sterno-cléido-mastoïdien, que siégeait un petit ganglion constaté à l'autopsie par la dissection, mais qui avait passé inaperçu pendant la vie. M. Troisier fait remarquer qu'il est étonnant de ne pas trouver dans ce cas une chaîne ganglionnaire suivant le médiastin.

M. Le Gendre a vu un cas de *rhumatisme scarlatineux*, qui a commencé le deuxième jour de la maladie : contrairement à ce qu'on observe ordinairement. A propos des deux cas de rhumatisme osseux déformant, rapportés dans la précédente séance, par M. Richardière, il déclare que, pour sa part, il considère le rhumatisme noueux comme ayant souvent comme point de départ, une infection oubliée ou passée inaperçue. Souvent, en cherchant un peu, on trouve quelque foyer de suppuration : dilatation des bronches, vaginite, métrite, etc. Pour lui, l'infection provoquerait secondairement des troubles trophiques d'ordre névropathique.

M. Juhel-Rénoy a voulu savoir quelle était la valeur du traitement de la variole par le séjour dans l'obscurité. Certains médecins anglais, puis des médecins danois, ont prétendu que la variole avortait dans ces conditions et ne laissait pas de cicatrice. Il a mis huit malades, non dans l'obscurité complète, mais dans une chambre dont les vitres étaient oblitérées par des feuilles de papier rouge et des rideaux rouges. Les conclusions sont absolument négatives. Les varioleux maintenus à la chambre rouge, ont eu, les uns, une variole bénigne, les autres, une variole grave; l'un d'eux est mort, quelques-uns ont eu des cicatrices plus ou moins nombreuses, plus ou moins marquées.

M. Albert Mathieu a recherché systématiquement le *rein mobile*, chez 306 femmes soignées à l'hôpital pour une maladie quelconque, et chez 46 femmes traitées directement pour des accidents sérieux de dyspepsie.

Il a constaté 85 fois la mobilité anormale du rein chez les premières, et 32 fois chez les secondes.

On trouverait donc le rein mobile 1 fois sur 4 au moins, chez les malades d'hôpital prises au hasard, et plus souvent encore chez les femmes atteintes d'accidents dyspeptiques graves.

La néphroptose est plus rare au-dessous qu'au-dessus de vingt ans. De quinze à vingt ans, on la trouve 12 à 13 fois p. 100; 22 à 23 fois de vingt à vingt-cinq ans; environ 40 fois p. 100 de vingt-cinq à cinquante ans, et seulement 25 fois p. 100 de cinquante à soixante-dix ans. Est-ce que la néphroptose se guérit ou que les néphroptosées meurent plus jeunes que les autres ?

Dans ces chiffres, il n'est pas tenu compte du degré de la mobilité. Le premier degré, dans lequel on ne peut percevoir qu'une partie du rein, comprend à peu près la moitié des cas. L'autre moitié, deuxième et troisième degré, comprend les cas dans lesquels le rein peut être perçu dans son entier, et ceux, plus rares, dans lesquels il est complètement flottant.

L'influence de la grossesse, sans être exclusive, paraît certaine, puisque 104 nullipares ne donnent qu'une proportion de 11,54 p. 100 de néphroptose et 130 uni ou pluripares, une proportion de 33,8 p. 100.

La dyspepsie, généralement assez légère, banale, à forme surtout d'atonie gastro-intestinale, a été relevée 68 à 69 fois p. 100 chez les femmes atteintes de rein mobile, et seulement 40 à 41 fois chez les femmes exemptes de néphroptose. D'autre part, les femmes directement traitées pour des accidents dyspeptiques sérieux, donnent la proportion élevée de deux reins mobiles sur trois cas (32 fois sur 46 malades). Ces chiffres pourraient amener à conclure qu'il y a réellement une relation de cause à effet entre la néphroptose et la dyspepsie.

L'existence assez fréquente de la néphoptose latente amène à penser que la mobilité anormale du rein ne fait qu'exagérer l'effet d'une prédisposition, d'une tare ou d'une lésion antérieures.

La dyspepsie une fois produite est probablement entretenue et assez souvent exagérée par la néphroptose. Les douleurs, les vomissements répétés, les crises gastriques plus ou moins analogues aux crises tabétiques sont des accidents qui paraissent assez souvent amenés par la mobilité anormale des reins. Il faut toujours rechercher la néphroptose quand on les constate chez la femme.

L'intensité des accidents dyspeptiques n'est pas forcément en proportion du degré de déplacement des reins.

En dehors de ces crises, fréquentes surtout au moment des règles, la dyspepsie des néphroptosées ne présente rien de spécial. Toutes les formes du chimisme stomacal peuvent s'y rencontrer.

Elle se lie souvent à la neurasthénie, qui prend volontiers alors la forme douloureuse, névralgique, à prédominance abdominale. Ces malades deviennent facilement les victimes de la morphinomanie.

L'existence de la néphroptose, surtout dans les cas de dyspepsie ou de neurasthénie accentuées, réclame avant tout l'immobilisation du rein. Ce résultat est obtenu au moment des crises par le décubitus horizontal, en dehors

d'elles par le port d'une ceinture abdominale. Dans les cas graves et rebelles on sera autorisé à recourir à l'intervention chirurgicale.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Paul Reclus.

Suppurations pelviennes et laparotomie.

Je désire vous entretenir des malades atteintes de suppurations pelviennes que nous avons opérées par la laparotomie. La première de nos interventions date du 15 février, la dernière du 15 octobre ; c'est donc notre pratique de sept mois que nous allons exposer ici, de sept et non de huit, car nous nous sommes absenté en septembre.

Le nombre total de ces laparotomies a été de 19. C'est peu, si l'on songe à l'extrême activité du service que nous a laissé notre prédécesseur, M. Polaillon, dont la consultation de gynécologie avait une vogue si légitime. Mais nous ferons remarquer que, d'une part, nous avons écarté toutes les interventions où les lésions révélées n'étaient pas ou n'étaient plus purulentes et que, d'autre part, nous n'opérons que les cas les plus graves. En effet, à peine 1 sur 3 des malades entrées dans nos salles pour des inflammations des annexes, subit l'ouverture du ventre ; il faut, pour en arriver là, que le foyer ait résisté à la désinfection méthodique, au drainage, au curetage, au repos prolongé, aux laxatifs, surtout aux lavements quotidiens, avec de l'eau à la température de 55 degrés centigrades. Nous comptons assez de guérisons authentiques et durables, pour conseiller vivement « l'essai loyal » de cette thérapeutique.

En effet, à lire les auteurs les plus récents et les plus compétents, on pourrait croire que du diagnostic précis d'ovaro-salpingite, découle, comme corollaire, la nécessité d'intervenir ; on discute sur la voie à suivre et sur le mode opératoire ; les uns incisent la paroi abdominale et les autres le vagin, mais tous semblent se réunir pour exiger l'extirpation des annexes enflammées. Cependant une réaction s'esquisse à cette heure et nous voyons s'accentuer la double tendance qui, du reste, a toujours eu des défenseurs : opérer le moins possible et, si l'opération est déclarée nécessaire, recourir aux moindres délabrements. Les cas deviennent nombreux où, à la laparotomie et à l'hystérectomie, on a substitué soit la simple incision des culs-de-sac et le drainage de l'abcès, soit le traitement médical que nous préconisions plus haut.

Dans les 19 cas où nous sommes intervenu, cette thérapeutique avait échoué ou les lésions nous avaient paru si avancées que l'opération devenait urgente. L'âge des malades variait de vingt à quarante-trois ans ; la cause de la suppuration a pu être rapportée le plus souvent à la puerpéralité, quelquefois à la blennorragie ; dans 2 cas, il nous a été impossible, non de déterminer, mais même de soupçonner le mode d'infection. L'examen bactériologique a été pratiqué six fois à la Pitié par M. Martin ou par M. Tixeron dans le laboratoire du professeur Cornil : on a trouvé le gonocoque une fois ; deux fois le streptocoque et le staphylocoque ; dans les autres cas le pus était stérile, le microscope et les cultures n'y ont décelé la présence d'aucun germe pathogène. On voit que le foie n'est plus le seul organe, comme on semblait le croire naguère, où la collection, quand on l'examine, ne contient pas ou ne contient plus de bacilles.

Dans nos 19 cas, les lésions étaient bilatérales ; trompes et ovaires, des deux côtés, étaient atteints ; je ne dis pas qu'il y a toujours eu du pus à droite et à gauche, mais si parfois la collection manquait d'un côté, les annexes n'en étaient pas moins fort nettement malades, avec des trompes hypertrophiées ou sclérosées et entourées d'épaisses néo-membranes. Celles-ci étaient de résistance variable, tantôt solides, fibreuses, et ne se laissant entamer que difficilement avec l'ongle, tantôt friables et déchirées par une légère traction. Elles solidarisaient les annexes et les faisaient adhérer, le plus souvent, aux parois du petit bassin et à la surface de l'utérus : 6 fois au péritoine de la paroi abdominale antérieure et 3 fois à l'intestin. Dans 5 cas j'ai trouvé, en détachant l'épiploon, des kystes multiples, deux, trois, quatre, même cinq, et remplis de sérosité citrine ou sanguinolente. Nous avons si fréquemment rencontré ces poches autour des annexes enflammées, dans nos laparotomies antérieures et dans nos hystérectomies vaginales, que nous avons été étonné de ne pas en voir signaler un seul cas dans la série de 59 interventions pour suppurations pelviennes, où MM. Terrier et Hartmann ont noté la nature et le siège exact des lésions.

Dans nos 19 cas, un abcès occupait soit les deux trompes, soit une seule, soit un ovaire, soit les deux. Une seule fois les deux trompes et les deux ovaires étaient simultanément le siège d'une collection purulente, mais d'ordinaire l'abcès faisait défaut dans un ou deux de ces organes et était remplacé par des membranes plus ou moins épaisses. Dans trois de nos observations, enfin, on trouvait, en même temps qu'une suppuration des annexes, des abcès plus ou moins volumineux et plus ou moins nombreux autour de l'utérus, dans le péritoine circonvoisin. Nous devons insister sur ce point, car dans le mémoire que nous avons déjà signalé, MM. Terrier et Hartmann disent que, sur 47 cas, ils n'ont constaté que dans un seul « l'existence d'une pelvi-péritonite à loges suppurées multiples ». Et ils ajoutent, en visant, dans une note, deux de mes articles de la *Gazette hebdomadaire* : « Ce sont là des lésions très différentes de la conception subjective des auteurs qui, pour prôner certain traitement des lésions suppurées des annexes, ont donné des descriptions par trop convaincantes. »

Si j'ai bien compris, M. Terrier m'accuse de n'avoir pas *vu* les lésions que j'ai désignées, après d'autres, sous le nom de pachy-pelvi-péritonite. J'en aurais tracé, avec le seul secours de mon imagination, « une description par trop convaincante » et cela pour « prôner certain traitement », c'est-à-dire la voie vaginale? Sur ce dernier point, je ne m'arrêterai pas ; vous savez mon entière liberté d'esprit à cet égard : j'ai défendu vivement l'hystérectomie préliminaire ; dans certains cas, elle me paraît supérieure, mais dans d'autres, je préfère la laparotomie, comme je ne tarderai pas à vous le dire, et si l'année précédente j'ai eu recours à peu près par moitiés égales à l'une et à l'autre voie, vous savez que cette année, c'est à travers la paroi abdominale que j'ai passé le plus souvent. Donc je n'insiste pas, car l'accusation tombe d'elle-même.

Mais s'il en était besoin j'insisterais pour démontrer que la pachy-vaginalite, pas plus que « la pelvi-péritonite à loges suppurées multiples », n'est « une conception subjective ». Dans ma série nouvelle de dix-neuf laparotomies, j'en ai rencontré trois cas et je viens d'en observer un qua-

trième que j'étudierai ailleurs, parce que, à la suppuration pelvienne, s'ajoutaient des corps fibreux de l'utérus. Eh bien, dans ces quatre cas — et je copiei ci sur le cahier du service — la paroi abdominale incisée, nous avons trouvé le petit bassin rempli d'une masse indistincte recouverte par l'épiploon et les anses intestinales; nous les décollons prudemment et difficilement et nous apercevons des cavités kystiques distendues par de la sérosité sanguinolente, puis, au-dessous, le fond de la matrice et les annexes encastrées dans une sorte de coulée plastique. Nous essayons d'en dégager la trompe et l'ovaire; mais notre doigt n'entame les néo-membranes qu'avec peine et ouvre plusieurs poches pleines de pus; trois au moins sont indépendantes des annexes et, parmi elles, une très volumineuse qui remplissait en arrière et en bas toute la cavité de Douglas.

Nous pourrions citer trois autres observations semblables où l'examen a été minutieux et complet. Nous avons opéré en position déclive, comme nous le faisons toujours depuis un an, et l'on sait combien il est alors facile de suivre son doigt de l'œil et de *voir* les lésions. Dans un de mes trois cas, les adhérences étaient si intimes, leurs stratifications si épaisses que, les annexes d'un côté péniblement enlevées, il nous a été impossible d'extirper les secondes; le péril eût été trop grand d'exercer des tractions dans cette masse assez vasculaire, fusionnée non seulement avec les organes du petit bassin, mais aussi avec les anses grêles et l'S iliaque. Nous avons donc laissé notre intervention inachevée, après avoir désinfecté et drainé toutes les poches accessibles. Le résultat, que nous craignions fort précaire, a été de tous points excellent. La femme a quitté notre hôpital n'ayant plus ni douleurs, ni troubles fonctionnels, et, six mois après, cet état persistait. Aussi, elle et nous, nous n'avons plus songé à l'hystérectomie vaginale qui devait être, semblait-il, le complément nécessaire de cette laparotomie. Nous ne savons pas ce qu'il en adviendra; peut-être la patiente ira-t-elle plus tard trouver quelque partisan exclusif de la « voie vaginale », qui s'en servira d'argument contre la laparotomie. En fait, et pour ce cas, il aura raison; l'hystérectomie préliminaire eût été, je crois, préférable.

Cette série d'observations nous autorise donc à penser que la pachy-pelvi-péritonite à loges suppurées multiples n'est pas « une conception subjective » et notre description, loin d'être « trop convaincante », me paraît tout uniment exacte. Mais, d'ailleurs, cette forme n'est-elle pas signalée partout et par tous? J'ouvre au hasard le dernier volume du Congrès de chirurgie : quelques pages après le mémoire de MM. Terrier et Hartmann, je trouve une communication où M. Delagenière relate quatre laparotomies, et voici les lésions qui, trois fois, les ont nécessitées : Premier cas, suppurations pelviennes d'origine blennorragique; laparotomie; extirpation des pyo-salpingites et évacuation de foyers de pelvi-péritonite; — Deuxième cas, suppurations pelviennes; poches très volumineuses remontant au-dessous du pubis jusqu'à un travers de doigt de l'ombilic; pus dans les selles à plusieurs reprises; laparotomie; évacuation, puis extirpation des poches purulentes et des annexes; — Troisième cas, suppurations pelviennes d'origine blennorragique; laparotomie, extirpation des ovaires et des trompes qui sont volumineuses et distendues par du pus; ouverture de plusieurs foyers purulents.

Ainsi trois sur quatre de ces cas sont des types évidents de pelvi-péritonites à foyers multiples, et il nous serait très facile d'en trouver, dans les auteurs, un grand nombre de semblables. Mais il m'a semblé plus intéressant de rappeler les seuls faits de M. Delagenière : d'abord, on ne peut l'accuser d'avoir mal observé, non seulement parce qu'il a puisé son instruction chirurgicale aux meilleures sources, mais n'est-il pas aussi le premier qui, en France, ait eu recours à la position déclive dans la laparotomie? Les lésions qu'il décrit, il les a vues et bien vues. On ne pourrait non plus insinuer que son œil prévenu a exagéré les lésions « pour prôner certain traitement des lésions suppurées des annexes », puisque, loin d'être partisan de la voie « inférieure », il intitule sa communication : « Supériorité de la laparotomie sur l'hystérectomie vaginale dans les cas de suppurations pelviennes. »

Telles sont les lésions que j'ai relevées dans mes dix-neuf cas de suppurations pelviennes, traitées, depuis sept mois, par la laparotomie. Je ne vous rappellerai pas mon manuel opératoire; il ne s'éloigne guère de celui qu'ont décrit nos maîtres et nos collègues et je n'ai rien innové. Tout en admettant avec M. Pozzi qu'il faut accorder une « importance majeure » au tact, éduquer son doigt pour qu'il sache trouver, au milieu des néo-membranes, le *plan de clivage* qui sépare la tumeur des parties auxquelles elle adhère, je pense avec M. Terrier qu'il est fort utile d'opérer sous le contrôle de la vue, « de voir et de bien voir ce qu'on fait ». Au lieu de ne me servir que « très exceptionnellement » de la position déclive, comme M. Pozzi, j'y ai depuis un an systématiquement recours, comme M. Terrier; les services qu'on retire de cette pratique me paraissent considérables et nombre de cas qui, dans le décubitus horizontal, étaient, pour moi, surtout justiciables de l'hystérectomie vaginale préliminaire, me semblent, maintenant, mieux abordables par la laparotomie.

En effet, dans la position horizontale, les anses intestinales s'enmêlent dans la main; il est difficile de les éloigner des poches purulentes dont le liquide, après une rupture intempestive, pourrait facilement inoculer le péritoine; certes, on évitait le plus souvent ce danger, comme le prouvent les magnifiques succès de la laparotomie avant que la position déclive eût été imaginée et vulgarisée. Mais combien plus grande est maintenant la sécurité! On a le champ opératoire sous les yeux; il est isolé des masses intestinales et épiploïques, dont on rompt les adhérences, étirées pour ainsi dire, et qui se révèlent d'elles-mêmes. Ceci se passe dans le ventre même, sans attirer à l'extérieur la tumeur et l'anse adhérente, comme le conseille M. Pozzi; cette manœuvre, malgré les succès qu'elle a donnés à son auteur, me paraît moins simple et plus dangereuse, et nous nous rangeons franchement parmi ceux qui conseillent la position élevée du bassin pour toute laparotomie.

Nous n'avons pas d'autres remarques à faire ; nous étreignons le pédicule avec un seul fil, par un nœud employé depuis longtemps et que M. Félizet a récemment décrit à nouveau, sous le nom de nœud de l'artificier ; il est fort simple et fort solide. Comme nos confrères, nous isolons autant que possible la cavité péritonéale du foyer du petit bassin, en étalant, au-devant des anses intestinales, le tablier épiploïque que l'on ramène en bas, en arrière de l'utérus. Nous ne lavons qu'exceptionnellement à l'eau bouillie, nous préférons essuyer les surfaces suspectes avec des tampons aseptiques; nous craignons toujours que l'eau emporte au loin des lambeaux infectés, soulevés hors du

foyer purulent. Une seule fois l'intestin a été déchiré. Nous avons pratiqué un double rang de suture et nous avons mis l'anse au bord du foyer traumatique, au contact de la gaze iodoformée de notre drainage.

Celui-ci est presque de règle dans ma pratique des laparotomies pour suppurations pelviennes, et j'y ai eu recours douze fois sur les dix-neuf interventions que j'analyse aujourd'hui devant vous : dès qu'il y a eu rupture des poches purulentes, lorsque je ne suis pas absolument certain que mes compresses aseptiques ont bien garanti les anses intestinales, lorsque la rigidité des néo-membranes empêche le foyer opératoire de revenir sur lui-même et laisse une cavité que ne remplissent pas immédiatement les intestins mobiles, lorsqu'il reste des débris de poches que la dissection n'a pu enlever, lorsque l'intervention a été difficile et de longue durée, quand plusieurs ou même une seule de ces raisons existe, j'ai recours au drainage de la poche. Plusieurs de nos collègues le font avec de gros drains de caoutchouc désinfecté; j'emploie toujours la gaze iodoformée à la façon de Mickulicz, en ayant soin, comme on l'a recommandé, de battre la gaze pour en enlever l'excès d'iodoforme.

Ce drainage n'est pas sans quelques inconvénients : d'abord j'ai eu, dans trois cas, de petites alertes d'intoxication, de l'agitation, de l'insomnie, une extrême rapidité du pouls, de la tendance à la syncope; aussi, au second pansement, j'ai remplacé les lanières d'iodoforme par de la gaze stérilisée, imbibée dans de la glycérine contenant des essences antiseptiques et les accidents ont cessé. Un autre ennui est la plus grande lenteur de la cicatrisation et la possibilité d'une éventration au niveau de la cicatrisation. J'ai vu, dans deux cas, à la partie inférieure de mon incision, au point où sortait la lanière de gaze, la peau soulevée par une hernie. Mais ceci rentre dans l'étude des résultats éloignés de l'intervention et mes dix-neuf cas sont de date trop récente pour que je veuille et que je puisse ouvrir encore cet intéressant chapitre.

Eh bien ! malgré ces inconvénients indiscutables, je n'hésite pas à recourir au drainage dans les multiples conditions que j'énumérais il y a un instant, et je crois que je lui dois les magnifiques résultats que j'ai obtenus. En effet, sur ces dix-neuf laparotomies, qui toutes, vous vous le rappelez, ont trait à des suppurations pelviennes avec lésions anciennes, poches purulentes et séreuses multiples, néo-membranes épaisses et résistantes, adhérences à l'utérus, au petit bassin, à l'épiploon et aux anses intestinales, je n'ai pas eu un seul décès. Une fois les désordres étaient tels que mon opération est restée incomplète et les annexes d'un côté sont restées dans le ventre; mais nous n'en avons pas moins obtenu la guérison opératoire et peut-être, par surcroît, le succès thérapeutique. Une telle série avec de tels résultats est assez rare, si l'on veut bien tenir compte de l'extrême gravité des lésions.

Il me resterait à vous dire pourquoi, dans ces dix-neuf cas de salpingo-ovarites suppurées bilatérales, j'ai eu recours à la laparotomie et non à l'hystérectomie vaginale, dont je me suis déclaré adepte convaincu dès les premiers mémoires de M. Paul Segond. Mais je renvoie cette réponse à ma prochaine clinique. J'y examinerai avec vous les quelques cas où j'ai pratiqué, cette année, l'extirpation préliminaire de la matrice pour ouvrir les collections purulentes du petit bassin, puis, comparant les deux méthodes, nous verrons si elles s'excluent l'une l'autre, ou si chacune n'a pas sa raison d'être et ses indications.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 décembre 1893. — Présidence de M. Périer.

COMMUNICATIONS

Hydronéphrose. — M. **TUFFIER** fait une communication sur ce sujet.

Suivant lui, il existe une relation causale entre la rétention temporaire de l'urine dans le rein (hydronéphrose intermittente), la rétention permanente et le rein mobile. Dès 1890, il a observé un cas de coudure de l'uretère par mobilité artificielle du rein. Il s'agissait d'un rein qu'il avait mobilisé et dénudé, et, en pratiquant, vingt-six jours après, l'autopsie de l'animal, il trouva une hydronéphrose et une coudure fixe de l'uretère.

M. Tuffier a repris ces expériences en 1892 et 1893. Elles consistent à pénétrer par la voie lombaire pour détacher le rein et le rendre ainsi mobile, et à suivre les modifications qui se produisent. Ces expériences doivent être faites avec la plus rigoureuse asepsie; l'hémostase doit être parfaite, sans quoi les reins s'adhèrent à l'épiploon ou en un point de l'abdomen. Il a répété huit fois l'expérience en la variant. Il a d'abord fixé l'uretère; puis il n'a fixé que le rein en un siège anormal; enfin, il a fait la simple mobilisation. Il a obtenu quatre résultats négatifs et quatre hydronéphroses ouvertes et il a ainsi reproduit le rein mobile simple et le rein ectopié, anormalement immobilisé. Les quatre hydronéphroses présentaient le même caractère : coudure brusque de l'uretère à deux centimètres au-dessous du hile; le bassinet et le rein étaient dilatés, distendus et amincis, et leur volume variait en raison directe de la durée de l'expérience.

La mobilisation simple d'un rein bien conformé, et indépendamment de toute malformation antécédente, suffit donc pour provoquer une hydronéphrose, et cette rétention est bien due à une coudure de l'uretère qui peut être redressée.

M. Tuffier fait connaître en détail les expériences qu'il a faites.

Il étudie ensuite les différents processus qui aboutissent à l'hydronéphrose. Si on mobilise le rein d'un animal, on obtient une courbure, mais non une coudure de l'uretère. La courbure uretérale permet le fonctionnement du rein, mais elle diminue l'excrétion urinaire. Le bassinet est le siège d'une tension plus forte. La coudure de l'uretère se fait quand la distension provoquée par la stagnation de l'urine s'est produite; elle siège entre le point fixe de l'uretère et la partie mobile (rein et bassinet). La déformation que subissent le bassinet et le rein affecte alors deux formes : dans la première, le rein, flasque, augmente de volume, présente la forme d'un fer à cheval, quelquefois d'un cercle presque complet; dans la seconde, il est allongé et aplati. Le rein, soumis à une pression lente et progressive, tend donc à augmenter indéfiniment de volume, tout en atrophiant ses parois.

La coudure joue un autre rôle dans le mécanisme de l'intermittence. Elle n'existe que dans certaines positions du rein. Au début, elle disparaît sans laisser de traces quand on remet le rein dans sa position. Mais quand le bassinet est très distendu et qu'on la redresse, sa situation est marquée par le rétrécissement apparent ou réel de l'uretère à son niveau. Il existe un second mécanisme de l'intermittence : lorsque la tension augmente dans la poche rénale, il arrive un moment où elle force la courbure de l'uretère; le siphon ainsi amorcé continue à fonctionner jusqu'à ce que la tension intra-rénale soit redevenue insuffisante.

La mobilité rénale et l'hydronéphrose ouverte et intermittente ont donc d'étroites relations.

Un rein, en état de rétention incomplète, peut continuer à fonctionner normalement pendant un long temps. Un rein peut être longtemps atteint d'hydronéphrose intermittente sans qu'il se fasse à son niveau de lésions graves. La longue persistance de ce

fonctionnement justifie l'emploi, dans le traitement, des méthodes conservatrices.

Les méthodes opératoires proposées et employées contre l'hydronéphrose intermittente sont : la ponction, l'incision, l'ablation et la fixation du rein. M. Tuffier a eu recours successivement à toutes ces méthodes.

La ponction, faite aseptiquement sur un organe aseptique, n'est pas dangereuse. Elle doit s'adresser (par la voie lombaire) à une hydronéphrose très volumineuse. C'est la méthode de choix dans les affections dites hydronéphroses traumatiques, qui ne sont que des ruptures traumatiques de l'uretère avec épanchement urineux enkysté. Elle est encore indiquée dans la grossesse.

La néphrectomie primitive a été le plus souvent pratiquée pour des erreurs de diagnostic. La voie abdominale, dans ces volumineuses tumeurs, est évidemment la voie d'élection, étant donné qu'il s'agit d'une lésion aseptique. Si je restreins ainsi le champ de l'ablation primitive, c'est que l'affection peut être déjà bilatérale ou le devenir.

La néphrotomie a l'avantage d'être exploratrice. Elle permet de s'assurer que l'autre rein fonctionne normalement. Elle peut, d'ailleurs, toujours être transformée séance tenante ou ultérieurement en une ablation de la glande, si le parenchyme est complètement détruit.

La néphrorraphie est la méthode de choix dans la grande majorité des cas d'hydronéphrose intermittente.

Le manuel opératoire employé par M. Tuffier est le suivant : incision lombaire, dénudation de la capsule propre, passage des fils en plein parenchyme, de façon à ne pas pénétrer trop largement dans la poche ; suture à la douzième côte et à la paroi lombaire. La seule précaution à prendre est de placer ces fils sur la moitié inférieure de l'organe, de façon à bien redresser la courbure. M. Tuffier ne fait aucun drainage.

Quelles sont les indications ? Le rein atteint d'hydronéphrose intermittente, mais susceptible d'évacuation presque complète entre les crises, est justiciable de la fixation. Elle agit en redressant l'uretère.

La ponction ne peut donner de résultats complets, lorsque la poche rénale est très volumineuse et que son drainage ne peut s'effectuer à travers l'uretère trop haut placé et constituant un siphon insuffisant ; la mobilité du rein, phénomène primitif, n'est plus alors qu'un accessoire. La distension rénale et l'élasticité insuffisante de sa poche constituent la lésion capitale contre laquelle le redressement de la coudure serait inefficace et nécessiterait sans doute une nouvelle intervention. Alors l'ablation du rein constituerait l'opération la plus logique si nous n'avions pas encore une autre opération conservatrice possible : la résection de l'uretère et son abouchement à la partie déclive du bassinet qui pourraient encore trouver leur indication en assurant le drainage au point déclive.

RAPPORT

Hernie inguinale congénitale étranglée. — M. BERGER fait un rapport sur une observation adressée par M. Choux. Il s'agit d'un jeune homme qui était atteint d'étranglement herniaire. Jusque-là, il n'existait aucune tumeur apparente dans l'aine. Elle apparut brusquement à la suite d'un effort. M. Choux fut appelé six jours après. Il fit la kélotomie. En ouvrant le sac, il constata que l'étranglement siégeait au-dessus de l'orifice interne. Il attira l'intestin en dehors, y trouva une petite perforation, qu'il ferma par une suture de Lembert, réduisit et voulut faire la cure radicale. Il put isoler facilement le conduit péritonéo-vaginal en avant et sur les côtés ; mais il ne put le disséquer en arrière et il dut se borner à le lier en avant des vaisseaux.

Les suites de l'opération furent simples, trois mois après on constatait une impulsion au niveau de l'aine.

M. Berger fait observer, dans ce cas, d'abord l'absence de toute lésion grave, après cinq jours d'étranglement. M. Choux dut faire plusieurs débridements avant d'arriver sur l'obstacle, d'où la nécessité, en pareil cas, d'ouvrir largement le canal. Quant à l'isolement du canal déférent et du conduit péritonéo-vaginal, il faut le pratiquer de haut en bas et non de bas en haut. C'est à ce prix seulement, qu'on peut arriver à exécuter complètement la cure radicale, c'est-à-dire la libération complète de la séreuse herniaire.

M. CHAMPIONNIÈRE répète ce qu'il a écrit, à savoir qu'il faut inciser largement le canal inguinal et disséquer de haut en bas pour obtenir facilement une cure radicale des hernies congénitales ou autres.

LECTURES

Appendicite. — M. QUÉNU communique l'observation d'un enfant de dix-sept ans, qui était atteint d'appendicite à rechutes, et chez lequel il fit la libération du cæcum sans résection de l'appendice. Cet enfant a bien guéri.

Hystérectomies. — M. DOYEN (de Reims) communique les résultats de 72 nouvelles hystérectomies vaginales, qu'il a pratiquées.

M. LEJARS mentionne deux cas d'hystérectomie vaginale pour prolapsus utérin.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 9 décembre 1893, M. le docteur Morin, médecin de la marine démissionnaire, a été nommé médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— *Concours de l'externat.* — Question donnée : « Configuration extérieure et rapports de la face inférieure du foie. »

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Rénon (Louis-Pierre) est nommé préparateur du cours de pathologie interne.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. le docteur Barral est chargé des fonctions d'agrégé de chimie.

M. le docteur Repelin est nommé aide de clinique des maladies des femmes.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Sautenoise est nommé préparateur de thérapeutique.

M. Voinot est nommé préparateur d'anatomie pathologique.

M. Humbert (Louis-Charles) est nommé préparateur de médecine légale.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Haffner est nommé prosecteur.

M. Perrin est nommé préparateur d'anatomie pathologique et histologie.

— *École de médecine d'Angers.* — Un congé est accordé à M. le professeur Guignard.

M. Monprofit, suppléant, est chargé d'un cours de clinique obstétricale et gynécologique.

— *École de médecine de Besançon.* — M. Gauderon, professeur de pathologie interne, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale, en remplacement de M. Coutenot, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite et nommé professeur honoraire.

M. Rolland, suppléant, est nommé professeur de pathologie interne.

— *École de médecine de Limoges.* — M. Biais est institué suppléant des chaires de physique et de chimie.

— *École de médecine de Rouen.* — M. le docteur Nicolle est institué suppléant des chaires de pathologie et clinique médicales.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs A. Ravage (de Nantes) et Rigaud (de Crespin).

Les déséquilibrés du ventre. L'entéroptose ou maladie de Glénard, par le docteur A. MONTEUUIS (de Dunkerque). Introduction par le docteur Fr. GLÉNARD. 1 vol. in-18 de 344 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Aide-mémoire de médecine hospitalière, anatomie, pathologie et petite chirurgie, par le professeur Paul LEFERT. 1 vol. in-18 de 288 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 143. — JEUDI 14 DÉCEMBRE 1893. 66e ANNÉE. JEUDI 14 DÉCEMBRE 1893. — N° 143.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : **20 c.** — Avec Supplément : **30 c.**

SOMMAIRE. — Séance annuelle de l'Académie de Médecine. Prix de 1893 et prix proposés pour 1894, 1895 et 1896. — Des albuminuries phosphaturiques. — Chronique et nouvelles scientifiques.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance annuelle du 12 décembre 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

RAPPORT

M. CADET DE GASSICOURT, secrétaire annuel, donne lecture du rapport général sur les prix décernés en 1893.

PRIX DE 1893

Prix de l'Académie (1000 francs). — Question : *Des origines et des modes de transmission des cancers.* — Quatre concurrents se sont présentés. — Un prix de 700 francs est décerné à M. le docteur Maurice Cazin, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris. — L'Académie accorde en outre : 1° un encouragement de 150 francs à M. le docteur Jean Fabre (de Lyon) ; 2° un encouragement de 150 francs à M. le docteur G. Rappin, chef des travaux de bactériologie à l'École de médecine de Nantes ; 3° enfin une mention honorable à M. le docteur Arnaudet, médecin à Cormeilles (Eure).

Prix Alvarenga (800 francs). — Vingt-sept ouvrages ou mémoires ont été soumis au jugement de l'Académie. — Le prix est partagé de la manière suivante : 400 francs à M. Vaudin, pharmacien à Fécamp ; 400 francs à M. le docteur Sébileau, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — Des mentions honorables sont en outre accordées à : 1° M. Oriou, médecin-major au 17e régiment de chasseurs ; 2° M. le docteur Laffitte (de Paris) ; 3° M. le docteur Azoulay (de Paris).

Prix d'Argenteuil (6800 francs). — Six candidats se sont présentés. — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde les récompenses suivantes : 1° 3000 francs à M. le docteur Desnos (de Paris) ; 2° 1500 francs à M. le docteur Noguès (de Paris) ; 3° 1500 francs à M. Collin, fabricant d'instruments de chirurgie à Paris ; 4° 800 francs à M. Genouville, interne des hôpitaux de Paris.

Prix Barbier (2500 francs). — Six ouvrages ont été adressés pour ce concours. — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre d'encouragement : 1° 1000 francs à MM. les docteurs Thoinot et Dubief (de Paris) ; 2° 750 francs à M. le docteur Galliard (de Paris) ; 3° 750 francs à M. le docteur Lesage et M. Thiercelin, interne des hôpitaux de Paris.

Prix Henri Buignet (1500 francs). — L'Académie a reçu huit ouvrages pour ce concours. — Le prix est décerné à M. le docteur Hanriot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Prix Capuron (1200 francs). — Question : *De l'influence des maladies de la mère sur le fœtus et réciproquement des maladies du fœtus sur l'état de santé de la mère.* — Quatre mémoires sur ce sujet ont été soumis à l'examen de l'Académie. — Il n'y a pas lieu de décerner le prix.

Prix Civrieux (800 francs). — Question : *Des troubles de l'intelligence dans la fièvre typhoïde.* — Six mémoires sur ce sujet ont été adressés au concours. — L'Académie partage le prix entre : 1° M. le docteur Honoré Bidon, médecin des hôpitaux de Marseille ; 2° M. le docteur Calixte Rougé, médecin en chef de l'asile des aliénés de Limoux (Aude). — L'Académie accorde en outre une mention honorable à M. le docteur Vincent Pagliano, médecin des hôpitaux de Marseille.

Prix Daudet (1000 francs). — Question : *Des parotidites.* — Quatre concurrents se sont présentés. — L'Académie décerne : 1° un prix de 800 francs à MM. les docteurs Paul Claisse et Ernest Dupré (de Paris) ; 2° un prix de 200 francs à M. le docteur Cristiani, privat-docent à l'Université de Genève, et à Mme Cristiani, docteur en médecine.

Prix Desportes (1300 francs). — Neuf ouvrages ont été soumis au concours. — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde les récompenses suivantes : 1° une mention très honorable avec une somme de 500 francs à M. le docteur Paul Delmas (de Bordeaux) ; 2° une mention très honorable, avec une somme de 500 francs, à M. le docteur Thomas, médecin-major de première classe, à l'hôpital militaire de Bordeaux ; 3° un encouragement de 300 francs à M. le docteur Cathelineau, chef de laboratoire à la Faculté de médecine, et à M. Lebrasseur, chimiste à Paris.

Concours Vulfranc Gerdy. — L'Académie a versé, en 1893, les sommes suivantes à MM. les stagiaires : 1° 3500 francs à M. Arthus ; 2° 3500 francs à M. Bernard.

Prix Ernest Godard (1000 francs). — Six concurrents se sont présentés. — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Ernest Basset, ancien interne des hôpitaux.

Prix de l'Hygiène de l'Enfance (1000 francs). — Question : *De l'ictère des nouveau-nés.* — Deux mémoires sur ce sujet ont été adressés à l'Académie. — Le prix est décerné à M. le docteur Lesage (de Paris), chef du laboratoire de la Faculté, et à M. le docteur Demelin, chef de clinique d'accouchements à la Faculté.

Prix Laborie (5000 francs). — Huit concurrents se sont présentés. — Le prix n'est pas décerné, mais l'Académie accorde les encouragements suivants : 1° 1000 francs à M. le docteur Plicque (de Paris) ; 2° 1000 francs à M. le docteur Vaillard, professeur à l'École du Val-de-Grâce ; 3° 1000 francs à M. le docteur Jules Bœckel (de Strasbourg) ; 4° 1000 francs à M. le docteur Eugène Rochard (de Paris) ; 5° 500 francs à M. le docteur Choux, médecin-major à l'hôpital de Vincennes ; 6° 500 francs et une mention honorable à M. le docteur Aldibert (de Toulouse).

Prix Laval (1000 francs). — Le prix est décerné à M. Édouard-Alfred Friteau, étudiant à la Faculté de médecine de Paris.

Prix Lefèvre (1800 francs). — Question : *De la mélancolie.* —

Quatre mémoires sur ce sujet ont été soumis au concours. — L'Académie partage le prix de la manière suivante : 1° 1 000 francs à MM. les docteurs Charles Vallon et Auguste Marie, médecins des asiles d'aliénés de la Seine; 2° 800 francs à M. le docteur Séglas (de Paris).

Prix Meynot (2 600 francs). — L'Académie a reçu neuf ouvrages sur ce sujet. — Un prix de 1600 francs est décerné à M. le docteur Tscherning (de Paris). — L'Académie accorde en outre : 1° une mention très honorable avec une somme de 500 francs à M. le docteur Sulzer, privat-docent d'ophtalmologie à l'Université de Genève ; 2° une mention très honorable avec une somme de 500 francs à M. le docteur Félix Lagrange, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Prix Adolphe Monbinne (1 500 francs). — Dix concurrents se sont présentés. — L'Académie partage le prix de la manière suivante : 1° 1 000 francs à M. le docteur Viault, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; 2° 500 francs à M. le docteur Loir, médecin à Sydney (Australie). — Deux mentions honorables sont, en outre, accordées à : MM. les docteurs Gillet de Grandmont (de Paris) ; Charles Leroux (de Paris).

Prix Nativelle (300 francs). — Un seul mémoire a été adressé à l'Académie. — Il n'y a pas lieu de décerner le prix.

Prix Oulmont (1 000 francs). — M. Claisse, interne des hôpitaux de Paris, a obtenu le prix.

Prix Portal (600 francs). — Question : *Les luxations congénitales de la hanche.* — Deux mémoires ont été présentés au concours. — Le prix est décerné à M. le docteur Arnold Vallette, de Genève (Suisse).

Prix Pourat (1 200 francs). — Question : *Déterminer à l'aide de l'expérimentation et de la physiologie pathologique le rôle du pancréas dans la glycogénie et la glycosurie diabétique.* — Un seul mémoire sur ce sujet a été soumis à l'examen de l'Académie. — Le prix est décerné à M. le docteur Thiroloix (de Paris).

Prix Philippe Ricord (600 francs). — Sept ouvrages ont été présentés au concours. — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Paul Charrier (de Paris).

Prix Tremblay (7 200 francs). — Six candidats se sont présentés. — L'Académie décerne : 1° un prix de 2 000 francs à M. le docteur Albarran (de Paris) : 2° un prix de 2 000 francs à M. le docteur Launois (de Paris) ; 3° un prix de 2 000 francs à M. le docteur Reblaud (de Paris); 4° une récompense de 1 200 francs à M. le docteur E. Vignard (de Nantes).

Prix Vernois (700 francs). — Dix-sept ouvrages ont été soumis au concours. — L'Académie décerne : 1° un prix de 300 francs à M. le docteur Richard, médecin chef de l'hôpital de Gabès (Tunisie) ; 2° un prix de 200 francs à M. le docteur Trousseau (de Paris) ; 3° un prix de 200 francs à M. le docteur Dupuy, de Saint-Denis (Seine) ; 4° une mention honorable à M. Zune (de Paris) ; 5° une mention honorable à MM. les docteurs Charles Girard et Bordas (de Paris) ; 6° une mention honorable à M. le docteur Rouvier, professeur à la Faculté de médecine de Beyrouth ; 7° enfin une mention honorable à M. le docteur Delobel, de Noyon (Oise).

Service des eaux minérales. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service des Eaux minérales de la France pendant l'année 1891 :

1° *Médaille d'or à :* M. le docteur Achille Bouyer, ex-médecin-inspecteur à Cauterets.

2° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Bovet, médecin à Pougues-les-Eaux ; Forestier, médecin à Aix-les-Bains ; Marty, médecin-major de première classe, à Chollet ; Moeller, membre correspondant de l'Académie de médecine de Belgique.

3° *Rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs Chauvet, médecin à Royat ; Delastre, médecin consultant à Brides-les-Bains ; Ferras, médecin à Bagnères-de-Luchon ; Marboux, médecin à Contrexéville ; De Piétra Santa (de Paris) ; Planche, médecin à Balaruc ; Sénac-Lagrange, médecin à Cauterets.

4° *Médailles de bronze à :* MM. les docteurs Allot, médecin à Néris ; Barbaud, médecin à Luxeuil, et Rouillard ; M. Léon de Bénazé, docteur en droit à Paris ; MM. les docteurs Choux, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Vincennes ; Francon, médecin à Aix-les-Bains ; Piot, médecin-major de deuxième classe à Constantine.

5° *Rappel de médaille de bronze à :* M. le docteur G. Farges, médecin à Cauterets.

Service des épidémies. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1892 :

1° *Médailles d'or à :* MM. les docteurs Fichot (de Nevers) ; Lallemant (de Dieppe) ; Villard (de Guéret).

2° *Rappels de médailles d'or à :* MM. les docteurs Aubert, médecin-major de première classe ; Carlier, médecin-major de deuxième classe, à Versailles ; Chabenat (de La Châtre) ; Fiessinger (d'Oyonnax) ; Le Roy des Barres (de Saint-Denis) ; Sicard (de Béziers).

3° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Delahousse, médecin principal de première classe ; Legée (d'Abbeville).

4° *Rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs Boucher, médecin-major de deuxième classe, à Verdun ; Bastiou (de Lannion) ; Durand (de Marseillan) ; Duvernet (de Paris) ; Jaubert, médecin-major de deuxième classe ; Mantel (de Saint-Omer) ; Rousseau (de Vouziers) ; Sudour, médecin-major de deuxième classe au 15e de ligne.

5° *Médailles de bronze à :* MM. les docteurs Bouyer (de Saintes) ; Boyer (de Commercy) ; Bunel (de Paris) ; Cassedebat, médecin-major de première classe ; Deschamps (de Paris) ; Dignat (de Paris) ; Herck, médecin-major de deuxième classe ; Liénard, médecin principal de deuxième classe, et Zipfel, médecin aide-major de première classe ; Malinas, médecin-major de première classe ; Marotte, médecin-major de deuxième classe au 23e de ligne, à Bourg ; Moreaud, médecin-major de deuxième classe, à Tulle ; Paris, médecin en chef, et Pain, interne de l'asile d'aliénés, à Maréville ; Parisot (de Nancy) ; Provendier, médecin aide-major de première classe (en collaboration avec M. Loison) ; Reynaud (d'Alger) ; Roux de Brignolle (de Marseille) ; Salètes, médecin-major de deuxième classe ; Tartière, médecin-major de première classe ; Vergely (de Bordeaux).

6° *Rappels de médailles de bronze à :* MM. les docteurs Bartoli (de Calvi) ; Gelly (de Bar-le-Duc) ; Géraud, médecin-major de première classe ; Guibert (de Saint-Brieuc) ; Jenot (de Dercy) ; Loison, médecin-major de deuxième classe (en collaboration avec M. Provendier) ; Magnant (de Gondrecourt) ; Mathieu (de Vassy) ; Pernet (de Rambervilliers), Raymond (de Paris).

Service de l'hygiène de l'enfance. — L'Académie accorde :

1° *Médailles de vermeil à :* MM. les inspecteurs des enfants assistés Delage (Gironde) ; MM. les docteurs Denizet (Château-Landon) et Guyon (Calais) ; Savouré-Bonville (Eure).

2° *Rappels de médailles de vermeil à :* MM. les inspecteurs Fleury (Vosges) ; Lelimouzin (Loire-Inférieure) ; MM. les docteurs Mazade (Bouches-du-Rhône) ; Séjournet (de Revin) ; Sutils (de la Chapelle-la-Reine).

Médailles d'argent à : MM. les docteurs Gerson (de Paris) ; Ollivier (de Reims) ; M. Tourneur, inspecteur départemental du Morbihan.

4° *Rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs Barthès, inspecteur du département du Calvados ; Carassus (de Milly) ; M. Carlier, inspecteur départemental du Pas-de-Calais ; M. le docteur Delobel (de Noyon) ; MM. Rollet, inspecteur départemental de l'Ain ; et Serrès, inspecteur départemental du Rhône.

5° *Médailles de bronze à :* M. le docteur Convers (de Saint-Étienne) ; Mme Hervieu, sage-femme à Sedan ; M. le docteur Legay (de Lille) ; M. Mathis de Mabreuil, inspecteur départemental de la Vendée ; MM. les docteurs Purrey (des Pyrénées-Orientales) ; Thomas (de Genève) ; M. Vaudin, pharmacien à Fécamp ; M. le docteur de Welling, vice-président de la Société protectrice de l'enfance de Rouen.

Service de la vaccine. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder pour le service de la vaccine, en 1892 :

I. *Un prix de 1500 francs*, à partager également entre MM. les docteurs dont les noms suivent : 1° 300 francs à M. A. Calmette, médecin de première classe des colonies ; 2° 300 francs à M. G. Lépinay, médecin de deuxième classe des colonies ; 3° 300 francs à M. P.-A. Cassedebat, médecin-major de première classe au 2e régiment de zouaves, à Oran (Algérie) ; 4° 300 francs à M. Martial Hublé, médecin-major de deuxième classe au 4e régiment de tirailleurs algériens, à Kairouan (Tunisie); 5° 300 francs à M. Emile Tartière, médecin-major de première classe, au 148e régiment d'infanterie à Verdun.

II. *Quatre médailles d'or à* : MM. les docteurs Edmond Chaumier, à Tours; Choux, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Vincennes; Huguenard, médecin-major de première classe au 161e régiment d'infanterie au camp de Châlons; Émile Sudour, médecin-major de deuxième classe au 15e régiment d'infanterie, à Carcassonne.

III. *Cent médailles d'argent* : Aux vaccinateurs dont les noms suivent et qui se sont distingués soit par leurs travaux sur la vaccine, soit par le grand nombre de leurs vaccinations : MM. les docteurs Adam (de Montcornet) ; Bardat, médecin aide-major de première classe ; Baratier (de Jeugny); Bardy (de Belfort) ; Blanché (de Rouen) ; Bontemps (de Jussey) ; Boquin (d'Autun) ; Bouzol (du Cheylard) ; Boyt (de Lamastre) ; Brallet (du Thillot) ; Camescasse (de Saint-Arnoult); Chabaud (de Prades); Chonnaux-Dubisson (de Villers-Bocage); Comte, médecin-major au 12e dragons ; Courgey (d'Ivry-sur-Seine); Courteneuve (de Saint-Claud) ; Crimail (de Nantes) ; Dauvin (de Saint-Nazaire) ; Dufau, à Léon (Landes) ; Dupérié (d'Agen); Gustave Duriau (de Dunkerque) ; Duvernet, médecin-inspecteur des nourrices à la Préfecture de police (de Paris); de Fleury (d'Angoulême) ; Fougerou (de Massignac) ; Fouilloux (de Saint-Bonnet-le-Château) ; Fuzet du Pouget (de Casteljau); Gaillard (du Creusot) ; Aimé Galand (de La Ville-aux-Clercs); Gounand (de Besançon); Guers (de Mouzaïaville) ; Hervéou (de Saint-Quentin) ; Heylles (de Castelnaudary) ; Jacquey (de Faucogney) ; Ed. Jenot, à Dercy (Aisne); Charles Lafite, à Épinal (Vosges) ; Lagarde (de Montauban); Paul Lalagade (d'Albi); Launay (du Havre); A. Lop (de Marseille); Massin, à Saint-Pierre (Saône-et-Loire); Maze (du Havre) ; Ménard, à Fleurs (Loire); Georges Moinet, médecin aide-major au 10e d'artillerie, à Rennes (Ille-et-Vilaine); H. Monart, médecin-major de première classe au 13e régiment d'infanterie, à Nevers (Nièvre); Paulet (de Sommières) ; Perrin (de Saint-Claude) ; Charles Piot (d'Aiguebelle); Poirson (de Morez); J. Poujol, médecin aide-major de première classe au 23e bataillon de chasseurs, à Grasse ; Pouliot (de Confolens); Paul Raymond, médecin-inspecteur des Écoles de la ville de Paris; Reisser, médecin de colonisation (d'Oued-Fodda); Revouy (de Saint-Symphorien-d'Ozon) ; Reyne (de Bollène) ; Ricard (d'Agen) ; Rigodon (de Montbrison); Adrien Schmit, médecin-major de première classe au 10e d'artillerie, à Rennes ; Stagienski (de Saint-Etienne); Sutils (de La-Chapelle-la-Reine); de Welling (de Rouen).

MM. les officiers de santé L'Hostie de Kerhor (de Belle-Isle-en-Terre); Massina (au Boulou).

Mmes les sages-femmes Barillet (de Port-Sainte-Marie); Bauduin (de Vannes) ; Bonjean (de Bourges); Bories (de Mazamet); Bouquiez (d'Espalion); Burellier (de Roanne) ; Chauffour (de Miramont); Delpy (de Suc); Desplanques-Dumoulin (de Tourcoing) ; Dinard (de Bourges); Ducomet (de Mézin); Thérèse Estèbe (de Saint-Pierre-d'Ariège); Veuve Finqueneisel (de Constantine); Godfrind-Leroy, à Lille (Nord); Virginie Jauze, à Tarascon (Ariège); Marie Klein (de Sos); Clotilde Lafitte, à Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées); Marie Lannelongue (de Lavardac); Lecorre (d'Antony); Léger (de Chârost); Lucie Machaski, veuve Barbe (de Nérac); Malineau (de Saint-Christoly) ; Julie Martin (d'Halluin) ; Marie Martres, dame Méda (de Salies) ; Mathieu (de Villeneuve-sur-Lot) ; Morland-Delvallée (de Fresnes) ; Veuve Mouro, à Rochefort (Morbihan) ; Marie Parrot, à Miramont (Lot-et-Garonne); Sauvage-Lavabre (de Lille) ; Veuve Senglar (de Draguignan); Templer (de Vannes); Treillou (de Fumel).

MM. les médecins vétérinaires Delhoste (de Perpignan) ; Pourquier (de Montpellier).

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1894

(Les Concours seront clos fin février 1894.)

Prix de l'Académie. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *De l'étiologie de la grippe.*

Prix Alvarenga, de Piauhy (Brésil). — 800 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire, ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur), sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Amussat. — 800 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Prix Baillarger. — 2000 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics ou privés consacrés aux aliénés.

Prix Barbier. — 2500 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc. — Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Mathieu Bourceret. — 1200 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

Prix Henri Buignet. — 1500 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. — Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. — Ce prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3000 francs sera partagée en deux prix de 1500 francs chacun.

Prix Capuron. — 1200 francs. (Annuel.) — Question : *Étude comparative sur le traitement hydrologique du diabète sucré.*

Prix Civrieux. — 800 francs. (Annuel.) — Question : *Des troubles du langage chez les aliénés.*

Prix Daudet. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *De l'hystérectomie totale et de sa valeur dans le traitement du cancer de l'utérus.*

Prix Desportes. — 1300 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Prix Falret. — 900 francs. (Bisannuel.) — Question : *Les somnambulistes.*

Prix Ernest Godard. — 1000 francs. (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

Prix de l'hygiène de l'enfance. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *De la mort apparente des nouveau-nés.*

Prix Herpin (de Metz). — 1200 francs. (Quadriennal.) — Question : *Du traitement abortif de l'érysipèle.*

Prix Itard. — 2400 francs. (Triennal.) — Ce prix sera accordé à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. — Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Prix Laborie. — 5000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix Laval. — 1000 francs. (Annuel.) — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le

plus méritant. — Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille.

Prix Adolphe Monbinne. — 1500 francs. — M. Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. — Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

Prix Nativelle. — 300 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif défini, cristallisé, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

Prix Oulmont. — 1000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat (chirurgie).

Prix Orfila. — 6000 francs. (Bisannuel.) — Question : *Existe-t-il dans l'air, dans l'eau ou dans le sol, des corps, de nature animée ou purement chimiques, aptes à développer l'impaludisme, lorsque, par les moyens ordinaires ou expérimentaux, ils s'introduisent dans l'économie animale ?*

Prix Portal. — 600 francs. (Annuel.) — Question : *Anatomie pathologique des maladies causées par le « bacterium coli commune »*.

Prix Pourat. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *De la tension sanguine intra-vasculaire.*

Prix Saintour. — 4400 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Saint-Paul. — 25000 francs. — M. et Mme Victor Saint-Paul ont offert à l'Académie une somme de 25000 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme qui sera décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la *diphtérie*.

Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette donation seront consacrés à un prix d'encouragement qui sera décerné, tous les deux ans, par l'Académie, aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphtérie lui auront paru mériter cette récompense.

Prix Saint-Lager. — 1500 francs. — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie une somme de 1500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goîtreuses. » — Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la Commission académique.

Prix Stanski. — 1800 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance. — Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque, relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.)

Prix Vernois. — 700 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1895

(Les Concours seront clos fin février 1895.)

Prix de l'Académie. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Phénomènes circulatoires, thermiques et chimiques de la contraction des muscles striés.*

Prix Alvarenga, de Piauhy (Brésil). — 800 francs. — (Voir plus haut, p. 1355.)

Prix Barbier. — 2000 francs. — (Voir plus haut, p. 1355.)

Prix Henri Buignet. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1355.)

Prix Mathieu Bourceret. — 800 francs. — (Voir plus haut, p. 1355.)

Prix Adrien Buisson. — 10500 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

Prix Capuron. — 1200 francs. (Annuel.) — Question : *Recherches expérimentales sur un objet d'obstétrique laissé au choix de chacun des concurrents.*

Prix Civrieux. — 800 francs. (Annuel.) — Question : *Des obsessions en pathologie mentale.*

Prix Chevillon. — 1500 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

Prix Daudet. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Du myxœdème.*

Prix Desportes. — 1300 francs. — (Voir plus haut, p. 1355.)

Concours Vulfranc-Gerdy. — Le legs Vulfranc-Gerdy est destiné à entretenir, près des principales stations minérales de la France ou de l'étranger, des élèves en médecine nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine. — L'Académie met au concours deux places de stagiaires aux eaux minérales. Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine, 49, rue des Saint-Pères, à Paris. La liste d'inscription sera close le 1er décembre 1895. — Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1896. — Une somme de 1500 francs sera attribuée à chaque stagiaire.

Prix Ernest Godard. — 1000 francs. (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie externe.

Prix Huguier. — 3000 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé en France, *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). — Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. — Ce prix ne sera pas partagé.

Prix de l'hygiène de l'enfance. — 1000 francs. — Question : *Hygiène de la peau pendant la première enfance.*

Prix Laborie. — 5000 francs. — (Voir plus haut, p. 1355.)

Prix Laënnec. — 1000 francs. — Question : *De la bronchite capillaire (d'emblée ou consécutive à la bronchite simple) chez les enfants du premier âge.*

Prix Laval. — 1000 francs. — (Voir plus haut, p. 1355.)

Prix Louis. — 4000 francs. (Triennal.) — Question : *Étude comparée des iodures au point de vue thérapeutique.*

Prix Mège. — 900 francs. (Triennal.) — Question : *De la pathogénie des myocardites.*

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

Prix Adolphe Monbinne. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1356.)

Prix Nativelle. — 300 francs. — (Voir plus haut, p. 1356.)

Prix Oulmont. — 1000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'internat (médecine).

Prix Perron. — 3800 francs. (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du mémoire qui paraîtra à l'Académie le plus utile au progrès de la médecine.

Prix Portal. — 600 francs. (Annuel.) — Question : *Anatomie pathologique des tumeurs de la parotide.*

Prix Pourat. — 1200 francs. (Annuel.) — Question : *Déterminer expérimentalement le mode de contraction et d'innervation des vaisseaux lymphatiques.*

Prix Philippe Ricord. — 600 francs. (Bisannuel.) — Ce prix

sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage, paru dans les deux ans, sur les maladies vénériennes.

PRIX VERNOIS. — 700 francs. — (Voir plus haut, p. 1356.)

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1896

(Les concours seront clos fin février 1896.)

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Du rôle respectif de l'hérédité et de la contagion dans la propagation de la tuberculose.*

PRIX ALVARENGA, de Piauhy (Brésil). — 800 francs. — (Voir plus haut, p. 1355.)

PRIX AMUSSAT. — 1000 francs. — (Voir plus haut, p. 1355.)

PRIX BAILLARGER. — 2000 francs. — (Voir plus haut, p. 1355.)

PRIX BARBIER. — 2500 francs. — (Voir plus haut, p. 1355.)

PRIX CHARLES BOULLARD. — 1200 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage et obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales, en en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

PRIX MATHIEU BOURCERET. — 1200 francs. — (Voir plus haut, p. 1355.)

PRIX HENRI BUIGNET. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1355.)

PRIX CAPURON. — 1200 francs. (Annuel.) — Question : *De l'influence des maladies du poumon de la mère sur l'état de santé du fœtus.*

PRIX CHEVILLON. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1356.)

PRIX CIVRIEUX. — 800 francs. (Annuel.) — Question : *De l'hallucination dans les maladies mentales.*

PRIX DAUDET. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Des angines couenneuses non diphtériques.*

PRIX DESPORTES. — 1300 francs. — (Voir plus haut, p. 1356.)

PRIX FALRET. — 900 francs. (Bisannuel.) — Question : *Le morphinisme et la morphinomanie.*

PRIX ERNEST GODARD. — 1000 francs. (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

PRIX HUGO. — 1000 francs. (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur un point de l'histoire des sciences médicales.

PRIX LABORIE. — 5000 francs. — (Voir plus haut, p. 1355.)

PRIX LAVAL. — 1000 francs. — (Voir plus haut, p. 1355.)

PRIX LEFÈVRE. — 1800 francs. (Triennal.) — Question : *De la mélancolie.*

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1356.)

PRIX NATIVELLE. — 300 francs. — (Voir plus haut, p. 1356.)

PRIX OULMONT. — 1000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'internat (chirurgie).

PRIX PORTAL. — 600 francs. (Annuel.) — Question : *Anatomie pathologique du système lymphatique (réseaux, canaux et ganglions), dans la sphère des néoplasmes malins.*

PRIX POURAT. — 1200 francs. (Annuel.) — Question : *Des relations qui existent entre la thermogenèse et les échanges respiratoires.*

PRIX SAINTOUR. — 4400 francs. — (Voir plus haut, p. 1356.)

PRIX SAINT-PAUL. — 25000 francs. — (Voir plus haut, p. 1356.)

PRIX STANSKI. — 1800 francs. — (Voir plus haut, p. 1356.)

PRIX VERNOIS. — 700 francs. — (Voir plus haut, p. 1356.)

Les concours des prix de l'Académie de médecine sont clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits lisiblement, en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresse des auteurs.

Les ouvrages présentés par des étrangers sont admis aux concours, à l'exception des prix Buignet et Huguier.

Tout concurrent qui se sera fait connaître, directement ou indirectement, sera, par ce seul fait, exclu du concours.

Les concurrents aux prix Alvarenga, Amussat, d'Argenteuil, Barbier, Charles Boullard, Bourceret, Buignet, Buisson, Chevillon, Desportes, Godard, Huguier, Itard, Laborie, Meynot, Monbinne, Nativelle, Perron, Ricord, Saint-Paul, Saintour, Stanski, Tremblay et Vernois, pouvant adresser à l'Académie des travaux *manuscrits* ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

Les mémoires présentés au concours pour les services généraux des eaux minérales, des épidémies, de l'hygiène de l'enfance et de la vaccine, travaux faits en dehors des questions posées pour les prix, doivent être adressés à l'Académie, tous les ans, avant le 1er juillet.

Les manuscrits, imprimés et instruments, etc., soumis à l'examen de l'Académie, ne seront pas rendus aux auteurs.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine.

PRIX AUBERT. — 500 francs. — M. le docteur Aubert, de Mâcon (Saône-et-Loire), a donné à l'Académie de médecine la somme de 500 francs pour être distribuée, en 1898, à l'auteur du meilleur travail sur le sujet suivant : *Rechercher, par l'observation clinique et expérimentale, s'il existe chez l'homme des constitutions réfractaires à la tuberculose.*

LECTURE

M. ALPHONSE GUÉRIN lit l'éloge de M. Trélat.

La séance est levée.

DES ALBUMINURIES PHOSPHATURIQUES

Par M. le docteur Albert ROBIN,
Médecin des hôpitaux.

(Note présentée à l'Académie des sciences.)

J'ai découvert une espèce nouvelle d'albuminurie, liée à un trouble de la nutrition, qui demeure fonctionnelle pendant un temps assez long, aboutit probablement à une lésion rénale, mais qui, pendant sa période fonctionnelle, guérit assez facilement : c'est l' « albuminurie phosphaturique ».

Le trouble de nutrition qui l'engendre présente l'arthritisme comme cause prédisposante ; le surmenage nerveux et la suralimentation, comme causes déterminantes principales.

Il est caractérisé par une dénutrition organique exagérée, surtout dans les organes riches en phosphore, par une incomplète assimilation nerveuse des phosphates alimentaires, par une déperdition urinaire de l'acide phosphorique, par une dénutrition accrue des globules rouges du sang, par une diminution relative des oxydations.

Son syndrome urologique essentiel consiste dans la coexistence de l'albuminurie avec la phosphaturie et l'ensemble des caractères qui traduisent les troubles nutritifs dont l'énumération précède.

Cliniquement, cette nouvelle espèce d'albuminurie comporte quatre variétés :

A. La première, « albuminurie phosphaturique simple », a été comprise, jusqu'ici, parmi les albuminuries dites « cycliques, intermittentes ou physiologiques », dont le groupe artificiellement constitué subit, du fait de cette séparation, une première dissociation.

B. La deuxième variété a les apparences cliniques de la neurasthénie, d'où le nom que je lui donne d' « albuminurie phospho-neurasthénique ». La guérison, ou tout au moins l'amélioration des symptômes nerveux, par le traitement dirigé contre la viciation causale des échanges, légitime l'individualisation de cette affection et le démembrement qu'elle comporte dans la neurasthénie.

C. La troisième variété a été confondue jusqu'ici avec la néphrite interstitielle ou avec le mal de Bright ; je l'appelle « albuminurie phosphaturique pseudo-brightique ou pré-brightique », indiquant par là qu'on doit la séparer du groupe des néphrites

primitives, auxquelles elle peut aboutir si elle n'est pas reconnue et traitée en temps opportun. C'est la variété la plus fréquemment rencontrée.

D. La quatrième variété est l' « albuminurie brightique d'origine phosphaturique ». Tout semble indiquer qu'elle est la période ultime des variétés précédentes. Elle se reconnaît à la concomitance de la lésion brightique et de ses symptômes avec les troubles de nutrition si caractéristiques des autres variétés. La maladie originelle, d'abord et longtemps simplement fonctionnelle, a fini par altérer l'émonctoire qui prend alors la parole pour son propre compte.

Le traitement, souvent suivi de succès dans les trois premières variétés, a pour bases la lutte contre l'étiologie par l'hygiène et le régime alimentaire. Le traitement médicamenteux ne vise que les troubles des échanges et comprend trois indications majeures :

1° Diminuer la désintégration générale et dans les tissus riches en phosphore; favoriser l'assimilation des phosphates fournis à l'organisme; activer les oxydations (huile de foie de morue, arséniate de soude, association des phosphates aux préparations strychniques, magnésie, hypophosphites, phospho-glycérates, sulfate de quinine, extrait de quinquina, inhalations d'oxygène);

2° Favoriser la rénovation des globules rouges du sang (médication ferrugineuse, arsénicale, strychnique);

3° Combattre l'albuminurie (acide gallique, préparations iodotanniques, régime lacté mixte).

Ces indications doivent être sériées en étapes, qu'on ne parcourra que successivement et qui seront complétées par une cure hydro-minérale (Saint-Nectaire, eaux chlorurées sodiques fortes, Brides).

La constitution du groupe des albuminuries phosphaturiques démontre que l'entité morbide décrite sous le nom « de maladie de Bright » n'est quelquefois que la complication anatomique d'une maladie antérieure, purement fonctionnelle, que l'existence de ce groupe donne à penser que bien des lésions d'organes ne sont que la conséquence d'un trouble chimique fonctionnel antérieur, qui est la « véritable maladie », et que si l'on veut prévenir la lésion, si souvent incurable, c'est cette « maladie fonctionnelle » qu'il faut chercher à reconnaître, puisqu'elle est encore justiciable de la thérapeutique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 11 décembre 1893, M. le médecin-inspecteur Mathieu est nommé directeur de l'École du Val-de-Grâce, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Dauvé, placé récemment dans la section de réserve.

Par décision ministérielle, en date du même jour, M. le médecin-inspecteur Mathieu est nommé membre du comité technique de santé.

— Par décision ministérielle, en date du 11 décembre 1893, M. Michel (M.-N.-G.), médecin aide-major de première classe au 1[er] régiment de chasseurs d'Afrique, a été désigné pour le 17[e] régiment de chasseurs, par permutation avec M. le médecin aide-major de première classe Sourier.

— *Hôpitaux de Montpellier.* — Le concours de l'internat vient de se terminer. Ont été nommés :

Internes titulaires : MM. Guérin, Ménard, Chatinière et Mocquot.

Internes provisoires : MM. Teissier et Blanc.

— Depuis le commencement de ce mois, il n'y a eu que trois décès par le choléra, dans le Finistère. — On signale 300 cas de rougeole à Albi. — La variole sévit à Bayeux, et semble prendre de grandes proportions à Paris.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Dupré, professeur honoraire de la Faculté de médecine de Montpellier, mort subitement à l'âge de quatre-vingt-cinq ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dégénérescence, par Max Nordau, traduit de l'allemand par Aug. Dietrich. Tome I[er] : « Fin de siècle, le Mysticisme ». 1 vol. in-8° de la Bibliothèque de Philosophie contemporaine. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, Félix Alcan.

Des phénomènes de synopsie (audition colorée), photismes, schèmes visuels, personnifications, par Th. Flournoy, professeur extraordinaire de psychologie expérimentale à l'Université de Genève. 1 vol. in-8° avec 82 figures dans le texte. — Prix : 6 francs. — Paris, Félix Alcan.

Troubles fonctionnels du cœur. Tachycardie et asystolie dans les compressions du pneumogastrique, par le docteur E. Renaud, ancien externe des hôpitaux de Paris. — Symptomatologie. Marche, durée, terminaison. Diagnostic. Étiologie. Pathogénie. Traitement. (Observations prises dans les services du professeur Jaccoud et du docteur Merklen.) — Gr. in-8° de 180 pages, avec tracés. — Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le lait, par le docteur Jules Rouvier, professeur à la Faculté de médecine de Beyrouth, préface du docteur P. Budin. 1 vol. in-18 jésus de 350 p. avec figures. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Petit guide d'hygiène pratique dans l'Ouest africain, par le docteur Charles Scovell Grant, traduit et annoté par le doc-

teur P. Just Navarre, ex-médecin de la marine. 2e édit. 1 vol. in-18 de 70 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Petit précis de thérapeutique oculaire usuelle, par le docteur A. Bourgeois (2e édition revue et augmentée). 1 vol. in-8° de 85 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin

Examens du doctorat en médecine. Programmes et questionnaires de physique, de chimie et d'histoire naturelle, comprenant toutes les questions posées au premier examen et recueillies par le docteur G. Hamonaide. In-18 de 60 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** D. — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : **20 c.** — Avec Supplément : **30 c.**

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Traitement de la pneumonie, par le docteur Gaston LYON, chef de clinique médicale à la Faculté. — LE BANQUET OFFERT A M. LE PROFESSEUR POTAIN. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

Traitement de la pneumonie.

Par le docteur Gaston LYON,
Chef de clinique médicale à la Faculté.

I

« L'expérience clinique dégagée de toute préoccupation théorique, et jugeant la question sans parti pris, avait bien démontré depuis un quart de siècle qu'il n'existe pas de remède de la pneumonie; d'ores et déjà, on peut ajouter que les recherches doivent se poursuivre dans l'ordre des médicaments, qui atténuent l'action des parasites sur l'organisme, tout en maintenant les forces individuelles, de manière à leur permettre de lutter contre l'action envahissante et destructive du parasite; l'indication causale est là (1). »

Cette profession de foi demeure l'expression exacte de la vérité : c'est du côté de l'atténuation du virus pneumonique que doivent se diriger les efforts de la thérapeutique. De nombreuses recherches ont déjà été faites dans ce sens; mais les essais de vaccination antipneumonique sont encore exclusivement du domaine expérimental, anssi est-on réduit actuellement aux seules ressources du traitement médical, général et symptomatique. La découverte du microbe pathogène, le pneumocoque, n'est cependant pas restée sans influence sur la direction du traitement. Cette découverte attestant sa nature infectieuse et la révélant comme une maladie générale, et non comme une inflammation locale, a donné le coup de grâce à un certain nombre de médications surannées, inspiré une prophylaxie efficace et une thérapeutique plus rationnelle.

Aujourd'hui, le traitement de la pneumonie vise moins l'état local, dont il faut cependant tenir compte, que l'état général du sujet infecté par le pneumocoque; c'est pourquoi la médication tonique a pris peu à peu une importance prépondérante; d'autre part, les notions nouvelles acquises sur le rôle des toxines microbiennes et sur la nécessité de favoriser leur élimination par le filtre rénal, ont justifié l'emploi de la médication balnéaire et des agents diurétiques, qui ont pour effet commun d'assurer la dépuration de l'organisme.

En ce qui concerne l'état local, on a reconnu que, s'il était illusoire de vouloir combattre le processus congestif à l'aide des divers agents de révulsion ou des expectorants, on pouvait s'opposer à l'engouement progressif du poumon, en relevant l'énergie cardiaque.

Ainsi donc, médication tonique et diurétique, d'une part, médication cardiaque de l'autre, constituent les bases du traitement actuel de la pneumonie. Certaines indications, tirées non de la maladie elle-même, mais de l'état de chaque malade en particulier, viennent s'ajouter aux indications essentielles fournies par l'existence de la pneumonie.

Avant d'entrer dans le détail des différents traitements, il importe de constater que la pneumonie, en dépit de ses allures solennelles, est une affection généralement bénigne, lorsqu'elle survient, en dehors de toute épidémie grippale, chez des sujets jeunes, d'une bonne santé habituelle, indemnes de cardiopathie, de mal de Bright, d'artério-sclérose, de tuberculose, d'alcoolisme. Ces malades, qui ne présentent aucune tare organique, guérissent habituellement sans aucun traitement, ou du moins après un traitement anodin dont il est permis, à bon droit, de contester l'influence; chez les enfants, notamment, la guérison est la règle.

Chez le vieillard, la pneumonie est infiniment plus grave que chez l'adulte, parce que les tares organiques deviennent de plus en plus fréquentes avec les progrès de l'âge; sans doute, il n'est pas rare de voir des vieillards guérir de pneumonie (ce fait se constate particulièrement chez ceux qui sont atteints de pneumonie à répétition), mais cette exception n'infirme pas la règle, à savoir que la gravité de la pneumonie est proportionnelle à l'âge et à l'intégrité moindre des différents organes. Ceci nous amène à indiquer que, chez tout pneumonique, il faut se préoccuper avant tout de l'organe *minoris resistentiæ*, du « point faible »; que, chez le cardiaque l'attention doit se porter immédiatement du côté du cœur, prêt à céder à la moindre attaque; que, chez le brightique, le maintien de la perméabilité rénale doit être l'objet de toutes les préoccupations, etc... En un mot, expectation déguisée dans la pneumonie des sujets jeunes et bien portants, traitement énergique et variable, suivant les différentes conditions d'infériorité organique

(1) G. SÉE. *Maladies spécifiques (non tuberculeuses) du poumon*, 1885, p. 268.

chez les sujets âgés ou malades antérieurement, sont pour nous des préceptes logiques à mettre en pratique dans le traitement de l'infection pneumonique. Ainsi qu'on l'a dit bien souvent, c'est le malade et non la maladie qu'il faut traiter (Peter). Cette proposition peut s'appliquer à la plupart des maladies, elle est particulièrement exacte dans le cas présent.

La broncho-pneumonie diffère de la pneumonie franche aiguë, en ce qu'elle est le plus souvent secondaire à une maladie infectieuse, et par suite se greffe sur un organisme déjà déprimé, en ce que les microbes qui peuvent l'engendrer sont nombreux (d'où son pronostic quelque peu variable, suivant sa nature microbienne), en ce que les lésions pulmonaires sont plus étendues que dans la pneumonie, occupent les deux poumons, entraînent des lésions d'ordre mécanique, telles que l'emphysème et l'atélectasie, qui restreignent singulièrement le champ de l'hématose. Il y a donc des raisons d'ordre général et d'ordre local, qui établissent entre la pneumonie et la broncho-pneumonie une différenciation bien tranchée, et rendent le pronostic de cette dernière beaucoup plus grave, d'une façon générale, que celui de la pneumonie; mais, au point de vue thérapeutique, les différences s'effacent; le traitement de la broncho-pneumonie est le même que celui des pneumonies graves.

II

Avant les découvertes modernes, on ne pouvait formuler aucune règle précise concernant la PROPHYLAXIE de la pneumonie. Le « coup de froid » était considéré comme la cause unique de la maladie, et toutes les précautions prophylactiques visaient cette étiologie prétendue.

Aujourd'hui, on est en mesure de donner quelques indications rationnelles. On sait que le pneumocoque, cause efficiente de la pneumonie, provient soit du milieu ambiant, soit de la bouche même des sujets chez qui se développe la pneumonie ; qu'en d'autres termes, il peut y avoir, suivant les cas, hétéro-infection ou auto-infection.

Le pneumocoque peut se rencontrer dans la salive des sujets sains, dans la proportion de près d'un cinquième des sujets ; d'autre part, M. Netter a démontré, en 1887, que le pneumocoque se retrouve plus fréquemment encore, dans la salive des sujets ayant déjà présenté une pneumonie (60 à 70 p. 100 environ). Cette persistance des pneumocoques, après une première atteinte, jette un grand jour sur la fréquence des récidives de la pneumonie chez certains sujets. Il y a donc un intérêt majeur à ne pas négliger l'*antisepsie buccale* chez les sujets qui ont été atteints de pneumonie, ainsi que chez tout malade atteint d'une maladie infectieuse, telle que rougeole, scarlatine, variole, fièvre typhoïde, érysipèle, etc., parce que, chez ces derniers, les modifications que présente la salive dans ses propriétés physico-chimiques, constituent une condition éminemment prédisposante à l'infection secondaire des voies respiratoires par le pneumocoque. Les recherches de Méry et de Boulloche ont démontré que, dans la rougeole en particulier, il y a exaltation de la virulence du pneumocoque et du streptocoque salivaires, que les pneumocoques virulents existent dans 29 p. 100 des cas et les streptocoques dans 23 p. 100, proportion sensiblement supérieure à celle des mêmes microbes dans la salive des sujets sains.

Sans doute, l'antisepsie buccale ne peut être que relative, et l'on ne peut se flatter de prévenir à coup sûr les infections secondaires, en la mettant en pratique ; cependant, on ne peut nier son utilité, car l'expérience a montré que les infections secondaires par le pneumocoque et le streptocoque sont moins fréquentes chez les malades dont l'état de la bouche est l'objet de soins minutieux dès le début de la maladie primitive.

L'antisepsie buccale se réalise au moyen de lavages fréquents de la bouche avec des solutions d'acide borique à 4 p. 1000, ou thymique à 1 p. 1000.

Il n'est pas indifférent non plus d'assurer, dans certains cas, à titre préventif, l'antisepsie du milieu intestinal. Il semble prouvé maintenant que, dans le cours de certaines entérites infectieuses, le bacterium coli peut émigrer de l'intestin pour venir se localiser dans le poumon et donner lieu, chez l'enfant, à des broncho-pneumonies secondaires. MM. Sevestre, Gastou et Renard (1) ont rapporté des faits de cet ordre. Récemment MM. Marfan et Marot (2) ont signalé que ce n'est pas seulement dans les diarrhées aiguës fébriles de la deuxième année, que l'on voit se produire fréquemment la broncho-pneumonie, mais que celle-ci peut survenir aussi au cours de la dyspepsie gastro-intestinale chronique des nouveau-nés et des nourrissons soumis à à l'allaitement artificiel.

En somme, l'antisepsie buccale et l'antisepsie intestinale, en tant que moyens prophylactiques, ont une raison d'être plus certaine que les précautions banales à prendre contre le froid, recommandées de temps immémorial par tous les médecins. Sans doute, le froid peut et doit être considéré comme l'une des causes qui favorisent l'exaltation de la virulence des agents infectieux, hôtes habituels des cavités du corps, et il n'est pas inutile de se prémunir contre les refroidissements, mais, à côté du froid, bien d'autres causes, tout au moins aussi actives, peuvent être considérées comme exaltant la virulence des microbes, notamment le surmenage, l'alimentation insuffisante, l'alcoolisme. Ce sont là autant de causes prédisposantes sur lesquelles le médecin doit appeler l'attention, mais que les inégalités sociales ne permettent pas d'éviter toujours.

Lorsque le pneumocoque ou les divers microbes qui engendrent la broncho-pneumonie (streptocoques, staphylocoques, bacilles encapsulés de Friendlænder, etc.) n'existent pas dans la salive des sujets, il faut admettre qu'ils ont été empruntés à des malades, en un mot qu'il y a eu contagion.

Pour éviter la contagion, il faut pratiquer *l'isolement* des malades atteints de pneumonie ou de broncho-pneumonie, et *détruire le véhicule du contage*, c'est-à-dire les produits de l'expectoration. Ces précautions mêmes ne sont pas toujours suffisantes; il faut encore *désinfecter les linges et les effets divers* qui ont été au contact du pneumonique, car ils peuvent servir à la transmission, ainsi qu'en témoignent quelques exemples topiques. On a cité des cas de pneumonie atteignant successivement des malades qui avaient occupé un lit où avait couché un pneumonique, ou s'étant servis de draps, de couvertures ayant appartenu également à un pneumonique. Il est d'autant plus nécessaire de pratiquer une désinfection minutieuse que le contage pneumonique résiste à la dessiccation pendant un temps assez

(1) GASTOU et RENARD. *Rev. des mal. de l'enf.*, mai 1892.
(2) MARFAN et MAROT. *Rev. des mal. de l'enf.*, 1893.

long, et que les germes contenus dans les poussières peuvent engendrer des épidémies de famille et de maison. En ce qui concerne l'isolement, il est très difficile, à l'heure actuelle, de le faire accepter à l'entourage du malade. L'isolement est accepté et demandé par la famille, lorsqu'il s'agit de diphtérie, de variole, de fièvre typhoïde ; il est encore considéré comme une précaution exagérée, quand il concerne des pneumoniques; aussi ne peut-il être réalisé que rarement. Il faut d'ailleurs reconnaître que, dans les conditions ordinaires, les chances de contagion sont infiniment moins grandes pour la pneumonie et la bronchopneumonie que pour les fièvres éruptives, par exemple.

La contagion de la pneumonie s'affirme surtout pendant les épidémies de grippe, ou lorsque, dans l'entourage du malade atteint de pneumonie, se trouvent des vieillards, des sujets atteints de maladies chroniques. Ce sont surtout les personnes qui, en vertu de leur état d'infériorité physique, sont particulièrement prédisposées à la contagion, qu'il faut éloigner, quand l'isolement complet ne peut être réalisé.

La désinfection des crachats sera obtenue, en recevant les produits de l'expectoration dans des vases remplis au tiers d'une solution de sublimé au 1000e.

III

Faut-il opposer un traitement à la pneumonie? L'expectation a été, pendant si longtemps, un article de foi pour bon nombre de médecins, qu'il n'est pas inutile de discuter la question. Il est reconnu, depuis longtemps, que la pneumonie franche aiguë évolue selon un cycle régulier, « qu'abandonnée à ses propres tendances, en dehors de toute action thérapeutique, elle atteint sa trajectoire avec la même précision qu'une fièvre typhoïde, que c'est là quelque chose de mathématique et d'irrévocable. La maladie éclate brusquement et spontanément, se dissipe brusquement et spontanément et cette atteinte superficielle et rapide n'impose à l'organisme qu'une convalescence légère. Contre une telle évolution la thérapeutique active ne peut rien ; elle ne pourrait que troubler et fausser le développement correct de la maladie et jeter celle-ci hors de la voie naturelle qui conduit à la guérison (1). » Magendie avait réagi contre les thérapeutes à outrance, en leur disant : « Vous n'avez donc jamais essayé de ne rien faire? »

Effectivement, si la pneumonie avait toujours un cycle régulier, et une évolution bénigne, tout essai de thérapeutique serait superflu ; mais la clinique nous enseigne tous les jours qu'en réalité il existe autant de pneumonies différentes que de malades; elle nous apprend que la marche, la gravité, la durée de la maladie varient suivant une foule de facteurs : l'âge, le milieu, l'état de santé antérieur, etc., de sorte qu'ériger l'expectation en règle absolue est un non-sens manifeste. Ainsi que nous l'avons fait pressentir, il faut proportionner les efforts de la thérapeutique à la violence du mal, et se préoccuper, d'autre part, des points faibles du malade; trop souvent, les incidents surgissent; la guérison n'est plus comme une fonction immanquable de la maladie, mais le prix réservé à l'habileté du médecin, quand elle ne reste pas au-dessus de tous ses efforts (Hanot).

L'expectation n'est donc applicable qu'à un petit nombre de cas (pneumonie des enfants, des sujets sains, exempts de toute tare antérieure, etc.). Encore faut-il s'entendre sur le terme d'expectation. La méthode expectante, entendue dans son vrai sens, est loin d'être une contemplation oisive de la marche d'une maladie (Pinel); en même temps que l'on évite de troubler, par une médication intempestive, les efforts spontanés de la nature, on doit les seconder par un ensemble de soins hygiéniques, tendant à favoriser la guérison. En résumé, gardons-nous de l'expectation systématique, comme des traitements systématiques; tout en nous rappelant que si « l'expectation est mauvaise en tant que médication systématique exclusive, elle est la moins mauvaise de toutes les médications systématiques » (Peter). La seule thérapeutique rationnelle de la pneumonie est, à l'heure actuelle, celle des indications.

Supposons d'abord que l'on ait à traiter une pneumonie franche, à évolution régulière, chez un sujet jeune, d'une bonne santé habituelle.

Le malade doit être placé dans une chambre vaste, où l'on aura soin d'entretenir une température convenable, ne dépassant pas 18 degrés et dont l'air sera fréquemment renouvelé. On a souvent à réagir à cet égard contre les préjugés des personnes de l'entourage, qui n'ont d'autre préoccupation que d'amonceler les couvertures sur le malade et de s'opposer à ce que l'on ouvre les fenêtres, sous le prétexte que le malade peut prendre froid ! Il n'est pas besoin d'insister sur l'inconvénient qu'il y aurait à priver d'air pur le pneumonique qui étouffe.

Celui-ci aura la tête élevée, le tronc soulevé par plusieurs oreillers, ce qui lui permettra de respirer plus facilement; on lui recommandera de changer souvent de position. Il s'alimentera avec du lait, du bouillon, du café, du vin, des grogs, et calmera sa soif par des boissons acidulées; il importe que le pneumonique, comme tout fébricitant, d'ailleurs, boive beaucoup pour faciliter l'élimination des déchets organiques et des toxines accumulées dans l'économie.

Deux symptômes, au début, occupent le premier plan de la scène morbide : ce sont le point de côté et la dyspnée. Le point de côté peut être calmé par l'application de *ventouses scarifiées*, *loco dolenti*; il est rare qu'il ne disparaisse ou tout au moins ne s'atténue considérablement, à la suite de cette application ; on peut encore pratiquer au siège du point douloureux une injection sous-cutanée de *chlorhydrate de morphine* ; celle-ci est inoffensive à la condition que l'on emploie une très petite dose de morphine, 1 centigramme au plus. Contre la dyspnée, le médecin est désarmé, puisqu'il ne peut juguler la pneumonie ; il est une circonstance toutefois où il peut et doit intervenir, c'est quand la dyspnée s'accompagne de cyanose, de dilatation des veines du cou, d'expectoration sanguinolente abondante ; c'est dans ce cas, et dans ce cas seulement, qu'une *saignée générale* peut rendre les plus grands services; elle est d'autant plus licite que cette dyspnée excessive survient de préférence chez les individus vigoureux, pléthoriques ; elle présente le grand avantage d'être suivie d'un effet immédiat, tandis que l'action de la digitale ne s'exerce que tardivement; nous ne sommes donc pas partisans de l'exclusion systématique de la saignée; mais nous croyons, avec la plupart des médecins, que l'indication de son emploi se présente rarement, car les pneumonies que l'on observe dans les villes, à Paris notamment, atteignent souvent des sujets déjà débilités, qui supporteraient mal la saignée.

(1) Hanot. Th. d'agrég., 1880, p. 38.

La dyspnée n'est pas toujours l'expression d'une gêne mécanique de la respiration, déterminée par une congestion ou une hépatisation très étendue du poumon; on a remarqué que chez les femmes nerveuses, que chez les hystériques pouvait survenir, à l'occasion d'une pneumonie, une dyspnée hors de proportion avec les signes locaux; les antispasmodiques, le bromure de potassium, en particulier, peuvent en venir à bout, mieux que tout autre traitement.

Il est un excellent moyen révulsif, que nous recommandons vivement parce qu'il est inoffensif et nous paraît avoir une réelle efficacité, nous voulons parler de *l'enveloppement du thorax avec des compresses imbibées d'eau froide*, fréquemment renouvelées et recouvertes de taffetas gommé. Nous croyons que l'action locale de la compresse de Priessnitz est capable de déterminer, par action réflexe, une action décongestive du poumon, et, lors de la dernière épidémie de grippe, il nous a été donné d'observer la disparition rapide de foyers congestifs, à la suite des enveloppements froids, chez des malades atteints de pneumonie ou de broncho-pneumonie.

L'expectoration est toujours difficile au début de la pneumonie et nécessite des efforts qui fatiguent beaucoup les malades; les antimoniaux : kermès, antimoine si souvent employés, n'ont, en réalité, aucune action, et les meilleurs moyens de favoriser l'expectoration, de la rendre moins pénible sont, d'une part, de faire vaporiser de l'eau dans la chambre du malade et, d'autre part, d'employer la *poudre de Dower* à petites doses; celle-ci agit à la fois comme expectorant par l'ipéca qu'elle contient, et comme calmant de la toux par l'opium; on en donne 40 centigrammes répartis en deux doses que l'on peut associer au sulfate de quinine. Les *sels ammoniacaux* peuvent également rendre des services comme expectorants; on sait qu'ils ont été préconisés dans le traitement de toutes les affections aiguës du poumon.

Palton (1862) avait même érigé le traitement ammoniacal en méthode générale. On peut employer le carbonate, le chlorhydrate, l'acétate d'ammoniaque; ce dernier est le plus usité; on pourra formuler, par exemple, la potion suivante :

Acétate d'ammoniaque . . .	10	grammes.
Teinture de cannelle	5	—
Extrait de quinquina	2	—
Eau distillée de mélisse . . .	120	—
Sirop d'écorces d'oranges amères	30	—

Dont on fera prendre une cuillerée à bouche toutes les heures ou toutes les deux heures; on peut encore prescrire la liqueur ammoniacale anisée (x gouttes, quatre fois par jour).

L'insomnie n'est pas justiciable, en général, d'un traitement bien actif; si le malade réclame une potion pour la nuit, on peut lui prescrire une cuillerée de sirop de *chloral*, ou lui faire donner un lavement avec du chloral; la dose de chloral ne dépassera pas 1 ou 2 grammes. Le chloral nous paraît préférable à l'extrait thébaïque ou à la morphine; au chloral, on pourrait d'ailleurs substituer le *sulfonal* à la dose de 1 gramme, en un cachet après l'ingestion duquel on fera absorber immédiatement un grog chaud, le sulfonal n'étant soluble que dans l'eau chaude. On peut encore prescrire la paraldéhyde à la dose de 2 grammes en potion ou en lavement.

La pneumonie s'accompagne toujours d'un certain degré d'embarras gastrique; parfois cet embarras devient prononcé au point de justifier l'emploi de l'*ipéca* à dose vomitive (1gr50 de poudre, à prendre en deux fois, à dix minutes d'intervalle, dans un verre d'eau tiède).

Dans la pneumonie franche, de moyenne intensité, la température oscille entre 39 et 40 degrés. Pour combattre la fièvre, on a recours, depuis fort longtemps, aux agents antithermiques, c'est-à-dire au sulfate de quinine qui, pendant longtemps, a été seul en usage, et à l'antipyrine que l'on associe assez souvent maintenant, ou que l'on substitue même au premier. L'action de ces agents antithermiques (nous ne parlons pas des autres, tels que la kairine, la thalline, l'antifébrine, etc. qui ont été essayés, mais qui sont manifestement dangereux), cette action, disons-nous, nous paraît des plus problématiques.

La marche cyclique de la maladie n'est entravée en aucune façon par l'emploi de ces médicaments; quant à l'abaissement de la température, il ne devient manifeste que si l'on emploie des doses élevées de quinine, c'est-à-dire au moins 1gr50, et d'antipyrine, c'est-à-dire 4 à 5 grammes. De plus, il faut administrer ces doses en un court espace de temps, car si on les fragmente, on n'obtient pas l'effet attendu. Cet effet consiste en un abaissement de la température qui se manifeste au bout de quatre à sept heures pour la quinine, de trois à cinq heures pour l'antipyrine, mais qui est passager et s'accompagne de sueurs profuses fort désagréables au malade. L'antipyrine possède au suprême degré la propriété de provoquer une abondante transpiration; elle peut de plus, chez les malades, plongés dans l'adynamie, provoquer des phénomènes de collapsus; on lui reproche, d'ailleurs, de ralentir les oxydations et de faciliter l'accumulation dans l'économie de produits toxiques.

En dépit de l'inconvénient inhérent à l'emploi des deux antithermiques usuels, la plupart des médecins leur sont fidèles. Il nous a semblé que, si l'action de ces médicaments est problématique dans les premiers jours de la maladie, leur emploi peut être réellement utile vers le quatrième ou le cinquième jour de la maladie et que l'on peut parfois, grâce à eux, précipiter l'apparition de la défervescence. D'après M. Clément (de Lyon), on pourrait, avec l'antipyrine, hâter la défervescence de deux ou trois jours dans les formes moyennes de la pneumonie. Nous autorisant des faits qu'il nous a été donné d'observer, nous inclinons à croire que cette opinion est fondée, mais nous nous empressons d'ajouter qu'on n'obtient pas constamment cet heureux résultat.

Il a été question jusqu'ici des médications utiles dans la pneumonie; il est nécessaire de dire quelques mots des médications inutiles ou même nuisibles, c'est-à-dire du vésicatoire et du tartre stibié qui ont été en honneur pendant si longtemps.

Adversaire résolu du *vésicatoire*, nous en proscrivons systématiquement l'emploi dans toute pneumonie. Les inconvénients ou même les dangers qui peuvent résulter de l'usage des vésicatoires sont trop connus pour que nous insistions beaucoup sur ce point; bornons-nous à rappeler que le vésicatoire introduit dans l'économie un principe toxique, susceptible, dans certains cas, de déterminer des accidents de cystite ou de néphrite cantharidiennes, qui viennent aggraver d'autant la maladie, que le bon fonction-

nement du filtre rénal est nécessaire pour l'élimination des produits infectieux. Rappelons encore que le vésicatoire crée une plaie qui peut être le point de départ de diphtérie, d'érysipèle ou tout au moins de furoncles, d'anthrax qui, chez certains sujets (vieillards, diabétiques), peuvent à leur tour devenir une source de complications, qu'il détermine de l'agitation et de l'insomnie, qu'il provoque une élévation passagère de la température et diminue la quantité des urines, etc. On nous objectera que l'on peut éviter un certain nombre de ces accidents, en ayant recours à une antisepsie minutieuse; mais ce que l'on ne peut éviter, c'est l'action toxique de la cantharide, en dépit de l'association du camphre à l'emplâtre vésicant. D'ailleurs, ce sont moins les inconvénients du vésicatoire, que son inefficacité absolue qu'il faut considérer. La physiologie est impuissante à déterminer la valeur de ce procédé de révulsion. qui est du domaine de l'empirisme. Alors que la pneumonie était considérée uniquement comme une maladie locale, comme une inflammation où l'élément congestif jouait un grand rôle, on pouvait admettre l'action dérivative du vésicatoire, encore qu'aucune expérience précise ne prouve le fait; mais aujourd'hui que la notion d'infection s'est substituée à celle de l'inflammation locale, on ne peut concevoir comment une révulsion superficielle, comme l'est celle du vésicatoire, puisse avoir une influence quelconque sur le processus infectieux; en fait, les nombreuses expériences instituées pour démontrer l'action révulsive, n'ont jamais donné de résultat précis (entrer dans des détails à cet égard nous obligerait à sortir du cadre de cette Revue; nous renvoyons le lecteur, pour de plus amples détails, au travail de M. Besson, 1891).

Ce n'est pas de nos jours, d'ailleurs, que la valeur du vésicatoire est discutée : Laënnec l'accusait de gêner la respiration et d'augmenter la congestion pulmonaire; Louis le trouvait inutile ; Grisolle, qui avait fait de la pneumonie une étude approfondie, n'était pas non plus un partisan bien convaincu du vésicatoire ; il se montra d'abord très hésitant; plus tard il le recommanda parce que « une pratique si universellement acceptée doit avoir quelque raison d'être ». Cet argument paraîtra sans doute insuffisant; c'est cependant moins par conviction que pour obéir à la tradition, que beaucoup prescrivent encore le vésicatoire; il est juste de dire que bien peu nombreux sont ceux qui l'appliquent pendant la première période de la pneumonie; la plupart en reculent l'emploi jusqu'à la période de résolution, qu'ils prétendent ainsi favoriser; mais, dès l'instant que la résolution a tendance à se produire, il est permis de concevoir des doutes sur l'action favorable du vésicatoire, alors que l'on voit tant de pneumonies présenter spontanément une résolution franche et rapide.

Quelques médecins, assez sceptiques à l'égard de l'efficacité du vésicatoire appliqué pendant la période aiguë, croient cependant qu'il peut être utile, lorsque la résolution est traînante ; nous croyons que, même restreinte à ce point, la confiance accordée au vésicatoire est imméritée.

Qu'il nous soit permis de citer à cet égard une observation personnelle. Au mois d'avril 1892, entrait dans le service de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, un homme d'une cinquantaine d'années, atteint de pneumonie. Cet homme n'avait eu antérieurement aucune maladie grave et n'était pas alcoolique; mais, chargé de famille, il s'était un peu surmené depuis quelque temps et avait eu à subir quelques privations; la pneumonie, localisée primitivement à la base du poumon gauche, gagna le poumon droit et là affecta les allures d'une affection migratrice, le foyer de souffle et de râles crépitants étant mobile et se déplaçant chaque jour, de telle sorte que tout le poumon droit fut successivement hépatisé ; en dépit de cette pneumonie double, qui rendait le pronostic réservé, la défervescence se produisit le treizième ou le quatorzième jour de la maladie (comme traitement nous avions prescrit le sulfate de quinine, l'alcool à fortes doses et quelques injections de caféine, à un moment où le cœur avait donné quelques signes de défaillance). Après la défervescence, le foyer de pneumonie situé à gauche entra immédiatement en résolution; mais, à droite, il n'en fut pas de même; le souffle tubaire et les râles crépitants persistèrent sans modifications, pendant une quinzaine de jours; bien plus, nous constatâmes que certains points, indemnes jusque-là, étaient envahis à leur tour par l'hépatisation; l'état général était d'ailleurs satisfaisant, l'appétit était revenu, il n'existait aucune élévation thermique, même passagère. Après avoir employé, sans le moindre succès, la créosote et l'eucalyptol, nous fîmes appliquer, à quelques jours de distance, deux larges vésicatoires, pensant que ce cas était particulièrement propice pour la vérification de l'action résolutive attribuée au vésicatoire, dans les cas de pneumonie tendant à la chronicité. L'auscultation, pratiquée avec grand soin, ne nous permit de constater aucune modification appréciable des signes physiques, après l'application de ces vésicatoires; les foyers d'hépatisation persistèrent, et ce n'est que plus d'un mois après la défervescence, c'est-à-dire quinze jours après l'emploi de la méthode révulsive, que le poumon revint à l'état normal. Nous avons cité cet exemple, parce qu'il nous semble particulièrement concluant et qu'il nous permet de contester l'influence attribuée au vésicatoire, sur l'évolution d'une pneumonie traînante.

De même que nous combattons l'emploi du vésicatoire, nous rejetons l'usage des antimoniaux, kermès, oxyde blanc d'antimoine, tartre stibié, qui sont employés empiriquement, et dont les effets nuisibles sont incontestables, alors que leur utilité n'a jamais pu être démontrée; à faible dose, les deux premiers médicaments n'ont aucune action appréciable; à doses élevées, ils provoquent les vomissements et la diarrhée. Quant au tartre stibié, on sait quel abus il en a été fait autrefois, depuis Rasori, au nom de la médication contro-stimulante. Il est aujourd'hui abandonné, à juste titre, car il a sur le cœur une action dépressive, alors qu'il faut, au contraire, s'appliquer à maintenir, chez les pneumoniques, l'intégrité de l'énergie cardiaque.

IV

Nous venons de voir quelle est la meilleure règle de conduite à observer dans les cas de pneumonie bénigne, qui sont de beaucoup les plus fréquents, tout au moins chez les sujets jeunes.

Occupons-nous maintenant des pneumonies graves. Une pneumonie est grave, lorsqu'elle s'accompagne d'hyperthermie avec phénomènes nerveux ataxo-adynamiques ou de manifestations viscérales extra-pulmonaires, lorsqu'elle perd, en un mot, l'aspect d'une maladie localisée pour revêtir celui d'une infection généralisée; elle est grave encore, lorsque surviennent des phénomènes d'asystolie aiguë, une

asphyxie progressive, due à la dilatation du cœur; dans ce dernier cas, le danger n'est pas dans l'état du poumon, il est au cœur, ainsi qu'on l'a souvent répété, et c'est une médication cardiaque qu'il faudra instituer. Le collapsus cardiaque est surtout à redouter chez les vieillards, chez les malades atteints d'alcoolisme, d'affections valvulaires ou de mal de Bright; il peut d'ailleurs coexister avec les formes infectieuses de la pneumonie.

Contre la pneumonie infectieuse, nous pouvons opposer deux grandes médications : la médication tonique et la balnéation.

Todd, en instituant la médication par l'*alcool*, qui, bornée d'abord au traitement de la pneumonie, a été généralisée ensuite à celui de toutes les maladies infectieuses, a fait faire un immense progrès à la thérapeutique. « Il suffit de parcourir le traité de Grisolle, d'y constater la répugnance, l'effroi, si l'on peut dire, qu'inspirait l'emploi du vin ou de l'eau-de-vie, dans le traitement des inflammations, pour se rendre compte de ce qu'il fallut de conviction à Todd, en Angleterre, et à Béhier, en France, pour préconiser les alcooliques si redoutés contre l'affection qu'on regardait comme le type des maladies inflammatoires (1). »

Il faut d'ailleurs se garder de toute exagération, et éviter d'ériger l'emploi de l'alcool en traitement systématique de la pneumonie. Todd, avec un grand sens clinique, avait précisé et limité les indications; il ne donnait l'alcool que dans les pneumonies des alcooliques, et dans les pneumonies adynamiques ou infectieuses. Chez les vieillards, les cachectiques, l'adynamie est de règle, chez eux l'alcool sera donc toujours indiqué, de même que dans les pneumonies secondaires et les pneumonies ataxo-adynamiques ou typhoïdes, avec ou sans hyperthermie.

Il ne suffit pas de connaître les indications de l'alcool, il faut savoir l'administrer. Todd avait parfaitement indiqué « que le succès de l'emploi de l'alcool dépend presque entièrement de son mode d'administration... Ce n'est pas un tant d'alcool par *jour* qu'il faut ordonner, mais tant par *demi-heure*, par *heure* ou par *deux ou trois heures*, suivant l'état du malade. » Les doses massives ou trop souvent répétées peuvent, en effet, déterminer le délire ou même le coma.

Todd donnait une demi-once de brandy (14 grammes), toutes les deux ou trois heures (soit 110 à 170 grammes par jour), dans les cas de moyenne intensité; toutes les heures ou toutes les demi-heures (soit 300 à 600 grammes), dans les cas pressants; mais il ne maintenait ces dernières doses que pendant un temps fort court.

M. Béhier donnait 120 grammes d'eau-de-vie dans les cas ordinaires, et jusqu'à 300 grammes dans les cas graves, étendus de 80 à 120 grammes d'eau, et faisait prendre une cuillerée à bouche du mélange toutes les deux heures environ.

En somme, il faut donner l'eau-de-vie à doses fractionnées, et diluée dans une certaine quantité d'eau, sous forme de grog, afin de maintenir le malade sous l'influence permanente de l'alcool, tout en évitant l'action locale (irritation de l'estomac) et l'action générale dépressive dues aux doses massives. Il nous a semblé rarement nécessaire de dépasser la dose de 200 grammes *pro die*.

A l'eau-de-vie, on peut d'ailleurs substituer le champagne frappé, souvent mieux toléré, ou les vins fortement alcoolisés, comme le porto, le malaga, le xérès. Ceux-ci conviennent particulièrement chez les enfants; chez ces derniers, on doit les donner sous forme de potion dans un julep gommeux; ils sont ainsi facilement acceptés (dose : 30 à 60 grammes chez les jeunes enfants).

L'action de l'alcool est aisée à concevoir :

1° Il sert comme aliment absorbable, directement par les veines, sans métamorphose préalable;

2° Il soutient les forces en empêchant la dénutrition; « l'aliment alcoolique » (Todd) est l'aliment d'épargne par excellence;

3° Il soutient encore les forces par son action directe sur le système nervo-moteur;

4° Il agit comme antithermique (l'action antithermique étant d'ailleurs peu accusée) et peut-être comme anti-parasitaire;

5° Enfin, chez les alcooliques, il permet d'éviter les accidents graves qui résulteraient de sa suppression brusque.

A l'alcool on joindra avec avantage le *café*, dont l'action sur le cœur et sur le rein s'associe utilement aux effets toniques de l'alcool.

Ce n'est pas sans hésitation que l'on s'est décidé à donner des *bains froids* aux pneumoniques. On vivait sur cette idée que le froid est la cause principale des inflammations du poumon, et il semblait absurde d'appliquer comme remède la cause principale du mal. Aujourd'hui que la pathogénie de la pneumonie est mieux connue, et que l'influence du froid est réduite au rang de cause accessoire, le préjugé a disparu et l'on ne craint pas de recourir, dans certains cas, aux bains froids.

Il ne s'agit pas là, d'ailleurs, d'un nouveau mode de traitement; sans remonter à Hippocrate, il est bon de rappeler que Bartholin, il y a deux cents ans, donnait des bains froids dans les affections pulmonaires aiguës. En 1834, un médecin italien, Campagnano, avait essayé la médication par le bain froid, mais cette tentative n'avait pas trouvé d'imitateurs; par contre, les bains tièdes avaient été administrés dans plusieurs circonstances et Grisolle avait écrit que s'il n'en avait pas toujours obtenu les effets qu'il désirait, il n'avait jamais eu à se repentir de les avoir administrés.

C'est seulement depuis quarante ans, que le traitement de la pneumonie par les bains froids est entré dans la pratique; mais il faut reconnaître que, si nombre de médecins allemands (Vogel, Weber, Liebermeister, Ziemmsen et surtout Jurgensen) ont préconisé vivement ce mode de traitement, les médecins français ne l'ont accueilli qu'avec une répugnance marquée; aujourd'hui encore existe contre lui un préjugé puissant.

En réalité, le bain froid peut être utile ou nuisible, suivant qu'il est indiqué ou non, et ce sont ses indications qu'il s'agit de déterminer. Il nous faut constater, tout d'abord, que la réfrigération dans la pneumonie doit rester une méthode d'exception; elle est inutile dans les formes bénignes, elle n'est applicable que dans *certaines* des formes graves (1).

Le bain froid est contre-indiqué d'une façon absolue chez les cardiaques et les artério-scléreux, et chez les diabétiques et les brightiques. Il faudra donc ne l'employer qu'à bon escient, après s'être assuré notamment que le malade n'est pas atteint ni d'une cardiopathie, ni d'artério-sclérose, ou de diabète ou d'albuminurie. Par contre, si l'asthénie cardiaque est le résultat de la maladie elle-même, le bain

(1) Hanot. Loc. cit., p. 191.

(1) Barth. Soc. méd. des hôpit., 27 juin 1890.

sera indiqué, à la condition qu'il n'y ait pas imminence de collapsus.

D'une façon générale on peut, on doit même administrer les bains froids, dans les cas de pneumonie où les phénomènes généraux sont très marqués et dépassent de beaucoup en importance et en gravité les phénomènes locaux; ainsi, si la température oscille entre 40 et 41 degrés, s'il existe des phénomènes ataxo-adynamiques intenses, on ne devra pas hésiter un seul instant à baigner le malade. Donné dans ces conditions, le bain froid diminue la température; mais il agit surtout sur le système nerveux, en faisant disparaître l'adynamie, en exerçant une action sthénique immédiate, en relevant la tension artérielle; il provoque, en outre, la diurèse, et ce n'est pas là un avantage à dédaigner, car l'on sait que dans la pneumonie, comme dans toutes les maladies infectieuses d'ailleurs, s'accumulent dans l'organisme des toxines dont il importe de favoriser l'élimination (les expériences de MM. Bouchard, Lépine, Roger et Gaume ont mis en lumière la très faible toxicité des urines des pneumoniques, ce qui indique la rétention dans l'économie des produits toxiques). En somme, l'existence des phénomènes généraux graves est la seule indication formelle du bain froid, chez les malades qui ne sont ni cardiaques, ni artério-scléreux, ni diabétiques, ni brightiques et qui sont âgés de moins de cinquante ans.

L'hyperthermie seule n'est pas une indication, contrairement à l'opinion de Liebermeister; l'élévation de la température ne mesure nullement le degré de gravité de la maladie; sans doute, une hyperthermie excessive est l'indice d'un état grave, mais le même degré de gravité peut s'observer avec une fièvre modérée.

L'influence favorable exercée par le bain se manifeste presque aussitôt après l'entrée du malade dans la baignoire: la respiration devient plus ample, la toux plus fréquente, l'expectoration plus abondante, les foyers congestifs diminuent d'étendue (Jurgensen); enfin la cyanose disparaît, ce qui indique que les circulations locales se régularisent. L'influence heureuse du bain froid est prouvée par la faible mortalité des malades qui ont été soumis à la médication réfrigérante (statistiques de Fisimer, Brugnatelli, Kisselef, Gignoux, etc.). Afin de tâter la susceptibilité des malades et pour prévenir autant que possible le collapsus, beaucoup plus à redouter dans la pneumonie que dans la fièvre typhoïde, il sera bon de donner presque tièdes les premiers bains et de les refroidir progressivement; on peut ensuite arriver d'emblée au bain froid à 20 degrés, de cinq à dix minutes de durée, répété toutes les trois ou quatre heures, si les premiers bains sont bien supportés; il va sans dire que, pendant et après le bain, on devra donner à boire au malade des grogs, du vin chaud et que celui-ci sera retiré de l'eau au premier frisson.

Lorsque, avec des phénomènes généraux graves, coïncident des lésions locales très étendues, le bain froid peut être encore utile, mais il est moins efficace que dans les cas précédents. Enfin, s'il existe surtout de grosses lésions locales, une pneumonie étendue à tout un poumon ou une pneumonie double, avec peu de réaction, il faut s'abstenir du bain froid, de crainte de déterminer le collapsus.

Chez les sujets âgés ou chez les enfants, les bains froids sont rigoureusement interdits, mais les bains tièdes sinapisés rendent de grands services.

Les symptômes généraux peuvent être plus graves en apparence qu'ils ne sont en réalité; ainsi, chez les alcooliques, il suffit parfois de donner une dose suffisante d'alcool et quelques centigrammes d'extrait thébaïque pour faire tomber le délire et l'agitation (il va sans dire que nous reconnaissons d'ailleurs la gravité habituelle de la pneumonie chez les alcooliques).

Tels sont les divers moyens que l'on peut opposer aux pneumonies, graves surtout par leurs phénomènes généraux, plus infectieuses qu'asphyxiantes.

Mais la pneumonie peut être grave (et le cas est beaucoup plus fréquent) par suite de l'étendue des lésions pulmonaires qui rétrécissent considérablement le champ de l'hématose et déterminent l'insuffisance du myocarde, d'où l'asystolie aiguë; c'est ce qui fait la gravité de la pneumonie chez les vieillards. A ces pneumonies, où le danger est au cœur, il faut opposer une médication cardiaque.

La *digitale* est employée depuis longtemps dans le traitement de la pneumonie. Au commencement du siècle, Rasori l'avait prescrite comme un contre-stimulant; elle fut remise en honneur par Traube, en 1850 et par le professeur Hirtz (de Strasbourg), en 1862. Hirtz prescrivait systématiquement la digitale, dans le but d'abaisser la température; il donnait de 75 centigrammes à 1 gramme de poudre de feuilles en infusion, pendant deux ou trois jours de suite. Sous l'influence de cette médication, on constate la diminution de la dyspnée, l'élévation de la pression artérielle; quant à l'abaissement de la température, il se produit au bout de trente-six heures environ après le début de la médication. Quelques médecins ont eu de plus grandes prétentions et ont cru pouvoir juguler la pneumonie en donnant des doses énormes de digitale. Le docteur Pétrescu administre 4 à 8 grammes de digitale et affirme juguler ainsi la pneumonie; nous ne citons cette médication que pour en repousser l'emploi, car ces doses excessives peuvent déterminer les accidents cardiaques les plus graves; d'ailleurs la digitale n'abrège en rien la durée de la pneumonie et n'a, sur la température, qu'une faible influence; sa véritable indication est donc, nous l'avons dit, l'affaiblissement des contractions cardiaques. On donnera la digitale lorsque le pouls devient petit et dépressible, qu'il existe une stase veineuse se traduisant par la cyanose; pour en retirer de bons effets, il ne faut pas hésiter à l'employer de bonne heure, c'est-à-dire vers le troisième ou le quatrième jour; plus on temporisera et moins elle aura d'efficacité; on peut employer soit l'infusion ou la macération, soit la digitaline. M. Huchard donne la préférence à cette dernière et prescrit volontiers 1 milligramme de digitaline chloroformique pris en une seule fois, pendant un jour seulement. Il fait remarquer qu'il est inutile de fractionner les doses, car elles se fractionnent d'elles-mêmes dans l'organisme, en raison de la lenteur de leur action et de leur élimination.

On pourra prescrire :

Digitaline chloroformique .	1 centigramme.
Alcool à 90 degrés	9 grammes.
Glycérine	6 —

LX gouttes représentent 1 milligramme.

La *caféine* est, d'autre part, une ressource précieuse dans la pneumonie; elle remplace avantageusement la digitale, surtout chez les vieillards, parce que ses effets sont plus rapides que ceux de la digitale et que les myocardes scléreux réagissent mal sous l'influence de ce dernier médicament. La caféine non seulement relève l'énergie cardiaque,

mais encore combat l'adynamie et favorise la diurèse, aussi est-elle le remède par excellence à employer dans la pneumonie des cachectiques et des vieillards. L'injection sous-cutanée est le meilleur mode d'administration (25 centigrammes trois ou quatre fois par jour).

On peut encore combattre l'adynamie et la tendance au collapsus au moyen des injections d'*éther*, d'*huile camphrée* :

Huile d'olives stérilisée. . .	100	grammes.
Camphre	10	—

(Huchard.)

Injectez le contenu d'une seringue de Pravaz deux à quatre fois par jour.

Ou de *strychnine* :

Eau distillée.	10	grammes.
Sulfate de strychnine. . . .	1	centigramme.

Injectez deux à quatre demi-seringues par jour.

On a préconisé encore les injections de *spartéine* :

Sulfate de spartéine	1	gramme.
Eau distillée.	50	grammes.

Deux à quatre injections dans la journée.

M. Huchard emploie comme tonique le mélange suivant :

Teinture de kola. . . .	*ââ*	60 grammes.
— de coca. . . .		

Une cuillerée à café une, deux ou trois fois par jour dans une tasse de lait chaud et sucré, ou encore dans un peu de curaçao étendu d'eau.

Rappelons enfin que la *saignée* peut rendre de grands services lorsque survient une congestion pulmonaire rapide, se traduisant par une dyspnée intense avec cyanose, dilatation des veines du cou, expectoration mousseuse et sanguinolente. Ces congestions, qui s'observent de préférence chez les individus pléthoriques, plus ou moins entachés de goutte, d'arthritisme, sont justiciables de la saignée qui permet souvent de parer à l'asphyxie imminente.

Il va sans dire que, lorsqu'on a des raisons de craindre la congestion passive hypostatique chez des sujets affaiblis, chez les vieillards, il est nécessaire de changer souvent les malades de position, de les faire coucher alternativement sur l'un ou l'autre côté.

Lorsque, en dépit de la médication la plus rationnelle, les signes de l'hépatisation grise se manifestent, le médecin se trouve absolument désarmé. On a cru récemment avoir trouvé un moyen de traitement permettant de s'opposer efficacement à la transformation purulente de l'exsudat pneumonique. Ce traitement consiste dans les *injections sous-cutanées d'essence de térébenthine*, que l'on réserve aux cas de pneumonie en imminence de suppuration. Ce traitement a été proposé par M. le professeur Fochier (de Lyon), qui se flatte de détourner du poumon l'afflux leucocytique et d'empêcher la suppuration, en provoquant artificiellement, au niveau des membres, un abcès que M. Fochier appelle abcès de fixation, bien qu'ils ne fixent pas le moins du monde les agents infectieux, puisque le pus de ces abcès est toujours stérile. Ce ne sont donc pas des abcès de fixation, mais plutôt, comme les appelle M. Dieulafoy, des abcès de dérivation, si tant est que l'on puisse admettre de leur part une action dérivatrice.

M. Chantemesse a pensé que ces abcès exercent peut-être une action favorable en élevant le nombre des leucocytes et, par suite, en favorisant la lutte phagocytaire contre les éléments infectieux; mais l'augmentation du nombre des leucocytes n'a pas été constatée par lui (1).

Quel que soit le mode d'action de ces abcès, ce qu'il importe surtout de déterminer, c'est s'ils ont ou non une action réelle sur l'évolution de la pneumonie. Les résultats obtenus paraissent assez contradictoires; cependant ces injections ont été pratiquées dans un certain nombre de cas de pneumonies graves (Dieulafoy, Lépine, Olivier, Bard, Gingeot, Revilliod) avec délire, ataxo-adynamie, symptômes de suppuration et suivies de succès; il est vrai que des insuccès complets ont été obtenus dans huit cas de pneumonies très graves, traitées à l'hospice des Ménages par M. Chantemesse, et que l'on peut, dès lors, concevoir des doutes sur l'efficacité réelle de la méthode, et se demander avec les sceptiques si le résultat le plus clair n'est pas de donner un abcès douloureux et exigeant un assez long temps pour guérir, chez un malade atteint déjà de pneumonie (2).

Il convient de mentionner, maintenant, une autre tentative thérapeutique, récente également, mais qui est sans doute destinée à un grand avenir ; elle vise non pas le traitement de l'hépatisation grise, mais celui de la pneumonie en général ; il s'agit de la sérumthérapie.

Les premiers essais de traitement de pneumonie chez l'homme, avec les *injections de sérum provenant d'animaux immunisés*, ont été pratiqués par F. et G. Klemperer (3), par Foa et Scabia (4).

Bornons-nous à mentionner très brièvement les résultats obtenus. Les injections faites par G. et F. Klemperer chez six pneumoniques, avec 4 à 6 centimètres cubes de sérum de lapin vacciné, ont déterminé une chute notable de la température qui, dans deux cas, resta normale et remonta les autres fois au bout de quelques heures.

Chez 12 autres pneumoniques (deuxième communication de G. Klemperer), la crise, pour 5 d'entre eux, s'est produite peu de temps après l'injection, sans que l'on puisse, toutefois, attribuer formellement la crise aux inoculations; pour les 7 autres, chaque fois elle s'est produite immédiatement après l'injection. Même résultat chez un pneumonique, obtenu par Foa et Carbone (5); chez ce malade, la pneumonie fut arrêtée au quatrième jour de son évolution.

Enfin Foa et Scabia ont pratiqué également des inoculations de sérum de lapin immunisé, chez 10 pneumoniques, toujours à la dose de 5 à 7 centimètres cubes. Ces inoculations, répétées deux ou trois fois, ont 8 fois sur 10 déterminé la crise le soir ou le lendemain de la première inoculation. Deux fois seulement, chez ces malades, la crise ne survint que du neuvième au dixième jour. Il n'existe pas, à notre connaissance, d'autres faits publiés concernant ce mode de traitement.

En somme, ce que l'on peut conclure de ces rares essais, c'est qu'ils n'ont déterminé aucun accident et qu'ils *paraissent* avoir été suivis, au contraire, de résultats réellement favorables ; nous disons « paraissent », parce qu'il est très difficile d'apprécier le rôle réel de ces inoculations de

(1) Chantemesse. *Bull. méd.*, 29 mai 1892.

(2) On trouvera les principales observations et les détails de technique dans la très consciencieuse et pondérée thèse du docteur Marc Berman, juillet 1893.

(3) F. et G. Klemperer. *Berlin. klin. Wochens.*, 1891, nos 34 et 35, et *C. R. du XIe Congrès de médecine interne*, 1892.

(4) Foa et Scabia. *Gaz. med. di Torino*, 1892, nos 13, 14 et 15.

(5) Foa et Carbone. *Riforma med.*, 1891, no 256.

sérum, dans une maladie qui guérit souvent spontanément et dont la durée est plus sujette à variations que ne l'indiquent les auteurs classiques. Cependant, ce qui doit faire prendre en considération ces essais de sérumthérapie, c'est que parmi les pneumonies traitées par G. Klemperer, il s'en trouvait de très graves, survenues chez des vieillards et des malades atteints de lésions valvulaires, c'est que, d'autre part, il est possible de conférer aux animaux, préalablement vaccinés, une immunité absolue et relativement durable contre l'infection pneumococcique. Il est donc probable que la sérumthérapie, après avoir reçu des perfectionnements qui ne se feront sans doute pas attendre, constituera le traitement d'avenir des pneumoniques, ainsi que des malades atteints de diphtérie, de tétanos, de tous ceux, en un mot, dans les humeurs desquels existe, à côté de la toxine, le principe guérisseur, l'antitoxine. Pour de plus amples détails, et pour l'exposé des expériences et de la doctrine de l'immunisation expérimentale des animaux, nous renvoyons à l'excellente revue critique publiée par M. E. Mosny (*Arch. de méd. expériment.* du 1er mars 1893).

La convalescence de la pneumonie est habituellement de courte durée; peu de jours après la défervescence, quelquefois le jour même, l'appétit revient et le malade peut s'alimenter. A ce moment, l'expectoration devient abondante (liquéfaction de l'exsudat pneumonique) et facile; cette expectoration doit être respectée, puisqu'elle est l'expression du processus de guérison. On se bornera donc à prescrire au malade, soit des capsules d'eucalyptol, soit une potion avec de la teinture d'eucalyptus ou de la teinture de benjoin. Il est indiqué de faire boire abondamment les malades et de les maintenir au régime lacté pendant quelque temps, si les urines continuent à contenir de l'albuminurie. Dans certains cas, la température s'abaisse dans les délais habituels, mais les signes physiques (souffle et râles) persistent. Le médecin est à peu près désarmé contre ces pneumonies traînantes; le vésicatoire, nous l'avons vu, n'a aucune influence sur la marche de la pneumonie et les iodures n'ont qu'une action des plus contestables.

Il faut se borner, dans ces cas, à soutenir les forces du malade par une alimentation substantielle, par les préparations de quinquina ou de kola, par la strychnine, etc. Il est d'ailleurs exceptionnel que la pneumonie lobaire passe à l'état chronique et l'hépatisation finit presque toujours par se résorber.

Des complications de la pneumonie, nous n'avons pas à parler, car elles sont inaccessibles à la thérapeutique, excepté la pleurésie méta-pneumonique, dont le traitement ne peut nous arrêter ici, ou les otites, les arthrites, les abcès, etc., dont le traitement est purement chirurgical.

BANQUET OFFERT A M. LE PROFESSEUR POTAIN

Près de deux cents confrères sont venus hier soir, à l'Hôtel-Continental, fêter la nomination de M. le professeur Potain à l'Institut. M. Lacaze-Duthiers, président, a le premier pris la parole et, dans une chaleureuse improvisation, a raconté comment, fait inconnu jusqu'ici, M. Potain a été nommé presque à l'unanimité membre de l'Académie des sciences sans avoir sollicité les suffrages de ses membres. Après lui, MM. Brouardel, Guyon et Dieulafoy ont successivement prononcé des discours fort applaudis. Puis M. Gaucher, au nom des anciens élèves et des anciens chefs de clinique du professeur, a vivement ému toute l'assistance. Nous sommes heureux de pouvoir reproduire les paroles de M. Gaucher et la réponse du maître si éminent et si sympathique, qui a été loué et fêté comme il le mérite.

Discours de M. Gaucher.

Mon cher maître,

Je n'ai pas qualité pour louer et pour remercier l'Académie des sciences de vous avoir élu. Je me contenterai de dire ce que tout le monde pense ici : vous êtes digne d'elle; elle est digne de vous.

En vous nommant, c'est la médecine tout entière que l'Académie a honorée en votre personne : c'est le prototype du médecin qu'elle a appelé à siéger dans son sein.

Dans le siècle où nous vivons, au milieu des intrigues dans lesquelles un si grand nombre se débattent, votre fortune graduellement ascendante est une consolation. Vous n'avez jamais rien demandé et tout vous est venu, ce qui prouve qu'il y a encore une justice immanente ici-bas. Votre vie est un grand exemple pour tous; vous avez toujours été l'homme droit par excellence, et nul dans votre existence ne peut relever une faiblesse, un compromis, une faveur, une injustice si minime qu'elle soit. Comme le disait M. le Doyen, vous êtes le *vir probus*, dans la plus grande acception du mot.

M. le professeur Dieulafoy, avec le talent et l'autorité que seul il peut avoir, a loué votre science, votre diagnostic sûr, votre jugement sagace; je ne puis rien répéter après lui de vos brillantes qualités intellectuelles. Je veux seulement louer votre cœur et votre inépuisable bonté. Car, chez vous, si c'est possible, le cœur est encore plus grand que l'esprit, et, comme l'a dit Vauvenargues, les grandes pensées viennent du cœur.

Laissez-moi donc soulever un peu le voile dont vous enveloppez tous vos bienfaits. Dites-moi parmi vos collègues, parmi vos élèves, parmi tous vos confrères, dites-moi celui qui, dans les jours de douleur, n'a pas eu recours à vos lumières, pour lui-même ou pour les siens? Vous êtes le consultant des consultants, et pour tous vous êtes le plus affectueux des maîtres, le plus fidèle des amis.

Bien plus, vous êtes secourable à tous, vous êtes secourable aux plus petits, à ceux même que vous ne connaissez pas. Il y a, à Paris et ailleurs, un certain nombre de médecins qui n'ont pu terminer leurs études et s'établir que grâce à vous.

On est habitué à voir en vous comme un apôtre de la charité, et vous ne pouvez pas toujours vous cacher pour faire le bien. Permettez-moi de rappeler le temps où j'étais votre chef de clinique à l'hôpital Necker. Quand vous sortiez de vos salles, une longue théorie de misérables vous attendait. Ils n'avaient qu'à se montrer sans rien demander; à tous vous donniez; et quand, par hasard, votre poche était vide, vous vous excusiez, et vous leur disiez, avec une sorte de douceur repentante : « Mon pauvre ami, je n'ai plus rien! » Voilà ce que j'ai vu, et voilà pourquoi je vous aime, plus encore que pour l'instruction que vous m'avez donnée et pour la bienveillance que vous m'avez témoignée.

Mon cher maître, au nom de tous vos élèves, qui vous vénèrent comme leur père, qui vous aiment comme des enfants, au nom de tous, au nom des présents, au nom des absents, dans ce jour de fête qui est pour nous un jour d'allégresse, je vous prie de vouloir bien accepter l'hommage de notre respectueuse affection.

Réponse de M. le professeur Potain.

Messieurs,

J'ai tant de remercîments à vous adresser que je ne parviendrai assurément pas à le faire comme je voudrais et à vous bien dire tout ce que je ressens d'émotion profonde et de reconnaissance. Souffrez donc que je vous remercie très cordialement et très simplement.

Ces remercîments s'adressent à vous d'abord, messieurs les membres de l'Institut, car c'est à vous que je dois cette fête, puisque c'est vous qui lui avez donné occasion en m'appelant à vos côtés. En m'appelant, vous m'avez appris à connaître un sentiment bien doux : le bonheur de se voir entouré de pareilles marques d'estime et d'affection.

Vous m'en avez désappris un autre; celui-là bien pénible. Vous m'avez désappris le doute de soi-même. Combien de fois ne m'est-il pas arrivé, à mesure que je vieillissais, de jeter un regard inquiet sur le passé, de me demander si la besogne que j'avais accomplie valait vraiment quelque chose et de me sentir le cœur serré par ce doute affligeant? Aujourd'hui, vous avez parlé; l'œuvre vous a paru bonne puisque vous l'avez trouvée digne de me faire prendre une place auprès de vous. Désormais, je veux vous en croire plus que moi-même et je ne me poserai plus ces questions indiscrètes de peur de m'exposer à vous contredire.

Je sais bien que l'honneur très haut d'entrer à l'Académie des sciences et d'y prendre la place de mon très regretté et très éminent collègue, le professeur Charcot, je le dois pour une grande part à votre amitié. Mais cette amitié, c'est précisément ce dont je suis le plus fier. Il n'est rien dont je m'enorgueillisse autant, rien que j'aie ambitionné davantage, et je ne saurais dire assez à quel point je vous suis reconnaissant de me l'avoir si généreusement octroyée.

Et vous, mes chers collègues de la Faculté et des hôpitaux, vous mes bien-aimés condisciples, vous avec qui j'ai parcouru de si nombreuses étapes, combien ne vous suis-je pas reconnaissant d'être ici? Quel témoignage plus flatteur pouvais-je souhaiter, que votre présence à cette fête de famille?

Vous enfin, chers et bons amis, vous qui voulez bien vous dire mes disciples, que d'actions de grâce n'ai-je pas à vous rendre? Vous fêtez splendidement ma nomination à l'Institut, et je ne saurais vous en remercier assez. Mais cette nomination, c'est à vous que je la dois, j'allais dire c'est vous qui l'avez faite. Car l'œuvre qui me l'a value s'est accomplie beaucoup moins par la plume que par la parole et l'action. C'est dans l'enceinte de l'hôpital qu'elle s'est faite tout entière. Qui en a répandu le bruit au dehors? qui a dit qu'elle était bonne? qui en a témoigné? qui m'a trahi? si ce n'est vous. Et n'est-ce pas vous qui avez créé la notoriété qui m'a conduit où je suis? Vous voyez bien que c'est vous qui m'avez nommé. Puis-je vous en être assez reconnaissant?

Mais je vous dois plus. Je vous dois vraiment tout ce que j'ai fait. Si, depuis tant d'années, j'ai continué incessamment et sans relâche le labeur de la clinique, si la besogne de l'hôpital a toujours été pour moi la plus douce, la plus agréable des occupations de la journée, c'est assurément parce que je m'y trouvais entouré de vous et stimulé par votre jeune ardeur. C'était un plaisir de chercher en commun, une joie de découvrir ensemble. Tout ce que j'ai fait, je l'ai fait avec vous; mon œuvre est donc vôtre autant que mienne. Et, puisqu'elle a été trouvée digne de l'Institut, vous avez été nommés tout autant que moi. Et c'est pour cela que cette nomination m'a causé une joie si profonde.

Messieurs, je ne puis m'en tenir là dans les témoignages de ma reconnaissance et vous ne me pardonneriez pas de n'en point payer un juste tribut aux maîtres qui m'ont introduit et guidé dans la carrière, aux maîtres dont je n'ai guère fait que transmettre la méthode et les enseignements; à l'excellent docteur Barth, le savant anatomo-pathologiste, le consciencieux observateur avec lequel je passai à la Salpêtrière une année inoubliable; à l'illustre Bouillaud, dont je fus le chef de clinique et dont je me suis efforcé toujours d'imiter la rigueur, la précision et l'exactitude. Si j'ai l'honneur suprême d'occuper aujourd'hui à la Faculté et à l'Institut une place que ce maître a jadis illustrée, c'est à son enseignement, c'est à son exemple surtout que je la dois et je ne saurais assez en exprimer ici ma reconnaissance.

Messieurs, permettez-moi, je vous en supplie, de faire remonter encore plus haut ces souvenirs reconnaissants et de les reporter au maître qui m'a façonné à lui seul, jusqu'au jour où j'entrai dans la médecine, à un père auquel je dois plus de reconnaissance qu'aucun fils peut-être en ait pu devoir jamais. Il appartenait à une lignée qui, de temps immémoriaux, pratiquait la médecine et la chirurgie dans la bonne ville de Saint-Germain et dans la petite ville de Poissy. Je pense bien qu'à l'origine, il doit y avoir eu quelque barbier. Mais je n'ai pu le retrouver. C'était trop loin. Mon père qui, étant l'aîné, aurait dû, suivant la coutume familiale, suivre la carrière paternelle, se laissa rebuter par l'anatomie et, finalement, devint directeur de la Poste aux lettres dans sa ville natale, à Saint-Germain-en-Laye. Il voulait que son fils reprît le métier de son père. Par malheur, les maigres ressources de la famille n'eussent pas suffi aux frais du collège et à ceux qui devaient venir après. Il entreprit donc de faire à lui seul l'éducation de ce fils, et, dévouement prodigieux, pour cela il recommença la sienne. Pendant dix ans, il consacra à cette entreprise tous les loisirs que lui laissaient ses occupations. Chaque jour, le bureau fermé, il me faisait mettre les livres sous le bras et m'emmenait dans la forêt, l'hiver, l'été, par la pluie, par la neige, quelque temps qu'il fît. Là, il me donnait la leçon. Leçons de choses d'abord, puis de grammaire, puis de littérature, puis de tout enfin.

N'est-ce pas là une œuvre de dévouement peu commune, et ne m'en voudriez-vous pas de n'avoir point dit ce que je dois à un tel père? Il est vrai qu'il n'était pas seul à accomplir cette tâche, et qu'une mère, dont le souvenir me remplit de tendresse et de vénération, l'y aidait en m'enseignant l'allemand, que mon père ne savait pas.

Puisque me voilà en train de vous dire mes souvenirs reconnaissants les plus intimes, laissez-moi vous raconter encore comment un pauvre camarade, qui n'est plus, me sauva au moment où tout était perdu.

Mes humanités terminées à la façon que je viens de vous dire, mon père m'envoie à Paris, pour l'examen du baccalauréat ès lettres. Vous jugez de mes terreurs. Homme des bois, je ne m'imaginais pas capable de répondre tout haut à des messieurs assemblés pour m'interroger. Cependant, comme je n'avais d'autre alternative que de demeurer petit employé dans le bureau paternel ou de tenter la fortune de l'examen, je me décidai et me voilà parti. On me fit faire une version écrite, qui me parut facile et dont je crus m'acquitter convenablement. Pourtant, quand on proclama le nom des élèves admis à l'examen oral, le mien n'était point sur la liste. Je m'en allais assez confus prendre ma place de bureaucrate, quand, dans l'escalier de la Sorbonne, je rencontre un camarade qui connaissait très bien les êtres de la maison pour les avoir pratiqués. « Tu t'en vas? — Oui, je ne suis pas admis. — Pas possible! Attends, je vais aller trouver Joseph. » Joseph c'était le garçon de bureau de la Sorbonne. « Ma foi, dit Joseph, je ne sais pas. Il y a là des copies que M. Cousin a oubliées. Peut-être votre ami est-il dans le tas. » J'y étais. M. Cousin corrige. On m'appelle et je suis reçu.

Et voilà comment ce brave Blondeau a contribué à me faire entrer à l'Institut. Car je ne sache pas que l'administration des Postes soit une voie qui puisse aisément y conduire.

Messieurs, il y a un homme à qui ma reconnaissance doit aller entre tous. C'est celui qui m'a enseigné comment on apprend la médecine. A peine sorti du giron paternel, vous jugez si je me sentais dépaysé dans notre École! Ma bonne étoile me conduisit dans le pavillon A de l'École pratique, à une table où travaillait un élève plus avancé que moi d'un an. J'admirais sa studieuse activité. Il me donna des conseils. Nous fûmes bientôt bons amis. Puis, il organisa une conférence pour l'internat, dont faisaient partie le si regretté Axenfeld et mon bon collègue Labric, ici présent. Notre mentor arriva le premier à l'internat. Mais il avait ouvert le chemin. Je m'efforçai de marcher dans ses traces. Et je m'y efforce encore. Car ce camarade providentiel, qui m'a mis dans la bonne voie et auquel je dois tant, il est ici pour m'enseigner encore mes devoirs nouveaux. C'est notre honorable président, le docteur de Lacaze-Duthiers, l'éminent zoologiste, qui souffre à peine qu'aujourd'hui l'on rappelle qu'il a été un des plus distingués parmi les internes du célèbre Trousseau.

Messieurs, en vous remerciant du fond du cœur, je bois à vous et je vous prie de porter avec moi la santé de mon premier maître, du docteur de Lacaze-Duthiers, président de l'Académie des sciences.

— Par décret, en date du 12 décembre 1893, M. Aubœuf (Jérôme), médecin de deuxième classe de la marine, démis-

sionnaire, a été nommé médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 145. — MARDI 19 DÉCEMBRE 1893. 66e ANNÉE. MARDI 19 DÉCEMBRE 1893. — N° 145.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 18 décembre 1893.

La Commission, chargée d'examiner les modifications qui pourraient être apportées aux conditions du concours d'agrégation, a, dans la séance du jeudi 14 décembre, présenté son rapport à l'assemblée générale de la Faculté.

Voici la première conclusion de ce rapport ayant trait à la composition du jury :

Le Concours d'agrégation, pour les sections de médecine, chirurgie et obstétrique, sera distinct pour chaque Faculté de médecine et aura lieu devant cette Faculté.

Pour ces sections, il serait désirable, dans l'intérêt de l'enseignement, que chaque Faculté fût libre de régler elle-même le régime de son agrégation et la durée d'exercice de ses agrégés.

Cette modification est une tentative de décentralisation, à laquelle, actuellement, nous ne pouvons qu'applaudir. Le temps seul permettra de porter un jugement définitif sur les avantages que chaque Faculté pourra retirer de la liberté qui lui est accordée. Chaque Faculté aura son jury propre, maître chez elle, composé de ses professeurs chargés d'assurer le bon fonctionnement de son enseignement et de présider au recrutement de ses agrégés.

Cette modification aura pour premier avantage de supprimer les frais considérables qu'occasionnaient aux juges et candidats de province un long et dispendieux séjour à Paris, loin de leurs occupations et de leur famille. Elle supprimera l'influence, par trop considérable, du juge unique qui représentait telle ou telle Faculté de province, dans le jury central, tel qu'il fonctionne aujourd'hui. Ce juge était, en quelque sorte, le porte-parole de la Faculté qui l'avait délégué, et ses collègues du jury s'inclinaient trop facilement devant son opinion lorsqu'il s'agissait de nommer les agrégés de la Faculté à laquelle il appartenait.

De plus, chaque Faculté n'a pas des besoins identiques. Chacune d'elles peut désirer des modifications portant sur divers points, sur la durée du temps d'exercice, les spécialisations, le nombre des agrégés, etc. Telle réforme, bonne pour une Faculté, peut être mauvaise, appliquée à une autre. Toutes ces raisons nous font croire que cette décentralisation du concours ne peut qu'accroître la vitalité des Facultés de province.

Cette décentralisation sera-t-elle utile pour Paris ? Il ne saurait y avoir de doute, et, pour notre part, nous répondrons nettement par l'affirmative. On a bien dit qu'en introduisant, dans le jury parisien, quelques juges étrangers à la Faculté, on donnait au concours une impartialité plus grande. On avait pensé que les juges de province, peu au courant des influences locales, ne se laisseraient guider, dans leur vote final, que par la saine appréciation des différents mérites des candidats ! C'est une illusion, dont il faut vite se guérir.

Chaque jury, tel qu'il a jusqu'ici fonctionné, compte, dans son sein, au moins une personnalité importante, influente par son mérite personnel, par l'autorité dont elle jouit près de ses collègues, par son crédit auprès des sociétés savantes, à l'Académie et même au ministère de l'Instruction publique. Or, parmi les juges qui venaient de province, quelques-uns venaient avec ce double but : faire nommer un des leurs, presque désigné d'avance par la Faculté d'où ils venaient, et, ce qui est bien humain, essayer de compenser la perte considérable de temps que leur occasionnait le concours, par l'obtention d'une menue faveur, depuis le simple ruban rouge, jusqu'à la nomination au titre de membre correspondant de l'Académie, voire même de l'Institut. Qu'on veuille bien suivre la carrière des juges, de retour en leur province, on en verra peu qui, quelques mois après avoir quitté Paris, n'aient reçu quelque compensation, qu'ils avaient ambitionnée ! Il s'ensuivait que la présence d'un personnage influent, déjà dangereuse par elle seule, devenait plus dangereuse encore par ces influences secondaires qui gravitaient autour d'elle. Cela est d'autant plus vrai que, ainsi que veut bien le constater le rapporteur de la Commission : « Un juge étranger, une fois son vote donné, disparaît et n'a plus à se préoccuper du choix plus ou moins heureux auquel il a contribué. »

La Commission a donc raison de laisser à chaque Faculté le soin de procéder elle-même à son recrutement ; et elle a encore raison, lorsqu'elle réclame des jurys nombreux, où les influences personnelles peuvent se contrebalancer et s'annihiler. Si le vœu de la Commission est exaucé, voici comment seront composés, pour l'année 1895, les jurys d'agrégation fonctionnant à Paris :

Les jurys d'agrégation de médecine seront formés de onze juges, tirés au sort parmi les professeurs de la section et choisis ainsi qu'il suit :

Deux professeurs de clinique générale ;

Deux professeurs de clinique spéciale ;

Un professeur de pathologie interne;
Un professeur de thérapeutique ou de pathologie générale;
Un professeur d'anatomie pathologique ou de pathologie expérimentale;
Un professeur d'hygiène ou de médecine légale;
Trois professeurs tirés au sort parmi les autres professeurs de la section de médecine.

Les juges suppléants seront également tirés au sort dans un ordre déterminé.

Le jury de chirurgie et d'obstétrique sera composé de neuf membres, dont deux professeurs d'accouchement et sept professeurs de chirurgie tirés au sort et, à défaut d'un nombre suffisant de chirurgiens, de un ou plusieurs professeurs de médecine.

Il y a deux ans, M. Comby présentait, à la Société médicale des hôpitaux, un homme atteint d'oblitération de la veine cave supérieure, de cause indéterminée. Suivant toutes les vraisemblances, la survie du malade ne devait pas être très longue. Contrairement à ces prévisions pessimistes, le malade offre actuellement les apparences d'une vigoureuse santé, bien qu'il ait eu depuis deux ans un hydrothorax double (1). Il s'est fait une circulation veineuse par dérivation des jugulaires vers les veines crurales; de gros troncs veineux descendent le long du thorax. Le courant sanguin s'y fait de haut en bas; en somme, c'est le contraire de ce qu'on voit dans l'oblitération de la veine porte et surtout de la veine cave, où, grâce à de larges anastomoses, il s'établit sur les parois du thorax une circulation dérivative de bas en haut.

Il est bien certain qu'en présence de la survie prolongée et de la bonne santé apparente du sujet, en dehors de cette anomalie acquise de la circulation veineuse collatérale, on ne peut penser à aucune lésion maligne. Peut-être s'agit-il d'une oblitération de la veine cave par une adénopathie de nature bénigne.

M. Barié présente un tuberculeux, atteint d'une caverne sous-claviculaire droite. Il y a quelque temps, il ressentit un violent point de côté, également à droite. Bientôt apparut sous le mamelon, dans le cinquième espace intercostal, une tumeur qui, depuis, a progressivement augmenté de volume. Grosse d'abord comme une noisette, elle a, actuellement, les dimensions d'un marron et même d'un petit œuf.

Cette tumeur molle donne lieu, sous la pression, à de la crépitation gazeuse; elle peut être réduite complètement. M. Barié pense qu'il s'agit d'une poche communiquant avec la caverne pulmonaire.

MM. Achard et Broca ont examiné le pus d'un petit abcès d'origine costal, survenu chez un malade à la suite d'une fièvre typhoïde légère. Il n'y avait que des bacilles d'Eberth en culture pure. C'est un nouvel exemple de ces abcès froids, d'apparence tuberculeuse, mais d'origine typhique, dont MM. Chantemesse et Widal ont récemment entretenu la Société.

M. Widal fait remarquer à ce propos qu'après les tibias, les côtes sont les os les plus exposés à devenir le point de départ d'ostéo-myélites de cet ordre. Cette localisation se voit surtout chez les individus déjà avancés en âge. C'était le cas dans l'observation de MM. Achard et Broca, leur malade avait près de trente ans, ce qui est un âge relativement avancé, quand il s'agit de fièvre typhoïde.

M. A. Mathieu, répondant à des observations que M. Juhel-Rénoy lui avait adressées, à propos de sa récente communication sur le rein mobile et ses rapports avec la neurasthénie et la dyspepsie, a été amené à faire la critique de la théorie de l'entéroptose. Nous n'y insisterons pas ici, parce qu'il se propose de reprendre prochainement, dans ce journal, l'examen de cette question.

Une grande partie de la séance a été consacrée aux mutations hospitalières, dont on trouvera la liste plus loin.

A la dernière séance de la Société de dermatologie (14 décembre), il a été fait plusieurs communications intéressantes pour l'histoire de la syphilis.

M. Gastou présente un malade du service de M. Fournier atteint d'un énorme chancre de la paroi abdominale dont on voit encore aujourd'hui l'ulcération incomplètement fermée. Il présente des phénomènes de mal de Bright : il s'agit sans doute d'un cas de *néphrite syphilitique précoce*. A ce propos, M. Fournier déclare qu'il a vu dans ces derniers temps toute une série de cas analogues ; le mal de Bright, d'origine syphilitique, serait beaucoup plus commun qu'on ne le pense ordinairement.

MM. Fernet et Jacquet font voir une femme atteinte d'une éruption qui simule étroitement la *roséole syphilitique* papuleuse. Cependant cette éruption est prurigineuse; elle s'est développée à la suite d'une vive émotion, ils ont cherché partout le chancre initial sans en trouver trace. Ils en sont donc à se demander s'il ne s'agit pas d'une neuro-dermatose prurigineuse.

MM. Fournier, du Castel, Julien, déclarent que, pour eux, cette éruption doit être considérée comme syphilitique. M. Julien voudrait essayer du traitement spécifique tout de suite, comme pierre de touche. MM. Fournier et E. Besnier sont, au contraire, d'avis d'attendre trois ou quatre semaines, afin de voir si, d'ici-là, il ne se montrera pas, par exemple, quelque érosion, quelque plaque muqueuse révélatrice.

M. Fournier conte l'histoire d'un malade dont le *chancre* siégeait au sommet de l'aisselle. C'est la première fois qu'il voit le chancre s'implanter à cet endroit.

M. Galezowski fait une intéressante communication sur le *chancre oculaire* et son diagnostic. Il insiste sur ce fait, conforme du reste aux données classiques, que le chancre siège surtout à la paupière inférieure, vers l'angle externe; mais, ainsi que plusieurs observations citées immédiatement par MM. Fournier, Barthélemy et Souplet, le démontrent, il peut siéger aussi, quoique plus rarement, à la paupière supérieure.

M. Terson rapporte un cas de syphilide papuleuse de la conjonctive bulbaire, d'un diagnostic particulièrement délicat.

M. Galezowski a observé la choroïdite syphilitique avec une fréquence qui fait penser que les lésions profondes de l'œil sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit généralement; il importerait donc de faire cet examen d'une façon plus habituelle. Croirait-on qu'à l'hôpital Saint-Louis,

(1) Société médicale des hôpitaux, séance du 15 décembre 1893.

vers lequel convergent tant de malades syphilitiques, attirés par la renommée de ses médecins, il n'y a pas de service ophtalmologique organisé?

M. Galezowski pense, comme M. Fournier, que l'*iritis* est toujours l'indice d'une syphilis grave. Presque toujours, du reste, elle s'accompagne de lésions de la choroïde et surtout du cercle ciliaire. Toute iritis syphilitique réclamerait un traitement spécifique énergique. M. Galezowski conseille, pour sa part, de faire des frictions mercurielles pendant deux ans de suite.

MM. Tenneson et Darier présentent un cas intéressant de *varices lymphatiques* de la muqueuse buccale. Elles se sont présentées sous l'aspect de vésicules blanches, qui, une fois rompues, laissaient une tache blanche, d'aspect simplement leucoplasique. Cette malade, manifestement strumeuse, a eu toute une série d'érysipèles; sa figure reste tuméfiée. L'examen histologique fait sur un petit fragment de la muqueuse buccale a montré qu'il s'agissait de vaisseaux lymphatiques dilatés et variqueux. M. Darier pense qu'il doit y avoir oblitération des voies lymphatiques soit au niveau, soit en deçà des ganglions.

MM. Thibierge et Bar présentent une malade atteinte d'un *lupus de la face*, qui a disparu complètement, au dire de la malade, dans l'intervalle de ses treize grossesses, pour subir, pendant leur durée et la durée de l'allaitement, une nouvelle exacerbation.

M. Quinquaud, au cours d'un intéressant travail, un peu trop spécial pour ce journal, sur l'évolution et l'anatomie pathologique du mycosis fongoïde, a signalé une modification qu'il fait subir à la *liqueur de Fowler*. Il ne se sert pas de la liqueur arsenicale potassique, mais d'une liqueur à base sodique, dont voici la formule :

Acide arsenieux.	1 gramme.
Carbonate de soude	2 grammes.
Eau distillée	100 —

Il reproche à la liqueur potassique d'attaquer le verre des fioles dans lesquelles elle est contenue; cela donne lieu à un dépôt qui tombe au fond de la solution. Le résultat, c'est que le dosage de cette dernière devient incertaine.

Nous laissons de côté un certain nombre de communications, intéressantes d'ailleurs, mais d'une nature trop directement dermatologique.

Au cours de la séance, M. Ernest Besnier a été nommé président de la Société de dermatologie. Toutes nos félicitations à l'éminent maître qui est actuellement le doyen des médecins de Saint-Louis et qui tient si haut et si ferme le drapeau de la dermatologie française.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Potain.

Syphilis et tuberculose pulmonaire.

Nous avons, au n° 14 de la salle Bouillaud, un malade qui, en raison d'une association morbide assez rare : syphilis et tuberculose pulmonaire, prête à une discussion clinique des plus intéressantes. Cet intérêt est non seulement de nosologie pure, il est aussi de pratique immédiate, car il conduit à discuter l'utilité du traitement spécifique en pareil cas.

Ce malade est âgé de vingt-neuf ans. Ses antécédents personnels sont très satisfaisants jusqu'en septembre 1892. Il était bien portant, ne s'enrhumait pas facilement. Il n'a jamais eu ni rhumatisme, ni infection palustre. Ses antécédents héréditaires sont un peu plus suspects. En effet, son père paraît être mort de tuberculose pulmonaire. Sa sœur aurait succombé à la même affection. Son frère qui, d'ailleurs, est âgé seulement de vingt-cinq ans, a conservé jusqu'ici une santé parfaite.

C'est en septembre 1892, qu'il contracta un chancre. La nature infectante de ce chancre ne saurait laisser place au moindre doute. Il fut, en effet, suivi de roséole, d'éruptions cutanées, en particulier d'éruptions papuleuses.

L'hiver dernier se passa assez mal. Le malade se mit à s'enrhumer continuellement, à tousser, à cracher. L'expectoration devint de plus en plus abondante sans qu'il se produisît jamais d'hémoptysies. Vers la fin de l'hiver apparurent des accidents fébriles, des troubles digestifs. La bronchite s'améliora un peu au retour de l'été, mais les accidents fébriles augmentèrent. L'amaigrissement, depuis quatre mois surtout, a fait des progrès rapides.

Actuellement, la fièvre est tombée mais le pouls est resté rapide. Le nombre des pulsations atteint 104 par minute. Le malade, malgré cette atténuation de la fièvre, est resté profondément cachectisé. Il est d'une maigreur squelettique absolument surprenante.

Voici ce qu'on constate à l'examen direct. Dans les fosses sus et sous-épineuse du côté droit, on trouve à la percussion une matité complète, absolue. Fait intéressant, cette matité est limitée d'une façon très nette. On saute sans transition de cette matité complète à la sonorité normale du poumon sain. Ces limites si nettes de la matité auraient pu faire songer à un épanchement enkysté. Mais les vibrations vocales sont conservées, augmentées même du côté droit. A l'auscultation, on entend un bruit de souffle grave peu intense et quelques craquements humides. En avant, immédiatement au-dessous de la clavicule, ces craquements sont très nets. Mais, dans toute la région antérieure, le murmure vésiculaire et la sonorité ont des caractères normaux. Le poumon, sauf en un point très limité, est donc absolument sain.

Il y a quelques années, nous aurions été dans un extrême embarras pour discuter si ces lésions du poumon étaient syphilitiques ou tuberculeuses. Aujourd'hui l'examen bactériologique des crachats, montrant la présence des nombreux bacilles, permet d'affirmer que la tuberculose a une part dans ces lésions. Il ne reste plus qu'à rechercher le rôle de la syphilis et son association possible avec la tuberculose.

A ce dernier point de vue et pour expliquer la cachexie intense, quelques faits révélés par l'examen doivent encore vous être signalés. Le malade mange mal, son foie est volumineux, la rate surtout est très hypertrophiée et son diamètre vertical n'atteint pas moins de 21 centimètres. Il n'y a jamais eu d'accidents de diarrhée bien prononcés.

La syphilis, c'est un fait connu depuis longtemps déjà, attaque assez fréquemment le poumon. Elle peut y produire trois ordres de lésions principales : 1° des gommes ; 2° des lésions de sclérose ; 3° une forme spéciale de pneumonie bien décrite par Virchow sous le nom de pneumonie blanche.

Les gommes constituent la lésion la mieux caractérisée. Elles atteignent et dépassent parfois le volume d'un œuf.

Elles sont bien limitées, analogues d'aspect aux autres gommes syphilitiques. Macroscopiquement, cet aspect dans les gommes peu volumineuses diffère également peu de celui des tubercules. Mais histologiquement, le tissu conjonctif est plus abondant, plus périphérique dans la gomme. La recherche des bacilles lève tous les doutes. Enfin les gommes occupent plutôt la partie moyenne que le sommet du poumon.

Les lésions de sclérose pulmonaire coexistent ordinairement avec les gommes et ont, comme elles, pour siège principal, la partie moyenne du poumon. L'épaississement des cloisons fibreuses est parfois extrêmement marqué.

Dans la pneumonie blanche, enfin, il y a atélectasie pulmonaire, due à l'affaissement de la cavité des vésicules. Cette cavité et les alvéoles sont remplies par l'exfoliation épithéliale. Le siège de cette lésion est non plus la partie moyenne, mais la partie inférieure du poumon. La pneumonie blanche s'observe non seulement dans la syphilis aiguë, mais dans la syphilis héréditaire infantile.

Cet exposé anatomique vous permettra de comprendre les quelques signes spéciaux qu'offre la syphilis pulmonaire. La matité est nette, bien limitée, bien tranchée. Si, en même temps, elle occupe la partie moyenne en respectant le sommet, c'est un fait de grande importance. La dyspnée est souvent, en raison de la sclérose, disproportionnée aux lésions. Il y a moins de fluxion périphérique que dans la tuberculose. Il n'y a pas, en particulier, d'hyperthermie locale. Les hémoptysies sont plus rares, elles sont peu abondantes. La fièvre est ordinairement modérée. L'état général peut rester bon, malgré de vastes lésions locales.

C'est à la fin de la période secondaire que débute d'ordinaire la syphilis du poumon. Mais parfois ces manifestations peuvent être extrêmement tardives. Dans quelques cas, ces lésions peuvent survenir dans la syphilis héréditaire et en être l'unique manifestation. On conçoit alors, surtout si elles sont un peu tardives, toutes les difficultés du diagnostic.

Comme autres lésions de l'appareil respiratoire, il suffit de mentionner les laryngites syphilitiques, assez fréquentes et bien connues. Les bronchites ne sont pas non plus très rares. Elles surviennent d'ordinaire à la période secondaire. Un peu plus tard, on peut voir des gommes et des ulcérations des bronches. Votre attention doit être appelée sur ces bronchites qui exigent, pour guérir, le traitement spécifique.

Il est enfin fréquent de trouver la syphilis associée à la tuberculose. C'est en général la syphilis qui a ouvert la scène morbide. Elle a, en quelque sorte, créé par l'affaiblissement général qu'elle entraîne, et aussi par les lésions locales, un bon terrain de culture. Bien souvent, on trouve des tubercules développés autour de gommes, de lésions de sclérose primitivement syphilitiques. Chez notre malade, il n'est pas téméraire de penser que les premiers troubles observés ont été dus à une bronchite syphilitique et que le traitement aurait pu, au début, intervenir avec beaucoup d'efficacité. Les limites si nettes de la matité sont en faveur de cette opinion. L'hypertrophie de la rate fournit un autre argument en faveur de l'intensité de la vérole chez ce malade. Cette hypertrophie considérable, sans paludisme antérieur, est en faveur d'une syphilis encore active.

Aussi, malgré la présence des bacilles, donnerons-nous chez lui le traitement spécifique. Ce traitement a parfois donné des guérisons surprenantes. Un auteur italien a même rapporté l'observation singulière d'un tuberculeux guéri après avoir avalé, par erreur, l'onguent mercuriel qu'on lui avait remis pour être employé en frictions contre des pediculi pubis. Chez notre malade, en dehors des moyens ordinaires locaux et généraux dirigés contre la tuberculose et contre la cachexie, nous prescrirons donc le traitement spécifique. Ce traitement sera mixte. Le mercure, afin de respecter l'intégrité des voies digestives, sera employé en frictions. L'iodure seul sera donné par la bouche. Nous espérons qu'il sera bien toléré, quoique souvent les troubles que l'iodure apporte aux fonctions digestives, constituent un des côtés fâcheux du traitement spécifique dans ces associations de syphilis et de tuberculose.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 décembre 1893. — Présidence de M. Perier.

COMMUNICATION

Hernie musculaire vraie. — M. P. MICHAUX. Je vous ai présenté, à la fin de la séance dernière, deux malades atteints, l'un, de rupture musculaire avec allure de pseudo-hernie musculaire et petit ostéome, comme on en rencontre chez les cavaliers, l'autre, de hernie musculaire vraie. La comparaison de ces deux faits me paraît intéressante et me servira à préciser l'existence et la nature de la hernie musculaire vraie, affection encore très discutée malgré les travaux de M. Farabeuf et les articles que lui ont consacrés MM. Reclus et Lejars.

Le premier malade est un jeune homme de vingt-deux ans, soldat au 15e régiment de chasseurs à cheval, qui s'est fait une rupture du moyen adducteur avec tous les signes classiques de la rupture musculaire : ecchymose, gonflement, etc. Un repos prolongé n'ayant pas amené la guérison, le malade est réformé et entre dix jours après dans le service de M. Léon Labbé, à l'hôpital Beaujon.

Je l'opère et je constate l'existence d'une rupture du moyen adducteur, aponévrose intacte, rupture des trois quarts inférieurs du muscle au voisinage de son insertion inférieure, pseudo-hernie musculaire et petit ostéome des cavaliers. Je résèque largement le faisceau hernié ; je referme l'aponévrose. Réunion par première intention. Résultat, deux mois après, excellent. Pas de récidive.

L'histoire du second malade est plus intéressante encore.

Ce malade a vingt-sept ans, il a servi cinq ans dans les chasseurs à cheval, sans avoir jamais éprouvé aucun trouble du côté des cuisses. Deux ans après sa sortie du service, il constate l'existence d'une saillie musculaire dans la région du moyen adducteur. Cette saillie diminue par la distension passive du muscle, elle semble également diminuée quand on fait contracter le muscle en empêchant l'effet utile de se produire; elle grossit sans remonter par l'épreuve de la contraction libre.

Cette tumeur grossit, elle le fait souffrir assez pour l'amener dans notre service. Nous basant sur les travaux de M. Farabeuf et sur la plus grande fréquence de la rupture musculaire, nous diagnostiquons une rupture du moyen adducteur. L'opération nous montre qu'il s'agit d'une *hernie musculaire vraie.* Le muscle est intact, l'aponévrose fémorale manque au niveau de la hernie ; elle est manifestement amincie et on voit seulement sur les bords de la tumeur quelques faisceaux fibreux qui témoignent de l'usure aponévrotique incontestable.

Je fais la résection du faisceau hernié, je rapproche les faisceaux musculaires voisins par une suture en surjet à la soie; par-dessus cette suture, je referme l'aponévrose, les téguments. Mais les fils de soie s'éliminent par suppuration malgré l'ébullition à

laquelle la soie avait été soumise. Le malade guérit en conservant une légère saillie musculaire, mais il ne souffre plus et se sert sans fatigue de son muscle.

Tels sont, brièvement résumés, les deux faits qui servent de base à ce travail.

La hernie musculaire et la rupture musculaire ont été longtemps confondues dans une même description. Le rapport si clair et si précis de M. Farabeuf et les discussions qui l'ont suivi à la Société de chirurgie, en 1881, ont nettement établi que ce que l'on observait le plus souvent, c'était la rupture musculaire avec un faux aspect de hernie : pseudo-hernie musculaire. Mais la hernie musculaire existe, bien qu'elle soit beaucoup plus rare.

J'ai soigneusement relu et annoté les 40 observations relatées tant dans le travail de M. Nimier (*Archiv. générales de méd.*, août 1882), que dans celui de M. le docteur Choux (*Rev. de chir.*, juin 1893). En y ajoutant une observation de notre collègue Hartmann, parue dans le même numéro de la *Revue de chirurgie*, et celle que je viens de vous rapporter, cela fait un total de 42 faits très disparates, sur lesquels on a établi et basé l'histoire de la hernie musculaire.

De ces 42 faits, il faut tout d'abord distraire 8 cas au moins de rupture non douteuse, plus 10 à 12 faits trop anciens ou trop peu précis pour servir à la discussion actuelle.

Il reste alors une dizaine de faits de tumeur musculaire survenue insidieusement sans douleur brusque, sans gonflement, et une douzaine de cas présentant, au contraire, ce début brusque, qui est aussi celui de la rupture, mais que leurs autres symptômes ont fait ranger, jusqu'à présent, dans les hernies musculaires.

Je ne crois pas qu'on puisse hésiter à admettre la nature herniaire vraie de la plupart des 10 observations de la première catégorie. Trois fois au moins la tumeur a été vue et observée de près au cours de l'opération (cas de Nimier, cas de Cazin, cas de Michaux) ; j'affirme, pour ma part, qu'il n'y avait, sur les faisceaux musculaires herniés de mon malade, aucune cicatrice indiquant une rupture ancienne.

Les sept autres observations présentent tous les caractères cliniques indiqués par M. Farabeuf comme caractéristiques de la hernie musculaire vraie ; disparition de la hernie par la distension passive du muscle, disparition ou tout au moins diminution par la contraction entravée du même muscle, saillie plus marquée et dure par la contraction active libre.

Je crois donc qu'il y a des faits certains de *hernie musculaire vraie*, c'est-à-dire des tumeurs formées par une portion de muscle intact, non rompu, à travers une boutonnière aponévrotique accidentelle de dimensions variables.

Notre collègue, M. Guinard, a d'ailleurs réalisé cette lésion expérimentalement sur le demi-membraneux du lapin (*Gaz. hebd.*, 1888). Je dis donc : *La hernie musculaire existe ;* j'ajoute, *elle est rare.*

Je ne crois pas sage de faire rentrer dans cette catégorie, à titre de variété spéciale, la seconde catégorie de faits dont je parlais tout à l'heure : cas à début brusque, avec douleur syncopale, craquement attribué à la rupture de l'aponévrose, gonflement et apparition plus ou moins rapide d'une tumeur musculaire avec une partie des caractères cliniques de la hernie. Ces faits n'ont, pour eux, aucune vérification anatomique ; je crois qu'il est sage d'attendre les vérifications opératoires qu'on ne manquera pas de nous apporter.

L'observation même de M. Hartmann, en raison de son origine, me semble devoir être discutée. Notre collègue a bien vu une hernie du vaste externe à travers une rupture aponévrotique du fascia lata, mais son blessé était tombé du cinquième étage et s'était fait une fracture compliquée du fémur, qui avait pu altérer la continuité des faisceaux musculaires.

Je crois donc que la hernie musculaire à évolution insidieuse est actuellement seule bien établie. Elle est caractérisée anatomiquement par un fait déjà signalé par Dupuytren et sur lequel Follin avait justement insisté : l'*usure des aponévroses*. Cette lésion était très nette dans mon observation et dans celle de M. Cazin. Chez le malade de M. Choux, la lésion était au premier degré : l'aponévrose jambière ne présentait pas de déchirure, ni la moindre solution de continuité, mais un peu d'amincissement, qui n'avait pas été jusqu'à l'usure et à la perforation.

Les altérations du muscle ne sont pas connues ; elles demandent de nouvelles recherches.

Quant aux hernies traumatiques et aux hernies à début brusque, je serais fort tenté de les laisser classées dans les ruptures et je crois qu'elles y resteront toujours.

La seconde question qui me reste à trancher est celle du traitement des hernies musculaires. Le travail de M. Choux, honoré d'une part du prix Laborie, en 1892, a bien montré, suivant moi, l'insuffisance des procédés palliatifs et les bénéfices que l'on pouvait attendre du traitement chirurgical.

Celui-ci doit être ainsi compris :

1° Incision longue de la peau dans l'axe de la hernie et du muscle, pour bien observer la lésion dans toute son étendue ;

2° Résection large du faisceau musculaire hernié, qui sera lié à ses deux extrémités avec un gros fil de catgut ou de soie ;

3° Suture musculaire destinée à rapprocher les deux bords de la gouttière résultant de la résection ; suture à la soie, à points séparés, embrassant une notable partie du muscle ;

4° Suture isolée de l'aponévrose, sans avivement préalable, pour ne pas trop écarter les bords déjà dissociés ;

5° Suture mixte, pansement. Repos de trois semaines à un mois.

Quels seront les résultats ? Le nombre des faits est encore trop limité pour permettre de donner autre chose que des indications générales. Le malade de M. Choux a été complètement guéri. Celui de M. Gazin, celui de M. Hartmann et le mien ont une légère récidive ou plutôt ils conservent à la contraction une saillie musculaire appréciable. Mais ils n'ont plus les troubles fonctionnels de la hernie, les douleurs, la fatigue croissante, les crampes.

Autrement dit, je ne crois pas qu'on obtienne facilement un résultat esthétique parfait, mais je pense que le résultat fonctionnel sera toujours bon, nullement comparable à l'état antérieur à l'opération, et cette considération me paraît justifier pleinement l'opération.

Quant à la question du traitement chirurgical des ruptures musculaires anciennes ou pseudo-hernies, elle n'a pas encore été posée directement, mais elle me paraît absolument liée à la précédente. La lecture des deux observations de Giess nous paraît ranger ces deux faits dans la classe des ruptures, et la première de mes observations démontre, en tous cas, que la résection large du faisceau rupturé et de la fausse hernie donne un excellent résultat. On suturera ensuite séparément l'aponévrose déchirée ou incisée, en serrant la suture de manière à diminuer la capacité de la gaine.

Il est évident que, si la rupture était trop considérable, qu'elle portât sur un muscle qui remplit seul certaines fonctions, on ne ferait pas de résection de la fausse hernie, mais, dans un muscle épais, doublé de muscles voisins ayant sensiblement la même action, comme cela se rencontre pour les adducteurs, le jambier antérieur, l'opération me paraît très défendable ; elle m'a, du moins, donné un excellent résultat.

Remarques sur les ruptures musculaires du moyen adducteur. — M. DELORME communique une observation sur ce sujet. (Sera publiée.)

PRÉSENTATIONS

Septicité du liquide des hématocèles rétro-utérines. — M. QUÉNU montre des cultures tendant à prouver que le liquide des hématocèles rétro-utérines est septique.

M. TUFFIER communique deux observations à l'appui de la septicité du liquide des hématocèles rétro-utérines.

Néphrolithotomie. — M. BAZY présente un calcul qu'il a extrait d'un rein par la néphrolithotomie.

ÉLECTION

M. Chaput est élu membre titulaire.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les pyo-septicémies médicales (1), par le docteur G. Étienne.

Ce travail, bonne thèse inaugurale d'un interne des hôpitaux de Nancy, est une étude des pyo-septicémies médicales considérées au point de vue de la pathologie générale et de la clinique.

Dans la première partie, l'auteur expose l'historique des pyo-septicémies et il met en regard les pyo-septicémies puerpérales, chirurgicales et médicales. Ce n'est que dans ces derniers temps qu'on a bien compris leurs différences et leurs ressemblances.

Dans la seconde partie est étudiée la pathogénie : l'auteur examine successivement ces trois éléments qui jouent chacun un rôle dans la genèse des maladies infectieuses : la variété des microbes qui ont pénétré dans l'organisme, leurs produits de sécrétion et la résistance de l'organisme.

La troisième partie est consacrée à l'étude anatomo-pathologique et clinique des pyo-hémies médicales dont l'auteur étudie les différentes formes et qu'il décrit dans leurs diverses localisations. Un chapitre à part est consacré aux pyo-septicémies secondaires.

Dans la quatrième partie enfin, viennent le diagnostic, le pronostic et le traitement.

Le sujet auquel s'est attaqué M. Étienne ne manque ni d'importance, ni d'ampleur. La grande difficulté était précisément l'abondance des matériaux qu'il s'agissait de coordonner. On peut dire que l'auteur, d'une façon générale, à certaines lacunes près, s'est montré à la hauteur de la tâche qu'il avait courageusement assumée. Son travail s'appuie sur des données bibliographiques et sur des faits personnels. La bibliographie de la question était très vaste, on ne sera donc pas étonné qu'elle soit incomplète.

En somme, M. Étienne a écrit un bon chapitre d'ensemble sur une importante question; on le lira avec profit.

Petit guide d'hygiène pratique dans l'Ouest africain (2), par Scowell Grant et P.-Just Navarre.

Ce petit manuel ne s'adresse pas aux médecins, mais aux laïques, que leur vocation ou la nécessité pourraient amener dans l'Ouest africain. Il est rédigé par le docteur Grant qui a longtemps exercé dans ces dangereux parages, il a été traduit et annoté par le docteur Navarre, ancien médecin de la marine. De même que dans le code militaire, les fautes légères d'hygiène sont souvent punies de mort dans ces pays : il faut donc que les explorateurs sachent en quoi leur hygiène doit consister; ils trouveront, dans ce petit manuel, les conseils autorisés de deux médecins expérimentés.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par suite du décès de M. Horteloup et de la création d'un nouveau service (chroniques) à l'hôpital des Enfants-Malades, les mutations suivantes auront lieu dans les services de chirurgie des hôpitaux de Paris :

M. Routier passe de l'hospice d'Ivry à l'hôpital Necker (voies urinaires); M. Brun, de l'hospice de Bicêtre au nouveau service de l'hôpital des Enfants-Malades; M. Gérard-Marchant, du Bureau central à l'hospice d'Ivry; M. Bazy, du Bureau central à l'hospice de Bicêtre.

— Par suite du décès de M. Ball; de la nomination de M. Joffroy à la chaire de clinique des maladies mentales de Sainte-Anne; de la retraite de MM. Guyot et Luys; et enfin de la création d'un deuxième service de médecine à l'hôpital d'Aubervilliers, les mutations suivantes vont avoir lieu dans les services de médecine des hôpitaux de Paris :

M. Gouraud passe de Cochin à la Charité, M. Juhel-Rénoy passe d'Aubervilliers à Cochin, M. Rigal passe de Necker à Beaujon, M. Huchard passe de Bichat à Necker, M. Roques passe de Tenon à Bichat, M. Cuffer passe de Tenon à Necker, M. Raymond passe de Lariboisière à la Salpêtrière, M. Dreyfus-Brisac passe de Laënnec à Lariboisière, M. Oulmont passe de Tenon à Laënnec, M. Chauffard passe de Broussais à Laënnec, M. Muselier passe de la Pitié à Broussais, M. Josias passe de Sainte-Périne à la Pitié, M. A. Petit passe du Bureau central à Sainte-Périne, M. H. Martin passe de Hérold (place du Danube) à Tenon, M. H. Marie passe de Debrousse à Hérold. M. Variot passe du Bureau central à Debrousse, M. Babinski passe du Bureau central à Aubervilliers, M. Siredey passe du Bureau central à Aubervilliers.

— M. Lecorché, médecin de la Maison municipale de santé, démissionnaire, n'est pas remplacé provisoirement.

— Par décret, en date du 12 décembre 1893, ont été nommés dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le médecin de deuxième classe de la marine Dubois; MM. les médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine Cognacq et Lasnet.

— Par décret, en date du 16 décembre 1893, ont été promus ou nommés dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat :

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de deuxième classe Davillé.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine Mille, de Lavigne, Sainte-Suzanne, Houillon, Blin et Pelletier; M. le docteur De lassus.

— *Concours de l'externat.* — Questions données : « Branches de l'artère sous-clavière. — Muscles élévateurs de la mâchoire inférieure. — Parois osseuses des fosses nasales. »

La deuxième série des épreuves (pathologie) commencera jeudi prochain à quatre heures.

— Nous croyons devoir reproduire l'avis suivant, en engageant tous nos confrères, anciens et nouveaux, à satisfaire aux prescriptions nouvelles de la loi sur l'exerce de la médecine.

Aux termes de la loi du 30 novembre 1892 renouvelant les dispositions de la législation antérieure du 19 ventôse an XI, les docteurs en médecine, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes, sont tenus de faire enregistrer leur titre à la Préfecture de police et au greffe du Tribunal civil.

La loi du 30 novembre 1892, étant devenue exécutoire à partir du 1er de ce mois, le procureur de la République près le Tribunal de la Seine, rappelle aux intéressés la prescription à laquelle ils doivent se conformer, sous peine d'amende.

Un service spécial est organisé au greffe du Tribunal civil pour recevoir leurs déclarations.

— Le concours, pour une place de chirurgien adjoint des hôpitaux de Grenoble, s'est terminé par la nomination de M. Perriot, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

— M. le professeur Augier, de la Faculté catholique de médecine de Lille, est nommé chevalier de l'ordre pontifical de Saint-Grégoire-le-Grand.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Barré (de Rouen); Rivière, médecin aide-major de première classe au 4e régiment de spahis; Savoureux (de Coudes); Thobois (de Masnières).

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse,

(1) In-8°. Prix : 7 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) 1 vol. in-18. Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Vals Précieuse — *Foie. Calculs. Gravelle. Diabète. Goutte.*
Dyspepsies — *Vin de Chassaing*, Pepsine et Diastase.

Élixir de Coca J. Bain, puissant réparateur des forces épuisées.
Hamamelidine Logeais — *Varices, Hémorrhoïdes.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

5

SIROP DU DOCTEUR DUFAU

A L'EXTRAIT DE STIGMATES DE MAÏS.
Maladies aiguës et chroniques de la vessie.
Diathèse urique. — Gravelle. — Cystite. — Catarrhe vésical. — Dysurie.
DIURÉTIQUE PUISSANT ET INOFFENSIF.
Hydropisies, affections du cœur, albuminurie.
et tous les cas dans lesquels la digitale et les autres diurétiques sont mal supportés.

Dose : Deux à quatre cuillerées de sirop par jour, à prendre à jeun de préférence, dans un verre d'eau froide ou chaude.
Boisson très agréable. Prix : **3** fr. le flacon.

PHOSPHURE DE ZINC (GRANULES TROIS CACHETS)

4 milligr. (1/2 milligr. de Phosphore actif).

Ces Granules sont faits exclusivement avec du Phosphure de Zinc cristallisé ($PhZn^3$). On peut donc être assuré de la pureté du produit et des effets qu'on est en droit d'en attendre.

Anémie, Rachitisme, Chlorose, Hypocondrie, Hystérie, Névralgie et autres Névroses, Métrorrhagies, Dysménorrhées, Spermatorrhées, Tremblement alcoolique ou mercuriel, Incontinence d'urine, etc.

Dose : Un, puis deux granules à chacun des principaux repas. Prix : **3** fr. le flacon.

20

VIN DE SECRETAN

au Quinquina, à l'Extrait fluide de Malt et aux Écorces d'Oranges amères.

Le **seul vin** de **Quinquina ne constipant** pas et **n'irritant pas les voies intestinales.**
Un verre à liqueur à chaque repas.
Dépôt central : Secretan, 52, r. Decamps, Paris.

55

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PAR LE

CARBONATE DE GAÏACOL VIGIER

EN CAPSULES DE 0gr10 CENTIGR.
Dose : *de 2 à 6 capsules par jour.*

Le **CARBONATE DE GAIACOL** jouit des **vertus curatives** du gaïacol sans en avoir les *effets irritants.* Traversant l'**estomac** sans se décomposer, il agit dans l'**intestin**. Ne troublant pas les **fonctions digestives**, il remplace avantageusement le **gaïacol** et la **créosote**.
Phie Vigier, 12, boulev. Bonne-Nouvelle, Paris.

23

SIROP DE LABÉLONYE

DE **DIGITALE** — **excellent sédatif puissant diurétique.**
SUCCÈS CONSTANT DEPUIS PLUS DE 40 ANS
contre MALADIES DU CŒUR
Hydropisies, Bronchites nerveuses, etc.
Dans toutes les pharmacies.

58

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.
Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

79

PASTILLES BI-BORATE DE SOUDE VIGIER

à 0gr10. — 6 pastilles par jour.

65

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de **M. PASTEUR**, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint Raphaël est un vin fort agréable à boire.

Dose : Un petit verre après les principaux repas.
Dépot : Dans toutes les bonnes pharmacies.— Vente en gros chez tous les droguistes.

55

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs
Bouchardat, Gubler, Trousseau

le **Valérianate d'Ammoniaque Pierlot** est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le Valérianate de Pierlot doit être pris par cuillerée à café, matin et soir, dans un peu d'eau sucrée.

Une instruction accompagne chaque flacon.

Prescrire le Véritable Valérianate Pierlot de la **Maison CLIN & Cie**, de PARIS.

Détail dans les Pharmacies.

42

DESNOIX & DEBUCHY 17, RUE VIEILLE-DU-TEMPLE, PARIS

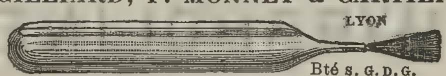
MARQUE DE FABRIQUE

PANSEMENTS ANTISEPTIQUES
TOILE VESICANTE
SPARADRAPS ANTISEPTIQUES
THAPSIA, SPARADRAP des HOPITAUX
et tous les sparadraps.
PLUMASSEAUX-EPONGES
remplaçant les éponges naturelles.
PINCEAUX MOLLETONNÉS
pr enlever les fausses membranes ds l'angine couenneuse.

33

CHLORURE D'ÉTHYLE PUR

Anesthésique local du Prof.-Docteur Redard.
PRÉPARÉ PAR
GILLIARD, P. MONNET & CARTIER
LYON



(Tube réduit au 5e de la grandeur naturelle,)

Innocuité absolue.— Anesthésie parfaite.
Guérison des névralgies, sciatiques, etc.
DÉPÔT DANS TOUTES LES PHARMACIES
Prix : **9 fr.** *la boîte de 10 tubes.*

22

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ Mariani** est prescrit avec succès, par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du Diabète**, l'**Anémie**, la **Chlorose**, la **Gastralgie**, les **Laryngites** et les **Granulations de la Gorge**, etc.

Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux ou trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

Mariani, phien, 41, Bard Haussmann, et ttes phies.

66

GRANULES DE CATILLON

à 1 milligr. d'**Extrait titré** de

STROPHANTUS

C'est avec ces granules qu'ont été faites les expérimentations discutées à l'**Académie** en 1889; elles ont démontré que 2 à 4 par jour produisent une **diurèse rapide**, relèvent le **cœur affaibli**, font disparaître l'**Asystolie**, la **Dyspnée**, l'**Oppression**, les **Œdèmes**, les accès d'**Angine de poitrine**, etc. On peut en continuer l'usage sans inconvénient, pas d'intolérance.

Eviter les imitations et les teintures infidèles.

Paris, 3, boulev. Saint-Martin et Pharmacies.

90

CRÉOSOTE VRAIE DU HÊTRE

EN CAPSULES DARTOIS



Ces capsules, de la grosseur d'une pilule ordinaire, contiennent chacune 0,05 de **créosote vraie du hêtre** et 0,20 d'huile de foie de morue. C'est le meilleur mode d'administration de la créosote.

3 ou 4 à chaque repas contre :
BRONCHITES
CATARRHES, PHTHISIE
TUBERCULOSE

Le flacon 3 fr., 105, rue de Rennes, Paris, et Phies.

12

VIN DE VIAL

au quina, suc de viande et lacto-phosphate de chaux

ALIMENT PHYSIOLOGIQUE COMPLET

Le **VIN de VIAL** contient tous les principes actifs du **phosphate de chaux**, du **quina** et de la **viande crue.** Ces trois substances constituent par leur réunion le plus rationnel et le plus complet des toniques.

A la dose d'un verre à liqueur avant chaque repas, il complète la nutrition insuffisante des malades et des convalescents.

VIAL, phien, ex-préparatr à l'Ecole de médecine et de pharmacie, rue Victor-Hugo, 14, LYON.

38

RAPPORT FAVORABLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

SIROP CROSNIER MINÉRAL-SULFUREUX

au goudron et monosulfure de sodium inaltérable
Phtisie, Bronchites chroniques, Catarrhes, Laryngites; Dermatoses.
Paris, 21, rue Vieille-du-Temple, et phies.

66

COTON IODÉ DU Dr MÉHU

Adopté dans les hôpitaux de Paris.

Le **Coton iodé du Dr Méhu** est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau et un révulsif énergique dont *on peut graduer les effets à volonté*. Son action est plus sûre et plus profonde que celle de la teinture d'iode. Il remplace avec grand avantage le papier moutarde, l'huile de croton tiglium, le thapsia et souvent même les vésicatoires.

Pharmacie Thomas, 48, avenue d'Italie, Paris.

55

APIOL DES DOCTEURS JORET & HOMOLLE

Aménorrhée, Dysménorrhée, Métrorrhagie.
ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARIS.
1 caps. 0,20 cent. matin et soir pendant 5 à 6 jours à l'époque présumée des règles.
Dépôt général: Phie Briant, 150, rue Rivoli.

68

DIGITALINE D'HOMOLLE & QUEVENNE

Approbation de l'Académie de médecine.
MÉD. D'OR DE LA SOCIÉTÉ DE PHARM. DE PARIS.

Le nouveau Codex a décidé, qu'à moins de désignation spéciale, c'est toujours la *Digitaline* découverte par **Homolle** et **Quevenne** (1) qui doit **SEULE** être délivrée.

Dose p'jour Granules (1 à 3).—Solution pr us. int. (10 à 30 gttes.

(1) A cause des *imitations impures*, formuler la **Vraie Digitaline d'Homolle et Quevenne.**

Phie Collas, 8, r. Dauphine, Paris, et ttes phies.

10

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES
et GÉNITO-URINAIRES

LE TERPINOL ADRIAN

a les propriétés de l'essence de térébenthine, dont il dérive, mais il est plus facilement absorbé et surtout très bien toléré.

Se vend en CAPSULES de 15 centigrammes à prendre à la dose de 4 à 8 par jour.

PILULES et ÉLIXIR de TERPINE ADRIAN

77

AFFECTIONS
DU CŒUR ET DE LA RESPIRATION

Vin cardiaque du Dr Saison

SPARTÉINE, CONVALLAMARINE & IODURE DE POTASSIUM)

DOSES :

Adultes : 2 cuillerées à bouche matin et soir.
Enfants : 2 cuillerées à café matin et soir.

45

« Le suc d'ortie est le remède le plus certain contre l'hémoptysie et toutes les hémorragies.
Dr CHOMEL. »

SIROP HÉMOSTATIQUE DE PÉNEAU

AU SUC D'ORTIE

CURATIF ET PRÉVENTIF DES
Hémorragies, Pertes, Crachements de sang
Saignements de nez
Hémorragies intestinales

56

SANTAL-CAMPHRÉ LANGLEBERT

(CAPSULES D'ESSENCE DE SANTAL PURE ET DE CAMPHRE)

Ces capsules réunissent, en une seule préparation, l'effet spécifique de l'essence de santal pure et l'action sédative si marquée du camphre sur les organes génito-urinaires.

34

VIN NOURRY IODOTANÉ

EXACTEMENT TITRÉ

Une cuillerée à bouche contient :
0gr,05 d'Iode
et 0gr,10 de Tanin,
exempt de tout iodure alcalin.

Par son assimilation et sa tolérance parfaites, le **VIN NOURRY** est le curatif par excellence des affections qui ont l'Iode ou les Iodures pour base de traitement, telles que : **Lymphatisme, Scrofule, Anémie, Menstruations difficiles,** etc.....

DOSES. — Enfants : 1 cuillerée à café;
Adultes : 1 cuillerée à soupe,
avant les deux principaux repas.

Paris, 28, rue Saint-Claude, et Pharmacies.

95

CRÉOSOTE SOLUBLE

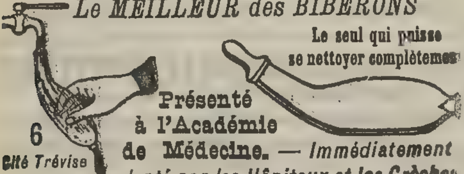
VIZERN, pharmacien de 1re classe, Marseille.

Créosote de hêtre pure, rendue soluble à la faveur du savon médicinal. Nouvelle forme médicamenteuse rendant pratique l'emploi de la créosote en boissons et en lavements. Chaque cuillerée à soupe contient 1gr de créosote, la cuillerée à café en représente 0gr30cg. La dissolution dans l'eau ou la tisane est instantanée, quelle que soit la dose prescrite.

69

Le PARFAIT NOURRICIER

Le MEILLEUR des BIBERONS



Le seul qui puisse se nettoyer complètement

Présenté à l'Académie de Médecine. — *Immédiatement adopté par les Hôpitaux et les Crèches*

6 Cité Trévise PARIS

60

ÉLIXIR D'EUCALYPTOL VOIRY

LE SEUL
CHIMIQUEMENT PUR

99

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

91

CAPSULES

DE

MYRRHOLINE

(EXTRAIT OLÉO-RÉSINEUX DE **MYRRHE)**

TONIQUE — STIMULANT
BALSAMIQUE

contre les AFFECTIONS DE L'ESTOMAC et des MUQUEUSES EN GÉNÉRAL

CAPSULES

DE

MYRRHOLINE

CRÉOSOTÉE

contre les AFFECTIONS GRAVES DES VOIES RESPIRATOIRES

PRÉPARÉES PAR

H. KUENEMANN

Pharmacien de 1re classe, lauréat des hôpitaux,
28, rue de Grammont, Paris

ENVOI GRATIS ET FRANCO

A MM. LES MÉDECINS QUI EN FERONT LA DEMANDE POUR EXPÉRIMENTER

79

BAINS D'EAUX-MÈRES

de Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurés et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi. Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

44

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

99

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE

Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

PRIX du flacon : **4** francs.
DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

52

VICHY, SOURCES DE L'ÉTAT

CÉLESTINS
GRANDE-GRILLE
HOPITAL

Avoir soin de désigner la source.

PASTILLES AUX SELS NATURELS

SAISON DES BAINS
DU 15 MAI AU 30 SEPTEMBRE

54

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'ANTIPYRINE en boîtes fer blanc de 50 et 100g.
Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.
Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.
31, rue des Petites-Écuries, Paris

101

BENZONAPHTOL FRAUDIN

CACHET DE GARANTIE

Antiseptique granulé, Saveur douce

42

IODOL

Nouvel antiseptique succédané de Iodoforme sans odeur et sans action toxique.

Dépôt à Paris chez Martin REINICKE, 39, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie et chez les drogtes.

22

HAMAMELINE-ROYA

Principe actif de l'HAMAMELIS-VIRG :

HÉMORRAGIES, PHLÉBITES, HÉMORROÏDES, VARICES, MÉTRITES, ETC. — *3 cuillerées à soupe par jour.*

Phie LACHARTRE, 19, rue des Mathurins, Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Albert Robin a achevé la communication qu'il a commencée dans l'avant-dernière séance sur les albuminuries phosphaturiques et qu'il a faite d'autre part à l'Académie des sciences. Cette intéressante étude des albuminuries soulève un point de doctrine et nous ramène à l'ancien vitalisme, bien abandonné de nos jours. Pour M. Robin, le mal de Bright n'est que la complication anatomique d'une maladie purement fonctionnelle. Selon lui, bien des lésions d'organes ne sont que la conséquence d'un trouble chimique fonctionnel antérieur, qui est la véritable maladie. L'importance pratique de cette manière de voir est que le trouble fonctionnel est curable, tandis que, le plus souvent, la lésion à laquelle il aboutit ne l'est plus. S'inspirant de cette formule célèbre : « La fonction fait l'organe », M. Robin résume ainsi sa pensée : « C'est la maladie de la fonction qui fait la lésion de l'organe. » Les vues ingénieuses, si bien exposées par M. Robin, mériteraient, ce nous semble, les honneurs d'une discussion, et si personne n'a pris la parole après lui, nous pensons qu'on y reviendra après avoir étudié et médité le travail original du jeune académicien.

Une nouvelle communication de M. Laborde sur cinq nouveaux sauvetages d'enfants nouveau-nés, par le procédé des tractions rythmiques de la langue, a donné lieu à un commencement de discussion sur les divers traitements des asphyxies ou syncopes. Malgré quelques réserves formulées par MM. Lancereaux et Pinard, il n'en faut pas moins enregistrer les succès de plus en plus nombreux de l'ingénieux procédé proposé par M. Laborde.

L'Académie a élu M. Empis vice-président. Tout le monde applaudira à ce choix d'un des plus honorables représentants de la profession.

La liste des candidats à une place de membre titulaire dans la section de thérapeutique et histoire naturelle médicale a été, sur le rapport de M. Hallopeau, lu en comité secret, arrêtée ainsi qu'il suit : en première ligne, M. Laveran; en deuxième ligne, M. Raphaël Blanchard; en troisième ligne, M. Ferrand; en quatrième ligne, *ex æquo*, MM. du Castel, Legroux et Sevestre. L'Académie de médecine a ajouté à cette liste M. Huchard.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. A. PONCET.

Variété rare de luxation du genou. Rupture de l'artère poplitée. Gangrène du membre.

Par M. LAGOUTTE, interne des hôpitaux, prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon.

OBSERVATION. — Récemment, on amenait, à la clinique de M. le professeur Poncet, un homme de soixante ans, présentant une gangrène du membre inférieur gauche consécutive à un traumatisme ayant intéressé l'articulation du genou.

On remarquait, en effet, à ce niveau, une déformation très accentuée. L'extrémité inférieure du fémur et la rotule faisaient saillie en avant. Le tibia était fortement rejeté en arrière. La jambe avait conservé sa situation normale dans l'axe du membre. Le pied n'était renversé ni en dedans, ni en dehors. L'articulation était gonflée. La suffusion sanguine, l'œdème qui infiltraient les tissus environnants empêchaient, du reste, de faire un diagnostic exact de la lésion anatomique.

D'après les renseignements donnés par le malade et par le médecin qui l'avait soigné aussitôt après l'accident, on pouvait reconstituer ainsi l'histoire pathologique de cet homme.

Quinze jours auparavant, conduisant avec une corde un jeune mulet rétif, il recevait une violente ruade. Les deux sabots de l'animal l'atteignaient au niveau de l'articulation du genou en avant et en dehors. Aussitôt il s'affaissait. Pourtant comme la douleur était peu intense, il essayait de se relever. Mais à peine droit, il retombait comme une masse et en cherchant à se retenir avec la main droite se faisait une luxation de l'épaule droite. (A son entrée à l'hôpital, on constatait, en effet, une luxation intra-coracoïdienne de l'épaule.)

Dès le lendemain, le médecin, qui avait été aussitôt appelé, constatait du refroidissement du pied, puis bientôt l'apparition de phénomènes gangréneux. Croyant à une compression des vaisseaux par l'extrémité supérieure du tibia luxée en arrière, il fit quelques tentatives infructueuses de réduction, puis immobilisa le membre dans une demi-flexion, espérant ainsi faire cesser la compression au niveau de la région poplitée.

Mais bientôt, en présence de l'extension des phénomènes de sphacèle et de la marche rapide du phlegmon gangréneux qui envahissait la jambe, il envoyait le malade à l'Hôtel-Dieu, avec le diagnostic de luxation du genou en arrière avec rupture de l'artère poplitée et gangrène consécutive.

A son arrivée à la clinique, la jambe était volumineuse, rouge. Le gonflement s'étendait jusqu'au niveau du genou. A la face

inférieure, l'infiltration sanguine remontait jusqu'à la partie moyenne de la cuisse.

Le tiers inférieur de la jambe et le pied étaient entièrement sphacelés.

Enfin, l'état général était très grave, la température de 40°5, le teint terreux, la langue sèche, etc.

Aussi, en présence de ces accidents, M. le professeur Poncet fait-il procéder immédiatement à l'amputation de la cuisse au tiers inférieur.

L'opération est pratiquée par M. le docteur Curtillet, chef de clinique chirurgicale. Après anesthésie, M. Poncet réduit la luxation de l'épaule, puis on ampute le membre inférieur. On draine largement et on ne réunit que par quelques points de suture.

Dès le soir, la température tombait brusquement pour arriver le lendemain à 37°5.

Aujourd'hui, le malade semble en bonne voie de guérison.

A l'examen des pièces (1) nous avons trouvé les lésions suivantes : Les téguments étaient restés intacts. Toute la région poplitée était remplie par une vaste suffusion sanguine. La veine et les nerfs avaient conservé leur intégrité. Mais l'artère était complètement rompue au niveau de l'interligne articulaire. La gaine interne était déchirée, étirée. Les tuniques interne et moyenne étaient rompues et les deux bouts recroquevillés, écartés l'un de l'autre par un intervalle de 1 centimètre et demi à 2 centimètres. Du reste, pas de collection sanguine autour des extrémités du vaisseau. Les deux bouts étaient obstrués par des caillots.

Du côté des os et de l'articulation, on constatait des désordres importants.

Le condyle interne du fémur et la tubérosité interne du tibia avaient conservé leurs rapports réciproques. Le ménisque interarticulaire était en place, les ligaments intacts. En somme cette partie interne de l'articulation avait gardé son intégrité absolue.

En dehors, au contraire, on trouvait une luxation du tibia en arrière. Le condyle externe du fémur faisait saillie en avant, ayant passé par-dessus le ménisque articulaire, qui était refoulé en arrière et empêchait toute réduction. Le ligament latéral externe était conservé. Enfin, le plateau tibial était écrasé, tassé de façon à se mouler pour ainsi dire sur la partie postérieure du condyle fémoral. Un fragment assez volumineux en forme de coin à base supérieure était déjà détaché et repoussé en dehors.

Un des ligaments croisés était complètement rompu, l'autre était déchiré en partie et ne tenait presque plus.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue :

1° En raison de la variété rare de luxation en présence de laquelle nous nous sommes trouvé ;

2° En raison de la rupture de la poplitée qui a accompagné ce traumatisme.

La dissection de la pièce nous a fait voir, en effet, qu'il s'agissait d'une luxation incomplète et unilatérale de l'articulation fémoro-tibiale. Les portions internes de l'article avaient conservé leurs rapports normaux. Tous les désordres siégeaient en dehors. Là, il y avait une luxation de la tubérosité tibiale en arrière et le ménisque, interposé entre le condyle fémoral et le tibia, rendait la luxation irréductible. Il s'agissait, en un mot, d'une semi-luxation externe du tibia en arrière, avec écrasement du plateau articulaire.

Les observations analogues sont extrêmement rares dans la littérature médicale.

Partout on cite le cas de MM. Dubreuil et Martellière (2), où il s'agit d'une luxation du genou par rotation en dehors. Mais c'est une luxation complète dans laquelle le condyle interne devient antérieur et l'externe postérieur et qui, par conséquent, n'est en rien comparable à la lésion que nous venons d'observer.

(1) Ces pièces anatomiques ont été présentées à la Société des sciences médicales de Lyon, dans la séance du 22 novembre dernier.

(2) DUBREUIL et MARTELLIÈRE. *Arch. gén. de méd.*, 1852, t. XXX, p. 152.

Les seuls faits analogues sont ceux de MM. Henaff (1) et Boursier (2), dans lesquels il n'y avait luxation que d'un seul condyle.

Dans le premier cas, le condyle interne du fémur était venu se placer en arrière de la tubérosité interne du tibia, condyle et tubérosité externes conservant leurs rapports réciproques.

Dans le second cas, qui se rapproche encore davantage du nôtre, c'est le condyle externe qui a passé en avant de la tubérosité correspondante, la partie interne de l'articulation restant intacte. L'auteur décrit la lésion qu'il a observée sous le nom de luxation incomplète par rotation du tibia en dehors.

Devons-nous, dans notre cas, admettre un tel mécanisme ? Nous ne le pensons pas.

En effet, une rotation en dehors pourrait-elle amener le plateau tibial en arrière du condyle fémoral, sans déchirer le ligament latéral externe ? En outre, la lésion devrait entraîner un renversement considérable du pied en dehors (ce qui est précisément signalé dans l'observation de M. Boursier).

Or, nous n'avons rien observé de tout cela. Le pied avait gardé sa situation habituelle. Le ligament latéral externe était intact. Mais ce que nous avons constaté en plus, c'est l'écrasement, le tassement du plateau articulaire tibial.

Le traumatisme a eu pour effet de mettre la jointure en hyperextension et, comme il était dirigé de dehors en dedans, de rejeter violemment le genou en dedans et en arrière. Le condyle externe du fémur venait ainsi buter contre le plateau tibial, l'écraser et pouvait ainsi passer en avant de la tubérosité tibiale et du ménisque inter-articulaire qui accompagnait cette dernière.

Nous croyons donc que la luxation observée s'est produite par le mécanisme de l'hyperextension et de la projection en dedans et en arrière.

L'écrasement du plateau tibial semble la condition nécessaire pour que le condyle fémoral ait pu passer en avant et la présence du ménisque en arrière entre les surfaces osseuses explique l'irréductibilité.

Un second point intéressant de l'observation relatée cidessus est la lésion vasculaire qui a accompagné le traumatisme. L'autopsie du membre a permis, en effet, de constater une rupture complète de l'artère poplitée. La gangrène du membre en avait été du reste la conséquence.

Les observations de lésions vasculaires consécutives à des traumatismes du genou sont relativement assez nombreuses. Dans son article RÉGION POPLITÉE du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, notre maître, M. le professeur agrégé Jaboulay, a pu en rapporter de nombreux exemples.

Mais les ruptures vasculaires les plus fréquentes sont certainement celles qui sont consécutives à des redressements brusques d'ankyloses angulaires du genou. Les cas cités par M. Jaboulay sont empruntés à MM. Terrier, Louvrier, Billroth, Poinsot, Homans, Holl, Poncet, etc., et

(1) HENAFF. Th. de Paris, 1882-83.

(2) BOURLIER. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1882-83, t. XII, p. 225.

beaucoup d'autres chirurgiens ont vu cet accident se produire après de semblables tentatives.

Les ruptures accidentelles sont, au contraire, beaucoup plus rares. Les unes sont consécutives à des traumatismes du genou : tel, par exemple, le passage d'une roue de voiture. L'artère est alors rompue par le mécanisme du broiement, sans qu'il y ait même de lésion osseuse. Les autres sont des ruptures par arrachement et se produisent à la suite de lésions telles que fractures ou luxations. Elles s'expliquent par le mécanisme de l'étirement brusque du vaisseau, par suite d'hyperextension ou de flexion forcée du membre. Et cela est si vrai, que l'on rencontre des exemples de ruptures des vaisseaux poplités à la suite de violents traumatismes n'ayant pas entraîné de déplacements osseux et même de simples efforts, comme des sauts.

Tels sont les cas rapportés par John Lidell (1), par Brünner (2), dans lesquels les vaisseaux furent déchirés à la suite d'un coup violent porté sur le genou dans un cas, à la suite d'une chute dans l'autre, sans qu'il y eût ni fracture ni luxation.

Tels sont encore les cas d'anévrysmes dont le début remonte à un effort, un saut brusque fait par le malade (Hogston, John Lidell, James Earles).

Les lésions observées après des luxations sont, le plus souvent, des ruptures incomplètes. On les a surtout rencontrées après des luxations en avant. Ce sont, ou de simples éraillures de la tunique interne (Malgaigne, Lamblin), ou des ruptures des tuniques interne et moyenne, l'externe persistant intacte (Türner, Annandale). Ces lésions peuvent avoir, du reste, les mêmes conséquences que les ruptures complètes, à cause de l'obstruction du vaisseau par les tuniques profondes recroquevillées et resserrées à leurs extrémités, et surtout par la production des caillots aux points lésés.

Les observations de ruptures complètes, à la suite de luxations, sont beaucoup plus rares. Nous n'avons pu en rencontrer que quatre en parcourant les divers traités et articles spéciaux (3).

Deux cas sont consécutifs à des luxations complètes en arrière. Dans l'un (4), les muscles, la veine et le nerf étaient respectés. L'artère était rompue. La gangrène du membre nécessita l'amputation. Dans l'autre (5), il s'agissait encore d'une luxation complète en arrière. Les muscles étaient infiltrés mais non arrachés, les nerfs intacts, l'artère rompue en arrière de l'interligne, ainsi que la veine, mais un peu plus haut.

Deux autres cas sont consécutifs à des luxations en avant. L'un est dû à Türner, qui trouva les deux bouts écartés l'un de l'autre et entourés par une sorte de bulbe formé par du tissu cellulaire infiltré de sang. Le second est rapporté par Lamblin, dans sa thèse (Paris, 1869). Le creux poplité était rempli par une masse de lymphe plastique épaisse, englobant les artères, les vaisseaux et les nerfs. La veine n'était pas rompue, mais remplie de caillots. L'artère était déchirée et les deux bouts, séparés par un espace de 3 centimètres, étaient oblitérés par des caillots.

(1) J. Lidell. *Encyclop. internat. de chir.*, t. III, p. 233.
(2) Brunner. *Deuts. Zeit. f. Chir.*, t. XXV, p. 99.
(3) Malgaigne, Hamilton, Spilmann. *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. Genou.
(4) Robert, cité par Malgaigne.
(5) Vast. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1877, p. 688.

Notre observation est comparable à ces dernières, en ce qu'il s'agit également d'une rupture complète, compliquant une luxation.

Mais si l'on réfléchit que le déplacement des os était incomplet et même nul du côté interne de l'articulation, on est plutôt tenté de rapprocher ce cas de ceux de Lidell, de Brünner, où le seul traumatisme a provoqué la rupture sans lésions osseuses ou articulaires, par le mécanisme d'une brusque hyperextension.

Chez notre malade, la gangrène, les phénomènes infectieux forçaient la main et imposaient l'amputation. Peut-être, dans un cas analogue, pourrait-on prévenir le sphacèle et conserver le membre, en incisant le creux poplité, évacuant les caillots qui compriment les collatérales et liant les deux bouts de l'artère, comme le conseille M. Jaboulay. Malheureusement, la gangrène est trop souvent le premier symptôme qui fasse penser à une lésion vasculaire, et alors il est trop tard pour conjurer les accidents.

— Le malade qui fait l'objet de cette observation a quitté l'Hôtel-Dieu, guéri, le 14 décembre dernier.

REMARQUES SUR LES RUPTURES MUSCULAIRES
DU MOYEN ADDUCTEUR

Par le docteur Delorme, professeur au Val-de-Grâce.

Le malade, dont l'observation va suivre, m'a fourni quelques données diagnostiques, anatomo-pathologiques et thérapeutiques, qui me semblent dignes d'être relevées.

Il y a huit mois, cet homme, A..., soldat au 27e dragons, nouvellement incorporé, en sautant sur la croupe de son cheval les cuisses fortement écartées, éprouva une douleur à la face interne de chaque cuisse et surtout à gauche. Cette douleur, sur le moment assez vive, cessa bientôt pour faire place à une sensation de gêne et de lassitude qui n'empêcha pas, cependant, ce malade de continuer, les jours suivants, ses exercices violents de cavalier.

Il ne constata, tout d'abord, rien d'anormal dans la région malade, ni tuméfaction, ni ecchymose, et ce n'est que deux mois plus tard, accidentellement, en mettant son pantalon, qu'il s'aperçut de la présence d'une tuméfaction de la cuisse gauche qui avait le volume et le siège actuels.

Sur le trajet du moyen adducteur, commençant à deux travers de doigt au-dessous de l'arcade crurale, existe une tuméfaction régulièrement globuleuse de 8 centimètres environ.

Cette tumeur, mobile dans le sens transversal seulement, est rénitente, pâteuse, quand la cuisse malade est rapprochée de la cuisse saine ; ses limites sont alors un peu indécises ; elle se tend, durcit et fait déjà une saillie un peu plus nette quand on porte le membre en abduction, mais c'est surtout dans l'adduction volontaire, le membre laissé libre ou, au contraire, maintenu pour s'opposer à l'effet de la contraction, ou, enfin, pendant l'électrisation directe, que la tumeur prend son volume le plus considérable, 8 centimètres sur 8. Elle se durcit alors au maximum et présente une consistance égale ou supérieure à celle d'un muscle contracté.

Pendant la contraction du moyen adducteur elle ne change pas de place ; si on la palpe, à ce moment, elle n'offre pas d'intervalle dépressible, de gouttières, et au-dessus comme au-dessous d'elle, le muscle a, pendant le repos ou l'effort, une consistance molle ou dure semblable à la consistance de la tuméfaction.

Elle est irréductible et, par la palpation de la surface, on ne sent pas d'anneau aponévrotique à rebord saillant ou d'irrégularités. J'ajouterai, pour terminer, que la circonférence de la cuisse, au-dessus, au niveau ou au-dessous de la tumeur, est

égale à celle du côté sain au même point; que la tuméfaction n'est pas douloureuse spontanément, qu'elle ne l'est qu'à la pression et que le malade accuse un certain degré d'impotence du membre gauche.

Avais-je affaire, chez ce malade, comme l'avait pensé le médecin qui me l'adressa et comme je le crus un instant, à une hernie musculaire?

L'absence, à la palpation, d'une ouverture aponévrotique, l'irréductibilité de la masse, le fait que la tumeur *à la fois durcissait ou grossissait* pendant la contraction du muscle, au lieu de diminuer de volume tout en durcissant comme dans les hernies musculaires vraies, ainsi que l'ont prouvé les recherches de Farabœuf et les expériences de M. Guinard, me firent rejeter ce diagnostic.

Puisque la tuméfaction de la hernie musculaire vraie ne peut se produire pendant la contraction du muscle, alors que les faisceaux musculaires n'éprouvent à leur saillie aucun obstacle de la part d'une aponévrose largement rompue, il me paraissait, d'un autre côté, peu plausible d'admettre une tuméfaction musculaire liée à un simple affaiblissement, à des ruptures toutes partielles de l'aponévrose crurale. Il ne me restait donc plus guère qu'à m'arrêter au diagnostic de fausse hernie, à penser à ces tumeurs que Farabœuf, lors de la discussion de 1881, qui fait époque dans l'histoire des hernies musculaires, a rattachées à la rupture musculaire et que nos classiques considèrent « comme formées par un muscle rompu partiellement ou totalement et engagé à travers son aponévrose également déchirée ». C'est ce que je fis tout en reconnaissant, comme j'avais déjà eu bien des fois occasion de le faire, combien les caractères de la tuméfaction observée différaient de ceux attribués communément à cette rupture. En effet, des douleurs vives, ecchymose, début brusque ou rapide de la tuméfaction, double bosselure arrondie séparée par une gouttière, saillie du fragment supérieur et flaccidité du fragment inférieur, pendant les contractions; de ces signes de la rupture ou fausse hernie, je ne relevai que la *tuméfaction persistante*, molle pendant le repos du membre, dure et saillante pendant sa contraction; la douleur locale et l'origine traumatique.

La rupture, si rupture il y avait, était donc partielle et *profonde*, puisque, par la palpation très attentive de la masse, on ne sentait aucune irrégularité de sa surface.

Si j'ai insisté un peu complaisamment sur ces détails cliniques, c'est que, chez ce malade, lequel est semblable à toute une série d'autres malades que j'ai eu l'occasion d'observer à l'École de cavalerie de Saumur, où ces accidents sont fréquents, et à ceux que j'ai vus depuis, à maintes reprises, dans nos hôpitaux, les signes sont un peu différents de ceux que l'on attribue ordinairement à la rupture. Ce n'est qu'une fois ou deux sur huit ou dix cas que j'ai constaté la gouttière inter-fragmentaire et l'ascension du segment supérieur, signe considéré comme pathognomonique et sur l'importance duquel on insiste tant, tout particulièrement, pour le diagnostic. D'après mes observations les ruptures du moyen adducteur seraient donc des ruptures partielles plutôt que des ruptures totales, et elles se caractériseraient, comme dans le cas présent, par une tuméfaction étendue pendant le repos du muscle et dure pendant sa contraction.

Tout en admettant ce diagnostic de rupture partielle, j'avoue que je m'expliquais très mal le volume de la tuméfaction et, pour m'aider, je n'avais aucune indication, car cette question n'a pas encore fixé l'attention. D'ailleurs, les occasions de constater, *de visu*, les lésions qui relèvent de ces ruptures partielles n'ont pas été jusqu'ici fréquentes, c'est ce qui augmente l'intérêt de l'observation de mon malade, de celui que M. Michaux a présenté à la Société et de quelques autres.

Je proposai à cet homme une intervention destinée à le débarrasser de sa tumeur quelque peu gênante. Il l'accepta. Je la pratiquai il y a un mois, en présence de mes collègues, M. le professeur Robert et M. le professeur agrégé Mignon, que ce cas avait intéressés.

Une incision de 12 centimètres, longitudinale, me fit voir un tissu cellulaire intact, une *aponévrose absolument saine*, ni rompue, ni éraillée, ni même affaiblie.

Je m'arrête à ce détail important, car il vient à l'encontre de ce qu'on admet, sans conteste, à savoir que ces fausses hernies musculaires sont accompagnées de rupture de l'aponévrose.

L'aponévrose sectionnée, j'incise le muscle longitudinalement à 3, puis 4, puis 5 centimètres de profondeur, et je suis surpris, avec mes collègues, de le trouver remarquablement sain; pas la plus petite trace d'hémorragie ancienne, pas la plus petite solution de continuité, pas de myosite caractérisée par un changement de coloration ou de consistance du muscle.

Celui-ci était à tel point normal que je ne crus pas devoir conserver le fragment que j'avais excisé pour un examen microscopique. Nous ne trouvions donc pas la raison matérielle de la tuméfaction du muscle, des modifications de ses fibres, quand, prolongeant mon incision plus profondément, jusqu'aux attaches tendineuses, mes collègues et moi nous distinguâmes et sentîmes surtout des masses dures, épaisses de plusieurs centimètres, correspondant à toute la longueur de la tumeur, siégeant aux insertions du muscle et du tendon et continues avec le muscle, masses dures, fibreuses, fournies vraisemblablement par des caillots concrets et des produits fibreux et osseux provenant de la réparation de la rupture musculo-tendineuse. Elles étaient épaisses de 2 à 3 centimètres et se continuaient avec le muscle dont les insertions ne présentaient pas de solution de continuité.

Comme, pour abraser ces masses, il m'eût fallu enlever la presque totalité des insertions du moyen adducteur au détriment de son fonctionnement ultérieur, je terminai là mon opération et réunis, par des sutures, muscle et aponévrose. La plaie guérit par première intention et mon malade est aujourd'hui ce qu'il était avant l'opération.

Des causes supposables de la tuméfaction musculaire, rupture ou relâchement de l'aponévrose, rupture du muscle à ses attaches, épanchements inter-musculaires transformés ou non, suivant l'époque de l'examen du malade, myosite interstitielle, production successive, progressive, de dépôts fibrineux et scléreux collés à l'os et que leur profondeur avait à peine permis de soupçonner chez mon malade, pendant l'exploration; c'était ici à la dernière cause qu'il fallait, en grande partie, rattacher le relief musculaire dont le développement avait été également progressif.

Ces masses refoulaient directement le muscle, même à l'état de repos, mais ce n'était pas là la seule raison de cette tuméfaction; elles n'avaient, comme je l'ai dit tout à l'heure, que 2 centimètres d'épaisseur environ et ne pouvaient expliquer une saillie de 4 centimètres. Lors de la dé-

couverte de la masse musculaire, sous le chloroforme, je fus surpris, comme l'avait été M. Lefort dans un cas qu'il a cité en 1881, comme je l'avais été moi-même l'année dernière dans un fait absolument semblable, par une diminution très notable de cette masse musculaire ; il semble donc légitime d'admettre qu'à la propulsion mécanique s'ajoute ici un état de contracture, de crampes continues, de fibres herniées. Des faits ultérieurs nous montreront la part qu'il faut attacher à ces différentes causes dans le mécanisme de production de cette tuméfaction.

Je m'arrêterai, pour terminer, sur un point relatif au traitement. Que dans les ruptures totales ou à peu près complètes, quand il y a séparation du muscle en deux portions, on réunisse rapidement, par la suture, les deux segments séparés, l'intervention est ici fort rationnelle, car elle permet d'éviter ou d'atténuer la dégénérescence des faisceaux inférieurs qu'a montrée M. Hayem dans ses expériences ; que d'un autre côté, dans certains cas d'hématomes ou d'ostéomes consécutifs à ces ruptures, on procède à l'ablation de masses volumineuses et gênantes, l'opération est encore indiquée ; mais quand on est en présence d'une rupture partielle analogue à celle que j'ai eu à traiter, est-il sage d'intervenir dans tous les cas et sans réserves ?

M. Michaux, après Gies, a fait une excision musculaire, moi-même j'ai fait, chez mon malade, une excision ; chez le malade de M. Michaux, la tuméfaction resta saillante, après l'opération ; le même fait a été constaté chez un malade de Gies et, quant à mon opéré, il est, après l'intervention, ce qu'il était avant.

J'avais été tenté tout d'abord de ne pas limiter mon intervention à une excision partielle, mais d'enlever toute la masse exubérante. J'abandonnai ce parti. En agissant ainsi, j'aurais été obligé, en effet, de faire subir au moyen adducteur une perte de substance égale à toute son épaisseur, haute et large de 8 à 10 centimètres ; l'ablation des filets nerveux du muscle, faite pendant cette excision, eût énervé ce qui eût été conservé et eût contribué, avec l'ablation, à la perte fonctionnelle d'un adducteur puissant, bien contractile malgré son traumatisme, auquel on n'a à reprocher que de faire une saillie peu gênante.

Le faible bénéfice obtenu par M. Michaux par la suture de l'aponévrose et, d'ailleurs, la faible part que celle-ci joue dans la production de la tuméfaction, m'engageaient d'un autre côté à ne pas compter sur cette suture pour faire disparaître la tuméfaction.

Averti dorénavant, je m'en tiendrai, dans des cas semblables au précédent, au traitement palliatif, tant que les douleurs ou la gêne éprouvées par le malade ne seront pas excessives.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 décembre 1893. — Présidence de M. LABOULBÈNE.

PRÉSENTATIONS

Examen de l'abdomen dans la position génu-pectorale. — M. PÉRIER présente au nom de son élève, M. le docteur Plicque, une note sur ce mode spécial d'examen. La position génu-pectorale, à condition que l'aplomb soit bien établi, les cuisses légèrement fléchies sous le ventre, amène un relâchement complet des muscles de la paroi. De plus, l'intestin grêle s'accumule sur les parties médianes, laissant libres les parties latérales : hypocondres, flancs, fosses iliaques. L'exploration de l'estomac, du foie, du rein est, en particulier, facilitée. En plaçant le malade dans une position un peu oblique, le siège plus élevé que le thorax, le dégagement de certaines tumeurs du bassin est également très net. Enfin, le procédé permet de reconnaître des épanchements ascitiques, même peu abondants.

La position génu-pectorale modifie, de plus, certains symptômes : clapotement stomacal, mobilité de quelques tumeurs avec le diaphragme. Il est encore difficile d'apprécier la valeur séméiologique de ces modifications.

Cette position, évidemment un peu singulière, ne saurait être proposée qu'en cas de diagnostic restant incertain par les autres procédés. Elle sera évitée chez les malades souffrant beaucoup, chez les dyspnéiques. Elle donne peu de renseignements et est assez mal supportée dans les très grosses tumeurs de l'abdomen, les fibromes volumineux en particulier. La grossesse avancée, à moins d'indication spéciale (rétroflexion de l'utérus gravide, présentations vicieuses), paraît également une contre-indication.

ÉLECTIONS

L'Académie procède au renouvellement de son bureau : M. Empis est élu vice-président ; M. Cadet de Gassicourt, secrétaire annuel ; MM. Fournier et Riche, membres du Conseil d'administration pour 1894.

DÉCLARATION DE VACANCES

Des vacances sont déclarées : dans la section de thérapeutique et histoire naturelle médicale, en remplacement de M. Vidal, décédé ; dans la section d'anatomie pathologique, par suite du décès de M. Charcot ; parmi les associés libres, en remplacement de M. Blanche, décédé.

COMMUNICATIONS

Des albuminuries phosphaturiques. — M. ALBERT ROBIN achève sa communication sur ce sujet. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 1357.)

Traitement de l'asphyxie des nouveau-nés par les tractions rythmiques de la langue. — M. LABORDE fait connaître cinq nouveaux cas de rappel à la vie d'enfants nouveau-nés asphyxiés, à l'aide du procédé des tractions rythmiques de la langue.

DISCUSSION

M. LANCEREAUX félicite M. Laborde des bons résultats que donne le procédé qu'il a fait connaître. Mais il voudrait que M. Laborde spécifiât bien nettement dans quelles circonstances ce procédé réussit, quel genre de mort il combat. On conçoit, en effet, son efficacité dans la mort subite apparente par arrêt brusque de la respiration. Mais M. Lancereaux ne croit pas qu'il soit aussi efficace dans les cas de mort apparente par arrêt brusque du cœur.

M. LABORDE rappelle avoir montré, dans des communications antérieures, que ce procédé avait donné de bons résultats dans tous les genres d'asphyxie : dans l'asphyxie par noyade, dans les asphyxies toxiques, par tétanos, par éclampsie, etc. Tous les processus asphyxiques sont justiciables de ce procédé. M. Laborde rappelle l'idée physiologique qui l'a guidé et qui l'a conduit à recourir à ce moyen pour empêcher les chiens de mourir sous le chloroforme. Pour répondre à la question posée par M. Lancereaux, il croit donc pouvoir affirmer que les tractions rythmiques de la langue sont parfaitement efficaces dans la syncope cardiaque ou par arrêt brusque du cœur. Il en cite plusieurs exemples.

M. LANCEREAUX pense que, dans certains cas, le procédé de M. Laborde pourrait échouer et que, quand il s'agit de paralyser un acte réflexe, il sera bon d'y joindre un moyen qui lui a donné des résultats inespérés, c'est-à-dire une injection sous-cutanée de morphine. Il cite l'exemple d'un jeune garçon de sept

ans, qui était en état de mort apparente depuis déjà assez longtemps. Tous les moyens mis en usage avaient échoué. M. Lancereaux fit une piqûre de morphine et l'enfant revint à la vie.

M. PINARD a eu recours trois fois au procédé de M. Laborde chez des nouveau-nés et trois fois sans succès. Aussi, sans mettre en doute sa valeur qui paraît incontestable, M. Pinard croit-il bon de ne pas complètement abandonner les anciens procédés, en particulier l'insufflation. Si celle-ci ne réussit pas plus souvent, c'est parce qu'on ne sait pas bien la faire. Elle demande, en effet, une certaine habitude et même une certaine habileté. Mais, bien pratiquée, elle peut rappeler à la vie des enfants asphyxiés.

M. LABORDE n'a jamais prétendu que son procédé réussît dans tous les cas.

L'Académie se forme en comité secret.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance publique annuelle du 18 novembre 1893.
Présidence de M. DE LACAZE-DUTHIERS.

M. LE PRÉSIDENT ouvre la séance en payant le tribut des regrets de l'Académie aux membres qu'elle a perdus cette année, et montre combien l'orthographe scientifique mérite d'être respectée.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL proclame les noms des lauréats.

PRIX DÉCERNÉS POUR L'ANNÉE 1893

MÉDECINE ET CHIRURGIE. — Prix Montyon : Trois prix sont décernés à MM. H. Huchard et Delorme, Pinard et Varnier. — Trois mentions sont accordées à MM. Vialet, Neumann, Fiessenger. — Des citations sont accordées à MM. Claisse, Comby, Delore, Testut et Blanc.

Prix Barbier : Le prix est partagé entre MM. A. Sanson et E. Gilbert. — Des mentions honorables sont accordées à MM. Sabouraux et Mauclaire.

Prix Bréant : Le prix est partagé entre MM. Netter et Thoinot, Gimbert et Burlureaux. — Une mention est accordée à M. Galliard.

Prix Godard : Le prix est décerné à M. Tourneux.

Prix Serres : Trois prix sont décernés : un prix à M. Pizon, un prix à M. Sabatier et un prix à M. Letulle.

Prix Parkin : Le prix n'est pas décerné.

Prix Bellion : Le prix est partagé entre MM. Chabrié et Coustan.

Prix Mège : Le prix est décerné à M. Hergott.

Prix Lallemand : Le prix est décerné à M. Trolard.

PHYSIOLOGIE. — Prix Montyon : Le prix est décerné à M. Laulanié et à MM. Abelous et Langlois. — Des mentions sont accordées à MM. Griffiths et Crié.

Prix La Caze : Le prix est décerné à M. d'Arsonval.

Prix Pourat : Le prix est décerné à M. E. Meyer.

Prix Martin-Damourette : Le prix est décerné à M. le docteur Géraud.

ANATOMIE ET ZOOLOGIE. — Prix Thore : Le prix est décerné à M. Corbière.

Prix Savigny : Le prix n'est pas décerné.

BOTANIQUE. — Prix Desmazières : Le prix est décerné à M. Sauvageau.

Prix Montagne : Deux prix sont décernés : un prix à M. Cardot et un prix à M. Gaillard.

MINÉRALOGIE ET GÉOLOGIE. — Grand prix des Sciences : Le prix est décerné à M. Marcellin Boule.

Prix Bordin (Genèse des roches éclairées par l'expérimentation synthétique) : Le prix est partagé entre M. Bourgeois, MM. Gorgeu, Michel et Duboin. — Des mentions sont accordées à MM. Dœlter et de Schulten.

Prix Delesse : Le prix est décerné à M. Fayol.

Prix Fontannes : Le prix est décerné à M. Zeiller.

PHYSIQUE. — Prix La Caze : Le prix est décerné à M. Amagat.

CHIMIE. — Prix Jecker : Le prix est partagé entre MM. Griner et de Forcrand. — Un encouragement est accordé à M. Gautier.

Prix La Caze : Le prix est décerné à M. G. Lemoine.

STATISTIQUE. — Prix Montyon : Le prix est décerné à M. le docteur Marvaud.

PRIX GÉNÉRAUX. — Médaille Arago : Cette médaille est décernée à MM. Asaph Hall et Barnard.

Prix Montyon (Arts insalubres) : Le prix est partagé entre MM. Garros et Coquillon. — Des mentions sont accordées à MM. Gréhant, Behrens et de la Roule.

Prix Trémont : Le prix est décerné à M. Jules Morin.

Prix Gegner : Le prix est décerné à M. Paul Serret.

Prix Petit d'Ormoy (Sciences mathématiques) : Le prix est décerné à M. Stieltjes.

Prix Petit d'Ormoy (Sciences naturelles) : Le prix est décerné à M. Marcel Bertrand.

Prix Tchihatchef : Le prix est décerné à M. Grégoire Groum-Grschimailo.

Prix Gaston Planté : Le prix est décerné à M. Blondlot.

Prix Laplace : Le prix est décerné à M. Bès de Berc (Jean-Emmanuel-Marie), sorti le premier, en 1893, de l'École-Polytechnique et entré à l'École des Mines.

ÉLOGE

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL lit une notice historique sur le botaniste Joseph Decaisne, membre de l'Académie.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours de la médaille d or (érysipèle de la face) s'est terminé par les nominations suivantes :

Médaille d'or : M. Boix. — Médailles d'argent : MM. Teissier et Veillon, *ex æquo*.

— Par décret, en date du 18 décembre 1893, M. Pollosson (Alexis-Maurice), agrégé libre près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé professeur de médecine opératoire à ladite Faculté.

— Par décision ministérielle, en date du 12 décembre 1893, sont nommés :

MM. les médecins principaux de première classe Debaussaux, directeur du service de santé du 15e corps d'armée; Marvaud, médecin-chef de l'hôpital militaire de Toulouse; Duchemin, directeur du service de santé du 9e corps d'armée; Mutin, directeur du service de santé de la division d'Oran.

M. le médecin principal de deuxième classe Gavoy, médecin-chef de l'hôpital militaire de Villemauzy.

M. le médecin-major de première classe Moty est désigné pour l'hôpital militaire de Lille.

— *Concours de l'externat.* — Questions données : « Configuration extérieure et rapports de la trachée. — Rapports des reins. »

— M. le docteur Maranger est nommé médecin du lycée Charlemagne (emploi vacant).

— La Société française d'hygiène, 30, rue du Dragon, vient de publier sous le titre de : « Une Visite à l'hôpital International », une intéressante étude sur l'établissement fondé par le docteur Péan. L'auteur, M. Paul Hippeau, y examine, dans tous les détails, les conditions d'hygiène, d'asepsie, d'antisepsie qui doivent présider à la création et au fonctionnement d'un hôpital de chirurgie et montre comment le docteur Péan a su faire du sien, à cet égard, le type idéal de l'hôpital parisien. Un grand nombre de planches, plans, vues, appareils, facilitent la lecture du texte, que précède une lettre-préface de M. le docteur Pietra-

Santa. Prunaire a gravé spécialement pour cet ouvrage, qui sort des presses de Chamerot et Renouard, le célèbre portrait de Péan, peint par Yvon en 1879.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Noël, le journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE GÉNÉRALE

Des indications opératoires que présentent certaines tumeurs abdominales ayant comprimé les uretères et déterminé des lésions rénales.

Par le docteur ROCHET,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

I

MORT FRÉQUENTE PAR URÉMIE A LA SUITE D'ABLATIONS DE TUMEURS COMPRIMANT LES URETÈRES. — L'influence des altérations rénales sur le pronostic des opérations en général, des opérations génito-urinaires en particulier, est chose bien connue aujourd'hui. Qui ignore, en ce moment, l'importance qu'il y a à rechercher et à reconnaître ces lésions rénales quand on veut intervenir sur les voies urinaires? Ce sont des lésions de ce genre qui, passées inaperçues, rendent compte des morts rapides signalées après de simples cathétérismes. Plus récemment, on a fait remarquer que les désordres du côté du rein pesaient aussi lourdement sur la mortalité des opérations abdominales chez la femme, et plus spécialement des opérations s'adressant aux tumeurs de l'utérus. C'est à ce point de vue que s'adressent le mémoire de M. Pozzi (1) et la thèse de M. Pourrat (2); c'est encore dans ce sens que témoignent les deux observations que nous allons rapporter tout à l'heure.

D'une façon plus large encore, on pourrait ranger délibérément sur le compte de l'urémie, une grande partie des morts observées à la suite des opérations abdominales un peu graves et qu'on a attribuées communément au choc, au collapsus, etc. C'est l'impression nette qui se dégage de la lecture attentive des observations où l'autopsie a été faite, et même de celles où l'autopsie a manqué, mais où l'on voit, notés dans les symptômes qui précèdent la mort, des signes non douteux d'urémie. Les observations de ce genre abondent, quand on les cherche de-ci de-là à travers tous les cas publiés d'interventions pour tumeurs de l'abdomen, pour tumeurs utérines ou péri-utérines en particulier. Il en est d'autres où on est frappé de la légèreté avec laquelle on a mis, comme cause de la mort, l'étiquette de « choc » ou « de cause indéterminée », alors que l'autopsie n'a pas été faite, et même, chose plus curieuse, quoique les reins aient été trouvés malades à l'autopsie.

Les symptômes habituellement notés dans ces observations et pendant les quelques jours de survie post-opératoire offrent cependant une analogie surprenante avec ceux qu'on décrit dans l'urémie clinique ou expérimentale; il est du plus haut intérêt de faire ces comparaisons. Chez nos malades, ils étaient des plus caractéristiques et ils se retrouvent tout à fait semblables dans toutes les observations que nous avons dépouillées et auxquelles nous venons de faire allusion. Ils peuvent ne pas se trouver tous réunis, mais quoique isolés ils gardent toute leur valeur.

C'est d'abord souvent une *agitation singulière*, qui survient chez le malade quelques heures après l'opération. Il se sent *énervé*, dit-il, sans accuser de malaise précis; il essaie de se retourner dans son lit, ne peut trouver une bonne place. Cette agitation générale peut devenir même si intense, qu'il faut faire surveiller le patient qui, ne se doutant pas de la gravité de son état, veut sortir de son lit, espérant que le lever le soulagera. Parfois aussi à cette agitation s'ajoutent des cris, des plaintes continuelles, et si on en demande la raison, le malade ne répond rien de précis; il souffre d'une vague angoisse et c'est tout. Il faut bien reconnaître que ces phénomènes d'anxiété, d'agitation ne se trouvent pas seulement dans les cas qui se terminent mal; c'est ainsi qu'ils sont souvent notés dans les observations de néphrectomie qui ont guéri cependant. Mais alors, et dans les cas favorables, ils ne dépassent guère le deuxième jour après l'intervention, ils ne durent pas et vont en diminuant; quand ils persistent et vont s'accroissant, ils sont d'un fâcheux pronostic, surtout s'ils s'accompagnent d'autres phénomènes, que nous allons passer en revue.

Des *troubles respiratoires* sérieux sont très généralement signalés aussi. Habituellement, c'est une accélération très notable du mouvement respiratoire qu'on observe, la respiration restant régulière cependant. Cette dyspnée devient

(1) POZZI. *Ann. de gynécol.*, juillet 1884.
(2) POURRAT. *Troubles urinaires dans les tumeurs fibreuses*, Th. de Paris, 1884.

parfois tellement vive, qu'elle va jusqu'à l'orthopnée, le malade ne pouvant plus respirer qu'assis sur son lit. Dans certaines observations de mort par urémie, à la suite de néphrectomie, par exemple, on trouve une accélération respiratoire, allant jusqu'à soixante respirations par minute. Mais ce n'est pas tout. La respiration, outre qu'elle est précipitée, devient quelquefois irrégulière (voir notre observation I), et affecte le type connu du Cheyne-Stokes. Parfois aussi, les malades accusent une oppression qui ressemble à de l'*asthme*. Assis sur leur lit, le cou tendu, les épaules relevées, la bouche ouverte, ils font tous leurs efforts pour aspirer l'air, et accusent en même temps une sensation pénible de constriction thoracique.

Du côté de la *circulation*, on voit aussi notés des troubles importants. Le pouls devient ordinairement d'une *rapidité extrême*, alors du reste que, comme pour la dyspnée, il n'y a pas d'élévation de température, ou que, si celle-ci est un peu élevée, il n'y a pas une fièvre suffisante pour expliquer pareille vitesse du pouls (P. à 130, 140, 150). En même temps qu'il est rapide, le pouls est *petit*; il touche à peine le doigt qui l'explore, et cependant, même alors, les battements cardiaques peuvent rester énergiques. La petitesse du pouls accuserait donc peut-être plutôt une constriction spasmodique des artères périphériques. Puis, quand on approche de la terminaison fatale, le pouls devient irrégulier, et sa rapidité augmente encore; sur nos deux malades, il était devenu incomptable, plusieurs heures avant la mort.

Enfin, des *troubles digestifs* presque constants complètent le tableau symptomatique. Ce sont, le plus souvent, des *vomissements abondants*, plus rarement de la débâcle intestinale. La soif est signalée dans toutes les observations, *soif vive* que l'opéré ne peut satisfaire ; il demande constamment à boire, car il lui semble que l'ingestion d'un peu de liquide lui fait du bien, et cependant, sitôt avalé presque, ce liquide est rejeté. Les vomissements prennent, en effet, promptement le caractère incoercible; les fragments de glace même sont rendus, et les vomissements incessants, à vide, sont des plus pénibles à supporter.

Quelques-uns des malades, qui meurent d'insuffisance rénale après les opérations dont nous avons parlé, peuvent présenter de la *fièvre* à un moment donné. Cette hyperthermie est notée dans les observations les mieux prises, les mieux suivies, et dans lesquelles l'autopsie, faite avec soin, ne révèle aucune lésion inflammatoire qui puisse expliquer l'élévation de température.

Les cas les plus nets, à ce point de vue, sont ceux où la mort est survenue quatre, cinq et six jours après l'opération, et où, par conséquent, la péritonite ou des suppurations dans le foyer opératoire, où des localisations viscérales, pulmonaires ou autres, auraient eu bien le temps de s'établir et se seraient sûrement traduites à l'autopsie par des lésions très appréciables. Il semblerait donc bien que l'urémie aiguë, dans ces cas chirurgicaux, peut produire, par elle seule, de l'hyperthermie.

Enfin, nous avons remarqué, chez nos deux malades, un signe que nous allons essayer d'interpréter, c'est l'*apparition d'envies d'uriner extrêmement fréquentes*, fausses envies évidemment, puisque la sonde ne ramène que peu ou point de liquide. Ce phénomène, nous l'avons relevé dans quelques observations d'opérations suivies de mort par urémie, et d'ailleurs on l'avait consigné en passant, sans y attacher aucune importance ; il est probable qu'on le retrouvera souvent, si on examine, à ce point de vue, les opérés qui meurent avec des symptômes d'insuffisance rénale. On peut expliquer assez aisément cette sensation pathologique dans les cas dont nous nous occupons. Elle rentre vraisemblablement dans la catégorie des réflexes réno-vésicaux, sur lesquels M. Guyon a appelé l'attention : c'est le rein qui est le siège unique ou principal de la lésion, et c'est la vessie qui souffre. Pour les cas que nous envisageons, on peut fort bien admettre, ainsi que nous le discuterons bientôt, que la congestion intense et brusque du rein, après l'intervention, joue un rôle important dans l'inhibition fonctionnelle de l'organe ; cette tension vasculaire rénale actionne alors les plexus nerveux intra-rénaux qui peuvent réagir, non seulement localement et sous forme de douleurs lombaires par exemple, mais aussi à distance, sur l'appareil urinaire inférieur, et notamment sur la vessie qui traduit, comme toujours, son excitation par des contractions plus ou moins intenses.

Si nous regardons maintenant tout cet appareil symptomatique que nous venons d'esquisser, n'apparaît-il pas clairement que la grande majorité de ces symptômes, pour ne pas dire *tous*, sont ceux de l'urémie classiquement décrite? Rien ne manque au tableau de l'urémie connue ; toutes les formes y sont représentées : formes gastrique, respiratoire, forme nerveuse ; il n'y fait défaut, en apparence, que le symptôme coma, mais malheureusement il y est aussi, puisque c'est habituellement de son apparition que date la période agonique des malades que nous avons en vue. Pas n'est besoin donc d'invoquer un « schock », un « collapsus » mystérieux, pour expliquer la plupart des morts rapides après les interventions abdominales bien conduites et non infectantes ; l'insuffisance rénale en rend parfaitement compte. Pendant la survie post-opératoire, si des symptômes se sont montrés avec les caractères et le groupement que nous avons décrits, il faudra soupçonner des lésions rénales graves et toujours la nécropsie viendra vous donner raison. On aurait pu hésiter, il y a quelques années encore, sur la nature urémique de quelques-uns de ces signes, comme la fièvre, par exemple, et tabler là-dessus pour dire plutôt septicémie, par exemple ; mais actuellement, on sait fort bien que l'urémie ne va pas fatalement avec l'hypothermie, et la fièvre, dans l'urémie aiguë surtout, est un phénomène bien connu aujourd'hui (1).

II

Pathogénie de cette urémie post-opératoire. — On doit se demander maintenant comment on peut expliquer cette insuffisance rénale brusque qui se produit à la suite des opérations pour tumeurs ayant plus ou moins comprimé les uretères. Comment se fait-il qu'un appareil fonctionnant encore, tant bien que mal, et laissant vivre le sujet, somme toute, soit tout d'un coup annihilé définitivement? Autant de questions, autant d'hypothèses, jusqu'à présent ; les explications données sont nombreuses, et en réalité, peut-être, différentes causes peuvent être invoquées pour les différents cas.

La cause la plus ordinairement et la plus naturellement mise en avant, c'est l'*arrêt réflexe de la sécrétion rénale*, sous l'influence du choc opératoire. Le traumatisme que subit le riche système nerveux abdominal, du fait même de l'opé-

(1) Richardière et Thérèse. *Rev. de méd.*, 1891.

ration, retentit sur les divers viscères, sur le rein en particulier, qui, malade déjà dans les cas que nous étudions, est le *locus minoris resistentiæ*. Ces effets nerveux à distance sont couramment invoqués, surtout ceux qui se répercutent plus spécialement sur l'appareil urinaire; Nepveu a insisté, il y a longtemps déjà, sur l'anurie et l'oligurie d'origine traumatique; M. Ollier a signalé (1), à propos de la néphrectomie, d'intéressants réflexes du côté de la sécrétion salivaire (sialorrhée intense chez une de ses opérées), du côté des plexus éloignés (paralysie du plexus brachial, etc.). Il faut donc faire une large part à ces influences nerveuses, pour expliquer les accidents qui nous occupent. Des reins sains peuvent être, tout comme d'autres, impressionnés par le traumatisme opératoire; mais ils réagissent vite, et leur stupeur fonctionnelle n'est que passagère; des reins altérés et à fonction déjà précaire, peuvent être définitivement paralysés.

On a accusé aussi (Pozzi) et avec raison, l'encombrement subit du filtre rénal déjà désorganisé, et peu fait pour un surcroît de travail : 1° par l'agent anesthésique, irritant pour le rein; 2° par de nombreux produits destinés à l'élimination et absorbés au niveau du champ opératoire (antiseptiques, débris organiques résorbés, etc.).

Il faut, enfin, faire une large part, dans les cas que nous envisageons, c'est-à-dire d'ablations de tumeurs comprimant les uretères, à la déplétion brusque de l'appareil urinaire supérieur, que créent ces ablations. L'excrétion de l'urine, depuis longtemps gênée, habituée à se faire comme à travers une filière, est subitement dégagée, mais cette décompression trop rapide peut fort bien amener les accidents de *congestion ex vacuo*, bien connus pour la vessie par exemple.

Cette congestion est bien réelle, et elle peut aller jusqu'à la production de petits foyers hémorragiques intra-rénaux. Nous avons pu constater nettement ces lésions congestives, sur les reins de notre deuxième malade, comme on pourra le voir à la lecture de l'observation; la surface des reins était lisse, tendue, non bosselée, comme à l'état normal; la substance corticale était tuméfiée et d'un gris rougeâtre, avec de petits piquetés hémorragiques en certains points.

III

Étude des indications opératoires dans les cas de tumeurs comprimant les uretères. — Le principal intérêt de cette étude est certainement de rechercher, en examinant de près tous les cas publiés, quelles sont les indications ou contre-indications opératoires qui en résultent, c'est de savoir, en un mot, si la constatation d'altérations rénales, chez la malade atteinte d'une tumeur utérine ou ovarienne, par exemple, doit en faire ajourner indéfiniment l'opération, ou si le chirurgien peut passer outre. Or, c'est là un point qui n'est rien moins que résolu à l'heure actuelle.

Il semblerait cependant, à première vue, que des indications très simples pourraient se déduire de la connaissance des faits que nous avons signalés, et qu'au point de vue de la chirurgie génito-urinaire, on pourrait dire de façon ferme : Avant d'intervenir, cherchez soigneusement les altérations rénales latentes. Si vous en rencontrez, mais qu'elles soient peu développées encore, soyez seulement prudent; si vous les trouvez trop avancées, abstenez-vous.

(1) Ollier. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, janv. 1886.

Il n'en est rien, et pour la majorité des cas tout au moins, il est difficile de se faire si vite une opinion bien assise, cela pour les raisons que voici, et que nous allons développer.

La première raison, une des meilleures sans doute, *c'est qu'il y a des faits semblant faire la contre-partie de ceux que nous rapportons plus haut.* Certains chirurgiens ont obtenu de beaux succès, en opérant malgré des signes évidents de lésions rénales plus ou moins avancées; bien plus, leur intervention a parfois paru modifier heureusement l'évolution de ces lésions. A tel point, qu'on n'a pas craint de dire (Pozzi) : « Loin d'être une contre-indication, ces lésions appellent une opération urgente. » Les principales observations connues, auxquelles nous faisons allusion en ce moment, sont celles de Cabot (1), de M. Jouin (2), de M. Pozzi (3), de M. Tuffier (4).

Celle de Cabot a trait à une pyélo-néphrite suppurée, guérie par une ablation de fibrome utérin comprimant les uretères.

Celle de Jouin a été présentée par Porak à la Société de gynécologie en 1887. Elle n'est peut-être pas très nette, car le malade avait en même temps que de l'albumine une cardiopathie compliquant son fibrome. La dyspnée disparut après l'opération, mais cette dyspnée était-elle urémique ou d'origine cardiaque? En d'autres termes, on peut se demander si les troubles rénaux n'étaient pas très légers, peut-être simplement quelques troubles congestifs dus à la cardiopathie, et si l'intervention ne les a pas guéris simplement par le fait qu'elle a soulagé le cœur.

Celle de Pozzi est très intéressante. Il s'agit d'une hystérectomie faite par un procédé opératoire, un peu spécial d'ailleurs, pour un corps fibreux de l'utérus, corps fibreux compliqué d'hydronéphrose suppurée adhérente à la tumeur utérine elle-même. On se borna, dans la séance d'hystérectomie, à ponctionner la pyonéphrose, sans l'enlever. La malade guérit fort bien de son opération et quatre mois après, on lui fit une nouvelle ponction de sa tumeur rénale, qui ne reparut pas du reste. L'opération d'hystérectomie avait cependant duré 2 h. 45 minutes.

Le fait de Tuffier est tout récent. Il a trait à un gros fibrome utérin, enclavé dans le bassin et ayant déterminé, depuis trois jours, ce que la malade appelait une « rétention d'urine », alors qu'il s'agissait d'*anurie vraie*, puisque la vessie explorée par le cathétérisme fut reconnue absolument vide. En même temps existait un état général grave, un pouls petit, du refroidissement des extrémités. M. Tuffier fit une hystérectomie d'urgence et par le procédé le plus rapide. Dès le lendemain, la malade commençait à uriner passablement et, le cinquième jour après l'intervention, les urines étaient revenues à leur taux normal.

Voilà certes des observations du plus haut intérêt et qui semblent montrer que, dans certains cas de lésions nettes de l'appareil excréteur de l'urine, l'intervention est non seulement permise mais même indiquée. Il y a donc vraiment, dans le sujet qui nous occupe, deux catégories d'observations : celles pour et celles contre l'intervention; et pour apporter quelque lumière dans le débat, il convient de

(1) Cabot. *Brit. Med. and Surg. Journ.*, 2 juin 1887. — Cette malade de Cabot est d'autant plus remarquable qu'elle avait été déjà opérée, quelque temps avant, pour un kyste de l'ovaire.

(2) Jouin. *Ann. de gynécol.*, févr. 1884.

(3) Pozzi. *Ann. de gynécol.*, juillet 1884.

(4) Tuffier. Soc. de chir., 13 oct. 1893.

regarder tous les faits de près pour tâcher : 1° d'y saisir les raisons de la différence des résultats ; 2° d'en tirer quelques conclusions définitives.

Une première remarque, qui vient naturellement à l'esprit quand on compare ces faits favorables ou défavorables, c'est que les faits heureux n'ont pas et ne peuvent pas avoir la valeur démonstrative des autres. Pour évaluer exactement, en effet, l'étendue et l'importance des lésions rénales, il faut les avoir sous les yeux, pouvoir les examiner à l'autopsie de l'organe, autrement on s'en fera bien une idée approximative sans doute, grâce à certaines données cliniques, mais jamais réelle. Dans la plupart des cas, à ceux qui mettent en avant leurs observations pour dire : « Nous sommes intervenus heureusement malgré des désordres évidents de l'appareil urinaire », on pourra toujours répondre : « Quels étaient ces désordres ? Sans doute des désordres légers, peu profonds, des lésions au début. Vous avez très bien agi en intervenant, puisque vous avez réussi ; mais cela ne veut pas dire que vous ayez marché sur un terrain sûr, que les contre-indications de l'intervention n'existent plus. »

Les cas comme celui de Pozzi sont certainement plus probants que les autres, puisque là la pyonéphrose, la poche purulente du rein, non seulement reconnue avant l'opération, mais ponctionnée et vidée au cours de celle-ci, était la traduction indéniable de lésions rénales très avancées. Et encore peut-on dire : l'opération a réussi, parce que l'autre rein était probablement sain ; si l'opérateur n'avait pas eu cette chance, il n'aurait pas eu le succès.

Ce qu'il faudrait pouvoir faire, c'est reconnaître les cas où l'intervention peut réussir, malgré l'existence d'altérations rénales, les cas où ces altérations ne sont pas encore trop profondes et peuvent permettre de supporter le choc opératoire. Malheureusement il ne semble pas facile, à l'heure actuelle, de dire en présence d'un malade : « Voilà un sujet porteur de lésions du rein trop graves pour qu'on puisse l'opérer », ou, au contraire : « En voilà un atteint de néphrite légère seulement et qu'il faut opérer au plus tôt pour ne pas laisser aggraver cette complication. » Tout est là cependant et rien n'est trouvé qui puisse donner la solution cherchée, hormis dans certains cas et pas les plus nombreux. On peut même aller plus loin et dire que non seulement il est bien malaisé aujourd'hui d'affirmer en clinique des lésions graves ou des lésions légères du rein, mais que, assez souvent, il est difficile de savoir si le rein est malade ou ne l'est pas.

Sur quoi se fonde-t-on, en réalité, au lit du malade et avant toute vérification *post mortem*, pour penser que l'appareil rénal est touché ? On se fonde principalement : 1° sur les modifications de quantité et de qualité de l'urine émise ; 2° sur les changements de forme et de volume du rein, appréciés par la palpation abdominale et lombaire ; 3° sur certains symptômes observés sur le malade et qu'on pourra rapporter à l'urémie. Or, la plupart de ces indices peuvent faire défaut dans quelques cas, ou, s'ils ont existé à une certaine période, manquer au moment de l'examen, et cela alors même qu'il y a des lésions rénales déjà avancées.

Quelles sont, en effet, les lésions rénales ordinairement produites par les tumeurs abdominales et par quels signes cliniques se traduisent-elles ? Il est facile de comprendre comment certaines tumeurs abdominales, les tumeurs utérines notamment (cancer et fibromes surtout), amènent très aisément, de préférence quand elles s'engagent et s'enclavent dans le petit bassin, des troubles de compression du côté de la vessie et des uretères. Les compressions uretérines ainsi produites sont lentes, progressives ordinairement ; l'urine continue à s'écouler dans la vessie, quoique gênée dans son excrétion, mais des dilatations ascendantes du côté de la partie supérieure de l'uretère, du côté du bassinet, s'établissent petit à petit. Dans d'autres cas, cas très rares du reste, du genre de ceux qu'ont rapportés Ganzinotti (1) et M. Tuffier (2), la compression est brusque et tourne rapidement à l'obstruction complète de l'uretère, à l'arrêt de l'urine ; dans ces conditions, plus graves en apparence, puisqu'elles correspondent à l'anurie absolue, les lésions de l'appareil urinaire sont moins sérieuses ; les dilatations du bassinet et l'atrophie du rein n'ont pas eu le temps de s'établir et le filtre rénal intact pourra recouvrer promptement ses fonctions quand la compression sera levée. Avec les compressions lentes et graduelles, au contraire, l'atrophie du parenchyme rénal qui a suivi les dilatations de l'uretère et du bassinet persistera malgré la levée de l'obstacle et, pour peu que le choc opératoire vienne encore troubler ce rein précaire, sera la vraie cause de l'urémie post-opératoire.

Eh bien ! ces compressions uretérines graduelles et ces désordres ascendants du côté de l'appareil urinaire supérieur, produits par elles, se traduisent-ils par des signes cliniques constants ? Disons d'abord que *la quantité d'urine excrétée journellement* ne signifie pas grand'chose au point de vue de l'obstruction uretérale ; le volume de l'urine quotidienne peut être tout à fait celui de la normale, parfois même supérieur à cette normale ; des expériences ont montré du reste que la ligature incomplète de l'uretère avait pour effet d'exciter plutôt que de diminuer la sécrétion urinaire.

Quant à la *présence du pus dans l'urine*, elle est trop inconstante pour qu'on puisse en tirer toujours parti pour le diagnostic. Évidemment quand les désordres rénaux sont très accentués, quand des lésions infectieuses se sont greffées sur les dilatations, quand l'uretéro-pyélite suppurée est survenue, il n'y a pas d'embarras à avoir. Que la pyurie soit alors passagère et intermittente, ou qu'elle soit continue, il n'en est pas moins vrai que, à de certains moments, des décharges purulentes se font, qui attirent de suite l'attention sur le rein. Et enfin, si le pus ne s'écoule pas et s'il est retenu dans le rein fermé, les douleurs que le malade y ressent, l'augmentation de volume que le chirurgien y constate, font dépister aisément la pyonéphrose. Mais il arrive encore assez souvent qu'il n'y a pas de pus dans l'urine, que l'urine reste claire et limpide, alors même que la dilatation des calices et du bassinet est déjà très accusée et que le rein, refoulé et atrophié par ces dilatations, est déjà plus ou moins insuffisant.

Un autre indice qu'on ne manque jamais de chercher pour connaître l'état fonctionnel du parenchyme rénal, c'est l'*albuminurie*. Et de fait, quand on a constaté nettement la présence de l'albumine dans une urine, quand on a établi que cette albumine était bien d'origine rénale, liée à une néphrite ou à une dégénérescence du rein, et ne dépendait pas d'un élément étranger, du pus accumulé dans la vessie par exemple, on a entre les mains un symptôme d'une grande signification. Ici encore cependant, ce sym-

(1) Ganzinotti. *Rev. méd. de l'Est*, 1877.
(2) Tuffier. Loc. cit.

ptôme précieux peut manquer et les lésions à redouter n'en existent pas moins. Très nombreux sont les faits où, malgré des altérations rénales avancées et certaines, puisqu'on les constate à l'autopsie, la recherche de l'albumine a été négative pendant la vie, et nous ne parlons pas seulement d'une recherche de hasard, mais de recherches fréquemment renouvelées et qui, néanmoins, sont restées muettes.

On se rend bien compte de la vérité de ce que nous avançons et des obscurités que présente encore la symptomatologie de certaines altérations rénales, quand on lit soigneusement toutes les observations d'opérations où l'urémie a été notée comme cause de la mort, où l'autopsie a révélé des lésions rénales sérieuses, alors que l'examen des urines pendant la vie n'avait rien fait prévoir. Pour ne citer que les deux nôtres, elles sont démonstratives à cet égard; d'autres faits analogues se trouvent consignés et nombreux dans la thèse de Pourrat (1), dans celle de Brodeur (2).

Et cela n'a rien, à bien y réfléchir, qui doive surprendre; nous nous sommes déjà expliqué sur les modifications de la quantité des urines et sur la pyurie; quant à l'albumine, son absence fréquente s'explique fort bien aussi. Ce n'est pas toujours un processus de néphrite proprement dite qui frappe le rein dans ces lésions qui compliquent les dilatations ascendantes de l'uretère et du bassinet, ou si la néphrite a existé à un moment donné, elle peut avoir disparu, remplacée qu'elle est par des atrophies, des dégénérescences graisseuses de portions plus ou moins étendues du rein. Il reste encore un peu de parenchyme normal, filtrant une urine normale, pas assez cependant pour supporter la congestion ou l'encombrement post-opératoire.

Peut-être une analyse chimique plus exacte que celles qu'on pratique ordinairement en clinique, la recherche des matières extractives, de l'urée, donnera-t-elle un jour des renseignements sûrs. Mais il y a encore bien des points à l'étude dans cette voie qu'a ouverte l'école de M. Guyon.

Si maintenant, et toujours pour nous renseigner sur l'état des reins, nous passons des signes fournis par l'examen des urines à ceux que donne l'exploration directe de l'appareil rénal, nous ne sommes guère mieux fixés. Nous ne parlerons pas des *douleurs* spontanées ou provoquées de la région lombaire : pareils signes ne sont jamais que des présomptions et encore faut-il, pour mériter ce nom, qu'ils soient accompagnés d'autres indices. Quant à la palpation des reins, palpation bi-manuelle méthodique, faite suivant les préceptes maintenant classiques, elle est sans doute d'une importance capitale pour affirmer des lésions déjà avancées du rein et ayant retenti sur sa forme et son volume, mais elle laisse forcément échapper les lésions dégénératives ou atrophiques de la substance rénale proprement dite. Elle ne doit jamais cependant être négligée et c'est une faute de ne pas l'utiliser, car elle permet de soupçonner la dilatation du bassinet, pour peu que cette dilatation ait augmenté déjà le volume du rein; et si on y avait eu recours dans notre premier cas, on aurait pu constater l'absence complète de l'un des reins avant l'intervention. Nous ne dirons rien de la *palpation des uretères* à travers la paroi abdominale ; il s'agit là d'un doigté spécial qui n'est pas à la portée de tout le monde.

Les meilleurs indices de lésions rénales graves, ayant déjà compromis notablement la fonction rénale et devant imposer la prudence au chirurgien, sont peut-être ceux que fournissent certains accidents à forme urémique notés chez le malade en observation ou recueillis par son interrogatoire dans ses antécédents. Une de nos malades, interrogée trop tard, il est vrai, nous avait révélé les crises d'oppression qu'elle avait depuis quelques mois, et beaucoup d'auteurs signalent l'importance de cet interrogatoire rétrospectif. « Soyez sur vos gardes quand une malade, que vous savez atteinte de myome utérin, se plaint de troubles gastriques, de vomissements... ou bien quand elle accuse des étouffements, de véritables petites attaques d'asthme ; tout cela, c'est de l'urémie, de l'urémie lente (1). »

Que de difficultés donc dans les cas qui nous occupent, pour se décider à une intervention ayant chance de succès, puisqu'on est si embarrassé non seulement pour savoir le degré des lésions rénales, mais parfois même pour savoir s'il y a des lésions de l'appareil urinaire ou s'il n'y en a pas. Étant donné, par exemple, une tumeur utérine un peu volumineuse et engagée dans le bassin, nous devons soupçonner la compression des uretères. Souvent les signes de la compression uretérine sont nets, mais quelquefois aussi on ne peut que les supposer. Admettons néanmoins le diagnostic de compression fermement posé; tout n'est pas dit encore. Si la compression est totale, complète, et se traduit par de l'anurie absolue, il n'y a pas à hésiter; la malade est perdue si on n'intervient pas et l'opération rentre même alors dans les cas d'*interventions dites d'urgence*, car c'est la seule planche de salut pour le patient.

Si, au contraire, et ce sont les conditions les plus fréquentes, la compression a été lente, progressive, on a lieu d'être très perplexe, si on est vraiment intéressé à la réussite de l'intervention et on est enfermé dans ce dilemme : ou bien la compression des uretères, peu ancienne, peu serrée, etc., n'a pas encore produit de lésions avancées de l'appareil sécréteur et alors l'opération est indiquée le plus tôt possible, car non seulement le sujet peut encore la supporter, mais elle peut, par elle-même, guérir et amender tout au moins les lésions rénales, en levant l'obstacle; ou bien les dilatations de l'uretère du bassinet se sont accompagnées d'altérations très sérieuses du côté du rein, et alors l'opération ne pourra rien contre elle, elle risquera même de hâter le dénouement.

Encore une fois, sans doute, il y a bien des raisons pour se méfier d'altérations trop avancées, quand la compression est déjà ancienne, quand des troubles vésicaux existent depuis longtemps déjà, quand il y a de la pyurie, quand il existe une pyonéphrose d'un côté ou de l'autre, quand surtout on surprend chez le malade certains accidents gastriques, pulmonaires ou cérébraux, imputables à de l'insuffisance rénale, commençante ou confirmée, mais il *n'y a rien de précis et de constant à ce sujet*; c'est ce dont il faut bien se pénétrer. De gros désordres peuvent coïncider avec un manque absolu de manifestations symptomatiques, dans la période où on examine le malade. A une certaine époque, elles ont dû exister; mais, soit que le malade ne se les rappelle plus, soit que le chirurgien ne tombe pas juste au moment voulu pour les constater, elles restent lettre morte et ne donnent pas les renseignements attendus.

Faut-il donc s'abstenir, et ce sont les conclusions principales que nous voudrions dégager de cette étude, d'opérer

(1) Pourrat. Loc. cit.
(2) Brodeur. Th. de Paris, 1886.

(1) Terrillon. *Clinique chirurgicale de la Salpêtrière*, p. 367.

certaines tumeurs abdominales comprimant les uretères, dans la crainte, trop souvent justifiée, de voir survenir ensuite des accidents urémiques rapidement mortels, et dans l'impossibilité où l'on est d'établir sûrement en clinique le degré des altérations rénales qui coïncident avec ces compressions ?

Nous répondrons qu'il ne faut pas reculer devant l'intervention, si on n'envisage que l'intérêt du malade, et si on n'a pas simplement peur de gâter une statistique. Voici nos raisons :

1° Ou bien on a affaire à des lésions rénales encore peu avancées et même curables; on fait alors œuvre éminemment bonne et utile en intervenant, puisque du même coup on débarrasse le malade de sa tumeur, et qu'on le met dans les meilleures conditions pour guérir de ses reins décomprimés par l'opération.

2° Ou bien les lésions rénales sont plus avancées que dans le cas précédent, déjà définitives; il y a déjà des points du parenchyme rénal détruits par la graisse et la sclérose : mais ces points sont disséminés, peu nombreux, et les portions saines sont assez étendues encore pour résister à la congestion et à l'encombrement post-opératoires du filtre rénal. On fait encore une bonne opération, par le seul fait de l'ablation de la tumeur, et le malade pourra vivre longtemps encore avec ses reins non guéris, mais dont le processus morbide sera enrayé.

3° Ou bien enfin, les altérations du filtre rénal sont très considérables, et le rein en équilibre instable, ayant déjà, à plusieurs reprises, montré de l'insuffisance, est sous le coup de l'urémie pour la moindre cause occasionnelle. Mais alors l'opération, si elle a été suivie de mort, n'a fait que la précipiter. Et peut-être y a-t-il des cas où, même dans ces conditions déplorables, le sujet peut encore échapper à l'urémie.

En somme, le malade ne court dans tout ceci qu'une mauvaise chance sur trois, et encore ce risque, le chirurgien ne le lui crée pas en entier, puisque, depuis longtemps, il est suspendu sur sa tête, cela en dehors de toute opération.

Même dans les cas comme le nôtre, de rein unique, faudrait-il intervenir ? Peut-être; mais on conçoit que, s'il y a des contre-indications à l'intervention, c'est bien dans des conditions de ce genre qu'on peut les trouver.

IV

Conclusions. — Les perfectionnements antiseptiques et opératoires ont rendu moins dangereuse, sans doute, l'influence des altérations rénales sur le pronostic des traumatismes chirurgicaux en général, des opérations abdominales en particulier; il n'en reste pas moins vrai, cependant, que, malgré tous ces perfectionnements, la question de l'intégrité de l'appareil rénal joue un rôle considérable dans les résultats de certaines opérations sur le ventre. Sont particulièrement redoutables à cet égard non seulement les interventions sur l'appareil urinaire lui-même, mais aussi les ablations de tumeurs utérines ou autres ayant comprimé lentement les uretères et déterminé des lésions secondaires du système urinaire supérieur.

Très nombreux sont les cas de mort plus ou moins rapide à la suite de ces interventions, et qu'aucune infection, qu'aucun accident d'une autre nature ne peut expliquer en dehors de l'insuffisance rénale.

Beaucoup de ces cas malheureux sont étiquetés à la légère avec la cause de « schock », de « collapsus », alors qu'on aurait dû dire « urémie ».

C'est de l'urémie parce que : 1° d'une part, les reins, quand on les a regardés, ont été trouvés nettement malades à l'autopsie ; 2° d'autre part, les symptômes produits pendant la survie post-opératoire, sont ceux de l'urémie classiquement décrite. Il suffit de regarder de près dans les observations pour s'en convaincre aisément.

A côté de ces faits malheureux il y en a d'autres inverses, où l'opération a réussi malgré des altérations rénales évidentes. Ces faits correspondent : 1° ou bien à des lésions rénales au début, peu accusées encore, n'ayant pas gravement compromis le rein, ou à des lésions unilatérales; 2° ou bien à des cas, non plus de *compressions lentes et incomplètes*, ayant entraîné peu à peu de gros désordres au-dessus d'elles, mais de *compressions brusques et complètes*, amenant de l'anurie absolue, sans avoir eu le temps de produire de graves altérations rénales. Dans ces deux conditions favorables l'*intervention, en dégageant les uretères, peut sauver le malade; non seulement elle est permise, mais elle est alors nettement indiquée.*

La conduite à tenir serait bien simple, si on pouvait cliniquement reconnaître les bonnes et les mauvaises conditions que nous venons d'énumérer. Malheureusement l'insuffisance actuelle de nos moyens cliniques ne nous permet que d'avoir des probabilités à cet égard ; loin de pouvoir évaluer exactement le degré des altérations rénales, il est même impossible, parfois, de savoir si les reins sont oui ou non malades. Les meilleurs signes que nous possédions (albuminurie, présence du pus dans l'urine, etc.) sont tous infidèles et inconstants. Avec des lésions rénales très grosses en apparence on a vu guérir les opérés; avec peu ou pas de réaction clinique antérieure du côté des reins de leurs malades, les chirurgiens ont perdu leurs opérés.

Aussi, étant donné précisément ces incertitudes, *conseillons-nous toujours l'intervention, dans les cas de tumeurs abdominales, comprimant les uretères.* De deux choses l'unes en effet : 1° ou bien les lésions rénales seront peu avancées et le malade sera guéri de sa tumeur et peut-être aussi de ses reins décomprimés par l'ablation de cette tumeur ; 2° ou bien les altérations des reins seront trop avancées, et si la mort survient par urémie, on pourra simplement dire qu'elle a été *hâtée* par l'intervention.

Observation I. — Femme, âgée de quarante ans, entre à la clinique de M. le professeur Ollier, que nous avions l'honneur de suppléer, le 25 septembre 1893. Elle a un gros fibrome utérin. Cette tumeur, du volume d'une tête d'enfant et développée sur la face postérieure de la matrice, était peu à peu descendue dans le petit bassin et s'y était profondément enclavée. Ce qui dominait chez la malade c'étaient les symptômes de compression du côté de la vessie et du rectum; il y avait aussi de vives douleurs dans les cuisses, probablement par compression des nerfs sacrés, et la malade, que rien ne soulageait, réclamait à grands cris une intervention.

L'urine, examinée à différentes reprises, était pâle, limpide; on n'y avait trouvé ni pus, ni albumine; la quantité quotidienne était de 1 litre en moyenne.

L'opération par la voie abdominale eut lieu une quinzaine de jours après l'entrée de la malade, et permit de constater que la tumeur fibreuse était bien, en effet, partie de la paroi postérieure de l'utérus à laquelle elle était reliée, du reste, par un pédicule de la grosseur de deux pouces réunis environ. Ce fibrome sous-péritonéal, tombé dans le petit bassin, y était très adhérent; ce n'est qu'en faisant tirer sur lui à l'aide de fortes

pinces, pendant qu'avec l'extrémité de mes doigts engagée sous lui je tâchais de le soulever, que je pus peu à peu l'énucléer de la cavité pelvienne. Une fois la tumeur soulevée et luxée dans la grande cavité abdominale, l'opération devint assez simple, malgré les adhérences qui unissaient la périphérie du néoplasme au rectum et à la ceinture du bassin. Les fils appliqués sur le pédicule ayant glissé, je sectionnai ce pédicule à 1 centimètre environ de la matrice, et je suturai, par des fils assez rapprochés, les deux lèvres de la plaie ainsi produite sur la face postérieure de l'utérus, ce qui amena une hémostase complète.

L'intervention avait duré une heure et demie : la malade avait pris peu d'éther, avait perdu peu de sang. Le soir de l'opération, tout allait bien ; la température était à 37°8 seulement. Dans la nuit, débâcle intestinale abondante, due probablement à la décompression du rectum depuis longtemps obstrué.

Le lendemain, la malade commença à éprouver une grande agitation, tournant dans son lit en geignant sans cesse. On notait en même temps une dyspnée intense; elle répondait d'une façon anhélante aux questions qu'on lui posait.

Elle accusait, en outre, de très fréquentes envies d'uriner, si fréquentes que, sitôt sondée, elle redemandait à l'être, et la sonde ne ramenait qu'un peu d'urine très pâle.

Enfin, des vomissements survinrent avec une sensation d'écœurement continuel.

Le pouls était d'une petitesse et d'une rapidité extrêmes, mais régulier.

Point de douleurs nulle part; pas de météorisme, pas de coliques.

Je la vis trente heures environ après l'opération, et, frappé de sa dyspnée, je lui demandai si elle avait déjà été oppressée quelque temps auparavant, si elle était sujette à l'essoufflement : c'est alors qu'elle me répondit que, depuis un an, elle avait parfois des crises d'oppression très violentes qui la forçaient même de se lever la nuit.

Le soir du deuxième jour, la température monta à 39 degrés; la respiration s'embarrassa de plus en plus, et prit nettement, quand je la revis une heure ou deux avant la mort, *le type Cheyne-Stokes.*

Le pouls était devenu presque incomptable, et la malade tomba dans un coma profond dont elle ne sortit pas.

A l'autopsie on ne trouva rien de spécial du côté du champ opératoire; le péritoine était blanc et lisse, le petit bassin exsangue; pas de traces d'inflammation ou d'hémorragie. Les principaux viscères, cœur, poumon, foie, étaient sains.

On chercha alors les reins : le rein gauche fut trouvé gros, et à la coupe présenta une dilatation considérable des calices et du bassinet, *mais sans pus.* La substance rénale, refoulée autour de la dilatation, était manifestement atrophiée. L'uretère correspondant avait le volume d'une sonde 24 ou 26 de la filière Charrière.

En voulant ensuite regarder l'état du rein droit, nous fûmes très surpris de constater son absence; il était remplacé dans sa capsule adipeuse par un petit noyau de la grosseur d'une amande, d'où partait un uretère filiforme, mais perforé sur toute sa longueur.

Obs. II. — Ici, il s'agit d'une fillette de quinze ans, atteinte d'un *sarcome de l'ovaire* très volumineux et remplissant la presque totalité de la cavité abdominale. La malade ne se plaignait d'aucun trouble du côté de la vessie et de l'appareil urinaire; ses urines examinées à l'entrée n'avaient rien présenté de particulier, ni pus, ni albumine.

La tumeur fut enlevée par la laparotomie; l'opération fut relativement simple, la malade étant petite, maigre, et les manœuvres aisées, par conséquent, dans l'abdomen. Il y avait de nombreuses adhérences, mais molles et pariétales surtout : le pédicule fut aisément traité. Ici encore nous comptions sur un succès opératoire.

Pendant trente-six heures tout alla bien, en effet; pas de température, pas de douleurs nulle part et bon état général. Mais vers la fin du deuxième jour, la malade commença à se plaindre d'envies fréquentes d'uriner, avec contractions vésicales douloureuses et répétées. La sonde ramenait quelques gouttes d'urine seulement, urine claire, plutôt décolorée.

En même temps survenait de l'angoisse, de l'agitation; la petite malade, calme jusque-là, voulait absolument se lever. Le troisième jour, la température montait à 38°9. Le pouls devenait rapide, petit, et la dyspnée apparaissait, dyspnée intense, forçant la malade à rester presque assise sur le lit et allant jusqu'à 50 et 60 respirations par minute.

Sous l'influence de la morphine, les symptômes s'amendèrent un peu, mais le soir du troisième jour, les crises de dyspnée, l'angoisse générale ne firent qu'augmenter; puis la malade se plaignit d'une soif ardente, et se mit à vomir tout ce qu'on lui donnait.

Enfin, le matin du quatrième jour, elle tomba dans le coma et succomba bientôt après.

A l'autopsie, on ne constata aucune inflammation de la cavité abdominale; le pédicule était tout à fait sain, pas traces de pus à sa surface et autour de lui. Les principaux viscères étaient normaux. Mais il n'en était pas de même des reins.

Les deux uretères avaient été comprimés à leur passage dans le petit bassin, surtout le droit; et les reins correspondants présentaient des lésions de dilatation les plus nettes; le rein droit avait presque entièrement disparu comme parenchyme. Le parenchyme du rein gauche était mieux conservé, mais la substance corticale était très atrophiée, très indécise comme limites. En outre, on notait une apparence congestive remarquable du tissu rénal; la surface capsulaire était lisse, tendue, sans trace des bosselures normales; et çà et là, dans les portions restantes de substance corticale, elle-même de couleur rougeâtre, on apercevait comme de petits points hémorragiques. L'analyse histologique démontra, en effet, une congestion intense du tissu cortical avec de petits extravasats sanguins autour des *tubuli contorti* et dans les glomérules.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 décembre 1893. — Présidence de M. Perier.

RAPPORT

Traitement du prolapsus utérin par l'hystérectomie vaginale. — M. QUÉNU fait un rapport sur deux observations de M. Lejars. Dans la première il s'agit d'une femme de soixante-seize ans, atteinte depuis 30 ans d'un prolapsus complet de l'utérus : hystérectomie vaginale, suture du fond du vagin, résultat excellent.

La seconde observation a trait à une femme de cinquante-huit ans, atteinte de prolapsus, chez laquelle M. Lejars pratiqua la même opération, en excisant, de plus, un lambeau du vagin. Il conclut que chez les femmes ayant dépassé la période de la ménopause, alors qu'il n'y a plus de grossesse possible, l'hystérectomie totale; avec suture du fond du vagin, est l'opération de choix dans le cas de prolapsus invétéré de l'utérus.

M. Quénu fait remarquer que cette opération n'est pas nouvelle : elle a été pratiquée pour la première fois par Langenbeck en 1828; tombée d'abord en désuétude, elle a été de nouveau remise en honneur par Martins, en 1880, et pratiquée depuis cette époque par divers chirurgiens allemands et anglais. En France, depuis 1886, MM. Richelot, Terrillon, Bouilly y ont eu plusieurs fois recours; à l'heure actuelle, on en connaît en tout 40 observations.

D'après M. Quénu, cette opération ne doit être faite qu'au voisinage de la ménopause; le prolapsus doit être complet; l'insuffisance des ligaments suspenseurs de l'utérus et le relâchement du vagin et du périnée doivent être tels que ces régions ne sont plus restaurables.

Chez les femmes réglées, susceptibles de grossesse, l'indication opératoire est tout autre : on pratiquera de préférence l'hystéropexie qui a pour avantage de conserver l'utérus.

M. Quénu a pratiqué quatre fois l'hystérectomie vaginale pour prolapsus chez les femmes âgées de quarante-quatre à soixante-huit ans, avec ou sans kolpo-périnéorraphie ; chez toutes, les résultats ont été très satisfaisants. Lorsque l'utérus est enlevé, il suture l'un à l'autre, en dehors du vagin, les deux pédicules des ligaments larges, puis il suture le péritoine au bord antérieur de cette sangle, pour empêcher la sortie des viscères abdominaux, et rentre le tout dans le petit bassin. Pour compléter l'opération, il suture ensuite les lambeaux du vagin. Pendant la cicatrisation, cette sangle improvisée se rétracte en haut et devient ensuite assez résistante pour s'opposer à toute espèce de hernie.

COMMUNICATIONS

Traitement de l'anus artificiel par l'entérorraphie latérale. — M. FERRIER (de Nancy) a pratiqué l'opération suivante chez un jeune homme atteint d'occlusion intestinale pour laquelle on avait dû créer un anus iliaque. Plusieurs mois après cette première intervention, l'intestin s'était prolabé à travers l'anus iliaque, les bords de l'orifice étaient devenus le siège d'érythème. Le 30 août 1893, M. Ferrier, après avoir désinfecté la peau voisine de l'orifice, réduisit d'abord le prolapsus, puis, après avoir pratiqué, au-dessus du ligament de Fallope, une incision parallèle à l'arcade crurale, ouvrit le péritoine, disséqua l'anse intestinale, siège de l'anus, aviva les bords de l'orifice et les sutura l'un à l'autre ; l'intestin fut ensuite réduit dans l'abdomen et le ventre refermé. Le cours des matières se rétablit rapidement et aujourd'hui l'opéré est complètement guéri.

M. SCHWARTZ a pratiqué, il y a dix mois, de la façon suivante, une cure d'anus artificiel chez un homme de vingt-cinq ans. Il appliqua d'abord l'entérotome de façon à détruire la cloison intermédiaire, puis, quatre semaines après, il fit la cure radicale de l'anus, suivant la méthode de M. Chaput : après avoir libéré les deux bouts de l'intestin et abrasé la muqueuse à la curette, il réunit les deux surfaces cruentées à l'aide d'un double plan de sutures et referma par-dessus la paroi abdominale. Pansement avec un tampon de gaze iodoformée. Les suites de cette opération furent très simples ; une fistulette secondaire donna issue à une faible quantité de matières, puis elle se ferma spontanément.

Au bout d'un mois, le malade était complètement guéri.

Typhlite simulant la coxalgie. — M. KIRMISSON rend compte d'une observation de M. Ménard (de Berck). Il s'agit d'une fille de quatorze ans, envoyée à l'hôpital maritime avec le diagnostic de coxalgie. Elle présentait, seulement depuis plusieurs mois, des douleurs de la hanche et de la claudication. En l'examinant sous le chloroforme, M. Ménard ne trouva pas les symptômes habituels de la coxalgie, mais reconnut une tuméfaction profonde dans la fosse iliaque droite. Dans la soirée qui suivit cet examen l'interne de service, en explorant de nouveau l'abdomen, sentit une rupture se faire sous sa main. Des symptômes de péritonite grave se déclarèrent ; le lendemain, M. Ménard ouvrit la fosse iliaque, y trouva un pus fétide et l'appendice collé près du bord supérieur de l'os iliaque ; il se présentait à sa base près du cæcum une petite perforation qui fut suturée.

Comme il s'agissait, de plus, d'une péritonite généralisée, M. Ménard fit une laparotomie médiane pour faire un lavage complet du péritoine, puis referma l'incision médiane, et draina la fosse iliaque.

Les suites de cette intervention furent très favorables. Toutefois, la jeune fille a continué à souffrir et M. Ménard se demande s'il ne s'agit pas d'une infiltration tuberculeuse du cæcum.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de pathologie interne (1), par le professeur DIEULAFOY.

Le professeur Dieulafoy vient de publier la 7e édition de son « Manuel de pathologie ». La faveur avec laquelle le public médical avait accueilli les éditions précédentes, a engagé l'auteur à faire, à l'occasion de celle-ci, un remaniement complet de son œuvre. Aussi, aujourd'hui, sans les trois volumes que comporte l'ouvrage, aurait-on quelque peine à reconnaître le Manuel de la première édition, qui ne comprenait, on s'en souvient, qu'un seul volume. Le canevas est bien resté le même, mais les mailles en ont été remplies par une foule de données scientifiques acquises dans ces dernières années.

Au nombre des chapitres qui ont reçu les addenda les plus nombreux, nous citerons les fièvres éruptives, en particulier la rougeole et la scarlatine ; les complications de ces deux maladies ont été, de la part du professeur Dieulafoy, l'objet d'une étude toute particulière et lui ont fourni l'occasion d'exposer les recherches récentes sur la nature microbienne des diverses broncho-pneumonies.

La diphtérie et le diagnostic bactériologique des angines pseudo-membraneuses forment un chapitre des plus instructifs; leur étude est d'un intérêt à la fois scientifique et pratique, elle montre bien de quel secours peuvent être les recherches bactériologiques pour porter un pronostic et instituer un traitement. Dans le même ordre d'idées, nous signalerons le remaniement complet de l'histoire de la péricardite ainsi que de celle des pleurésies, étudiées déjà dans les éditions antérieures avec une prédilection manifeste et voulue. Puis viennent la syphilis cérébrale et la syphilis nasale, le traitement de la fièvre typhoïde et celui des maladies du cœur auxquels M. Dieulafoy a consacré de nombreuses pages fort intéressantes. Avec le diabète et la maladie de Bright, nous arrivons à la description de deux maladies dont les travaux antérieurs de l'auteur devaient rendre la lecture particulièrement profitable ; l'étude des petits accidents du diabète, la pathogénie et le pronostic de la maladie de Bright, le chloro-brightisme constituent la note originale de cette partie de l'ouvrage.

Une foule d'autres articles ont été remaniés complètement : de ce nombre sont le tétanos, le choléra, la morve et le farcin. La partie bactériologique de chacune des maladies infectieuses a été traitée avec le plus grand soin, afin de mettre rapidement le lecteur au courant des innombrables travaux parus sur ce sujet dans ces dernières années. Enfin, cette nouvelle édition renferme bon nombre de chapitres qui n'avaient pas trouvé place dans les éditions précédentes ; à cette catégorie appartiennent les fausses tuberculoses du poumon, les pneumokonioses, les bronchites pseudo-membraneuses, la lithiase broncho-pleuro-pulmonaire, l'actinomycose, la myélite syphilitique, la blennorragie, le chancre mou, la peste, la fièvre jaune, la dengue, la maladie de Thomsen, l'obésité, enfin, une foule d'intoxications.

Quant aux qualités maîtresses de cet ouvrage, la clarté de l'exposition, la condensation des matériaux utilisés, la netteté du style, on les retrouve au grand complet à chaque page. Ce sont elles qui, jointes à l'autorité scientifique de l'auteur, ont fait de ce « Manuel de pathologie » jusqu'à ce jour le *vade mecum* de l'étudiant et du médecin, ce sont elles encore qui assureront à cette édition le même succès qu'aux précédentes.

C. GIRAUDEAU.

Les bains froids dans les formes typhoïdes des maladies infectieuses (2), par H. FAURE-MILLER.

Voici les conclusions de cet intéressant travail :

1° Dans les formes typhoïdes des maladies infectieuses (formes malignes des anciens auteurs), il faut prescrire les bains froids, qui constituent la thérapeutique de choix.

(1) 3 vol. in-18. Prix : 20 francs. — Paris, G. Masson.
(2) Gr. in-8°. Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

2° Le principe de la méthode réfrigérante peut s'exprimer ainsi : donner un nouveau bain, dès que les effets utiles du bain précédent n'existent plus.

3° La formule de Brand : bain à 18 ou 20 degrés toutes les trois heures, lorsque la température rectale atteint 39 degrés, et d'une durée d'un quart d'heure environ, répond à la majorité des cas, mais il faut savoir la modifier suivant les circonstances et faire toujours une balnéothérapie d'indications.

4° La désintégration cellulaire, la rétention des produits toxiques, telles sont les conditions pathogéniques des états graves. Toute médication qui s'opposera aux désintégrations et favorisera la diurèse, devra donc être choisie. Le bain froid, à ce double titre, l'emporte sur toutes les autres méthodes de traitement : telle est la cause de sa supériorité.

5° Le bain froid n'est pas seulement un diurétique puissant, c'est, de plus, un antithermique, un tonique du cœur et des vaisseaux et un névro-sténique de premier ordre.

6° C'est, bien plus que l'hyperthermie, l'état général, l'étude du cœur et du pouls, l'examen des urines, les symptômes nerveux qui dictent l'opportunité des bains froids.

7° La médication réfrigérante est une médication prophylactique : elle prévient les complications et empêche les dégénérescences ; il y a donc intérêt à prescrire les bains froids le plus tôt possible, dès qu'apparaissent les symptômes typhoïdes, l'efficacité du traitement est en raison directe de la précocité de l'intervention thérapeutique.

8° La thérapeutique des bains froids est inoffensive : elle ne produit ni complications rénales, ni complications pulmonaires ; elle améliore, au contraire rapidement, ces accidents quand ils existent.

9° Les contre-indications vraies, tirées de l'examen des faits et non point d'idées purement théoriques, sont excessivement rares. Seul, les accidents qui exigent le repos absolu du malade, tels que la perforation dans la dothiénentérie, sont des contre-indications formelles des bains froids. Même lorsque l'adynamie cardiaque est intense et que la myocardite se révèle, il ne faut renoncer aux bains que dans les étroites limites que nous avons tracées.

10° Pendant toute la durée du traitement, le malade devra être alimenté : on lui donnera de 5 à 6 litres de boissons dans les vingt-quatre heures (lait, limonade, bouillon). Il sera, le plus souvent, utile d'associer la médication tonique à la médication réfrigérante.

11° On ne doit plus considérer aujourd'hui la méthode des bains froids que comme une méthode scientifique, dont la valeur ne saurait être contestée ; elle s'appuie sur les données les plus récentes de la science; elle répond à des indications cliniques précises; elle est légitimée par les résultats que les statistiques montrent évidemment supérieurs à ceux donnés par les autres méthodes de traitement.

Nous nous rallions, pour notre part, à peu près entièrement aux conclusions qui précèdent. Nous sommes grand partisan des bains froids, que nous employons avec succès dans la fièvre typhoïde, mais nous devons dire que nous avons été quelquefois arrêté dans leur administration, par un certain nombre d'accidents que ne signale pas le docteur Faure-Miller. Nous avouons que les hémorragies intestinales nous ont toujours amené à suspendre les bains froids lorsqu'elles se sont produites ; nous avons vu des malades traités par les bains froids, présenter des douleurs rhumatoïdes assez intenses pour rendre leur mobilisation très pénible, ce qui nous a fait renoncer, pour eux, à l'hydrothérapie froide.

Nous avons vu aussi des typhiques atteints de bronchite, soumis aux bains froids, avoir des quintes de toux d'une grande violence et rebelles aux calmants, alors que l'usage des bains tièdes les a beaucoup calmées. D'autres fois, c'est la dyspnée de la broncho-pneumonie qui a cédé aux bains tièdes, alors qu'elle avait résisté aux bains froids. Chez une jeune fille très nerveuse, atteinte de dothiénentérie, la température remontait à 40 degrés, d'un bain froid à l'autre; elle ne les prenait qu'avec une extrême appréhension. Elle ne dépassa plus jamais 39 degrés à partir du jour où ils furent supprimés.

Et cependant, je le répète, je suis très partisan des bains froids dans la fièvre typhoïde et les états typhoïdes, bien que le plus souvent j'atténue la formule de Brand, mais je crois que pour leur emploi, comme pour l'emploi de toute espèce de médication, il faut savoir se comporter suivant des indications assez variables. Il faut savoir se guider d'après les circonstances, atténuer au besoin les rigueurs d'une formule un peu trop lapidaire dans sa simplicité séduisante. A. M.

La glande thyroïde et les goîtres (1) par le docteur A. Rivière.

Cet intéressant travail est la thèse de doctorat d'un interne, lauréat des hôpitaux de Lyon.

Au point de vue anatomo-pathologique, l'auteur admet les variétés suivantes :

1° L'hypertrophie simple, avec augmentation parallèle de tous les éléments de la glande. Cette forme aboutit, en vieillissant, à la sclérose, avec rétraction et atrophie des cellules parenchymateuses ;

2° Les néoplasies malignes qui comprennent :

a. Le type fœtal caractérisé par la production de tubes et follicules glandulaires ;

b. Le type adulte caractérisé par la production de matière colloïde en excès et le type radiaire sans anastomose de la circulation, sans circulation lacunaire, comme dans le type fœtal.

Souvent on trouve des microbes d'une virulence très atténuée dans les tissus des goîtres. Leur présence explique sans doute les poussées que subissent quelquefois les goîtres à la suite d'une maladie infectieuse.

Consultations médicales sur quelques maladies chroniques (2), par J. Grasset.

Ce petit volume en est à sa seconde édition ; c'est là un succès qui s'explique facilement. Les praticiens se sont naturellement montrés curieux de savoir quelle était la pratique du jeune maître de l'école de Montpellier. Ils n'ont pas trouvé dans ce petit manuel la surabondance de formules compliquées dont s'enorgueillissent des formulaires plus volumineux. Ils y ont trouvé, sous une forme très simple, le résumé de la pratique, elle-même très simple, d'un médecin intelligent, instruit et bon clinicien.

Cette seconde édition a été revue et corrigée ; elle est suivie de l'exposé de quelques principes de déontologie médicale; sans avoir la prétention de codifier les devoirs des médecins entre eux, M. Grasset a voulu exposer son opinion d'une façon nette et précise. Souhaitons que tous nos confrères s'inspirent des règles qu'il donne dans ce formulaire de déontologie.

Maladies des pays chauds (3), par H. de Brun.

Professeur de clinique à la Faculté de Beyrouth, médecin sanitaire de France en Orient, M. H. de Brun était tout indiqué pour la rédaction de ce petit manuel des maladies des pays chauds. Dans un premier volume de la même collection, il a exposé l'histoire des maladies climatériques et des maladies infectieuses. Dans ce second volume, on trouvera les maladies du tube digestif (dysenterie et parasites de l'intestin), les maladies du foie, des lymphatiques et de la peau, etc. On y trouvera des chapitres importants de pathologie : abcès du foie, éléphantiasis, filariose, bouton d'Alep, pied de Madura, etc.

A notre époque d'expansion coloniale, tous les médecins peu-

(1) Gr. in-8°. Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-18. Prix : 4 francs. — Montpellier, C. Coulet; Paris, G. Masson.

(3) Petit in-8° (Encycl. scient. des aide-mémoire). Prix : broché, 2 fr. 50. — Paris, Gauthier-Villars et G. Masson.

vent se trouver en présence de maladies exotiques venues des pays chauds : de là l'utilité d'un petit manuel de ce genre, que son auteur a su rendre clair, tout en évitant les détails inutiles.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour la médaille d'or (chirurgie) vient de se terminer par les nominations suivantes :

Médaille d'or, M. Ch. Souligoux ; médaille d'argent, M. Cazin; accessit, M. Genouville.

— Par décret, en date du 18 décembre 1893, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Humbert (Marie-François), médecin-major de deuxième classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. Feuillade (Michel-Julien), médecin aide-major de première classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Thorion (Joseph-Henri); Panas (Antoine-Jeannidès); Martin (Félix-Jean-André); Gossart (Albert-Auguste); Boëteau (Louis-Adrien); Duros (Pierre-Ernest); de Saint-Germain (Louis-Auguste-Georges); Duvacher (Louis-Thomas); Caye (Alphonse-Michel-Marie); Frémicourt (Auguste-Edmond); Lobstein (Charles-Frédéric); Osmont (Maurice-René); Moreau (Auguste-Charles-Joseph); Marois (René-Alexandre-Théophile); Ransquins (Ernest-Émile); Wagner (Robert-Adolphe); Lemelletier (Jules-Jean); Adam (Charles-Maurice); Pertat (Marie-Joseph-Gabriel-Arsène); Stoup (André); Haslé (Albert-Guy-Pierre); Lafond (Marie-Eusice-Fernand); Galard (René-François-Henri); Charuel (Léon-Christophe-Arnold); Pérignon (Constant-Louis-Léon); Hyvernaud (Charles-Antoine-Alfred); Guedeney (Charles-Jules); Desforges (Auguste-Paul); Demirleau (Georges-Charles); Lucron (Alfred-Amédée); Decourt (Edgard-Henri-Fernand); Angibaud (Jacques-André-Hébert); Duffner (Paul-Antoine); Houël (Ernest-Félix-Alfred); Frémin (Eugène-Marie); Huguenin (Denis-Joseph-Irénée); Cousin (Paul-Abel); Mantelin (Joseph-Alexandre-Désiré); Faidherbe (Alexandre-Joseph); Chambelland (Émile); Wilhelm (Eugène-Joseph); Bruneau (Félix-Adolphe-Marie); Guédon (Pierre-Félicien); Colas (Albert-François-Marie); Brin (René); Carette (Omer-Gabriel-Joseph); Guillaumont (François-Xavier-Joseph-Victor); Braise (Charles-Albert).

— *Concours de l'externat.* — Questions données : « Symptômes et diagnostic de la scarlatine. — Symptômes et complications du rhumatisme articulaire aigu. »

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Gavaudan (de Bédarieux), Giscaro (de Toulouse), Henrard (de Herstal), Monceaux (de Paris), Motte (de Dinant) et Ch. Richon (de Saint-Amand).

— *Revue générale des sciences pures et appliquées* (15 décembre), n° 22. — E. Risler et G. Wéry : Le drainage rationnel des terres. — F. Henneguy : La biologie cellulaire étudiée par la mérotomie. — Dr P. Budin : Lait stérilisé et allaitement (2e partie : allaitement).

— Chemin de fer d'Orléans. — *Fêtes du premier de l'an 1894.* — A l'occasion des fêtes du premier de l'an 1894, la Compagnie d'Orléans a décidé que les billets aller et retour à prix réduits, qui seront délivrés aux conditions de son tarif spécial G. V. n° 2, du jeudi 28 décembre inclus au jeudi 4 janvier inclus, seront valables pour le retour jusqu'aux derniers trains du vendredi 5 janvier.

Ces billets conserveront la durée de validité déterminée par ledit tarif lorsqu'elle expirera après le 5 janvier.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Fêtes du jour de l'an.* — A l'occasion des fêtes du jour de l'an, les billets d'aller et retour à prix réduits, délivrés du 28 décembre au 1er janvier 1894, en vertu du tarif spécial G. V. n° 2, seront tous valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 5 janvier.

Les billets d'aller et retour de ou pour Paris, Lyon et Marseille, conserveront leur durée normale de validité lorsqu'elle sera supérieure à celle fixée ci-dessus.

— *Excursion en Égypte et sur les bords du Nil* (du 15 janvier au 22 février 1894). — Itinéraire : Paris, Milan, Brindisi, Alexandrie, Le Caire, Memphis, Héliopolis, Sakkarap, Apis, excursion sur le Nil juspu'à la première cataracte, Assiout, Denderah, Luxor, les ruines du temple de Karnak, Thèbes, Assouan, l'île Éléphantine, Edfon, Le Caire (excursion facultative à Ismaïlia, Suez et Port-Saïd), Alexandrie, la Sicile, Messine et Naples. — Retour à volonté par Rome, Gênes, Nice, Marseille et Paris.

Prix de l'excursion : 1re classe sur tout le parcours, en France, en Italie et en Égypte, **2230** francs; 1re classe en France et en Égypte, 2e classe en Italie, **2150** francs.

Ces prix comprennent : 1° les billets de chemins de fer en France, en Italie et en Égypte; 2° les passages en 1re classe à bord des paquebots de Brindisi à Alexandrie et d'Alexandrie à Messine et Naples; 3° les voitures et bateaux pour les excursions; 3° les frais de nourriture et de logement dans les principaux hôtels; 5° les guides attachés à l'excursion. — Le tout suivant les conditions du programme et des billets remis à chaque excursionniste.

Le nombre des places est limité.

Les souscriptions sont reçues, dès maintenant, à Paris : aux bureaux des « Indicateurs Duchemin », agence française des voyages, 20, rue de Grammont.

On peut se procurer des prospectus détaillés : 1° à la gare de Paris P.L.M. et dans les bureaux-succursales de la Compagnie : rue Saint-Lazare, 88; rue des Petites-Écuries, 11 ; rue de Rambuteau, 6; rue du Louvre, 44; rue de Rennes, 45; rue Saint-Martin, 252; place de la République, 16; rue Sainte-Anne, 6, et rue Molière, 7; rue Étienne-Marcel, 18; 2° au bureau général des billets de chemins de fer de l'Hôtel Terminus de la gare de Paris Saint-Lazare (General Ticket Office).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le méro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en leur recommandant le Lait stérilisé et en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numero : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La majeure partie de la séance ayant été occupée par des rapports et par des élections, nous n'avons pu entendre que deux communications, l'une de M. Germain Sée, sur les méprises entre les maladies de l'estomac et celles de l'intestin et sur les erreurs thérapeutiques qui en résultent; l'autre de M. Delagenière (du Mans), sur la thoraco-pneumoplastie dans les affections chirurgicales de la plèvre et du poumon.

On trouvera plus loin un résumé de ces deux communications. Qu'il nous suffise de dire ici que M. Sée a surtout voulu appeler l'attention sur une confusion qui se commettrait, selon lui, très fréquemment entre la vraie dilatation de l'estomac et une affection du gros intestin, à laquelle il donne le nom d'entérite mucino-membraneuse. Quant à M. Delagenière, sa communication a pour but de faire connaître un procédé de résection costale qui, dans six cas, lui a donné de bons résultats.

Parmi les communications officielles, nous devons signaler une proposition faite par M. Proust, au nom de la Commission des eaux minérales, relative à l'autorisation d'exploiter ces eaux. Cette proposition, mise aux voix, a été adoptée. Dorénavant, l'Académie accordera l'autorisation aux eaux minérales par la formule suivante :

« L'Académie déclare que, dans les conditions de captage, telles qu'elles résultent des déclarations du service des mines, la composition actuelle de l'eau — seule question pour laquelle l'Académie ait compétence — est telle que l'exploitation et la vente de cette eau peuvent, à son avis, être autorisées. Elle déclare, en même temps, que toute modification dans le captage, et en général dans la qualité et la quantité de l'eau, rendraient nul le présent avis.

« L'Académie déclare enfin s'opposer formellement à ce que cette eau porte sur ses étiquettes et prospectus : *autorisée* ou *approuvée par l'Académie de médecine*, ou toute autre mention analogue. »

L'Académie a procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicales. M. Laveran a été élu par 59 suffrages sur 79 votants.

M. Barié présente, à la Société médicale des hôpitaux (22 décembre), un tuberculeux atteint d'une *lésion de la langue* d'un diagnostic assez difficile. La première sensation éprouvée par le malade a été celle d'un noyau d'induration dans la langue, puis sont apparues des granulations qui se sont réunies sous forme d'ulcérations. Elles sont probablement de nature tuberculeuse, bien que les lésions du poumon se soient produites, semble-t-il, plus tard que celles de la langue.

L'opinion qui prévaut, parmi les membres de la Société, est qu'il s'agit d'une tuberculisation de la langue; ce diagnostic pourrait être confirmé par l'examen bactériologique et la découverte des bacilles de Koch. Si leur nature tuberculeuse se confirme, M. Fernet propose l'attouchement par le naphtol camphré. Si l'on ne rencontre pas de bacilles, on pourrait, comme le conseille M. Rendu, essayer un traitement anti-syphilitique énergique.

M. Chantemesse fait une communication sur l'*aphasie pneumonique passagère*. Elle est, en somme, un incident de l'hémiplégie passagère que l'on a quelquefois signalée chez les pneumoniques et dont la pathogénie est restée très obscure. Tous les faits d'aphasie, qu'a observés M. Chantemesse, se sont accompagnés d'hémiplégie droite, également passagère, mais plus durable. C'est ordinairement le second ou le troisième jour de la maladie que se montre le trouble du langage; parfois l'aphasie motrice est complète, parfois elle est seulement partielle et le malade ne perd que certains mots qu'il défigure plus ou moins ou qui font totalement défaut. Parfois il ne comprend plus que très incomplètement ce qu'on lui dit : il y a donc en même temps un certain degré de surdité verbale.

La survenue de l'aphasie et de la parésie hémiplégique droite est souvent annoncée par des phénomènes encéphaliques : céphalalgie, vertige, étourdissements, perte de connaissance, apoplexie légère.

L'aphasie disparaît, en général, au bout de quelques jours, et même de vingt-quatre heures seulement. L'hémiplégie concomitante dure plus longtemps; elle peut persister pendant des semaines.

Ces phénomènes ne peuvent guère être rattachés à des lésions matérielles étendues de l'encéphale.

M. Chantemesse se demande donc si l'action exercée par les microbes ou les toxines microbiennes sur l'artère sylvienne ne peut pas suffire à tout expliquer.

Mais pourquoi les microbes ou les toxines choisiraient-ils de préférence l'artère sylvienne gauche pour exercer leurs méfaits? Y aurait-il donc des embolies microbiennes projetées dans cette artère par la voie la plus directe, à la façon des autres embolies? Du reste, pour décider qu'il n'y a pas de lésion matérielle, il faudrait un examen microscopique minutieux. Mais quelle que soit l'incertitude de la pathogénie, le fait clinique n'en reste pas moins des plus intéressants.

La discussion sur le *rein mobile et la dyspepsie* continue. M. Le Gendre s'occupe surtout de la pathogénie de la néphroptose. Sauf la grossesse, on retrouve, chez l'homme et chez la femme, les mêmes causes possibles de mobilité du rein; or, la grossesse n'explique pas toutes les néphroptoses, il faut donc invoquer autre chose, cette autre chose doit être le corset. Le foie augmente de volume sous l'influence des troubles de la digestion gastro-intestinale, et souvent aussi de la dilatation de l'estomac; prenant son point d'appui sur le corset, il chasserait le rein de sa loge en se développant de haut en bas, c'est la théorie soutenue depuis 1884 par M. Bouchard. Les neuro-arthritiques seraient surtout prédisposés en vertu de la tendance de leurs tissus au relâchement. Chez les jeunes filles ainsi menacées en vertu même de leur tempérament, on ne devrait donc permettre que l'usage intermittent d'un corset souple.

M. Mathieu, qui, du reste, n'a pas abordé la pathogénie dans son travail sur le rein mobile, objecte qu'étant donné le nombre considérable des cas de rein mobile, on a certainement accordé trop d'importance à la dilatation de l'estomac. La néphroptose est certainement beaucoup plus commune que l'ectasie gastrique avec stase permanente. Quant à l'augmentation du volume du foie, il l'a recherchée chez beaucoup de ses malades sans la rencontrer. Cela ne veut pas dire du reste que le foie ne soit pas pour quelque chose dans le mécanisme de la luxation du rein; le foie, comprimé par le corset, presse obliquement sur le rein, qui tend à s'échapper en bas à la façon d'un noyau de cerise, mais il n'a pas besoin, pour cela, d'être hypertrophié.

M. Frantz Glénard (de Lyon) a donné lecture d'un long travail sur la néphroptose. Il l'a, à l'heure actuelle, sur 4215 individus examinés, trouvée 537 fois. Avant lui, on n'avait pas idée de cette fréquence si grande, beaucoup plus grande encore si l'on ne considère que les femmes. Cette fréquence a été confirmée par tous les auteurs qui, à l'exemple de M. Glénard, ont recherché systématiquement le rein mobile. MM. Glénard et Mathieu sont, du reste, complètement d'accord sur les données statistiques et les signes objectifs de la néphroptose. Là où leurs opinions divergent, c'est lorsqu'il s'agit de la pathogénie des accidents dyspeptiques et neurasthéniques, assez souvent observés chez les malades atteints de rein mobile. Pour M. Mathieu, le rein mobile, souvent latent, aggrave la dyspepsie et la neurasthénie chez les prédisposés et leur donne quelquefois des allures particulières. Pour M. Glénard, c'est par l'entéroptose concomitante que devraient s'expliquer ces phénomènes. Cette question sera prochainement traitée dans le corps du journal avec les développements qu'elle comporte.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Paul Reclus.

Hystérectomie vaginale et suppurations pelviennes.

Aux 19 laparotomies dont je vous ai entretenus dans ma précédente clinique (1), je n'ai à opposer que 4 hystérectomies vaginales. Vous savez que, l'année dernière, pour un nombre à peu près égal de suppurations pelviennes, j'avais eu recours 12 fois à l'hystérectomie et 11 fois à la laparotomie. On était encore à l'aurore de l'hystérectomie et j'avais quelque tendance à multiplier ses indications. Maintenant mes idées, sur ce point, sont devenues plus précises, et si mon opinion n'a guère varié dans ses grandes lignes, il est certain qu'une plus longue expérience a apporté quelques tempéraments à ma pratique primitive.

Le résumé de mes quatre observations sera bref : mes malades avaient vingt, vingt et un, trente-cinq et quarante-six ans. Leur suppuration pelvienne avait pour cause une infection puerpérale, fort récente dans un cas, très ancienne dans les trois autres. L'utérus, immobile dans le petit bassin, ne pouvait, même par des tractions énergiques, être abaissé vers la vulve; les masses inflammatoires qui remplissaient tout le pelvis, débordaient à l'hypogastre où l'on sentait des bosselures irrégulières et dures. La fièvre survenait par accès dans trois cas; elle était permanente chez la quatrième malade, dont l'état général, peu satisfaisant chez les trois autres, était ici véritablement déplorable : pâleur extrême de la face, sueurs nocturnes, faiblesse progressive, anorexie complète, constipation, avec tous les signes locaux d'une péritonite à marche tantôt aiguë et tantôt subaiguë.

Les interventions n'ont rien présenté de spécial : j'ai morcelé l'utérus en me portant tout d'abord sur sa paroi antérieure; dans un cas, le tissu était si friable, que la matrice un instant s'est perdue, et qu'il m'a été difficile d'en retrouver et d'en extirper les débris. J'ai dû me guider sur la pince laissée à demeure sur le segment postérieur du col. Dans tous les cas, j'ai crevé, en séparant la vessie et en ouvrant le cul-de-sac postérieur, des kystes séreux ou des poches purulentes. Le liquide citrin des premiers a été très abondant deux fois; une fois il ne paraissait pas dépasser une cinquantaine de grammes, une fois il a manqué. Dans aucun cas, l'utérus n'a pu être libéré de ses adhérences assez pour basculer après le dégagement de son fond, et c'est sur place, au haut du vagin, que nous avons dû le morceler. C'est dire que l'opération a toujours été laborieuse.

Dans trois sur quatre de nos cas, les annexes, ovaires et trompes, n'ont pu être extirpées; nous avons eu beau tirer sur les cornes utérines, porter les doigts dans la profondeur pour détacher les adhérences, nous n'avons déchiré que quelques lambeaux, et la plus grande partie est restée enclavée dans les coulées plastiques péri-utérines. Une seule fois, dans le dernier de nos cas, nous avons pu dégager les annexes hypertrophiées et purulentes, et les sectionner après avoir mis une pince sur le pédicule. Dans les 12 hystérectomies que j'ai pratiquées l'année dernière, la proportion était beaucoup moindre des annexes adhérentes et laissées dans le ventre. Mais j'intervenais plus volontiers par la voie vaginale et je ne réservais pas systéma-

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 1347.

tiquement cette opération aux cas d'une gravité particulière.

Ces 4 hystérectomies vaginales pour suppuration pelvienne m'ont donné 3 guérisons et 1 mort. Je ne parle ici que de guérison opératoire. Ces malades nous ont quitté au bout de trois à six semaines; toutes allaient fort bien, même une d'entre elles chez qui, vers le troisième jour, des matières fécales avaient apparu dans le vagin, mais cette fistule stercorale n'avait pas été de longue durée, et tout passage anormal s'était supprimé avant le départ de l'hôpital. Une mort sur quatre opérées, le résultat n'est pas brillant, et si nous voulions faire un pourcentage, cette léthalité serait pour arrêter les mains timides. Mais heureusement que nous n'en sommes plus à considérer les chiffres bruts : la laparotomie n'eût certainement pas sauvé notre malade affaiblie, en pleine fièvre hectique : notre intervention trop tardive n'a pu triompher d'un cas trop défavorable, et voilà tout.

En effet, cette question de gravité respective des deux opérations, rivales encore, et qu'on a, d'après nous, le tort d'opposer l'une à l'autre, me paraît jugée par les statistiques contradictoires publiées par les parties adverses. Je pensais, il y a trois ans, que l'hystérectomie vaginale serait moins meurtrière que la laparotomie : je ne le crois plus à cette heure, et je pense que, à ce seul point de vue et toutes choses égales d'ailleurs, les deux opérations se valent. M. Terrier accuse 7 cas de mort sur 59 laparotomies pour suppurations pelviennes; mais il fait remarquer que s'il divise ses opérations en deux séries, l'une comprenant les cas de 1888, 1889 et 1890, l'autre ceux de 1891 et 1892 : la première donne 5 morts sur 28, soit une mortalité de plus de 17 p. 100, tandis que la seconde n'a plus que, 2 morts sur 31 opérations, soit moins de 6 p. 100; M. Delagenière a eu 21 guérisons sur 22 cas, soit une mortalité de 4,5 p. 100; M. Pozzi sur 82 cas a eu 77 guérisons et 5 morts, soit une mortalité de près de 7 p. 100. Mais, d'autre part, il signale une nouvelle série de 19 interventions sans aucune mort; vous avez vu, dans ma dernière clinique, que cette année, juste le même nombre de laparotomies pour suppurations pelviennes m'a donné le même résultat, pas un seul décès.

Voyons maintenant les statistiques de l'hystérectomie vaginale : M. Paul Segond fournit un premier relevé portant sur 102 cas avec 11 morts; mais comme, sur ces 102 cas, la suppuration n'existait que 55 fois, les résultats ne sont pas évidemment très beaux; depuis, il est vrai, ils se sont améliorés et dans une nouvelle série de 21 cas, il n'y a eu qu'une mort, soit une léthalité de moins de 5 p. 100; enfin M. Jacobs (de Bruxelles) « a fait 117 hystérectomies vaginales pour suppurations pelviennes avec une seule mort ». Ne ressort-il pas de tous ces chiffres et de ceux que l'on trouve dans la thèse de notre élève distingué, M. le docteur Lafourcade — ils portent sur 375 hystérectomies — que, sous le rapport de la gravité opératoire, il n'y a pas lieu de préférer l'une à l'autre voie, la laparotomie à l'hystérectomie? Cet argument, que j'invoquais naguère en faveur de l'hystérectomie vaginale, je dois donc l'abandonner aujourd'hui, et les deux opérations, du moins à ce point de vue, doivent être renvoyées dos à dos.

Ce qui, l'année dernière encore, me faisait admettre la supériorité de l'hystérectomie, c'étaient les manœuvres vraiment aveugles auxquelles, dans la laparotomie, on se livrait pour extirper les poches purulentes. La décortication amenait souvent la rupture de parois friables et le pus pouvait inoculer la séreuse et les anses intestinales, qui font irruption dans le foyer opératoire. Cet accident était des plus fréquents et si les péritonites mortelles n'étaient pas plus nombreuses, je crois qu'il faut en rendre grâce moins aux lavages à l'eau bouillie qu'à la stérilité si souvent constatée du contenu de tant de salpingites. Or, dans l'hystérectomie, le pus des foyers ouverts descend naturellement dans le vagin et s'écoule au dehors. N'est-ce pas un avantage marqué? J'avoue qu'il pesait d'un grand poids dans ma balance et dans les suppurations pelviennes bilatérales, pour peu qu'elles fussent vieilles et volumineuses, j'optais pour l'hystérectomie.

Il est certain que les extirpations aveugles, quelle que soit l'habileté d'un doigt dès longtemps exercé, n'étaient pas sans dangers. J'en trouve la preuve dans le mémoire de M. Terrier : ne dit-il pas que si, à partir de 1891, la mortalité s'est abaissée dans ses mains, de plus de 17 à moins de 6 p. 100, c'est que, « depuis cette époque, il a systématiquement cherché à opérer sous le contrôle de la vue, au lieu de se borner à arracher, en quelque sorte à l'aveuglette, les annexes du bassin. C'est, en effet, en décembre 1890, qu'il a commencé à employer la position élevée du bassin... Cette position, jointe à l'emploi de compresses recouvrant l'intestin, et de rétracteurs des bords de la plaie médiane, permet de bien voir jusqu'au fond du bassin. » Mon initiation a été plus tardive, mais les avantages de cette pratique m'ont semblé tels, que mon plus sérieux argument en faveur de l'hystérectomie vaginale s'en est trouvé singulièrement affaibli.

L'extirpation des annexes par la voie abdominale est donc devenue à la fois moins dangereuse, plus facile et plus complète. On a toujours reproché à l'hystérectomie vaginale d'être aveugle dans ses recherches et de laisser trop souvent dans le ventre tout ou partie des annexes, débris infectés qui peuvent être le point de départ d'une nouvelle pelvi-péritonite. On répondait, il est vrai, qu'après l'ablation de la matrice et la ligature des vaisseaux et des nerfs utéro-ovariens, ou du moins son équivalent, leur pincement par les pinces à pédicule, les annexes abandonnées ne tardaient pas à s'atrophier, mais si cette assertion est exacte pour la plupart des cas, il ressort des faits publiés dans les recueils scientifiques, que ces réveils de l'inflammation, pour être assez rares, ont été cependant notés; il en existe des observations indiscutables et nous en avons recueilli nous-même une fort nette.

Il y a quatre ans, je reçus, dans mon service de Broussais, une jeune femme atteinte de pelvi-péritonite puerpérale. Je pratiquai une incision dans l'hypogastre et j'évacuai plus d'un litre de pus : la guérison fut obtenue et, au bout d'un mois, mon opérée quittait l'hôpital. Moins de six mois après, elle rentrait et je constatais l'existence d'un double pyo-salpinx, pour lequel j'eus recours à l'hystérectomie vaginale : du pus s'écoula en grande abondance dès l'effondrement du cul-de-sac postérieur, mais il me fut impossible d'enlever les annexes adhérentes aux parois du petit bassin et perdues dans les néo-membranes. Le succès thérapeutique fut de courte durée : l'année suivante, ma malade venait pour des douleurs intolérables dans le bas-ventre et la laparotomie me permit d'enlever les ovaires du côté droit, volumineux et congestionnés par les dernières

règles; mais je ne pus arracher ceux de gauche qui, quelques mois après, forçaient la malade à rentrer de nouveau. Cette fois, je fus plus heureux et je pus compléter ma cure en décortiquant les annexes qui avaient résisté lors de ma précédente tentative; ils étaient distendus par une collection purulente, et c'était encore grâce à une fluxion mensuelle récente que je pus les détacher de leur gangue fibreuse.

Or ce fait n'est pas isolé : M. Boiffin en cite deux semblables dans une communication au dernier Congrès de chirurgie. Il parle d'une femme qui, après une hystérectomie vaginale où les annexes ne purent être décortiquées, vit apparaître une tuméfaction profonde sous la cicatrice, « nouvelle poussée inflammatoire dans les débris de l'ancien foyer purulent ». Dans un second cas, l'abcès survenu au niveau des poches anciennes s'ouvrit dans le rectum et une laparotomie ne fut pas nécessaire. On n'y eut pas recours non plus pour une autre malade, dont M. Delagenière rapporte l'histoire : elle est opérée par M. Segond, à la clinique Baudelocque, le 1er juillet 1891; malgré cette hystérectomie vaginale, elle est prise, au mois d'août 1892, « de douleurs abdominales vives, analogues à celles qu'elle ressentait autrefois au moment de ses époques. La malade n'a pas cessé de souffrir chaque mois davantage, au point d'en être réduite à garder le lit plusieurs jours. » La région ovarienne était soulevée par une petite masse douloureuse à la pression. Il ressort évidemment de ces faits que l'atrophie des annexes, après l'hystérectomie vaginale, n'est pas de règle absolue, comme nous le pensions autrefois. Il peut s'y réveiller une inflammation qui, dans notre cas, a nécessité une laparotomie.

Il résulte de cette discussion, que la voie abdominale assure une extirpation plus facile et plus complète des annexes enflammées, et, comme, d'autre part, les dangers de la laparotomie sont moindres depuis qu'on a imaginé la position élevée du bassin, nous avons modifié les conclusions de nos cliniques antérieures tout en considérant l'hystérectomie vaginale comme une des ressources les plus précieuses de la gynécologie, nous y recourons plus rarement et ses indications nous semblent moins nombreuses. D'ailleurs, nous ne saurions être plus entêté que nos adversaires. Rappelez-vous les affirmations intransigeantes de Pozzi : la laparotomie suffisait à tout et l'hystérectomie devait être prohibée; maintenant, il « lui fait une part ». Et celle-ci même est assez grande pour que, somme toute, je puisse souscrire à peu près sans réserves aux conclusions dernières de notre ancien contradicteur, celles qu'il nous donne dans la discussion du Congrès de chirurgie.

Comme nous, M. Pozzi admet la nécessité ou la supériorité de l'hystérectomie vaginale préliminaire dans les cas de « suppurations diffuses et anciennes englobant tous les tissus autour des annexes et ayant donné lieu à des désordres tels, que l'ablation d'une poche limitée paraît tout à fait impraticable », lésions multiples que, nous, nous désignons d'un seul mot et que nous nommons avec les vieux gynécologues : pachy-pelvi-péritonites. Il admet encore cette nécessité ou cette supériorité dans les « lésions non suppurées, mais très adhérentes et très anciennes, formant une masse où l'utérus et les annexes confondus sont soudés au petit bassin. Ici, l'ancienneté des lésions est une considération capitale ainsi que les poussées successives de pelvi-péritonites. » Il l'admet aussi dans les « fistules intarissables de la paroi abdominale ou du vagin succédant à la laparotomie avec ou sans drainage, et n'ayant cédé ni au curetage, ni à la dilatation, ni à la recherche d'un fil infecté resté dans la profondeur des tissus ». Il l'admet enfin lorsqu'il y a « persistance de tumeurs annexielles douloureuses à la suite d'une laparotomie qui a été impuissante à les extirper; c'est ce qu'on peut appeler l'hystérectomie secondaire ou complémentaire ».

Voilà le pas immense que trois ans de discussion ont fait faire aux adversaires de l'hystérectomie vaginale : les cas où ils considèrent maintenant « la voie inférieure » comme « une ressource précieuse », nous les visions, pour la plupart, dans notre premier mémoire et vous vous rappelez qu'ils sont inscrits dans la première conclusion de notre première clinique sur ce sujet. Les combattants du début sont heureux de ce succès qu'ils ont obtenu de haute lutte; mais, sur certains points, les vainqueurs me paraissent devoir céder un peu du terrain qu'ils prétendaient vouloir occuper et, comme réciproque, je me hâte de dire les concessions que, pour ma part, je fais aux partisans de la laparotomie. On peut les prévoir et d'après une précédente conférence, sur 19 cas de suppurations pelviennes bilatérales traitées par l'incision de la paroi abdominale, on voit que j'ai recours à la laparotomie dans toute une classe de lésions où je pratiquais autrefois l'hystérectomie vaginale.

Je disais, en effet, dans ma deuxième conclusion : « Pour les doubles ovaro-salpingites volumineuses, nous préférons, comme plus facile et plus sûre, l'hystérectomie à la laparotomie qui, cependant, a donné d'excellents résultats. » Maintenant, au contraire, la voie vaginale, dans ces mêmes cas, ne me paraît point « plus facile et plus sûre ». Depuis que la position élevée du bassin permet de voir ce que l'on fait dans le ventre, d'y décortiquer les poches purulentes, de les séparer de leurs adhérences et même de les crever sans inoculer le péritoine, je trouve la voie abdominale plus facile et je la trouve aussi plus sûre, parce que, si le drainage déclive de l'hystérectomie me semble préférable au drainage remontant des lanières de gaze antiseptique qui sortent par l'angle inférieur de l'incision du ventre, l'extirpation des poches et des néo-membranes infectées, la toilette du foyer ovaro-salpingien sont bien autrement complètes dans la laparotomie que dans l'hystérectomie vaginale.

Or, comme les deux arguments, sur lesquels on a beaucoup discuté : la nécessité d'enlever l'utérus inutile, quant l'endométrite, dont il est atteint, ne guérit pas, puis l'absence de cicatrice déparant le ventre après les incisions abdominales, ne me touchent pas ou me touchent peu, j'ai maintenant recours à la laparotomie dans tous ces cas de doubles salpingites volumineuses. J'y recours aussi, comme autrefois « dans les lésions récentes », lorsqu'il n'est pas démontré que les annexes des deux côtés ont perdu leur fonction; j'y ai recours, enfin, lorsqu'il s'agit de poches purulentes haut situées selon les indications qu'acceptent, à cette heure, tous les hystérectomistes, ainsi qu'en témoigne la thèse de Lafourcade. Et comme ces catégories comprennent le plus gros lot des inflammations des trompes et des ovaires, il s'ensuit que je pratique la laparotomie plus que l'hystérectomie, ainsi qu'en témoigne ma statistique de cette année : sur 23 ovaro-salpingites suppurées, toutes bilatérales et presque toutes anciennes, graves et volumineuses,

j'ai suivi 19 fois la voie abdominale et la voie vaginale 4 fois seulement.

Il est vrai que, dans une de ces 19 laparotomies, l'hystérectomie eût été préférable, puisque malgré la position élevée du bassin, malgré l'habitude de la laparotomie que j'ai nécessairement « très en main », puisque, en définitive, c'est une des opérations que les circonstances me font pratiquer le plus, il m'a été impossible de décortiquer les annexes d'un côté. Mais si nous mettions cinq au lieu de quatre à l'actif des hystérectomies vaginales, il n'en resterait pas moins 18 laparotomies et vous voyez combien ma pratique s'est modifiée, puisque, l'année dernière, dans mon service de Broussais, j'avais eu recours, sur un nombre absolument égal de suppurations pelviennes, 12 fois à l'hystérectomie et 11 seulement à la laparotomie. Une simple modification de technique, la position déclive a été la cause presque unique de ce changement de front.

Aussi telle sera ma conclusion actuelle : je réserve l'hystérectomie vaginale pour les cas invétérés, les pachy-pelvi-péritonites les plus graves. Il ne saurait donc plus être question de statistiques et de relevés comparatifs. Certainement, à l'avenir, l'hystérectomie prise en bloc me donnera une léthalité plus considérable que la laparotomie, puisque la voie vaginale hérite des plus mauvais cas, ceux où, par la voie abdominale, l'extirpation serait trop laborieuse et ne pourrait, sans doute, pas être terminée. Il n'y a plus de comparaison et de parallèle possibles : les formules intransigeantes sont tombées; aucune des deux méthodes n'a dépossédé l'autre et chacune a son domaine dont on précise de mieux en mieux les limites.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 décembre 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend des lettres de candidatures : 1° de M. R. Blanchard, qui se porte candidat dans la section de thérapeutique et histoire naturelle médicales; 2° de MM. Hanot et A. Voisin, qui se portent candidats dans la section d'anatomie pathologique; 3° de MM. Duclaux, Beni-Barde, Gaube, L.-H. Petit, Bertillon, Corlieu et Commenge qui se portent candidats dans la section des associés libres.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique et histoire naturelle médicales.

Au premier tour de scrutin (votants 79, majorité 40), M. Laveran est élu par 59 voix, contre 12 données à M. Huchard, 4 à M. Blanchard, 3 à M. Ferrand et 1 bulletin blanc.

L'Académie procède ensuite au renouvellement partiel des commissions permanentes;

Épidémies. — MM. Kelsch et Mégnin.

Eaux minérales. — MM. Proust et Robin.

Remèdes secrets. — MM. Bourgoin et Straus.

Vaccine. — MM. Weber et Debove.

Hygiène de l'enfance. — MM. Cadet de Gassicourt et Lagneau.

LECTURE

De la thoraco-pneumoplastie dans les affections chirurgicales de la plèvre et du poumon; six observations. — M. H. Delagenière (du Mans). Les opérations pratiquées jusqu'à ce jour, sur la plèvre et le poumon, ont eu successivement pour but le retrait de la paroi thoracique dans le sens antéro-postérieur (Estlander), puis le retrait de la paroi vers le poumon rétracté. Pour opérer ce retrait, les uns pratiquent des résections étendues (Bœckel, Berger, Bouilly, Thiriar, etc.), d'autres conseillent la résection de la côte et de son périoste (Ollier); enfin, M. Quénu pratique la mobilisation de la paroi latérale de la poitrine, toujours dans le but de combler le vide thoracique avec cette paroi.

D'après l'auteur, le travail de réparation se fait aux dépens du poumon et non de la paroi; il suffit d'évacuer définitivement le contenu de la plèvre et de transformer la cavité pleurale anfractueuse en une cavité régulière, par suite, facile à combler. On atteindra ce but en effaçant le cul-de-sac costo-diaphragmatique, et en drainant la plèvre dans ce cul-de-sac même. L'effacement du cul-de-sac costo-diaphragmatique sera obtenu en réséquant les sixième, septième, huitième et neuvième côtes dans la plus grande partie de leur étendue; l'incision de la plèvre, suivant les cas, pourra se faire dans l'espace occupé par une des côtes réséquées, et le drainage s'effectuera dans la partie antérieure de l'incision qui correspond au cul-de-sac costo-diaphragmatique.

Si, à la lésion de la plèvre, il s'ajoute une lésion pulmonaire, on agira sur cette lésion par l'incision de la plèvre faite comme précédemment, si la lésion siège dans le lobe inférieur du poumon. Si elle siège dans le lobe supérieur, il faudra agir sur elle par le chemin le plus court, puis traiter la plèvre en effaçant le cul-de-sac costo-diaphragmatique par la résection des sixième, septième et huitième côtes et en drainant ce cul-de-sac.

L'auteur s'est constamment conformé à ces préceptes, qu'il a eu l'occasion de mettre 6 fois à exécution, 3 fois pour des affections de la plèvre (pleurésie purulente ancienne avec fistules pleuro-cutanées, pleurésie purulente tuberculeuse, pleurésie purulente), et 3 fois pour des affections du poumon (foyer de gangrène situé à la base du poumon, et nécessitant une pneumectomie partielle; kyste hydatique du poumon; abcès du poumon). Or, ces 6 malades ont tous guéri sans conserver la moindre fistule, et leur guérison s'est maintenue parfaite jusqu'à présent.

COMMUNICATION

Dilatation de l'estomac et entérite mucino-membraneuse. — M. G. Sée. Chez un tiers des malades, surtout des femmes qui passent pour atteintes d'affections gastriques, on ne trouve aucun signe réel, surtout au point de vue chimique, ni de dyspepsie ni de dilatation pour lesquelles on les traite vainement pendant des années.

Ces prétendus dyspeptiques ou dilatés n'ont, en réalité, aucun trouble de l'estomac; c'est dans le gros intestin que siège leur maladie. Celle-ci consiste en une sécrétion de mucine sans fibrine phlegmasique; c'est une entérite mucino-membraneuse, qui se traduit par quelques troubles douloureux du côlon, par des fermentations gazeuses, par de la dilatation du côlon. Ce sont les masses mucineuses, glaireuses, rubanées ou cylindroïdes qui sont expulsées avec les matières évacuées. Ces produits muqueux sont expulsés le plus souvent avec les résidus durcis de la digestion.

Comme traitement, il convient d'évacuer, par des moyens mécaniques, l'huile d'olive, le séné rectifié, surtout pas de purgation; calmer les douleurs à l'aide des bromures de calcium ou de strontium ou à l'aide du cannabis indica, mais pas d'opium; atténuer les fermentations, la formation des gaz et la putréfaction à l'aide du phosphate, du salicylate et du biborate de soude combinés, pas de benzo-naphtol.

Le régime des intestinaux se rapprochera de la ration normale, s'éloignera du régime des gastriques, le choix des aliments doit être concerté selon les cas avec constipation habituelle ou avec la diarrhée incidente.

En général, les viandes fortes, le jambon, la charcuterie, le gibier, les œufs demi-durs, seront seuls à digérer, le lait difficilement, la pomme de terre en purée ou cuite à l'eau réussit ainsi que le riz peu cuit; les fruits seront sans avantage.

L'eau, le thé à volonté, sans rationnement, pas d'autres boissons. Les eaux gazeuses n'agissent pas bien à cause du gaz carbonique.

L'alcool est absorbé en grande quantité par l'estomac, il faut y renoncer, excepté temporairement, si la digestion est mauvaise, alors on peut faire boire ce qu'on appelle vulgairement un grog chaud; mais le vin blanc ou rouge doit être interdit.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous sommes heureux d'annoncer que M. le docteur Canonge, colonel du 139e régiment d'infanterie, vient d'être promu au grade de général de brigade. Nous prions notre confrère qui, depuis 1869, est un de nos fidèles lecteurs, de recevoir l'expression de nos compliments les plus sincères.

— Par décret, en date du 26 décembre 1893, sont promus dans le cadre du corps de santé militaire savoir :

Au grade de médecin-inspecteur. — M. Kelsch, médecin principal de première classe, en remplacement de M. Dauvé, récemment placé dans la section de réserve; M. Chauvel, médecin principal de première classe, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Guillemin, décédé.

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Gavoy, en remplacement de M. Kelsch, promu; maintenu comme médecin-chef de l'hôpital militaire de Villemanzy; — Fournier, en remplacement de M. Chauvel, promu; désigné comme médecin-chef de l'hôpital du Dey, à Alger.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Moty, en remplacement de M. Gavoy, promu; maintenu à l'hôpital de Lille; — Belleau, en remplacement de M. Fournier, promu; désigné pour les salles militaires de l'hospice d'Angoulême (médecin-chef).

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Chavier, en remplacement de M. Lauzeral, décédé; maintenu au 29e d'infanterie; — Mignon, en remplacement de M. Desprez, retraité; maintenu au Val-de-Grâce comme professeur agrégé; — Adam, en remplacement de M. Arnaud, retraité; maintenu au 41e d'infanterie; — Cruzel, en remplacement de M. Blanchelière, mis en non-activité; désigné pour le 162e d'infanterie; — Sudour, en remplacement de M. Burlureaux, mis en non-activité; désigné pour le 12e d'infanterie; — Alleau, en remplacement de M. Moty, promu; désigné pour le 116e d'infanterie; — Troché, en remplacement de M. Belleau, promu; désigné par le 21e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Sabatier, en remplacement de M. Cliquet, mis en non-activité; désigné pour le 20e bataillon de chasseurs à pieds; — Foubert, en remplacement de M. Méjasson, démissionnaire; désigné pour le 136e d'infanterie; — Simonin, en remplacement de M. Lévêque, retraité; maintenu à l'École du service de santé militaire de Lyon; — Lairac, en remplacement de M. Levesque, réformé; maintenu au 73e d'infanterie; — Sébillon, en remplacement de M. Camus, mis en non-activité; désigné pour le 1er chasseurs à cheval; — Leroy, en remplacement de M. Chavier, promu; désigné pour le 139e d'infanterie; — Bérard, en remplacement de M. Mignon, promu; désigné pour la Tunisie; — Langle, en remplacement de M. Adam, promu; désigné pour le 15e chasseurs à cheval; — Guillabert, en remplacement de M. Sudour, promu; désigné pour le 32e d'infanterie; — Renard, en remplacement de M. Alleau, promu; désigné pour le 6e chasseurs à cheval; — Rocheblave, en remplacement de M. Troché, promu; désigné pour le 160e d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 26 décembre 1893, M. le médecin-inspecteur Kelsch est maintenu dans ses fonctions de directeur de l'École du service de santé militaire et de membre du comité technique de santé.

M. le médecin-inspecteur Chauvel est nommé directeur du service de santé du 19e corps d'armée à Alger, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Guillemin, décédé.

— Par décision ministérielle, en date du 23 décembre 1893, les médecins-majors de deuxième classe, dont les noms suivent, ont été nommés à l'emploi de répétiteur à l'École du service de santé militaire, savoir :

M. Sieur, surveillant à ladite école (anatomie normale et pathologique). — M. Boisson, du 72e régiment d'infanterie (pathologie interne et clinique médicale). — M. Rioblanc, surveillant à ladite école (pathologie externe et clinique chirurgicale). — M. Ferrier, du 155e régiment d'infanterie (matière médicale, thérapeutique, hygiène et médecine légale).

— *Concours de l'externat.* — Question donnée : « Fracture de l'extrémité inférieure du radius. »

— *Hôpitaux de Lille.* — Le concours de l'internat et de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes. — MM. Lambret, Defaux, Déléarde, Gugelot, Tonnel et Lefebvre.

Externes. — MM. Gérard, Gossart, Dassonville, Poiret, Ch. Dubois, Baudelot, Gallois, Bierent, Dransart, Breton, Julien, d'Hardiviller, Mascart, Caumartin, Boulogne, Lemaire, Herlemont, Vanheeger, Verny, Baude, Sagot, Nouveau, Duval, Cache, Vienne, Louart, Moraux, Gorique, Marsat et Petit.

— *Hôpitaux de Marseille.* — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Pujol, Bonifay, Dussaud et Heckel.

— La Société botanique de France vient de renommer son bureau et conseil d'administration pour 1894, ont été élus :

Président : M. L. Guignard; — premier vice-président : M. Van Tieghem; — vice-présidents : MM. H. de Vilmorin, Bonnier et Flot; — secrétaire général : M. E. Malinvaud; — secrétaires : MM. J. Camus et Danguy; — vice-secrétaires : MM. Jeanpert et Jumelle; — trésorier : M. Delacour; — archiviste : M. Ed. Bornet.

Membres du conseil : MM. Edm. Bonnet, Deguillon, Duchartre, abbé Chevallier, Costantin, Drake del Castillo, Gomont, Matruchot, Prillieux, Roze, Russell et de Seynes.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs J. Charles (de Saint-Étienne); Guillemin, médecin-inspecteur, directeur du service de santé du 19e corps d'armée, à Alger; Kaltenbach (de Halle); le professeur honoraire A. Merget (de Bordeaux); les docteurs E. Virenque (du Vigan) et Voulet (de Saint-Paul-Trois-Châteaux).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le méro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

L'hérédité normale et pathologique, par André Sanson, professeur de zoologie et zootechnie à l'École nationale de Grignon et à l'Institut national agronomique. 1 beau vol. in-8°. — Prix : 8 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Les fractures des métacarpiens et leur traitement, par le docteur A.-F. PLICQUE, médecin-adjoint à la Compagnie du chemin de fer du Nord, ancien interne des hôpitaux. — — Thèses. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

REVUE GÉNÉRALE

Les fractures des métacarpiens et leur traitement.

Par le docteur A.-F. PLICQUE,
Médecin-adjoint à la Compagnie du chemin de fer du Nord,
Ancien interne des hôpitaux.

Les fractures des métacarpiens sont assez brièvement étudiées dans la plupart des ouvrages classiques. Parfois même, ces ouvrages semblent admettre que ces fractures sont très rares, que leurs symptômes, leur diagnostic et leur traitement n'offrent ni particularités, ni difficultés bien spéciales. On verra plus loin que la rareté des fractures du métacarpe est plus apparente que réelle. On verra, d'autre part, que ces fractures sont souvent méconnues. En ce cas, elles se consolident d'ordinaire vicieusement, laissant un cal anguleux, volumineux, douloureux, singulièrement gênant pour l'avenir. Alors même que la fracture est diagnostiquée dès les premiers jours de l'accident, il n'est pas toujours possible, en raison des difficultés de la réduction et surtout de l'immobilisation, d'obtenir un cal régulier. Certains procédés de traitement exposent enfin à une complication particulière : la raideur du poignet et des doigts. Toutes ces complications sont d'autant plus fâcheuses que les blessés atteints sont presque tous des ouvriers, pour qui la moindre diminution de l'habileté manuelle constitue un véritable désastre. A ces divers points de vue du diagnostic, des complications, des difficultés du traitement, les fractures des métacarpiens méritent donc d'être minutieusement étudiées.

I

La rareté des fractures des métacarpiens semble, à première vue, ressortir des diverses statistiques. Malgaigne (1), sur 2377 fractures observées à l'Hôtel-Dieu, ne trouve que 16 fractures des métacarpiens, soit à peine 0,67 p. 100.

(1) MALGAIGNE. *Traité des fractures*, Paris 1847, vol. I, p. 620.

M. Polaillon (1), sur un total de 5517 fractures traitées dans les hôpitaux de Paris pendant les années 1861, 1862 et 1863, ne trouve que 64 fractures des métacarpiens, soit 1,16 p. 100. Bruns, sur 8560 fractures, note 168 fractures de ces os, soit près de 2 p. 100, proportion déjà sensiblement plus forte (cité par Bardenheuer).

Mais, pour bien interpréter ces statistiques, il faut remarquer tout d'abord que les fractures du métacarpe entraînent, beaucoup moins que toutes les autres, l'entrée à l'hôpital. Il faut remarquer, de plus, qu'elles sont souvent méconnues, regardées comme de simples contusions de la main. Il faut, enfin, tenir compte du milieu. Dans les milieux industriels, ces fractures deviennent beaucoup plus fréquentes : Bardenheuer (2), à Cologne, en observait 7 en trois ans. Dans les ateliers de la Compagnie du Nord, à la Chapelle, j'ai observé en deux ans 3 fractures des métacarpiens. Aucune autre fracture dans ce milieu, il est vrai tout spécial, ne s'est rencontrée avec ce degré de fréquence. En tous cas, ces fractures ne sont pas tellement rares, qu'elles ne méritent d'attirer l'attention du praticien.

Les autres données statistiques peuvent être très brièvement mentionnées : Sur 102 métacarpiens fracturés, M. Polaillon note pour le premier 8 fractures, pour le second 16, pour le troisième 34, pour le quatrième 35, pour le cinquième 9.

Les fractures du premier et du cinquième métacarpien sont donc deux fois plus rares que celles du second, quatre fois plus rares que celles du troisième et du quatrième. Ces différences de fréquence s'expliquent facilement par les différences de longueur et de fixité.

Les fractures des métacarpiens se voient surtout dans l'âge adulte et chez l'homme. Elles sont très rares chez la femme, le vieillard et l'enfant. Enfin, les fractures sont plus fréquentes sur le tiers supérieur que sur le tiers moyen, un peu plus fréquentes pour ce tiers moyen que pour le tiers inférieur. Dans 16 cas observés par Hamilton (3), la fracture occupait 7 fois le tiers supérieur, 4 fois le tiers inférieur, 5 fois le tiers moyen.

Le mode de production des fractures offre beaucoup plus

(1) POLAILLON. *Dict. encycl. des sc. méd.*, Paris 1876, vol. IV, 2e série, p. 50, art. MAIN.

(2) BARDENHEUER. Lésions traumatiques du membre supérieur, in *Deuts. Chir.*, Stuttgard 1888, livraison 63 C, vol. II, p. 432.

(3) HAMILTON. *Traité des fractures*, traduction française, Paris 1884, p. 414-418.

d'importance. Presque toujours, celles-ci résultent d'une contusion directe : coups de bâton, de marteau portant sur le dos de la main. Beaucoup plus rarement, la violence agit vers la face palmaire. Parmi les causes indirectes, la plus fréquente est la chute sur le poing fermé. Le bord inférieur du métacarpien presse sur le sol. Le bord supérieur est poussé par le poids du corps. Mais, même en ce cas, on voit qu'en même temps que la fracture, il y a contusion de la main; cette contusion porte, il est vrai, sur un point un peu éloigné du point fracturé; elle n'a pas l'intensité des contusions de la fracture directe. Mais souvent encore, elle constitue, pendant les premiers jours, une indication qui n'est pas sans importance. Souvent aussi, en même temps que la contusion, on observe des éraflures, des excoriations, de petites plaies. Quant aux cas si fréquents où il y a un véritable écrasement, une plaie contuse, une mutilation de la main, ils ne sauraient entrer dans cette étude, la fracture n'étant qu'un élément très secondaire du traumatisme.

II

Dans la grande majorité des cas, la contusion du dos de la main domine au début le tableau clinique. La tuméfaction est souvent très grande, l'épanchement sanguin considérable. Les douleurs sont très vives spontanément. La pression est également très douloureuse, elle est douloureuse un peu partout, sans qu'on puisse trouver de point nettement localisé. Ce symptôme, si important dans certaines fractures, manque donc presque toujours. L'impotence fonctionnelle, la gêne dans le mouvement des doigts perd aussi toute signification. La mobilité anormale, toujours difficile à apprécier, en raison du peu de longueur et de la mobilité naturelle des métacarpiens, l'est encore plus en raison de la douleur et du gonflement. La crépitation est également presque impossible à chercher. Enfin, le gonflement masque les déformations qui pourraient être dues au chevauchement ou à la position angulaire des fragments fracturés.

Au début donc, le diagnostic est souvent impossible. La règle essentielle est de ne pas se hâter en l'absence des signes de fracture qui échappent à l'examen, de conclure, comme on le fait souvent, à une contusion simple. Ce diagnostic admis, on se contente ordinairement de prescrire des compresses résolutives, un appareil ouaté compressif. Le blessé, s'il est revu, n'est plus examiné complètement. Puis, un jour, on se trouve trop tard en présence d'un cal difforme ou anguleux.

Tout en traitant la contusion et l'épanchement sanguin, il importe donc de rechercher la fracture dans des examens successifs. Avant d'arriver aux symptômes ordinaires : mobilité anormale, douleur limitée, crépitation, déformation, on remarquera parfois des symptômes plus spéciaux.

M. Verneuil (1) a remarqué qu'en repoussant les doigts de bas en haut, on provoque, quand la pression porte sur le doigt répondant au métacarpien fracturé, une exagération de la douleur qui disparaît quand la pression cesse. On peut rapprocher, de ce signe de Verneuil, un autre signe que j'ai remarqué chez l'un de mes blessés et qui m'a été fort utile pour le diagnostic. Les douleurs spontanées étaient assez vives. La traction sur le doigt amenait un soulagement notable. En revanche, il y avait réveil brusque des douleurs quand le doigt était abandonné à lui-même. Un peu plus tard, quand le gonflement fut diminué, il fut facile de s'expliquer ces sensations. La fracture était oblique et les deux fragments chevauchaient notablement l'un sur l'autre. La traction sur le doigt amenait une réduction. La déformation se reproduisait, au contraire, sitôt la traction supprimée.

Relativement à la mobilité anormale, Malgaigne conseille, pour la rechercher, d'attirer fortement le doigt dans la flexion, tandis qu'avec le pouce on presse sur la paume de la main, vis-à-vis du point présumé de la fracture, de façon à obtenir un angle saillant en arrière. La mobilité simple ne peut, en effet, suffire, car il faut se mettre en garde contre la mobilité anormale de l'extrémité inférieure du métacarpien.

Le dernier malade que j'ai observé offrit cette particularité curieuse, de constater lui-même cette mobilité bien avant que le gonflement me permît, ainsi qu'à mes collègues, de l'apprécier. Il expliquait nettement qu'en essayant de fermer complètement la main, il sentait au milieu de la main un mouvement singulier, « une sorte de porte-à-faux qui remuait dans sa main ». Cette sensation était surtout nette quand il faisait effort en appuyant l'extrémité des doigts sur une table. La fracture portait, chez lui, sur le deuxième métacarpien et occupait le tiers moyen.

Lorsque le gonflement a disparu, le diagnostic devient, en général, des plus faciles. Ainsi que le fait remarquer M. Ricard (1), il est rare qu'on ait besoin de rechercher la mobilité anormale et la crépitation.

La douleur sur un point limité à la pression, la douleur produite en refoulant la tête du métacarpien, la déformation presque toujours perceptible à la palpation, suffisent en général au diagnostic.

Dans les cas douteux, on n'emploiera pas, pour rechercher la mobilité et la crépitation, le procédé qui consiste à saisir avec les deux mains les fragments du métacarpien au-dessus et au-dessous du siège supposé et à leur imprimer des mouvements. « C'est là un moyen brutal, douloureux et qui risque de produire le déplacement qui n'existait pas. Mieux vaut saisir le doigt à sa base et lui imprimer des mouvements de rotation sur son axe. On peut ainsi sentir à moins de frais la mobilité anormale et la crépitation. »

A cette période, un point important est d'étudier le mode de déformation. Parfois le déplacement est nul, c'est le cas le plus favorable. Dans beaucoup de cas, il y a à la fois chevauchement et déformation angulaire. Presque toujours le sommet de l'angle est dirigé vers le dos de la main. Parfois la saillie qu'il forme est extrêmement aiguë. Cette déformation angulaire est due presque tout entière à la bascule du fragment inférieur.

En effet, le fragment supérieur est fixé par son articulation carpienne et par la tête des métacarpiens voisins. Le fragment inférieur, au contraire, suit le doigt entraîné par le tendon fléchisseur et qui, souvent même, se recourbe en crochet dans la paume de la main. Ce fragment inférieur bascule donc en avant. Ordinairement la réduction se fait facilement. Une traction modérée fait disparaître le chevau-

(1) V. Le Dentu. *Dict. Jaccoud*, vol. XXI, p. 297, art. Main.

(1) Ricard. Lésions traumatiques des os, in *Traité de chirurgie*, Paris 1891, vol. II, p. 499.

chement et l'angle existant. Mais la déformation se reproduit aussi facilement qu'elle a disparu.

Les cas d'angle à sommet latéral, dirigé vers l'un des espaces interosseux, sont assez fréquents. Ils donnent lieu à quelques indications particulières qu'on trouvera au traitement. Les cas où le sommet de l'angle est dirigé vers la paume de la main sont beaucoup plus rares. Cette déformation ne peut guère se produire et subsister que par engrènement des fragments. Cette déformation est plus facilement méconnue que les précédentes; la saillie masquée par les parties molles de la paume échappe plus facilement à la palpation. La réduction offrirait peut-être plus de difficultés.

Tels sont les éléments les plus importants de l'examen. Un mot suffit pour les fractures spéciales : fractures de plusieurs métacarpiens, fractures de la tête du métacarpien, disjonction épiphysaire, fractures compliquées de luxations.

Les fractures portant à la fois sur plusieurs métacarpiens ne sont pas très rares. Sur 81 observations, M. Polaillon a trouvé 14 cas de fracture simultanée de deux métacarpiens et 3 cas de fractures comprenant trois de ces os. Il ne s'agit ici, bien entendu, que des fractures non compliquées. Les fractures multiples des métacarpiens seraient encore beaucoup plus fréquentes comme proportion, si on faisait entrer en ligne de compte les grands écrasements de la main. Le diagnostic, l'évolution et le traitement de ces fractures multiples sont à peu près les mêmes que pour les fractures isolées. Dans deux cas pourtant, Pichon (1) a signalé une difformité résultant de la réunion par jetées osseuses de deux métacarpiens voisins fracturés. On devra donc, dans le traitement, s'attacher à maintenir, par une compresse graduée, l'écartement de l'espace interosseux.

Les fractures de la tête des métacarpiens présentent, d'après Bardenheuer, quelques symptômes spéciaux. La tête séparée fait saillie en avant, vers la paume de la main ; cette saillie suit les mouvements du doigt. Le fragment supérieur fait une saillie très marquée, très douloureuse, sur le dos de la main. La crépitation distinguera cette fracture de la luxation de la première phalange. De plus, dans la luxation, le raccourcissement, la dépression, sont plus considérables, la mobilité est moindre. La crépitation, nettement osseuse, la saillie aiguë irrégulière, l'âge, distingueront ces fractures des disjonctions épiphysaires. Cooper (2), pour opérer la réduction et la consolidation de ces fractures, conseille de placer dans la paume de la main une boule assez volumineuse, bien maintenue par une bande.

Jusqu'à vingt ans, on peut, dans toutes les fractures qui occupent l'extrémité supérieure ou inférieure des métacarpiens, discuter la possibilité d'une disjonction épiphysaire. La crépitation cartilagineuse, souvent très légère et très peu marquée, confirmerait cette possibilité. Dans une observation célèbre de Malgaigne, la disjonction épiphysaire aurait été suivie d'une fausse articulation. Du reste, la gêne fonctionnelle était minime, malgré la grande mobilité de la tête, la saillie considérable faite par le fragment supérieur au moment de l'extension. M. Polaillon fait remarquer que, si la disjonction épiphysaire est probable, en raison de l'âge de la malade (neuf ans au moment de l'accident), elle n'est pas certaine, l'observation ayant été prise à vingt-deux ans, treize ans après la chute. Renault du Motey (1) pense que les altérations rachitiques du cartilage peuvent faciliter la production de ces disjonctions. Le diagnostic avec les luxations sera parfois difficile, en raison de la douceur et du peu d'intensité de la crépitation. Mais, dans les luxations, le déplacement est, en général, plus considérable, le raccourcissement plus prononcé, la mobilité moindre.

Les fractures compliquées de luxation sont rares. Bardenheuer a vu, dans un cas de fracture compliquée du tiers inférieur du troisième métacarpien, une luxation simultanée de la tête du métacarpien de la paume de la main. Il put réduire la tête, mais dut faire la suture des fragments du métacarpien fracturé; le résultat fut très bon. Dans quelques faits rares, intéressants à rappeler au point de vue des difficultés possibles du diagnostic, il y avait fracture d'un métacarpien, luxation d'un autre métacarpien. Foucher (2) a présenté, en 1856, à la Société anatomique, une pièce présentant une luxation du premier métacarpien et du deuxième métacarpien en arrière, et de plus une fracture du troisième métacarpien. Roux (3), chez un malade qui avait présenté des blessures multiples à la suite de l'explosion d'une mine, constata une fracture du deuxième, une luxation en arrière du troisième métacarpien.

III

Le pronostic des fractures des métacarpiens est assez sérieux. Les douleurs, au début surtout, sont souvent très vives. La durée de la consolidation exige vingt-cinq à trente jours, d'après Bardenheuer, et il remarque justement que la convalescence et l'impotence fonctionnelle se prolongent souvent beaucoup après la consolidation.

La consolidation, en effet, est loin d'être toujours régulière. Dans les fractures méconnues, la déformation anguleuse, le raccourcissement persistent, gênant les mouvements des tendons. Le cal est souvent volumineux, irrégulier ; les moindres pressions dans la paume de la main peuvent alors déterminer des douleurs très vives. Dans les fractures simultanées de deux métacarpiens voisins, le fait d'un cal unique volumineux, avec jetées osseuses entre les deux os fracturés, a été signalé déjà. Alors même que la fracture a été diagnostiquée de bonne heure, il n'est pas toujours facile, comme on le verra au traitement, d'obtenir un cal régulier.

Si les cals difformes sont assez fréquents, les pseudarthroses paraissent rares. M. Polaillon n'en cite que 3 cas sur 81 observations. La gêne déterminée par les pseudarthroses paraît être beaucoup moindre que celle que produisent certains cals difformes ou irréguliers.

Quelques autres complications semblent très rares. Blum (4) a observé un cas de carie consécutive à une fracture du premier métacarpien et qui l'obligea à faire la résection de cet os. Il ne dit pas si la fracture était compliquée.

Une des complications les plus fréquentes des fractures

---

(1) Pichon. *Étude sur les fractures des os du métacarpe*, Th. de Paris, 1864, Obs. II et XI.

(2) Astley Cooper. *Œuvres chirurgicales*, traduction française, Paris 1835, p. 185.

(1) Renault du Motey. *Mémoire sur les fractures des os du métacarpe*, Th. de Paris, 1854.

(2) Foucher. *Bull. de la Soc. anat.*, 2e série, 1856, t. I, p. 6.

(3) Roux. *Rev. méd.-chir.*, 1848, t. III, p. 301.

(4) Blum. *Chirurgie de la main*, Paris 1882, p. 21.

du métacarpe est la raideur consécutive de la main et des doigts. Souvent, en effet, ces fractures s'accompagnent d'arthrites du poignet et surtout d'arthrites de l'articulation métacarpo-phalangienne correspondant au métacarpien fracturé. Les arthrites de cette dernière articulation s'observent tantôt aussitôt après l'accident, dues, comme la fracture, à la contusion; tantôt elles s'observent plusieurs jours après l'accident et ne paraissent pas dépendre du traumatisme. Mais on sait combien les arthrites sont fréquentes dans les articulations répondant aux extrémités des os longs fracturés. Si on néglige cette complication, si l'on prolonge trop longtemps l'immobilisation chez des sujets déjà un peu âgés, rhumatisants, l'impotence fonctionnelle persistera, la fracture une fois consolidée, et souvent le malade n'évitera pas une ankylose définitive.

IV

Alors même que la fracture est certaine, le traitement, dans les premiers jours qui suivent une fracture du métacarpien, doit presque toujours porter avant tout sur la contusion. L'application classique de compresses résolutives imbibées d'eau blanche, d'alcool camphré, exige quelques précautions pour donner des résultats satisfaisants. L'épiderme épais des doigts de la paume de la main s'imbibe, macère, si l'on emploie des compresses trop humides, et cette macération de l'épiderme provoque une sensation de gêne assez pénible. Leur emploi ne sera pas prolongé au delà de deux ou trois jours. A ce moment, le massage, fait avec beaucoup de prudence, de modération au début, donnera des résultats meilleurs que les compresses résolutives. Il sera presque toujours très bien supporté et activera beaucoup la résorption de l'épanchement. Le mieux est de faire chaque jour deux séances très courtes et très douces.

Les fractures compliquées exigent, bien entendu, les soins ordinaires d'antisepsie. L'importance de la plaie l'emporte ici sur celle de la fracture. Mais il importe surtout de rappeler que, en dehors des fractures compliquées, les petites plaies, les excoriations qui existent presque toujours doivent être pansées avec soin. Négligées, elles sont assez fréquemment le point de départ de lymphangites et même d'abcès. Après un lavage avec une solution antiseptique tiède et même un bain antiseptique si les plaies sont importantes et semblent particulièrement souillées, un des meilleurs pansements sera constitué par la vaseline salolée à 3 p. 100. En cas de plaie et d'excoriations, le massage devra parfois être différé, ou fait avec des précautions spéciales tant au point de vue de l'asepsie que de l'irritation mécanique des plaies. L'emploi de compresses résolutives, en cas de contusion avec écorchures, exigera également une asepsie particulière.

Ces soins préliminaires une fois donnés, dès que le gonflement commence à s'atténuer, le problème est d'obtenir un maintien exact des fragments, une immobilisation suffisante sans raideur consécutive.

La réduction est ordinairement assez facile. Quand le poignet est bien immobilisé par un aide, des tractions même légères, sur le doigt correspondant, suffisent ordinairement à faire disparaître la déformation anguleuse et le raccourcissement. Parfois, en saisissant la tête du métacarpien et non le doigt correspondant, la traction sera plus efficace et mieux supportée. Une pression directe sur l'angle est rarement nécessaire. Il importe aussi de se préoccuper des déplacements latéraux vers l'espace inter-métacarpien, d'explorer les deux espaces de chaque côté de la fracture et de refouler au besoin les fragments. Mais presque toujours une réduction satisfaisante s'obtiendra sans trop de difficultés.

Le maintien des fragments réduits est, au contraire, fort difficile. Les appareils proposés sont nombreux. Une première remarque, très justement faite par M. Polaillon, est nécessaire. C'est qu'on aurait grand tort d'adopter exclusivement tel ou tel appareil et qu'il faut avant tout se guider sur la nature du déplacement. Tous les appareils imaginés contre le déplacement angulaire dérivent plus ou moins des appareils imaginés primitivement par Albucasis. Si la saillie se fait vers le dos de la main, elle sera ordinairement contenue par des attelles dorsales et palmaires maintenant la main ouverte et droite. Dans le cas beaucoup plus rare de déplacement vers la paume, une pelote placée dans la paume de la main, sur laquelle on fléchira et fixera les doigts par une bande, serait nécessaire. Pour lutter contre les déplacements latéraux, on emploiera de fines compresses graduées; s'il s'agit du premier ou du cinquième métacarpien, l'emploi d'attelles latérales pourra être utile.

En outre des attelles et des compresses graduées, on l'a employé, bien entendu, des appareils plâtrés, silicatés, etc. Ces derniers appareils sont souvent douloureux, s'ils exercent une compression suffisante. Ils sont difficiles à enlever pour surveiller le maintien de la réduction. Une deuxième remarque très importante a été faite, en effet, par Hamilton, au sujet de tous les appareils proposés. C'est que, presque toujours, ils ne tiennent et maintiennent bien qu'au début. Dès le deuxième, le troisième jour, les bandes se sont relâchées, les attelles ont glissé, le déplacement s'est plus ou moins reproduit. Il est nécessaire de réappliquer l'appareil. « Celui-ci doit être examiné chaque jour et refait aussi souvent qu'il se dérange, ou qu'on a quelques doutes sur l'état des parties (1). » L'observation de ce conseil évitera bien des déceptions.

Est-il nécessaire d'employer des appareils spéciaux pour lutter contre le *raccourcissement?* Sabatier (2), dans une fracture du troisième métacarpien qui présentait un demi-pouce de raccourcissement, réunit ensemble, par des bandelettes de diachylon, le médius et l'annulaire après la réduction. L'annulaire maintenait ainsi le médius. Ce moyen avait déjà été indiqué par Ambroise Paré (3). « Les doigts seront liés ensemble avec leurs voisins qui les costoyent : car en ceste façon, ils demeurent mieux. » Son application doit être singulièrement douloureuse. Dans le cas de Sabatier les souffrances, malgré la charpie interposée, furent vives et le malade eut une raideur consécutive.

Petrequin (4) a imaginé un appareil à extension continue. Cet appareil se composait d'une grille en fer plus large que le diamètre transversal de l'avant-bras, plus longue de 8 centimètres environ que la longueur comprise entre le coude et le bout des doigts. L'extrémité supérieure de cette grille est recourbée pour lui faire embrasser le coude et fixée, au niveau du pli du coude, par une bande en 8 de

(1) Hamilton. Loc. cit., p. 417-418.
(2) Sabatier. *Journ. complément. des sc. méd.*, 1832, t. XLII, p. 188.
(3) A. Paré. *Œuvres complètes*, traduction Malgaigne, 1840, t. II, p. 11.
(4) Petrequin. Mémoire sur les fractures du métacarpe, *C. R. de l'Acad. des sc. de Dijon*, 1841-42, p. 130.

chiffre. La partie antérieure est également recourbée et sert de point d'appui aux lacs extensifs appliqués sur les doigts. Petrequin recommande, de plus, de mettre le membre en demi-flexion, dans une position intermédiaire entre la pronation et la supination. Le creux de la main sera matelassé avec un peu de charpie pour rétablir la concavité naturelle du métacarpe. J'ai essayé dans un cas cet appareil. Alors même qu'on emploie, comme moyen d'extension, des lacs élastiques, suivant le conseil de M. Le Dentu : la traction, très efficace au début, n'est guère soutenue que quelques heures. L'appareil est assez mal toléré. Il se dérange facilement. Il devra donc, comme les autres, être surveillé et réappliqué souvent.

Bardenheuer est néanmoins très partisan de l'extension continue ; il l'a appliquée avec succès et a pu, dans deux cas qu'il a soignés, éviter toute difformité : raccourcissement, cal exubérant, ankylose. Il rapporte l'exemple suivant pour démontrer l'utilité de ce procédé. Chez un blessé atteint de fracture des deuxième, troisième, quatrième métacarpiens, le troisième et le quatrième métacarpien furent seuls soumis à l'extension continue. Le deuxième, dont la fracture avait été méconnue, était néanmoins fixé par l'ensemble de l'appareil, dont les bandes circulaires entouraient toute la main. Au bout de dix jours l'appareil fut enlevé et l'on trouva le troisième et le quatrième métacarpien guéris. Il n'y avait pas de cal périphérique, pas de difformité, à peine de la sensibilité au niveau du cal. Au contraire, le deuxième métacarpien était très douloureux, très épaissi ; les mouvements de flexion de l'index étaient très pénibles, tandis que ceux du médius et de l'annulaire se faisaient avec facilité.

Dans quelques cas de raccourcissement extrême on devra donc employer l'extension continue, mais, en général, on peut dire, avec M. Ricard, que l'appareil le plus simple sera le meilleur. On a vu, en effet, toute l'importance d'une surveillance continuelle et la nécessité d'enlever et de réappliquer l'appareil plusieurs fois au cours du traitement. Il serait bien difficile de suivre cette règle avec des appareils trop complets, d'application forcément longue. De simples attelles, garnies d'ouate et maintenues par une bande, suffiront dans la grande majorité des cas.

Comme attelles, les simples attelles de carton sont d'une grande commodité. En les trempant dans l'eau chaude avant l'application, elles se ramollissent, se moulent très facilement sur toutes les irrégularités du dos de la main, puis, en séchant, prennent une dureté de bois. Il est facile de les tailler de toutes largeurs, aussi bien en larges attelles, destinées à recouvrir toute une face de l'avant-bras, qu'en étroites languettes, qui, garnies de ouate, remplacent les compresses graduées pour maintenir les espaces interosseux. Leur contact, en les enveloppant d'une très mince couche de ouate, est bien mieux toléré que celui des attelles de fer et de bois. Comme bandes, les bandes de tarlatane empesée sont très préférables aux bandes de toile. Ces bandes, mouillées au moment de l'application, forment après dessiccation une véritable cuirasse d'une grande solidité.

Un appareil ainsi composé et appliqué, tandis qu'un aide, tirant sur le doigt, assure la réduction, luttera très efficacement contre le retour du déplacement angulaire et du raccourcissement. Un petit détail de technique doit encore être mentionné dans l'application des bandes. Les premières circulaires faites, on pratiquera dans la bande trois incisions longitudinales de 8 à 10 centimètres environ. Ces incisions, correspondant à chaque espace interdigital, permettent de ramener la bande entre les doigts. Ces jets de bande verticaux sont très utiles pour relever la tête du métacarpien vers le dos de la main ou pour la ramener vers la paume. Combinés aux jets circulaires, ils donnent à l'appareil une grande solidité.

Si solide que soit cet appareil, il est nécessaire de le surveiller et de le renouveler tous les deux ou trois jours. Chaque fois que l'appareil est changé, il est bon de pratiquer une séance de massage de quelques minutes. Ce massage n'est pas seulement utile pour activer la résolution des exsudats qui persistent. Mieux que tout autre moyen il permet, si on le pratique pendant qu'on tire sur le doigt correspondant au métacarpien fracturé, de réaliser une parfaite coaptation. Par ce procédé, dès le dixième jour après la fracture, on sent que la réduction est définitive, que le cal maintient les fragments. L'appareil peut alors être très simplifié. Dès le vingtième jour, la consolidation est parfaite. Le dernier malade que je soignai par ce procédé put reprendre, un mois seulement après l'accident, son dur métier de chauffeur. Grâce au massage, il n'avait ni cette raideur des doigts, ni cette sensibilité de la main qui prolongent si longtemps la convalescence dans certains cas. Sitôt la consolidation parfaite, toute gêne fonctionnelle avait disparu. Dans le cas d'arthrite métacarpo-phalangienne, dans le cas de raideurs des doigts ou du poignet consécutives à une application trop prolongée de l'appareil, le massage rendrait encore les plus grands services et trouverait également son application. Le massage est donc utile dès le début contre la contusion et l'épanchement sanguin, utile au cours du traitement pour faciliter une parfaite réduction, utile à la fin du traitement pour assurer l'entière mobilité des doigts. Ses indications se présentent à toutes les périodes des fractures des métacarpiens.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1893-1894.

1. M. Maurel. Cliniques et policliniques de laryngologie. Otologie, rhinologie en Autriche, en Allemagne et en Angleterre. — 2. M. Aschkinazi. Le stérésol et ses applications spécialement dans la diphtérie. — 3. M. Marchadier. Kystes dermoïdes du raphé des organes génitaux externes. — 4. M. Differdange. Contribution à l'étude du traitement de la pneumonie par les bains froids. — 5. M. Foucart. Des erreurs et des préjugés populaires en médecine. — 6. M. Germont. Contribution à l'étude de l'auto-intoxication gravidique. — 7. M. Fonlladosa. Contribution à l'étude de la tumeur blanche de l'articulation sterno-claviculaire. — 8. M. Galeriu. Contribution à l'étude du salicylate de mercure dans le traitement de la syphilis. — 9. M. Rouffilange. Contribution à l'étude des dissociations du tabes et de l'hystérie. — 10. M. Saguet. Étude sur les accidents d'origine thermique. L'insolation, le coup de chaleur et la thermo-héliosie. — 11. M. Salomon. Contribution à l'étude de l'hémiplégie pneumonique. — 12. M. Chassevant. Action des sels métalliques sur la fermentation lactique. — 13. M. Yon. Plaies de la veine fémorale. — 14. M. Bron. De la compression du duodénum et des accidents qui en résultent. — 15. M. Barret. Relation entre la pelade et la teigne. — 16. M. Margoulieff. Étude critique sur les monuments antiques représentant des scènes d'accouchement. — 17. M. Codet. Mort apparente du nouveau-né. De la nécessité de pratiquer l'aspiration avant de faire l'insufflation. — 18. Mlle Leder. Étude sur les troubles digestifs dans le cours du typhus exanthématique. — 19. M. Richard

(Gaston). De l'uréthrite chez la femme; ses formes et ses variétés. — 20. M. Le Fur. Étude sur les sarcomes des fosses nasales et leurs voies d'opération. — 21. M. Manguis. Contribution à l'étude de la myopie monolatérale. — 22. M. Menu. Manuel opératoire de l'hystérectomie appliquée au traitement des tumeurs de l'utérus (fibromes et cancers). — 23. M. Rouquès. Substances thermogènes extraites des tissus animaux sains et fièvres par auto-intoxication. 24. M. Boutron. Recherches sur le micrococcus tetragenus septicus. — 25. M. Boucheron. Étude sur les complications respiratoires de la varicelle. — 26. M. Touchard. Laryngites aiguës de l'enfance simulant le croup. — 27. M. Reygasse. De la fistule anale et de son traitement par la thermo-côno-tomie. — 28. M. Davin. Traitement des consolidations vicieuses des fractures de jambe (tiers inférieur). — 29. M. Tabart. Contribution à l'étude de la névrodermite chronique circonscrite. — 30. M. Lop. Variole et vaccine dans la grossesse. — 31. M. Marcopoulos. Grossesse dite prolongée et rétention fœtale. — 32. M. Farabeuf (Pierre). Les bienfaits de la symphyséotomie. — 33. M. Pineau. Variétés cliniques et pathogénie des endocardites infectieuses. — 34. M. Boufflers. Contribution à l'étude de la gangrène du poumon consécutives à des néoplasmes primitifs ou secondaires de cet organe. — 35. M. Lhomme. Recherches sur les amputations congénitales. — 36. M. Voronoff. Essai sur les trèves morbides. — 37. M[lle] Djouritch Lioubitza. Indicanurie chez les enfants. — 38. M. Cazzola. Étude sur une lésion papillaire de la langue. — 39. M. Puig. Considération sur les lésions inflammatoires des ovaires. — 40. M. Martin (Albert). Résultats éloignés de l'ablation des annexes utérines par la laparotomie. — 41. M. Martin-Durr. Les secousses trachéales dans l'anévrysme de l'aorte. — 42. M. Normand. Revue générale des complications rénales du rhumatisme aigu. — 43. M. Casassus. Contribution à l'étude clinique des intoxications consécutives à l'usage antiseptique de l'acide phénique. — 44. M. Couatarmanach. Étude sur une forme anormale de la scarlatine (scarlatine apyrétique). — 45. M. Baudin. Des cardiopathies d'origine palustre et de leur traitement. — 46. M. Fabre. De l'hystéro neurasthénie traumatique devant la loi dans les accidents de chemins de fer. — 47. M. Condamin. Du massage dans les fractures du péroné. — 48. M. Whitmann. Contribution à l'étude de la tuberculose linguale. Des abcès froids de la langue. — 49. M. Altigos. Contribution à l'étude anatomo-pathologique des fractures par pénétration du col chirurgical de l'humérus et, en particulier, de la variété où la pénétration est accompagnée de rotation en arrière de la tête humérale. — 50. M. Lévêque. Pseudo-méningite grippale chez l'enfant. — 51. M. Pétriaux. Réflexions sur quelques cas de tumeurs de la plèvre. — 52. M. Picot. Du prolapsus pelvien et de son traitement médical. — 53. M. Lenief. La mortalité à la clinique Baudelocque. — 54. M. Houdart. L'électricité, moyen de diagnostic en gynécologie. — 55. M. Lafay. Étude clinico-chimique sur l'élimination urinaire de l'iode après absorption d'iodure de potassium. — 56. M. Betancès. Thérapeutique médico-chirurgicale de l'orchite blennorragique. — 57. M. Vignaudou. Arthrite blennorragique chez l'enfant. — 58. M. Mendel. Étude de la laryngite syphilitique secondaire. — 59. M. Marinco. Troubles nerveux qui accompagnent et suivent les phlébites. — 60. M. Lesimple. Contribution à l'étude des tumeurs primitives du médiastin antérieur.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 27 décembre 1893, M. Colin, médecin-inspecteur général, est élevé à la dignité de grand-officier dans la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 27 décembre 1893, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le médecin-inspecteur Mathis.

Au grade d'officier. — M. le médecin principal de première classe Claudet; M. le médecin principal de deuxième classe Jeunehommes; MM. les médecins-majors de première classe Carayon, Groville, Cazalas, Linarès.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe Vinsac, Lamps, Monant, Maria, Passabosc, Marmonier, Martin, Dionis du Séjour, Ebstein, Favier, Lèques et Louis. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Redon, Chavier, Gazin, Christan, Hugues, Ribes, Augé, Biéchy, Génin et Merz.

M. Goubeau, médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale.

M. Gatiniol, officier de santé au Grand-Fougeray (Ille-et-Vilaine).

— A la suite du concours ouvert le 18 décembre 1892, MM. les docteurs Normand et Lang ont été nommés médecins stagiaires à l'École du Val-de-Grâce.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveaux éléments de pathologie médicale, par A. Laveran professeur à l'École de médecine du Val-de-Grâce et J. Teissier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon. 4e édition. 2 vol. in-8°, ensemble 1800 pages, avec figures et tracés. — Prix : 22 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Agenda médical pour 1894, contenant : 1° *Mémorial thérapeutique du médecin praticien,* par M. le docteur Constantin Paul, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité, membre de l'Académie de médecine. — 2° *Mémorial obstétrical,* par M. le professeur Pajot. — 3° *Formulaire magistral,* par M. Delpech. — 4° *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger,* par M. le docteur de Valcourt. — Plus, un calendrier à un ou deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes; la liste des docteurs en médecine, officiers de santé, pharmaciens, dentistes et vétérinaires du département de la Seine ; les médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins des bureaux de bienfaisance et des eaux minérales; les Facultés et Écoles préparatoires de médecine de France; les Écoles de médecine militaire et navale, avec le nom de MM. les professeurs; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales; le nouveau tableau des rues de Paris, etc., format in-18 de 610 pages, dont 190 de calendrier et 420 de renseignements utiles.

Prix. — Broché : 1 fr. 75. — Cartonné à l'anglaise : 2 fr. — Divisé en six cahiers (trimestres à 2 jours par page) et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille : 3 fr. — Le même à 1 jour par page, 3 fr. 50. — Trimestres seuls dorés sur tranches : à 2 jours par page, 1 fr. 75; à 1 jour par page, 2 fr. — Le « Mémorial thérapeutique » et le « Formulaire magistral » en un seul cahier séparé : 1 fr. 25. — Les « Renseignements utiles » en un seul cahier séparé : 1 f. 25.

Reliures diverses. — N° 1, maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier, 3 fr. 50; — n° 2, l'agenda divisé en six cahiers, doublé en papier, 3 fr. 75; — n° 3, et petite trousse en soie, 5 fr. ; — n° 4, en maroquin, 7 fr. ; — n° 5, avec fermoir en nickel, 9 fr. — Paris, Asselin et Houzeau.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

TABLE DES MATIÈRES

1893

A

B

C

D

E

F

G

H

I

O

P

R

S

T

U

V

Z

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX

EN 1893

A

B

C

D

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE